

# Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

INTERVIEW MET GEZONDHEIDSJURIST  
JOHAN LEGEMAATE

IN HET AMPHIA ZIEKENHUIS IS HET  
NOEMEN VAN NAMEN GEEN TABOE

CLAIMBEHANDELING IN DE PRAKTIJK:  
MEDIRISK LEGT UIT

## OMGAAN MET KLACHTEN

'Respect voor de patiënt staat altijd centraal'

## Colofon

Kwartaalmagazine Alert is een uitgave van MediRisk, Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg. MediRisk verzekert het merendeel van de algemene ziekenhuizen in Nederland tegen medische aansprakelijkheid en werkt samen met haar leden gericht aan het terugdringen van risico's in de zorg. Alert wordt kosteloos verstrekt aan verzekeren en het netwerk van MediRisk.

**Redactie** Mare Bergsma (hoofdredacteur), Lotte de Jong, Bart Jongbloed, Lilian Knol, Marjolaine van der Zwan  
**Realisatie** Zin Tekst&Beeld (www.zinonline.nl)  
**Technische eindredactie** Franca de Leeuw  
**Vormgeving** Bard87  
**Druk** Schotanus en Jens  
**Oplage** 14.000

**Redactieadres**  
MediRisk, afdeling Communicatie  
Postbus 8409, 3503 RK Utrecht  
communicatie@medirisk.nl  
www.medirisk.nl/alert

**Raad van Commissarissen**  
drs. D. van Starckenburg RE (voorzitter), voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede  
dr. P. van der Wijk (vice voorzitter), lid RvB Martini Ziekenhuis, Groningen  
drs. M. Dijkshoorn AAG  
drs. J.S. van der Heide, voorzitter RvB Ziekenhuis Bernhoven, Oss en Veghel  
drs. J.H.D. van Hemsbergen, hoofddirectie VvAA Groep BV

**Bestuur**  
mr. E.A. van Gelderen, algemeen directeur  
M.E. van der Zwan MSc MBA, directeur

O.W.M. MediRisk B.A. en de bij deze uitgave betrokken redactie en medewerkers aanvaarden geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen van gebruik en/of interpretatie van de in deze uitgave opgenomen informatie. Mening en standpunten van auteurs hoeven niet noodzakelijkerwijs het beleid van MediRisk weer te geven.

© O.W.M. MediRisk B.A. Utrecht. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, overgenomen en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van MediRisk. Verzekeren van MediRisk zijn van deze toestemmingsverplichting uitgezonderd.

Coverfoto: Shutterstock

ISSN 1878 – 80 17

## OPROEP

**Wilt u met uw initiatief ook in Alert of op onze digitale kennisbank schadepreventie? Laat het ons weten via [medirisk@vvaa.nl](mailto:medirisk@vvaa.nl).**

## INHOUD

- 8 **Steun in de rug**  
Column Hilde van der Meer, adviseur gezondheidsrecht KNMG
- 12 **Case report**  
Onderuitgezakt tijdens operatie
- 13 **De klachtenfunctionaris van Gelre Ziekenhuizen**  
'Een aansprakelijkstelling is niet altijd wat het lijkt'
- 14 **'Het noemen van namen is niet langer taboe'**  
Klachtenbehandeling volgens het Amphia Ziekenhuis
- 16 **Hoe reageer je open na een incident?**  
Het Havenziekenhuis laat zien hoe het moet in 'Onder Zeil'
- 17 **De klachtenfunctionaris van Rivas Zorggroep**  
'Mensen serieus nemen is het allerbelangrijkste'
- 18 **Inter pares**  
Nieuws van en over MediRisk-ziekenhuizen
- 20 **MediRisk workshop klachtenmanagement**  
Hoe kun je het beste omgaan met klachten?
- 21 **De klachtenfunctionaris van Máxima Medisch Centrum**  
'Soms is er gewoon geen goed antwoord'
- 22 **Claimreconstructie**  
Maagsonde komt uit in de longen
- 24 **Gespot**  
Veilige naalden in UMC Groningen



### 'Accepteer dat patiënten soms gelijk hebben'

Hoogleraar gezondheidsrecht Johan Lege maakte verruilde vorig jaar de KNMG voor een voltijds hooglerschap aan de Universiteit van Amsterdam. Alert sprak met hem over de juridische bagage van medische studenten, de gedragscode GOMA en het dreigende einde van de klachtencommissie. |pag.4|



### Claimbehandeling bij MediRisk

Hoe gaat de behandeling van een claim in z'n werk? Waarom duren sommige zaken zo lang? En verandert de gedragscode GOMA daar iets aan? Directeur verzekerings-techniek Harry Henschen en schadebehandelaar Joske van Zadelhoff van MediRisk geven uitleg. |pag.9|

## PREVENTIEBLIK

Hoe hou je vóór, tijdens en na hun operatie 78 patiënten in de gaten? Voor die vraag zag het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch zich gesteld toen duidelijk werd dat het splinternieuwe OK-centrum maar liefst 16 operatiekamers en 62 holding- en recoverybedden zou gaan tellen. De oplossing werd gevonden in een geavanceerd patiëntbewakings- en registratiesysteem dat patiënten gedurende elk moment van hun verblijf binnen het OK-centrum volgt. De OK-medewerkers kunnen indien nodig direct ingrijpen en op basis van de gegevens uit het systeem de meest optimale behandeling bieden. Het nieuwe systeem, het grootste in zijn soort van West-Europa, is speciaal voor het Jeroen Bosch Ziekenhuis ontwikkeld en bestaat uit een conventioneel patiëntenbewakingsysteem en een patiënten datamanagementsysteem (PDMS). Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het Jeroen Bosch Ziekenhuis.



Foto: Raphaël Drent

Johan Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht AMC/UvA

# ‘Accepteer dat patiënten soms gelijk hebben’

Johan Legemaate maakte naam en faam als gezondheidsjurist van de KNMG. Vorig jaar verruilde

hij de artsenorganisatie voor een voltijds hoogleraarschap aan de Universiteit van Amsterdam.

Een gesprek over de juridische bagage van medische studenten, de gedragscode GOMA en het

dreigende einde van de klachtencommissie. DOOR MATTHIJS BUIKEMA

## KRIJGEN MEDISCHE STUDENTEN VOLDOENDE JURIDISCHE BAGAGE MEE?

“Er is de afgelopen tien jaar veel meer aandacht gekomen voor het gezondheidsrecht, maar het kan beter. Artsen moeten zich bijvoorbeeld toetsbaar opstellen en verantwoording afleggen. Dat mag nog veel meer gezien worden als onderdeel van het professioneel handelen, ook in de opleiding. Ik leer studenten dat ze moeten blijven nadenken over wat ze doen, zodat ze altijd hun handelen kunnen beargumenteren. En dat ze dit vervolgens zorgvuldig noteren. Vooral dat laatste, het bijhouden van een goed dossier, verdient meer aandacht. Een dossier bijhouden dwingt je immers na te denken over wat je hebt gedaan, wat je motieven waren om zo te handelen en dit alles helder te verwoorden zodat ook collega’s jouw beoogredenen snappen.”

## EN EEN GOED DOSSIER MAAKT JE STERKER IN EEN JURIDISCHE PROCEDURE...

“Absoluut, mocht je daar onverhoopt in verzeild raken. Maar dat is een neveneffect. Het bijhouden van een goed dossier is voor-

al noodzakelijk voor kwalitatieve patiëntenzorg. Daar is het gezondheidsrecht primair voor bedoeld: om respect voor de patiënt te laten samengaan met de kwaliteit van zorg.”

## WAT LEERT U STUDENTEN OVER HET KRIJGEN VAN EEN KLACHT OF CLAIM?

“Dat ze er zakelijk en niet te emotioneel mee om moeten gaan. Het is vervelend, maar hoort nou eenmaal bij het vak. Vertel gewoon wat er is gebeurd en probeer het samen met de patiënt zo goed mogelijk op te lossen. En accepteer dat de patiënt soms gelijk heeft. Doe er vooral niet te spastisch over. Een klacht indienen is een elementair patiëntenrecht. Als arts bel je toch ook direct de klachtenlijn als je mobiele telefoon of wasmachine het niet doet?”

## VINDT U DAT ARTSEN TE SPASTISCH REAGEREN OP KLACHTEN?

“Soms wel. Ik denk dat artsen erg bang zijn voor een tuchtzaak. Natuurlijk is dat vervelend. Zo’n tuchtzaak duurt al gauw een jaar en hangt al die tijd als een molensteen om je nek. Bovendien word je beoordeeld door

collega’s en daar hebben artsen moeite mee. Het wordt gezien als een smet, zelfs als je wordt vrijgesproken. Terwijl je van een waarschuwing helemaal niet zo van slag hoeft te raken. Het betekent in feite niets meer dan: let in vervolg beter op!”

## ER ZIJN ARTSEN DIE BEDENKINGEN HEBBEN BIJ HET FEIT DAT DE PATIËNT ZOMAAR NAAR DE TUCHTRECHTER KAN STAPPEN EN DAT DEZE SOMS ONREDELIJK IS. HEBBEN ZIJ ONGELIJK?

“Het grappige is dat artsen doorgaans veel strenger oordelen over hun collega’s dan de tuchtrechter doet. Ik liet tijdens mijn deeltijd hoogleraarschap aan de VU huisartsen in opleiding altijd een echte tuchtrechtcasus naspelen. Hun zelfgeformde “tuchtcollege” oordeelde in vrijwel alle gevallen strenger dan de tuchtrechter in die casus had gedaan. Daar waar deze een waarschuwing had gegeven, gaven al mijn groepen de gedaagde huisarts een berisping. De tuchtrechter is misschien toch niet zo onrealistisch als veel artsen vermoeden. Het is jammer dat er zo’n negatieve associatie aan kleeft, want het tuchtrecht is een belangrijk kwaliteitsinstru- ▶

‘HET GEZONDHEIDSRECHT IS BEDOELD OM RESPECT VOOR DE PATIËNT TE LATEN SAMENGAAN MET DE KWALITEIT VAN ZORG’



## ‘IK BEN BANG DAT DE KLACHTENCOMMISSIE VERDWIJNT ALS WORDT VASTGEHOUDEN AAN DIE REACTIETERMIJN VAN ZES WEKEN’

ment. De argumenten en motiveringen in de uitspraken bevatten vaak allerlei overwegingen waar zorgverleners veel van kunnen leren.”

Met zijn voltijds hoogleraarschap aan de Universiteit van Amsterdam deed Legemaate een stap uit de praktijk. Om toch feeling te houden met het medische veld, is hij tevens juridisch adviseur van het AMC. Ook doet hij momenteel onderzoek naar de behoeften van patiënten direct nadat zij te horen krijgen dat hun behandeling niet de gewenste uitkomst had. Een fase die volgens hem nog onvoldoende is ontwikkeld. Het onderzoek, waar ook MediRisk in participeert, komt voort uit de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA), die een jaar geleden werd gepresenteerd. De komende twee jaar zal Legemaate met zijn onderzoeksteam zo’n vijftig patiënten interviewen die mogelijk te maken hebben gehad met onbedoelde schade.

### WAT WILLEN JULLIE PRECIES WETEN?

“Het idee is dat je de behandeling van klachten vlotter en minder formeel kunt laten verlopen - zoals de GOMA beoogt - als je in een vroeg stadium, meteen na een incident of complicatie, de juiste hulp en ondersteuning biedt aan de patiënt. Daarvoor moet je eerst weten wat er speelt en wat de patiënt op dat moment precies wil. Wat voor ondersteuning heeft hij nodig? Hoe wordt er nu gereageerd na een incident en kan dat beter als je zaken anders regelt? Kan de patiënt bijvoorbeeld voldoende deskundigheid verwerven om erachter te komen of een gebeurtenis een fout of een complicatie was? Moet de zorgaanbieder zelf een ondersteunende rol spelen in die eerste fase? Dat ligt soms gevoelig, aangezien de zorgverlener ook de veroorzaker is van het incident. Is het logisch dat deze jou dan helpt, of moeten er juist andere voorzieningen komen?”

### DIE IS ER TOCH: DE KLACHTENFUNCTIONARIS?

“Patiënten kunnen inderdaad met hun klachten bij de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie terecht. Het punt is dat

veel patiënten datgene wat hen is overkomen niet altijd vertalen naar iets waarvoor ze een klacht kunnen indienen. Dat bedenken ze niet. Of ze vinden het een veel te grote stap om naar de klachtenfunctionaris te stappen, terwijl datgene wat hen is overkomen daar misschien wel aanleiding voor zou zijn. Sommigen bagatelliseren het en laten het erbij, terwijl ze misschien wel degelijk grond hadden om een klacht in te dienen. Zo kunnen zaken onopgemerkt blijven, waar anders van geleerd zou kunnen worden. Door in een vroegtijdig stadium uit te zoeken waar de patiënt behoefte aan heeft, kun je hier achter komen en daar op inspelen.”

### LEVERT DAT NIET JUUST MEER KLACHTEN OP?

“Ik denk eerder dat patiënten minder snel geneigd zijn een klacht in te dienen als ze meteen na een incident de juiste opvang krijgen. Maar ook als patiënten wel een klacht indienen - hun goed recht als patiënt - is het van belang dat je als zorgaanbieder in die eerste fase alert reageert, veel informatie geeft en de juiste opvang biedt. Zodat de patiënt in een vroegtijdig stadium weet waar hij aan toe is. En of het wel of geen zin heeft om het claimkanaal in te gaan. Dat kan voorkomen dat de patiënt maanden, soms jaren zijn hoop vestigt op een juridische procedure waarvan in het begin al duidelijk is dat het incident weliswaar heel vervelend voor hem uitpakte, maar niet is terug te voeren op een juridisch verwijtbare fout. Ik denk dat het op termijn voor alle partijen beter is als patiënten direct na een gebeurtenis de juiste ondersteuning krijgen. En ik kan mij voorstellen dat de klachtenfunctionaris daar een nog betere en actievere rol in kan spelen.”

### IS DE KLACHTENFUNCTIONARIS IN DE OGEN VAN VEEL PATIËNTEN NIET JUUST IEMAND VAN HET ZIEKENHUIS, IEMAND VAN DE TEGENPARTIJ?

“Voor een deel van de patiënten zal dat zo zijn. Toch opereren klachtenfunctionarissen in feitelijke zin onafhankelijk, ook al worden ze betaald door het ziekenhuis. Dat is arbeidsrechtelijk zo ingekaderd. Ze kunnen niet op de vingers worden getikt als het zie-

kenhuis vindt dat ze teveel aan de kant van de patiënt staan. Ze scheppen er daardoor een eer in om zich achter de patiënt op te stellen. Dit blijkt ook: de patiënttevredenheid over de klachtenfunctionaris is groot.”

In de bijna twintig jaar dat hij voor de KNMG werkte, is veel goede wetgeving voor de zorg gemaakt, vindt Legemaate. Denk aan de WGBO, de Wet BIG en de Wet klachtrecht cliënten zorg. Vijf zorgwetten worden binnenkort samengevoegd in één wet, de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ). Legemaate is er kritisch over. De fusiewet heeft volgens hem weinig meerwaarde, terwijl het wel consequenties zal hebben voor de klachtenbehandeling. Met name voor de klachtencommissie, die buiten spel dreigt te worden gezet. “In plaats van een klachtencommissie stelt het wetsvoorstel een ‘goede klachtenregeling’ verplicht. Die goede klachtenregeling moet resulteren in een oordeel over de klacht, net zoals de klachtencommissie dat nu al doet. Deze commissie doet daar nu twee à tweeënhalve maand over, wat heel realistisch is. Volgens het wetsvoorstel moet het oordeel van een klacht er voortaan binnen zes weken zijn. Dat is voor een klachtencommissie - met een externe voorzitter - in de praktijk nagenoeg onmogelijk. Ik vrees dat de klachtencommissie door die tijdsdruk zal sneuvelen en dat de ‘goede klachtenregeling’ een andere invulling zal gaan krijgen.”

### HET IS TOCH GOED DAT PATIËNTEN SNELLER EEN OORDEEL KRIJGEN OVER HUN KLACHT?

“Jawel, maar je moet ook realistisch zijn en kijken wat de consequenties zijn als een klachtencommissie wegvalt. De kracht van de klachtencommissie is dat ze niet alleen een oordeel geeft over de gegrondheid van een klacht, maar ook met aanbevelingen voor de zorgaanbieder komt. Of een klacht gegrond is of niet, er zitten altijd wel elementen in waar het ziekenhuis, een afdeling of een individuele zorgverlener iets van kan leren. De praktijk leert dat zorgverleners gemotiveerd zijn met die aanbevelingen aan de slag te gaan. Juist omdat deze uit eigen gelederen komen en daardoor een zekere waarde hebben. Ik ben bang dat dit instru-



Foto: De Beeldredactie

ment om de kwaliteit van zorg te verbeteren verdwijnt als wordt vastgehouden aan die termijn van zes weken.”

### DAARVOOR IN DE PLAATS KOMT TOCH EEN GESCHILLENCOMMISSIE DIE MET BINDENDE BESLISSINGEN KAN KOMEN?

“Ja, maar het punt is dat er in de praktijk niet veel situaties zijn waarin een bindende beslissing nodig is. Kijk, als een patiënt inzage in zijn dossier wil en een arts weigert dat, dan kan de geschillencommissie daarover een bindende beslissing nemen. Daar heeft de patiënt wat aan. Maar de meeste klachten hebben betrekking op beoordeling en bejegening. Als ik een klacht heb over een botte chirurg die mij onjuist bejegend en geschoffeerd heeft, wat voor bindende beslissing kan daar dan aan worden gekoppeld? Dat de chirurg bot was is immers een persoonlijke constatering. De eigen klachtencommissie kan hierover met de betreffende chirurg rond de tafel gaan zitten, dat

zie ik bij een externe geschillencommissie niet gebeuren. Dat wordt voor zorgverleners denk ik toch een ver-van-mijn-bed-show. De meerwaarde van zo’n geschillencommissie is er overigens wel op het gebied van claimbehandeling. ‘Ik heb schade geleden, krijg ik die vergoed?’ De huidige klachtencommissie oordeelt niet over schadeclaims. De externe geschillencommissie doet dat wel, tot € 25.000. De meeste claims liggen daar ver onder. De patiënt krijgt daarmee een onafhankelijk kanaal waarin hij waarschijnlijk redelijk snel een oordeel over zijn claim kan krijgen. Dat vind ik winst. Maar op het gebied van klachtenbehandeling vind ik het jammer dat een kwaliteitssysteem dat momenteel op instellingsniveau goed functioneert, dreigt te verdwijnen. Ik vrees ook dat de afstand naar de patiënt groter wordt. Ik denk niet dat een externe geschillencommissie straks zitting heeft in het AMC als de klacht over het AMC gaat. Dat zal de kloof tussen patiënt en ziekenhuis mijns inziens

alleen maar vergroten. En dat komt de behandeling van een klacht doorgaans niet ten goede.”

### SCHIET HET GEZONDHEIDSRECHT HIER HAAR DOEL VOORBIJ?

“Het gaat om actieve verantwoordelijkheid. De wetgever is niet eerstverantwoordelijke voor de kwaliteit van de zorg. Dat zijn de ziekenhuizen zelf. Dat betekent dat je het systeem zo moet inrichten dat ieder ziekenhuis die verantwoordelijkheid kan nemen en dat zorgverleners maximaal worden gestimuleerd om te doen wat goed is voor de patiënt. Dat het voelt dat ze dit zelf moeten doen. Met een externe geschillencommissie haal je dit gevoel naar mijn mening voor een deel weg bij een ziekenhuis. Dan creëer je juist een vorm van passieve verantwoordelijkheid: ‘We merken wel wat de geschillencommissie ervan zegt’. Dat kan niet de bedoeling zijn van het gezondheidsrecht.”

# Steun in de rug

DOOR HILDE VAN DER MEER, ADVISEUR GEZONDHEIDRECHT KNMG



ringd is door misverstanden. Aansprakelijkheidsverzekeraars zouden het toegeven van fouten verbieden. Het zou niet mogen van de Raad van Bestuur...

Juist daarom is de gedragscode GOMA zo belangrijk. Breed gedragen door diverse partijen; van de KNMG en de GAV (Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekering Maatschappijen) tot het Verbond van Verzekeraars en de NPCF. Ook MediRisk heeft de GOMA omarmd. De GOMA bestaat uit twee delen. Deel A richt zich tot artsen en zorgaanbieders en gaat over hetgeen de patiënt van hen mag verwachten na een onbedoeld incident tijdens een behandeling. Openheid en het actief benaderen van de patiënt na een incident zijn in dit deel het devies. Deel B van de GOMA handelt over adequate en tijdige afwikkeling van aansprakelijkstellingen. Het is belangrijk dat de GOMA die twee thema's in één gedragscode behandelt: immers, een adequate reactie van de behandelend arts na een incident kan onnodige klachten of claims voorkomen. Het open en op eigen initiatief tegemoet treden van de patiënt kort na een incident met (mogelijke) schadelijke gevolgen is van essentieel belang voor het vertrouwen van de patiënt.

Samen kunnen artsen en ziekenhuizen zo helpen voorkomen dat klachten claims worden. Want artsen kunnen dit natuurlijk niet alleen: ondersteuning van Raad van Bestuur van de ziekenhuizen waarin zij werkzaam zijn, is hard nodig. Zonder de RvB is er immers geen klachtenfunctionaris die bij het aangaan van lastige gesprekken kan bemiddelen. En een steun in de rug van de RvB in de vorm van afspraken met de medische staf die bevestigen dat artsen conform de GOMA handelen en hierbij op steun van hun ziekenhuis kunnen rekenen, zou welkom zijn. ■

Van de arts van nu mag worden verwacht dat hij een patiënt informeert als er bij een behandeling complicaties of fouten optreden. Het bevorderen van die openheid prijkt al vele jaren op de actielijst van de KNMG en wordt al even zo vele jaren gepredikt in verschillende richtlijnen en documenten. Niet alleen in die van de KNMG overigens, ook bij de Orde van Medisch Specialisten, MediRisk en patiëntenorganisaties figureert het thema in aanbevelingen en richtlijnen. Zelf heb ik het thema zo vaak ter sprake gebracht in presentaties en workshops, dat het wijden van een column aan dit thema voelt als het bewandelen van een veelgelopen pad. Hoewel de openheid na incidenten inmiddels op het netvlies van vele artsen staat blijft aandacht voor het thema noodzakelijk. Al was het maar omdat het open en eerlijk tegemoet treden van een patiënt met de mededeling dat de behandeling niet is gegaan zoals verwacht lastig blijft. Bovendien vergt het ook moed, zeker als er (mogelijk) fouten zijn gemaakt. Aandacht voor het thema blijft ook nodig omdat het thema 'openheid bij fouten' om-

# Claimbehandeling bij MediRisk

Hoe gaat de behandeling van een claim in z'n werk? Wat komt er allemaal bij kijken?

Waarom duren sommige zaken lang? En verandert de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) daar iets aan? Directeur verzekeringstechniek Harry Henschen en schadebehandelaar

Joske van Zadelhoff van MediRisk geven uitleg. DOOR MATTHIJS BUIKEMA

## STAP 1

### VERZAMELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

Om een claim te kunnen beoordelen, heeft MediRisk alle relevante medische informatie nodig, waaronder het medische dossier van de patiënt. Om hier toestemming voor te krijgen, stuurt MediRisk een machtiging naar de patiënt. Het medisch secretariaat vraagt met deze machtiging de benodigde medische stukken op bij het ziekenhuis. Soms moeten er ook stukken bij de huisarts of bij andere ziekenhuizen worden opgevraagd. Ondertussen krijgt de betrokken zorgverlener het verzoek een reactie te geven op de aansprakelijkstelling van de patiënt.

### HOE GAAT DIT IN DE PRAKTIJK?

Schadebehandelaar Joske van Zadelhoff: "Het verzamelen van medische gegevens vergt tijd, zeker als die bij derden vandaan moeten komen. We merken ook dat de machtiging voor inzage in het medisch dossier soms lang bij de belangenbehartiger van de patiënt blijft liggen. De reden daarvoor is ons niet altijd duidelijk, maar het levert wel vertraging op in de behandeling van de claim. Soms kiezen belangenbehartigers ervoor zelf de relevante informatie uit het medisch dossier te verzamelen. Dat kan natuurlijk, maar kan lastig zijn. Want wat voor de belangenbehartiger relevant is, kan voor ons minder relevant zijn en andersom. Het kan dan gebeuren dat onze medisch adviseur de medische informatie niet goed kan beoordelen omdat hij stukken mist. Het gebeurt ook wel dat het lang duurt voordat de behandelend arts van de patiënt met zijn reactie op de aansprakelijkstelling komt. Dit zijn allemaal factoren die het verzamelen van de medische gegevens kunnen vertragen."

Harry Henschen, directeur verzekeringstechniek: "MediRisk heeft zich vorig jaar met alle andere partners in de keten geconformeerd aan de gedragscode GOMA. Deze stelt onder meer dat de aansprakelijkheidsverzekeraars binnen drie maanden nadat een claim is ingediend met een standpunt moeten komen. De invoering van de gedragscode is nu de grote uitdaging. Naast dat wij zelf veel van onze processen hebben moeten herinrichten, zijn we voor het verzamelen van gegevens voor een belangrijk deel afhankelijk van andere



Foto: Rob ter Bekke

Harry Henschen en Joske van Zadelhoff

partijen. Toch merken we bij MediRisk al wel een verbetering, zo leveren bijvoorbeeld de ziekenhuizen al sneller en vlotter de stukken aan. Het kan en moet volgens ons nog beter, zodat we samen met onze leden zo snel mogelijk een standpunt kunnen innemen en de patiënt eerder duidelijkheid heeft. Om de claimbehandeling zo transparant mogelijk te maken voor de patiënt of zijn familie, ook een aanbeveling uit de gedragscode, starten we binnenkort met zogeheten drie of viergesprekken. Bij de start van het in behandeling nemen van de claim, gaan we met de patiënt rond de tafel om persoonlijk zijn verhaal te horen. Wellicht kunnen we de patiënt ook verder van advies voorzien. Als een patiënt bijvoorbeeld geen belangenbehartiger heeft, raden we hem of haar aan er wel een te benaderen, zodat deze de patiënt deskundig kan bijstaan. We lichten ook toe hoe de claimbehandeling in zijn werk gaat en wat onze rol als aansprakelijkheidsverzekeraar precies is. Soms ook bieden we in ►

# GOMA in de praktijk

Jaarlijks lopen circa dertigduizend patiënten tijdens de behandeling schade op. De weg die sommigen daarna volgen om verhaal te halen is moeilijk. De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) die een jaar geleden door De Letselschade Raad is uitgebracht, is een leidraad om hier verbetering in te brengen. Hoewel iedereen zich kan vinden in het idee achter de gedragscode, stuit een aantal aanbevelingen op praktische uitdagingen. **DOOR ANNEMIEK MANUEL**

deze fase mediation aan. Is de patiënt het niet eens met ons standpunt, dan verwijzen we hem naar de Geschillencommissie ziekenhuizen of naar de civiele rechter. Dit zijn overigens bijzondere situaties die niet vaak voorkomen.”

## STAP 2

### HET BEOORDELEN VAN DE CLAIM

Als alle medische gegevens zijn verzameld en de betrokken arts zijn reactie heeft gegeven, komt de claim bij de schadebehandelaars van MediRisk terecht. Zij stellen op basis van de claim die de patiënt heeft ingediend een vragenlijst op voor de medisch adviseur. Deze geeft een samenvatting van de medische gegevens en beantwoordt de vragen. Hij schakelt waar nodig een externe deskundige in om de medische gegevens en de handwijze van de betrokken arts en/of overige zorgverleners te beoordelen. Op basis van de bevindingen van de medisch adviseur neemt de schadebehandelaar een standpunt in.

### HOE GAAT DIT IN DE PRAKTIJK?

Joske van Zadelhoff: “Als de claim wordt erkend, nemen wij contact op met de betreffende arts om dit met hem kort te sluiten. In uitzonderlijke gevallen wil een arts een second opinion, dan schakelen we een onafhankelijk deskundige in. Als er geen reden tot erkenning van de aansprakelijkheid is en de claim wordt afgewezen, informeren wij de patiënt of zijn familie via een brief. Een kopie daarvan gaat naar het ziekenhuis. Meestal reageert de patiënt daarop, waarop wij ons standpunt nog een keer toelichten. Als er een verschil van mening blijft bestaan over de aansprakelijkheid, stellen we vaak voor om een onafhankelijk deskundigenrapport te laten opstellen waarin de claim opnieuw wordt beoordeeld. Beide partijen zijn in principe aan dat oordeel gebonden. Dit kost vaak wel veel tijd, omdat de deskundigen die daarvoor worden gevraagd zelf ook zorgprofessional zijn en meestal druk bezet zijn. Harry Henschen: “MediRisk erkent ongeveer een derde van de claims die binnenkomen. In andere landen met een op schuld gebaseerde aansprakelijkheid bij medische fouten, zie je ook dat één op de drie zaken wordt gehonoreerd. Wij kunnen 75 procent van de gemelde claims binnen twee jaar weer afsluiten. Slechts 15 procent duurt langer dan twee jaar. Ook dat komt overeen met andere medische aansprakelijkheidsverzekeraars. Soms kunnen we heel snel aansprakelijkheid erkennen en de schade vergoeden. Andere zaken zitten veel ingewikkelder in elkaar en duren daardoor langer. Soms te lang. Dat is jammer, maar in veel van die gevallen kunnen wij de vertraging helaas niet vermijden.”

## STAP 3

### DE VASTSTELLING VAN DE VERGOEDING

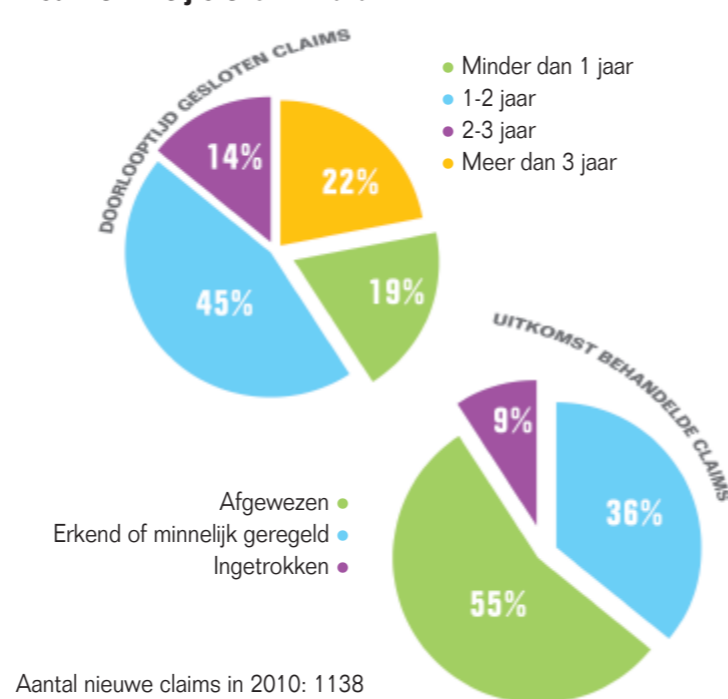
Als de claim wordt toegewezen, heeft de patiënt of zijn familie recht op smartengeld (immateriële schade) en een vergoeding van de materiële schade. De hoogte van het smartengeld baseert MediRisk op de smartengeldbundel van de ANWB. Hierin staan - naast een uitgebreide onderbouwing - alle rechtelijke uitspraken met betrekking tot lichamelijk letsel en de smartengeldvergoedingen die zijn uitgekeerd. MediRisk stuurt een kopie van het bewuste artikel

naar de patiënt om te laten zien waarop de toekenning is gebaseerd. Voor de materiële kosten, zoals hulpmiddelen, huishoudelijke hulp, opgenomen vakantiedagen of extra reiskosten, kan de patiënt aangeven hoeveel schade hij heeft geleden. Het liefst zoveel mogelijk met bewijsstukken. Als de materiële schade moeilijk te bepalen is, bijvoorbeeld omdat een patiënt gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geraakt, brengt een extern schadebureau de geleden schade in kaart. De claimbehandeling wordt afgesloten door overeenstemming te bereiken met de belangenbehartiger of de patiënt over de hoogte van de vergoeding.

### HOE GAAT DIT IN DE PRAKTIJK?

Joske van Zadelhoff: “Ook het vaststellen van de schadevergoeding is soms complex en neemt daardoor tijd in beslag. Ik heb wel eens een zaak behandeld waarbij in 2006 een botfragment was afgebroken dat pas in 2008 werd vastgesteld. Het was lastig vast te stellen wat voor materiële schade de patiënt in die twee jaar had geleden. Soms ook is de totale omvang van de schade nog niet helemaal duidelijk. Bij patiënten met orthopedisch letsel bijvoorbeeld is moeilijk vast te stellen wat voor materiële schade iemand er in de toekomst nog van zal ondervinden. In die gevallen wordt er soms in het belang van de patiënt een voorbehoud opgenomen in de vaststellingsovereenkomst. Bijvoorbeeld dat de patiënt opnieuw een claim kan indienen als hij later toch schade ondervindt van zijn letsel. Harry Henschen: “De bedragen voor smartengeld zijn in Nederland niet buitengewoon hoog. Dat leidt nog al eens tot teleurstelling bij patiënten. Lichamelijk letsel is moeilijk in geld uit te drukken. Wat is het missen van volledig gezichtsverlies na een fout bij een oogoperatie waard? € 50.000? € 500.000? Waarschijnlijk kan geen enkel bedrag het leed volledig verzachten.”

### MediRisk in cijfers (31-12-2010)



“Als middel om de druk op te voeren om zorgvuldig om te gaan met de afhandeling van klachten en claims is een dergelijk instrument best oké”, stelt Frank de Haan, manager Kenniskern Bestuurlijke-Juridische Zaken bij het Amphia Ziekenhuis in Breda. “En in deel B, waar de aanbevelingen voor een adequate afhandeling staan beschreven, kan ik me ook goed vinden. Maar de inhoud van deel A, waar wordt ingegaan op de reactie door specialisten en ziekenhuizen op incidenten, wekt bij zorgverleners verbazing. Voor een belangrijk deel komt dat omdat er geen sluitende definitie voor de term incident is. Blijkbaar worden slechts evidente incidenten bedoeld, want in de meeste gevallen is pas achteraf te zeggen of het om een incident ging. Daarnaast zijn sommige aanbevelingen niet werkbaar. Aanbeveling twee stelt bijvoorbeeld dat in het dossier informatie over de aard en toedracht van een incident moet worden opgenomen, ook als geen schade is veroorzaakt. Deze informatie hoort echter niet in een dossier thuis, daarmee komen systemen als VIM en MIP in het geding. Dat kan niet de bedoeling zijn. En de patiënt binnen 24 uur na het ontdekken van een incident informeren - aanbeveling drie - is lang niet altijd mogelijk. De meeste incidenten zijn immers pas later als zodanig aan te wijzen. Aanbeveling zeven ziet in mijn optiek de specialist graag optreden als onderzoeker over zijn of haar eigen functies. Dat werkt niet en kun je beter overlaten aan een onafhankelijke partij. Het beste wat we nu kunnen doen is de gedragscode



met gezond verstand gebruiken en die elementen er uit pakken die werkzaam zijn in de zorgpraktijk. Met speciale aandacht voor het creëren van een juist verwachtingspatroon bij de patiënt. Daar zou nog meer aandacht aan kunnen worden besteed in de GOMA.”

### EEN GOEDE STAP VOORWAARTS

Directeur verzekeringstechniek Harry Hen-

schen van MediRisk was nauw betrokken bij de totstandkoming van de GOMA en maakt deel uit van de begeleidingscommissie. “De gedragscode zoals die er nu ligt is een goede stap voorwaarts. Ik vind het nog te vroeg om conclusies te trekken over het effect. De code is nog lang niet bij alle zorgaanbieders even goed bekend. Alle betrokken organisaties (zie kader) zullen richting hun achterban aandacht blijven vragen voor de GOMA. In de begeleidingscommissie bekijken we wel hoe we de zevende aanbeveling anders kunnen formuleren zodat het minder gejuridiseerd wordt. Het is inderdaad niet de bedoeling dat artsen researchwerk gaan verrichten. Maar ze kunnen wel helpen bij het verzamelen van informatie over de toedracht. Mocht in de toekomst blijken dat sommige aanbevelingen echt niet haalbaar zijn, dan zullen we daar in de begeleidingscommissie opnieuw naar moeten kijken.”

**Gedragscode GOMA** - Als een zorgprofessional betrokken is bij een incident, is het van belang voor de patiënt dat er direct een gesprek komt en hij excuses krijgt. De gedragscode GOMA biedt daarbij handreikingen, niet alleen voor zorginstellingen, maar ook voor verzekeraars en belangenbehartigers. Er was al een gedragscode voor letselschades, maar die bleek niet voldoende toegesneden op de dagelijkse, complexe praktijk van de behandeling van aansprakelijkheidsclaims. Onder leiding van De Letselschade Raad is daarom medio 2010 de gedragscode GOMA in het leven geroepen. MediRisk maakte deel uit van de begeleidingscommissie, naast de KNMG, NPCF, Vrije Universiteit, Ministerie van Justitie, Stichting Personenschade, Centramed en enkele letselschade advocaten. Om zorgprofessionals van aangesloten instellingen te ondersteunen heeft MediRisk onlangs de kaart 'GOMA in het kort' verspreid onder 16.000 zorgprofessionals in de aangesloten zorginstellingen. Alle informatie over der GOMA staat op [www.medirisk.nl/goma](http://www.medirisk.nl/goma) en [www.deletselschaderaad.nl/goma](http://www.deletselschaderaad.nl/goma).

# Onderuitgezakt

Als bij MediRisk een claim binnenkomt, volgt een preventiegericht onderzoek naar de werking van de vangnetten in het betreffende ziekenhuis: het case report. Zijn de vangnetten goed nageleefd?

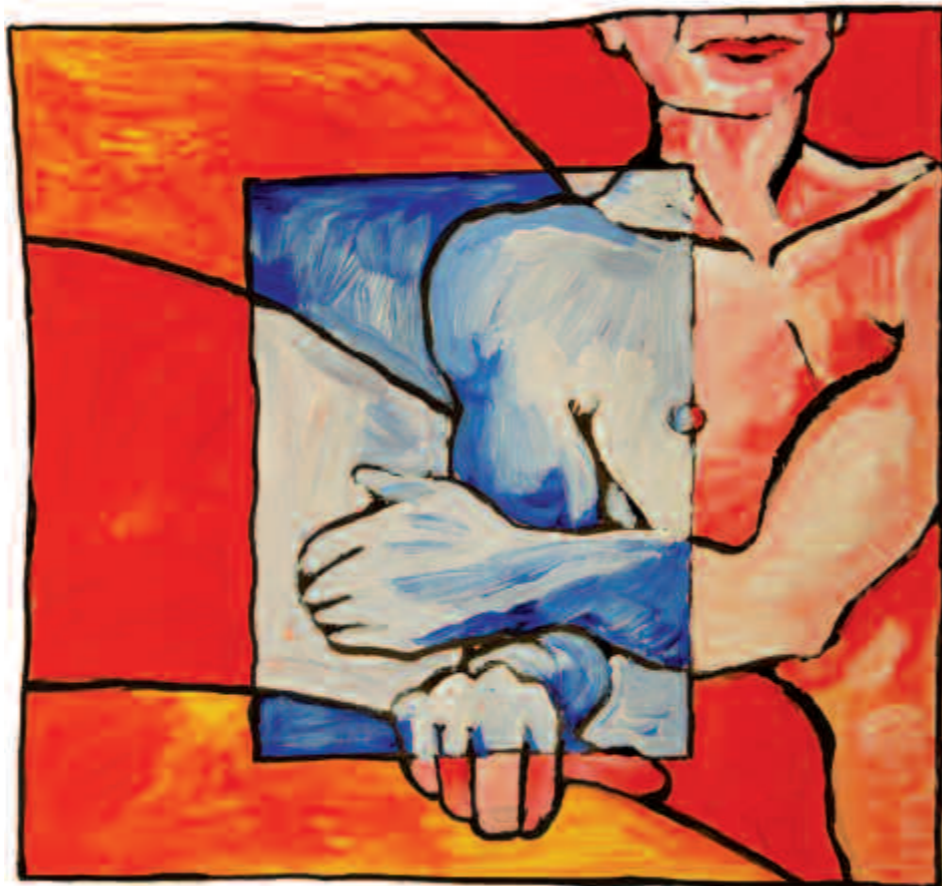
DOOR IRENE VAN BEEK, MEDI-RISK

## DE CASUS

De plastisch chirurg verricht een twee uur durende buikwandcorrectie. Om de operatie te kunnen verrichten is de patiënt in een half zittende houding gepositioneerd, waarbij de armen op armsteunen met gelmatjes liggen. Als aan het einde van de operatie de operatiedoeken worden verwijderd, blijkt dat de patiënt gedurende de operatie onderuit is gezakt. De armen zijn daarbij meer dan 90 graden in abductie geraakt. Daarvan is bekend dat de plexus brachialis in de oksel beschadigd kan raken. Als de patiënt later op de verpleegafdeling klaagt over gevoelloosheid en krachtsverlies in beide armen en handen, wordt de neuroloog erbij gehaald. Deze constateert inderdaad een neuropathie van de plexus brachiales.

## HET ZIEKENHUIS

De buikwandcorrectie is in een zogenaamde strandstoelligging uitgevoerd. Het lokale protocol schrijft voor dat de armen daarbij op armsteunen met gelmatjes moeten liggen en dat bij ingrepen die langer dan twee uur duren een tussentijdse controle van de positionering moet plaatsvinden. Deze controle behoort volgens het protocol in het dossier te worden genoteerd. Het anesthesieverslag in deze casus bevat echter geen notitie over een tussentijdse controle. Het anesthesieverslag biedt daar trouwens ook geen specifieke ruimte voor. Op de operatieafdeling is dit incident uitgebreid geanalyseerd. Het incident is aan de orde geweest in de complicatiebespreking van de vakgroep anesthesiologie en besproken met de plastisch chirurg. Hierop is het protocol aangepast: voortaan moet de positionering van de patiënt tijdens een



Illustratie: Wietse Bakker

langdurende operatie ieder half uur worden gecontroleerd. Het anesthesieverslag is met kaders aangepast om deze tussentijdse controles te kunnen noteren. In het werkoverleg zijn deze verbetermaatregelen met de medewerkers besproken.

## MEDI-RISK

Volgens het anesthesieverslag heeft positionering wel degelijk aandacht gehad. De ligging is genoteerd, er zijn gelpads ge-

bruikt, de armen lagen gefixeerd en er is corneabescherming toegepast. Een notitie over tussentijdse controle ontbreekt echter. Daarom is niet te achterhalen of deze controle daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. In deze casus is het vangnet dus niet volledig nageleefd. Het vangnet schrijft immers voor dat de tussentijdse controle moet plaatsvinden en dat dit wordt genoteerd. Het is echter niet met zekerheid te zeggen of het zenuwletsel in deze casus een gevolg is van de onzorgvuldige controle van de positionering. Omdat het causale verband tussen het niet volledig naleven van de vangnetten en het letsel niet concreet is, heeft MediRisk in deze casus geen sanctie opgelegd. ■

De juridische behandeling van deze claim loopt nog.

**Vangnet positionering** - Het vangnet heeft vooral betrekking op het voorkomen van zenuwletsel en is ontwikkeld op basis van schadeanalyse door MediRisk. Het richt zich vooral op protocollering en dossiervoering, juiste naleving van de werkafspraken, inzicht in de mate van juiste naleving en de beschikbaarheid en toepassing van hulpmiddelen. Kijk voor meer informatie over de vangnetten op [www.medirisk.nl/vangnetten](http://www.medirisk.nl/vangnetten).



## Henk Vriend KLACHTENBEMIDDELAAR GELRE ZIEKENHUIZEN 'EEN AANSPRAKELIJKSTELLING IS NIET ALTIJD WAT HET LIJKT'

Vriend vertelt dat klachtenbemiddeling in Gelre Ziekenhuizen vooral informeel en laagdrempelig is. Het is geen eerste weg naar de wél formele klachtencommissie. "Vaak gaat het om zaken die een goed bemiddelaar kan begeleiden zonder dat het escaleert. Bijvoorbeeld een operatie die op het laatste moment niet doorging en waarover niet netjes was gecommuniceerd."

## ONGELUKKEN GEBEUREN

Er is ook een ander type klacht, waarbij echt iets ernstigs is gebeurd. Er is schade, maar wie vergoedt dat? "In zo'n geval is het zaak om verweerder en klager snel om de tafel te hebben. Niet dat je daarmee alles oplost; het is fout gegaan en beide partijen weten dat. Maar soms gebeuren ongelukken. Net zoals je in het verkeer per ongeluk op je voorganger kan botsen, kan er bij een darmoperatie ook een naadlekkage ontstaan. Dat is heel naar voor de patiënt en vaak is de arts zelf ook behoorlijk van slag." Voor Vriend is het belangrijk dat een zaak dan niet eindeloos duurt. "Het is mijn rol om partijen bij el-

kaar te brengen, om te kijken wat er nodig is om een klacht af te sluiten. Soms willen mensen alleen een excuus horen, in andere gevallen willen ze een schadevergoeding."

## FRUSTRATIE

Is er sprake van verwijtbaar gedrag en aansprakelijkheidkwesities, dan verwijst Vriend door naar MediRisk en kan hij alleen nog helpen met het indienen van de claim en een vlotte reactie van de medisch specialist. Soms gaat een patiënt rechtstreeks naar de klachtencommissie, maar in Gelre Ziekenhuizen komt dat maar in 1 of 2 procent van alle meldingen voor. "Een claim neerleggen is niet niks. Het lost de pijn niet op en wordt de claim afgewezen, dan is de frustratie vaak des te groter. Wat ik patiënten en hun familie altijd aanraad, is om na te gaan wat ze willen bereiken."

## ELKAAR IN OGEN KIJKEN

"Soms zie je dat partijen al jaren strijden zonder elkaar ooit in de ogen te hebben gekeken. Dat doet pijn, ook voor een arts.

Sinds 1994 is Henk Vriend klachtenbemiddelaar bij de Zutphense poot van de Gelre Ziekenhuizen. "Ik heb er schik in wanneer partijen tevreden uiteengaan. Als het aan mij ligt bouwen we over de diepste kloof nog een mooie brug." Langlopende zaken probeert Vriend dan ook te voorkomen. "Daar is alleen de letselschadeadvocaat bij gebaat."

DOOR KARIN BOS

‘DOOR SAMEN ALERT TE BLIJVEN KUN JE HERHALING VOORKOMEN. BESPREEK DAAROM INCIDENTEN OPEN EN EERLIJK MET ELKAAR.’

Amphia Ziekenhuis kiest voor openheid

# ‘Het noemen van namen is niet langer taboe’

Wie voldoende en structureel aandacht besteedt aan de inhoud en oorzaak van klachten van patiënten en deze bespreekbaar maakt met betrokken specialisten, verbetert de kwaliteit en beperkt het aantal claims. Bovendien kun je zo tijdig specialisten signaleren die vaker dan gemiddeld een fout maken. Aldus Rob Slappendel, manager Kwaliteit & Veiligheid in het Amphia Ziekenhuis in Breda/Oosterhout. Het noemen van namen van de specialisten over wie wordt geklaagd, hoort daar ook bij. **DOOR ANNEMIEK MANUEL**

Rob Slappendel maakte in juli 2009 als anesthesioloog de overstap naar zijn huidige managementfunctie in het Amphia Ziekenhuis. “Een van mijn opdrachten is om overzicht en inzicht te creëren in alle ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid die in het ziekenhuis plaatsvinden. Dit om ervoor te zorgen dat de expertise uit deze activiteiten ziekenhuisbreed kunnen worden benut voor het doorvoeren van verbeteringen. Tot juli 2009 vonden op veel plaatsen in het ziekenhuis metingen en verbeteracties plaats, maar was er geen centrale plek waar deze informatie werd verzameld en geanalyseerd. Zonde, want er gebeuren veel goede dingen die we breder in het ziekenhuis zouden kunnen inzetten.”

## PATIËNTERVARINGEN

Een belangrijk onderdeel in dit traject is het bijeenbrengen, inzichtelijk maken en beschikbaar stellen van patiëntervaringen. Die ervaringen variëren van complimenten en suggesties, tot klachten en claims. Met elkaar bieden zij belangrijke input voor kwaliteitsverbetering. “Om een beeld te geven,” gaat Slappendel verder. “Wij ontvangen per jaar zo’n duizend suggesties en zeshonderd klachten die de afdelingen zelf afhandelen, bijna negenhonderd klachten die de klachtenfunctionarissen afhandelen, zeventien klachten die een uitspraak van de klachtencommissie vergen en tot slot zo’n 35 claims. Dat betekent dat ongeveer 0,15 procent van het totaal aantal patiënten in ons ziekenhuis een klacht indient. In Nederland scoren ziekenhuizen op dit vlak tussen de 0,1 en 0,6 procent. Wij zitten dus relatief laag. Liever had ik hoger gescoord: hoe meer klachten je kent, hoe meer kansen je krijgt om je te verbeteren.”

## REVOLUTIONAIR

Met die wetenschap in het achterhoofd introduceerde Slappendel een nieuwe aanpak voor de interne informatieverstrekking rondom

klachten. Klachtenfunctionarissen Fleur Kuijs en Astrid van Run lichten toe: “Wij verzamelen alle klachten die patiënten bij ons indienen in een informatiesysteem. Hier maken wij ziekenhuisbrede kwartaaloverzichten van die we beschikbaar stellen aan alle specialisten en leidinggevenden in de organisatie. We koppelen de klachten bovendien stuk voor stuk ieder kwartaal terug aan de vakgroepen. Deze krijgen per klacht een korte omschrijving, de status, de wijze van afhandeling en de naam van de specialist op wie de klacht betrekking heeft. Dit laatste is nieuw in het ziekenhuis en behoorlijk revolutionair. Vroeger werd informatie over klachten altijd geanonimiseerd.” Rob Slappendel vult aan: “Wij hebben hier in goed overleg met specialisten en management voor gekozen. Vakgroepen krijgen zo een beter inzicht in de klachten. Het gaat er niet om dat ze collega’s kunnen kielhalen, maar dat ze trends kunnen signaleren en gericht actie kunnen ondernemen. Het kan bijvoorbeeld gaan om een trend die breed binnen een vakgroep voorkomt, maar ook om een trend waarbij meer patiënten zich onheus bejegend voelen door een bepaalde specialist. Als je dit weet, kun je dit met hem of haar bespreekbaar maken.” Astrid van Run voegt toe: “Overigens bespreken we de klachten die bij ons binnenkomen uiteraard eerst met de betrokken specialist. En waar mogelijk voeren we direct verbeteringen door of maken we nieuwe afspraken. De informatie die bij de vakgroep binnenkomt is dus niet onbekend voor de betrokken specialist.”

## OPEN CULTUUR

Zowel Rob Slappendel als beide klachtenfunctionarissen hebben niet of nauwelijks weerstand ervaren bij de introductie van de manier van informatieverstrekking. Fleur Kuijs: “Het is natuurlijk wel belangrijk dat je de doelstelling achter de aanpak goed communiceert. En het helpt enorm als de cultuur in het ziekenhuis aansluit



Foto: Amphia Ziekenhuis

op de aanpak. In ons ziekenhuis is de cultuur heel open. Artsen willen van hun fouten leren en doen graag hun uiterste best om gemaakte fouten in de toekomst te voorkomen. Door met elkaar in gesprek te gaan, kun je gezamenlijk zoeken naar oplossingen. Die bereidheid is volop aanwezig.” Rob Slappendel: “Eventuele acties en gesprekken die volgen op de informatie nemen de vakgroepen zelf ter hand. Dat hoort niet bij mij of de klachtenfunctionarissen thuis, wij houden slechts een spiegel voor. Wel volg ik de cijfers om te zien hoe een eventuele trend zich ontwikkelt.”

## HERHALING VOORKOMEN

Duidelijke resultaten van de aanpak zijn op dit moment niet zichtbaar. Daarvoor is het tijdsbestek nog te kort. “Maar”, aldus Rob Slappendel, “het is wel een aanpak die je in steeds meer ziekenhuizen tegenkomt. In onze regio zijn er drie of vier andere ziekenhuizen die deze aanpak hanteren en onlangs was het een boeiend onderwerp van gesprek tijdens een STZ-symposium. Men is zich er sterk van bewust dat klachten van nu een belangrijke basis vormen voor verbetering van kwaliteit van zorgverlening. Patiënten voelen zich serieus genomen en je kunt er ook claims mee voorkomen. En, minstens zo belangrijk, klachten bieden de mogelijkheid om specialisten die dreigen te ontspreiden tijdig te signaleren. In dat licht hebben ziekenhuizen eigenlijk behoefte aan nog meer informatie over claims met betrekking tot het functioneren van specialisten. We kennen allemaal de voorbeelden van specialisten die

overstappen naar andere ziekenhuizen om daar met een schone lei te beginnen, maar opnieuw in de fout gaan. Natuurlijk hebben deze specialisten recht op een herkansing. Maar wanneer een ziekenhuis op de hoogte is van eerdere claims, kun je hierover het gesprek aangaan om mogelijke herhaling te voorkomen. Helaas zijn de schadeverzekeraars en de inspectie nog niet gewend om die informatie routinematig te verstrekken. Signalen over specialisten kun je juist gebruiken om gebeurtenissen open en eerlijk met elkaar te bespreken. Dan kun je door samen alert te blijven, herhaling voorkomen. Daarmee is iedereen gediend, ziekenhuizen, specialisten, verzekeraars en vooral: onze patiënten.”

## MediRisk en signalen over medisch specialisten

MediRisk voert preventieprogramma's die zijn gericht op het identificeren en verminderen van risicosituaties in de zorg. Het signaleren van een afwijkend schadebeeld en het proactief oppakken van signalen uit de vakgroepen én van medisch specialisten, maakt hiervan onderdeel uit. Natuurlijk gaat MediRisk daarbij zorgvuldig te werk. MediRisk is voorstander van het openlijk bespreken van klachten en claims. Via de Raad van Bestuur van een aangesloten ziekenhuis kan een specialist in beginsel een overzicht krijgen van de op zijn naam ingediende claims. Het ziekenhuis zelf bepaalt hierin de mate van transparantie.

# Onder Zeil

Eind september 2008 werden zeven patiënten in het Rotterdamse Havenziekenhuis ziek na een relatief eenvoudige ingreep. Al gauw werd duidelijk dat er een medische fout was gemaakt. In het boek 'Onder zeil' wordt nauwkeurig gereconstrueerd hoe dit kon gebeuren en wat de impact van die fout was. Niet alleen op de patiënt en zijn familie. Maar ook op de zorgverleners en het ziekenhuis. Het laat tevens zien hoe het Havenziekenhuis heeft gereageerd op het incident: open, eerlijk en proactief. Een voorpublicatie.



## ZATERDAG 27 SEPTEMBER 2008, 07.45 UUR

Els schrikt op uit een sluimertoestand. De telefoon rinkelt. Ze is meteen klaarwakker. Haar hart klopt wild in haar keel. De opluchting is groot als ze de stem van Wytze hoort. Maar ze hoort meteen dat het niet goed gaat. Hij is benauwd en klinkt heel ver weg. “Ze zijn de hele nacht met me bezig geweest... ik moet ophangen, de dokter komt.”

Els legt de telefoon neer. Ze voelt zich ellendig. Een kwartier later belt Wytze opnieuw. Hij klinkt nog benauwder. “Het gaat niet goed. Alle kracht is weg, ik kan bijna niet ademen.” Dan moet hij opnieuw ophangen. Els gaat hevig geëmotioneerd zitten. Wat moet ze doen? Ze onderdrukt een impuls in de auto te stappen en naar het ziekenhuis te rijden. Het is immers nog geen bezoeker en regels zijn er niet voor niets. Uiteindelijk belt ze naar de intensive care. Een verpleegkundige legt haar de zorgwekkende toestand uit. “U moet uw man maar niet bellen en wachten tot één uur, als het bezoeker begint.” Els zet terneergeslagen koffie en probeert zichzelf te kalmeren. Hij is in goede handen, houdt ze zich steeds weer voor.

Er loopt een rilling over de rug van anesthesioloog Jan Klein als hij hoort dat er vanochtend nog een patiënt met koorts, afwijkende bloedwaarden en leverstoornissen is opgenomen op de intensive care. Dezelfde symptomen als Wytze Patijn, dezelfde dag, dezelfde operatiekamer, schiet het door zijn hoofd. Ook hier past het ziektebeeld niet bij de liesbreukoperatie die deze patiënt gisteren heeft ondergaan. Toeval, of is er meer aan de hand? Klein moet weer aan de narcose denken. Zou er dan toch iets met de propofol aan de hand zijn? De ongerustheid neemt toe als even later een gynaecoloog hem aanspreekt. “Ik heb een patiënt op de verpleegafdeling met een lichte longontsteking en een veel te lage bloeddruk. Ik begrijp er niets van, het beeld past helemaal niet bij de ingreep die ze heeft gehad.”

“Wanneer is ze geopereerd?”

“Donderdagmiddag, in operatiekamer 3.”

Vreemd, denkt Klein. Een andere dag, een andere operatiekamer.

Dan ligt het misschien toch niet aan de propofol. Hij loopt naar de

intensive care en bespreekt de situatie met internist Yvonne van Beek. “Zou er iets in de lucht zitten?” oppert zij. Onlangs heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in andere ziekenhuizen enkele operatiekamers gesloten omdat de lucht er niet steriel genoeg was. Luchtbehandeling in operatiekamers is een hot item in de ziekenhuiswereld. Jan Klein twijfelt. Hij heeft er geen goed gevoel over.

## ZATERDAG 27 SEPTEMBER 2008, 11.05 UUR

Johan Dorresteyn loopt met zijn hond door het weiland achter zijn huis. Zijn vrouw organiseert een schapendrijfwedstrijd met border collies (...). Halverwege het weiland gaat zijn mobiele telefoon. Het is anesthesioloog Jan Klein. “Het spijt me je te moeten storen, Johan, maar er is vanochtend een liesbreukpatiënt opgenomen op de intensive care. Ze is gisteren geopereerd en heeft koorts en een zeer lage bloeddruk. Gisteravond hebben we een patiënt met een septische shock en multi-organafalen overgeplaatst naar het Sint Franciscus Gasthuis. Ook na een relatief simpele ingreep. Zijn situatie is zeer ernstig. Ik hoorde net dat er een gynaecologie-patiënt, die op de verpleegafdeling ligt, niet lekker is na een operatie op donderdag. Ik wil de boel niet opblazen, maar ik vertrouw het niet helemaal. Volgens mij is er iets mis met de operatiekamers of met de medicatie die daar is gebruikt.” Dorresteyn huivert. De ongerustheid in de stem van Jan Klein is duidelijk te horen. Hij kent de anesthesioloog als een bescheiden man. Het is niets voor Klein om onnodig aan de bel te trekken. Als Jan Klein zich zorgen maakt, moet er iets ernstigs aan de hand zijn.

Benieuwd hoe het afloopt en hoe het Havenziekenhuis met dit incident is omgegaan? ‘Onder Zeil’ ligt voor € 14,95 in de boekhandel. Alert-lezers kunnen het boek voor € 11,00 bestellen door een mail te sturen naar [onderzeil@zinonline.nl](mailto:onderzeil@zinonline.nl).

MediRisk verstrekt eind juni aan alle Raden van Bestuur van aangesloten instellingen 1 gratis exemplaar van ‘Onder Zeil’.



## Margot Withagen KLACHTENFUNCTIONARIS RIVAS ZORGGROEP ‘HARTELIJKHEID EN RESPECT STAAN BIJ MIJ CENTRAAL’

Dertien jaar lang is Withagen inmiddels in functie en nog steeds haalt ze veel voldoening uit haar baan. “Ik zie klachten als kansen om de zorg te verbeteren. Natuurlijk voelt de klager zich bezwaard. En het is niet altijd makkelijk om aan de bel te trekken, maar wij kunnen er veel van leren. Daar gaat het de klager in 90 procent van de gevallen om. Hij heeft iets vervelends meegemaakt en wil dat een ander besparen.”

### EERSTE AANSPEEKPUNT

Gelijk halen komt veel minder vaak voor bij Rivas in Gorinchem. “Niet in eerste instantie tenminste. Als dat toch de insteek is, dan verwijst ik mensen door naar de klachtencommissie. Die spreekt zich uit over de grondigheid van een klacht, ik niet.” Het aantal mensen dat naar de klachtencommissie stapt, is klein. “Idealiter leggen mensen de klacht neer bij de bron, dus bij de betrokken medewerker of arts. Maar veel vaker zijn mijn collega en ik het eerste aanspreekpunt. Praten met een buitenstaander vinden mensen toch gemakkelijker. Of het nu gaat om

eten dat niet lekker is of om klachten over het medisch handelen van een arts. Afhankelijk van de aard en de ernst van de klacht bellen we met de patiënt of maken we een afspraak voor een persoonlijk gesprek. Het eerste doel is altijd om de patiënt de gelegenheid te geven zijn verhaal helder te krijgen. Vervolgens gaat het erom dat duidelijk wordt wat hij wil bereiken met zijn klacht. Dat is essentieel.”

### ZORGVULDIGHEID

“Het allerbelangrijkste in mijn werk is empathie, mensen serieus nemen en goed kunnen luisteren”, aldus Withagen. Maar ook: samenvatten en zorgvuldig communiceren. “En de klacht moet worden aangekaart in het ziekenhuis. Op een goede manier, dus met respect voor de ‘aangeklaagde’ partij.” Echt rare situaties heeft de bevoegde klachtenfunctionaris nooit meegemaakt. “Ik geloof in vriendelijkheid. Wat je vaak ziet, is dat boosheid en agressie verdwijnen als de patiënt z’n emmertje goed heeft kunnen legen. Dat vind ik het mooie aan mijn werk.

“Voor mij is het geen enkel probleem om als klachtenfunctionaris in dienst van een ziekenhuis te werken,” zegt Margot Withagen van Rivas Zorggroep. “Eigenlijk zie ik alleen voordelen. De lijnen zijn kort en je weet de weg. En onpartijdigheid is mijn tweede natuur geworden. Als er toch twijfels over zijn - en dat is zelden of nooit - dan wijs ik de weg naar de klachtencommissie of naar het externe, onafhankelijke Zorgbelang.”

DOOR KARIN BOS



## JAARBERICHT 2010

### Samen alert op veiligheid

MediRisk is van en voor zorginstellingen. De resultaten van de gezamenlijke inspanningen in 2010, zijn te zien en te lezen in het jaarverslag dat online staat op [www.medi-risk.nl](http://www.medi-risk.nl). Zorgprofessionals uit de aangesloten zorginstellingen maar ook medewerkers van MediRisk vertellen hoe zij samen werken aan een zorgvuldige schadebehandeling en preventieprogramma's op maat om zo de kans op medische incidenten verder te verminderen en de zorg nog veiliger te maken. Oud-voorzitter van de Raad van Commissarissen Geert Huisman (directeur Slingeland Ziekenhuis) die op 18 mei jongstleden afscheid nam: "De vangnetten van MediRisk hebben aantoonbaar tot minder fouten op de OK en SEH geleid en wat dat betreft speelt MediRisk een toonaangevende rol op het gebied van patiëntveiligheid. Als Onderlinge hebben alle leden zich verbonden aan de gedragscode GOMA, waardoor ook bij incidenten de patiënt steeds meer centraal zal komen te staan. Een goede ontwikkeling." Het aantal claims op de SEH is in 2010 verder gedaald met 33%. Ook lijken positieve resultaten van het OK-preventieprogramma zich af te tekenen met een daling van het aantal claims van 28% (peildatum 31-12-2010). Met een positief resultaat van € 583.000,- en een schadelast die nog verder verminderd is (2010: € 13,8 miljoen tegenover € 15,9 miljoen in 2009), kan MediRisk ook in financieel opzicht tevreden zijn over het geboekte resultaat.

## ALBERT SCHWEITZER ZIEKENHUIS

### Internationaal keurmerk voor [www.asz.nl](http://www.asz.nl)

Het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht is een van de eerste Nederlandse ziekenhuizen met het HONcode-certificaat voor haar website. Dit is een internationaal keurmerk van de The Health On The Net Foundation voor de betrouwbaarheid van websites van ziekenhuizen, zorginstellingen, artsorganisaties en patiëntenbelangenverenigingen. De stichting wil wereldwijd de ontwikkeling en toepassing van nieuwe technologie op het gebied van zorg en geneeskunde promoten. Tegelijkertijd wil ze de toegankelijkheid van gezondheidsinformatie voor patiënten en consumenten verbeteren.

Natascha Roukema, adviseur patiëntencommunicatie van het Albert Schweitzer Ziekenhuis, is trots op de certificering: "Het internet staat bol van informatie en adviezen over medische onderwerpen die vaak niet eenduidig zijn. Voor patiënten kan dit verwarrend zijn: hoe weet je welke informatie betrouwbaar, neutraal en actueel is? Het HONcode-certificaat scheidt duidelijkheid. De toetsing door de Foundation is van hoge kwaliteit en patiëntgericht. Wij hopen patiënten hiermee nog beter van dienst te zijn."



## ZIEKENHUIS GELDERSE VALLEI

### Het beste idee: attentiebandje voor patiëntveiligheid

Een attentiebandje dat de patiëntveiligheid vergroot was de grote winnaar van de finale van Het Beste Idee van Ziekenhuis Gelderse Vallei. Bedenker Willem van den Heuvel, hoofd applicatiebeheer en medische archieven, ging met de hoofdprijs van € 1000 naar huis. Zijn idee bestaat uit een polsbandje met een felle kleur voor patiënten waarbij extra alertheid nodig is op het moment dat er geprikt moet worden voor laboratorium en/of infuus. ZVG gaat dit polsbandje binnenkort in gebruik nemen. Het Beste Idee van ZGV was zo'n groot succes dat het in september nog een keer wordt georganiseerd. Dit keer niet voor medewerkers, maar voor patiënten en bewoners van de regio onder de titel: Het Beste Idee vóór ZGV.

### Cursus over Vroegtijdig Waarschuwing Systeem

Het Opleidingsinstituut Spoedeisende Geneeskunde VvAA heeft een cursus ontwikkeld voor het hanteren van een Vroegtijdig Waarschuwing Systeem. Hiermee kunnen zorgverleners snel en objectief de somatische toestand van de patiënt beoordelen als diens situatie verslechtert, óók als er geen communicatie met de patiënt mogelijk is. Tijdens de cursus leren medewerkers hoe ze de parameters van de vitale lichaamsfuncties bij patiënten of cliënten kunnen meten en hieraan een score kunnen koppelen. De score bepaalt de vervolghandeling, van afwachten tot het waarschuwen van een ambulance of interventieteam. Hoe hoger de score, hoe sneller moet worden gehandeld. Een aantal ziekenhuizen hanteert dit systeem al. Het systeem is nu ook toepasbaar binnen de psychiatrie. De cursus vindt plaats in uw instelling en is geaccrediteerd door het Bureau Cluster 1. Kijk voor meer informatie op [www.osg-vvaa.nl](http://www.osg-vvaa.nl) of neem contact op met Dennie Wulterkens: (030) 634 65 80.

### Medisch Contact Communicatieprijs

Kent u een inspirerend initiatief waarmee het contact met de patiënt is verbeterd? Of heeft u zelf een wezenlijke verandering tot stand gebracht waarmee de relatie tussen zorgverlener en patiënt is verbeterd? Dan kunt u dit voordragen voor de Medisch Contact Communicatieprijs 2011. Geef een korte omschrijving van het project of initiatief en vertel waarom het een prijs verdient. Mail dit vóór 1 oktober 2011, onder vermelding van uw naam, adres en telefoonnummer, naar: [communicatieprijs@medischcontact.nl](mailto:communicatieprijs@medischcontact.nl).



## ONZE LIEVE VROUWE GASTHUIS (1)

### IC-bewaking op afstand

Patiënten uit Flevoland die voor een levensbedreigende ziekte acuut behandeld moeten worden, kunnen voortaan ook in het MC Zuiderzee in Lelystad terecht. Dit is mogelijk dankzij een Tele-IC verbinding met het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), dat over een niveau 3 intensive care beschikt. Via een aantal schermen met audio-video verbinding kan een intensivist van het Amsterdamse ziekenhuis meekijken met de collega in het MC Zuiderzee. Een kritisch zieke patiënt hoeft hierdoor niet meteen naar een ander ziekenhuis te worden verplaatst. Hiermee kunnen risico's en het verlies van mogelijk kostbare tijd worden voorkomen. Bovendien is het voor de patiënt en diens familie fijn om dichterbij huis te kunnen worden behandeld. Dankzij Tele-IC heeft de IC-afdeling van het MC Zuiderzee ook in de avond, de nacht en in het weekend een intensivist beschikbaar die op afstand een behandeling kan starten.

## ONZE LIEVE VROUWE GASTHUIS (2)

### Minder infecties bij knie- en heupoperaties

De infectiepercentages na heup- en knieoperaties in het OLVG lagen vorig jaar een stuk lager dan het internationaal gemiddelde. Zo kreeg 0,33 procent van de patiënten een infectie na een heupoperatie (tegen 0,5 procent internationaal). Van de patiënten die een knieoperatie ondergingen kreeg 1,1 procent een infectie (tegen 1,5 procent). De gunstige percentages zijn onder meer te danken aan strikte gedragsregels op de operatiekamer. Zo is in- en uitlopen tijdens de operatie verboden en wordt het luchtsysteem met zorg gebruikt. Ook worden alle patiënten preventief met zeep, neusgel en mondspoeling behandeld om infectie door veelvoorkomende huidbacteriën te voorkomen. Daarnaast bestaat de vakgroep Orthopedie veel aandacht aan het meten en monitoren van het te voeren beleid.

## TERGOOIZIEKENHUIZEN

### Extra check op medicijngebruik patiënten

Bij een ziekenhuisopname moet voor alle betrokken zorgverleners duidelijk zijn welke medicijnen patiënten gebruiken. Op beide locaties van Tergooiziekenhuizen helpt het Geneesmiddelen Service Bureau (GSB) daarbij. Patiënten die onder het mes gaan, krijgen vooraf bij het GSB een gesprek met een apothekersassistente die vaststelt welke medicatie de patiënt thuis gebruikt. Ook controleert een medewerker of eventueel nieuw voorgeschreven geneesmiddelen tegelijk te gebruiken zijn met de huidige medicijnen van de patiënt. Uiteraard kunnen patiënten zelf ook met hun vragen over medicatie bij het GSB terecht. Meer informatie: afdeling Klinische Farmacie, (035) 539 10 41 of (035) 688 71 60.

Klachtenfunctionarissen wisselen ervaringen uit over klachten

# ‘Vraag je altijd af waar de patiënt bij gebaat is’

Omgaan met klachten is soms lastig. Hoe zorg je ervoor dat een klacht geen claim wordt? Wanneer zet je mediation in? Om de klachtenfunctionarissen van de aangesloten ziekenhuizen te ondersteunen, organiseerde MediRisk een workshop over omgaan met klachten en claims. Een korte impressie. **DOOR MARE BERGMA**

Tijdens de workshop waren de klachtenfunctionarissen in de gelegenheid om ervaringen uit te wisselen. Caroline Soeterbroek en Ankie Smeets van Stichting Bronovo-Nebo: “Er ontstonden interessante discussies over de wijze van aanpak. De bemiddelende aanpak van de klachtenfunctionaris verschilt van de juridische behandeling van geschillen, maar het vult elkaar ook aan. Het was interessant om te horen hoe anderen hier tegenaan kijken.” Jurist Jasper Sturkenboom

van MediRisk merkte dat klachtenfunctionarissen ook mediation inzetten bij de behandeling van klachten: “Het komt soms voor dat door onhandige communicatie een claim ontstaat. Een goed gesprek waarin een patiënt echt gehoord wordt is altijd een eerste stap, ook met de betrokken zorgverlener. In het uiterste geval kun je als klachtenfunctionaris mediation inzetten om te voorkomen dat de patiënt het juridische traject ingaat. Laatst nog vertelde een patiënt: ‘Ik had zo graag aan het begin van de rit een gesprek gehad over wat er is gebeurd.’ Vraag je dus vooral af waar de patiënt bij gebaat is.”

## MEER SAMENWERKEN

Norbert Lansman, klachtenfunctionaris in het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop vond de bijeenkomst informatief en collegiaal: “Dat kwam met name door de combinatie van de aanwezige klachtenfunctionarissen, juristen én medewerkers van MediRisk. Interessant waren de verschillen en overeenkomsten tussen mediation en de juridische benadering van een klacht. Ik verwacht en hoop dat we de dialoog hierover nog verder gaan voeren, zodat we de verschillende aanpakken op het juiste moment kunnen gaan inzetten en elkaar - verzekeraar en klachtenfunctionaris - sneller vinden. Iedereen was het er over eens dat de opvang, begeleiding, advisering en bemiddeling van klachten door de klachtenfunctionaris in een zo vroeg mogelijk stadium plaats moet vinden. Zowel voor de patiënt, de aangeklaagde, als voor MediRisk is dit van belang, zodat een eventuele schadevergoeding snel, zorgvuldig en rechtvaardig kan worden afgehandeld.”

MediRisk ziet eveneens dat we nog nauwer kunnen samenwerken met de ziekenhuizen bij het behandelen van claims. Hoewel een schadevergoeding op zijn plaats kan zijn, is het de patiënt daar niet altijd om te doen. Patiënten ondergaan vaak een rouwproces. Erkennen en herkenning hiervan door de klachtenfunctionaris kan veel extra leed en onbegrip voorkomen. Soms is een goed gesprek met oprechte excuses al voldoende. **|**



Foto's: Bert Smith



## Kees Willems KLACHTENFUNCTIONARIS MÁXIMA MEDISCH CENTRUM ‘SOMS IS ER GEWOON GEEN GOED ANTWOORD’

“Het spagaatgevoel, dat ik de belangen van patiënt én ziekenhuis moet dienen ken ik niet. Ik krijg de ruimte en vrijheid om te doen wat ik moet doen. In mijn staffunctie kan ik niet bepalen wat er in het ziekenhuis moet veranderen. Ik kan zaken wel bespreekbaar maken bij de zorgverlener namens de patiënt; ik kan adviseren. Binnen onze organisatie wordt dat heel serieus genomen.”

## STAP HOGER

“Zou ik geen reactie van een zorgverlener krijgen op een klacht of claim, dan kan ik een stap hoger gaan naar de Raad van Bestuur. Gelukkig heb ik dat nog nooit hoeven doen. Ik krijg altijd een reactie, hoewel het niet altijd de respons is waar de patiënt op hoopt. In dat geval kan hij de klacht voorleggen aan de klachtencommissie om de grondigheid te toetsen.” Zover komt het niet vaak, vertelt Willems. In verreweg de meeste gevallen zit de patiënt met vragen of wil hij lucht geven aan een naar gevoel. In 2010

kwamen er negenhonderd klachten binnen bij de klachtenfunctionarissen van het Máxima MC. In het merendeel van de gevallen waren de patiënten tevreden over de reactie.

## KLACHT ALS CADEAU

“Wat ik belangrijk vind in mijn functie is dat ik de tijd en ruimte krijg om naar een verhaal te luisteren. Ik wil begrijpen wat de patiënt nu eigenlijk zegt. En vaak geeft alleen je verhaal kunnen doen al veel opluchting. Bovendien wil je voorkomen dat een klacht een eigen leven gaat leiden. Daarom zie ik elke klacht als een cadeau. Als een mogelijkheid om iets positiefs te doen.” Willems vervolgt: “Goede bemiddeling betekent voor mij ook actief aan de slag gaan met verbetermogelijkheden. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de resultaatverantwoordelijke eenheden, de vroegere maatschappen, betere zorg realiseren. Kwaliteitssturing is mijn drive. Niet alleen hoog in de organisatie, maar ook op de verpleegafdelingen en poliklinieken.”

Kees Willems werkt sinds 2,5 jaar als klachtenfunctionaris bij het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven. Daarvoor zat hij in de verpleging en stuurde hij verschillende afdelingen aan. Een prima achtergrond voor zijn huidige functie. “Als voormalig afdelingshoofd heb je een brede kijk op het ziekenhuis. Ik weet precies waar ik moet zijn.”

DOOR KARIN BOS

# Sonde in de longen

Als verpleegkundigen een sonde bij een patiënte willen inbrengen, krijgt deze drie keer een hoestbui. De vierde poging lukt wel en aan het geborrel in het maagkuiltje te horen, zit de sonde in de maag. Een toevallige CT-scan de volgende dag laat echter zien dat de sonde niet in de maag, maar in de longen zit.

DOOR WENDY UITHOL, MEDI RISK

## DE CASUS

Een patiënte met de ziekte van Parkinson komt ten val met een collumfractuur tot gevolg. Hiervoor moet zij een operatie ondergaan. Na de operatie is de vrouw verward, waardoor haar voedingstoestand verslechtert. Na enkele dagen heeft zij sondevoeding nodig. Tijdens het inbrengen van de maagsonde krijgt de patiënte drie keer een hevige hoestbui. De verpleegkundigen moeten herhaalde pogingen doen om de sonde in te brengen. Na de vierde poging stellen zij vast dat de sonde goed zit en koppelen de sondevoeding aan.

De volgende dag krijgt de patiënte een (geplande) CT-scan van de thorax. Op deze CT-scan is te zien dat de maagsonde in de longen is geplaatst en de pleura heeft geperforeerd; de patiënte heeft een klaplong. De

dienstdoende arts roept de longarts in consult, die een bronchoscopie uitvoert, waarbij hij voedingsvloeistof afzuigt. De patiënte krijgt een thoraxdrain waarmee deze ernstige complicatie adequaat wordt behandeld. Helaas wordt het herstel van de patiënte gecompliceerd door meerdere infecties en de vrouw komt te overlijden. De weduwnaar is van mening dat het overlijden te wijten is aan de verkeerde plaatsing van de maagsonde en dient een claim in bij het ziekenhuis.

## DE RECONSTRUCTIE

Het inbrengen van een maagsonde is voor veel verpleegkundigen een routinehandeling. Het kan echter, zoals deze casus illustreert, gepaard gaan met een foute positie van de sonde. Ook kan de tip van de sonde verschuiven, zelfs als deze goed gefixeerd is.

**Richtlijn** - In 2010 is door voedingsverpleegkundigen van het NVO (Nederlands Voedingsteam Overleg) een standaard opgesteld voor controle van de ligging van de neusmaagsonde. Uit deze standaard blijkt dat het opzuigen van aspiraats en het bepalen van de pH-waarde hiervan de aanbevolen methode is. De NVO standaard beschrijft bovendien bijzondere omstandigheden. Zo wordt aanbevolen om met de arts te overleggen of bij ernstig zieke patiënten na het inbrengen een controlefoto van de ligging van de sonde moet worden gemaakt. Bij patiënten met een verminderd bewustzijn dient de arts vast te stellen of er na inbrengen of dislocatie van de sonde een controlefoto moet worden gemaakt. Het LEVV heeft van het Ministerie van VWS subsidie gekregen voor het ontwikkelen van een richtlijn voor het inbrengen van een maagsonde. Deze richtlijn komt komende zomer in concept uit en zal de inhoud van de NVO standaard volgen. Volg de ontwikkelingen op: [www.levv.nl](http://www.levv.nl) > richtlijnen. MediRisk zal bij het uitkomen van de richtlijn opnieuw aandacht besteden aan dit onderwerp.

Bij een foute positie van de sonde kunnen levensbedreigende situaties ontstaan, zoals aspiratie, ademhalingsproblemen, pneumonie en zelfs overlijden. Als een patiënt bij het inbrengen goed meeslikt, is de kans dat de sonde uitkomt in de maag veruit het grootst. Maar controle blijft van belang. In deze casus kreeg de patiënte drie keer een hoestbui. Hierop trokken de verpleegkundigen de sonde terug en brachten deze opnieuw in. De vierde keer dachten ze dat de sonde goed zat. Volgens protocol controleerden zij dit door lucht in te spuiten en te luisteren naar geborrel in het maagkuiltje (auscultatiemethode). Zij stelden op die manier vast dat de sonde in de maag lag en koppelden de sondevoeding aan. Doordat de volgende dag toevallig een CT-scan gepland stond, werd relatief snel ontdekt dat de sonde toch in de longen was terechtgekomen. Zonder deze toevalsbevinding had de patiënt een massale longontsteking kunnen krijgen die tot ernstige schade had kunnen leiden.

## WAT KAN EEN ZIEKENHUIS DOEN?

Inspuiten van lucht of water om de ligging van een maagsonde te controleren is in de meeste Nederlandse ziekenhuizen de gangbare methode. Recent wetenschappelijk onderzoek toont echter aan dat het erg moeilijk is om onderscheid te maken tussen borrelend geluid van lucht in de maag, in de luchtwegen of in de interpleurale ruimte.



Hoewel de verpleegkundigen conform het protocol én conform de gebruikelijke werkwijze in Nederland hebben gehandeld, hebben ze niet opgemerkt dat de sonde in de longen was ingebracht.

Uit de literatuur blijkt dat een röntgenfoto om de ligging van een maagsonde te controleren tot nu toe de meest betrouwbare methode is. Vanwege de stralingsbelasting en pragmatische overwegingen is het echter niet wenselijk deze methode structureel toe te passen. Daarom wordt veelal de auscultatiemethode toegepast. Volgens de standaard van het Nederlands Voedingsteam Overleg (NVO) geeft het opzuigen van aspiraats en het bepalen van de PH-waarde hiervan echter een veel nauwkeuriger beeld of de sonde daadwerkelijk in de maag is geplaatst. Toch wordt deze methode nog maar in weinig ziekenhuizen toegepast. Dit ziekenhuis is na het incident direct een project gestart om de geldende protocollen te beoordelen en aan te passen aan de meest recente inzichten.

## AFHANDELING VAN DE CLAIM

Hoewel de verpleegkundigen volgens protocol én volgens de huidige Nederlandse standaard hebben gehandeld, is de auscultatiemethode momenteel aan kritiek onderhevig. De aansprakelijkheidsvraag is dus niet gemakkelijk te beantwoorden. Daarnaast is volgens de medisch adviseur het overlijden in deze casus niet te wijten aan verkeerde plaatsing van de sonde, maar aan operatiecomplicaties. MediRisk stelt de weduwnaar van patiënte voor een deskundige te vragen een uitspraak te doen over zowel de aansprakelijkheidsvraag als de eventuele gevolgen, of de schade minnelijk te regelen. De weduwnaar kiest voor het laatste. MediRisk betaalt hem € 10.000.

Met dank aan het ziekenhuis en de betrokken medisch specialisten die met alle openheid van zaken medewerking verleenden aan deze claimreconstructie.

# GESPOT



**VEILIGE NAALDEN** Medewerkers van het Universitair Medisch Centrum Groningen hoeven niet meer bang te zijn dat ze zich per ongeluk aan de naald prikken bij het afnemen van bloed. Het ziekenhuis werkt namelijk alleen nog maar met 'veilige naalden'. Bij een gewone naald moest de medewerker na de bloedafname met de andere hand een beschermhuls over de naald schuiven. Bij de nieuwe veilige naalden is die handeling niet meer nodig: beschermhuls en de naald zijn namelijk één geheel. Na het verwijderen van de naald uit de ader van de patiënt, klikt de medewerker direct een kapje over de naald. Hierbij is het risico op een zogenaamd prikaccident nihil. Er is ook een speciale veilige naald voor het prikken van kinderen en mensen waarbij het moeilijk is om bloed af te nemen. Overigens is ook de veiligheid van patiënten gebaat bij deze nieuwe naalden: ze zijn hygiënischer.