

# Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK



**CORDULA WAGNER WAARSCHUWT  
VOOR TE VEEL REGELS**

**VIER EXPERTS OVER DE  
KUNST VAN HET VERANDEREN**

**PANTEIN HEEFT ALLE NEUZEN  
DEZELFDE KANT OP**

## **DE KOERS VERLEGGEN**

Hoe verander je een cultuur succesvol?

## Colofon

Kwartaal magazine 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** Karin Annaert, Mare Bergsma, Matthijs Buikema, Lotte de Jong  
**Realisatie** www.zinonline.nl  
**Technische eindredactie** Franca de Leeuw  
**Vormgeving** Bard87  
**Druk** Schotanus en Jens  
**Oplage** 20.000

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

**Raad van Commissarissen**  
drs. G.P.M. Huisman (voorzitter), algemeen directeur Slingsland Ziekenhuis, Doetinchem  
drs. M. Dijkshoorn AAG  
drs. J.S. van der Heide, voorzitter RvB Ziekenhuis Bernhoven, Oss en Veghel  
dr. D.J. Hemrika, voorzitter RvB Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam  
drs. J.H.D. van Hemsbergen, hoofddirectie Vvaa Groep BV  
drs. D. van Starckenburg RE, voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede  
dr. P. van der Wijk, lid RvB Martini Ziekenhuis, Groningen

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

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. Meningingen of 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 **Gedeelde verantwoordelijkheid**  
Column Alice Hamersma, senior beleidsmedewerker NPCF
- 10 **'We zijn nog lang niet uitverbeterd'**  
Maasziekenhuis Pantein verandert succesvol
- 14 **Inter pares**  
Nieuws van en voor MediRisk-ziekenhuizen
- 16 **Case report**  
Een gemiste elleboogfractuur
- 18 **Goed geïnformeerde patiënten**  
Alysis Zorggroep maakt werk van informed consent
- 20 **Juridische kwestie**  
Claim voorkomen door openheid en excuses
- 22 **Claimreconstructie**  
Verkeerd gepositioneerd
- 24 **Gespot**  
Het beste idee van Ziekenhuis Gelderse Vallei



### Te veel procedures en regels

Hoogleraar Patiëntveiligheid Cordula Wagner is best trots op wat haar onderzoeken naar patiëntveiligheid teweeg hebben gebracht. Toch is het tijd dat de zorg pas op de plaats maakt en teruggaat naar de basis. Want daar ligt de sleutel om de onbedoelde schades in ziekenhuizen bij de bron aan te pakken. |pag.4|

### Veranderexperts over de zorg

Slechts 30 procent van de ingezette veranderprocessen is succesvol, blijkt uit onderzoek. Dat geeft aan dat zorgmanagers wel een steuntje in de rug kunnen gebruiken. Alert sprak met vier veranderexperts uit het bedrijfsleven, met ieder zijn eigen invalshoek. |pagina's 9-13-17-21|

## PREVENTIEBLIK

Het vervoer van patiënten naar Radiologie of een andere onderzoeksafdeling is niet zonder risico's. Sommige patiënten dragen infusen, een drain of zuurstof bij zich en het komt geregeld voor dat daarmee tijdens het vervoer of in de wachtruimte problemen ontstaan. Het is dan zaak dat er een verpleegkundige aanwezig is die dit adequaat kan oplossen. Helaas is dat niet altijd het geval en staat de transporteur – meestal een afdelingsassistent – er alleen voor. Om dit soort risico's voor te blijven, mogen transporteurs in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis alleen met patiënten op pad als ze het ingevulde 'blauwe formulier' bij zich hebben. Met deze risico-inventarisatie bepaalt de afdelingsverpleegkundige of er tijdens het vervoer een verpleegkundige mee moet, of dat de transporteur het alleen af kan. Sinds het SLAZ met het formulier werkt, zijn problemen tijdens het patiëntenvervoer tijdig en professioneel opgelost.



Foto: Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

Hoogleraar Patiëntveiligheid

# Cordula Wagner

‘We schieten te ver door met het opstellen van procedures en regels’

Cordula Wagner is best trots op wat haar onderzoeken naar patiëntveiligheid teweeg hebben gebracht. Toch is het tijd dat de zorg pas op de plaats maakt en teruggaat naar de basis.

Want daar, zo stelt Wagner, ligt de sleutel om de onbedoelde schades in ziekenhuizen bij de bron aan te pakken. “Begin nou eerst om de communicatie en samenwerking tussen

zorgverleners te verbeteren.” DOOR MATTHIJS BUIKEMA

Als deze Alert verschijnt brengt NIVEL-onderzoeker en hoogleraar Patiëntveiligheid Cordula Wagner een tussenrapportage uit over de vervolgstudie naar onbedoelde schade. Of de schade in 2012 met de helft is gereduceerd kan en wil ze niet zeggen als dit interview wordt afgenomen. “Het is slechts een tussenmeting. Wetenschappelijk gezien is het veel te vroeg om conclusies te trekken, alle verbetermaatregelen zijn nog lang niet uitgekristalliseerd. Mensen willen snel resultaat zien, maar daar is deze materie veel te complex voor.”

#### ZIJN WE TE ONGEDULDIG?

“Ik ben bang dat de tussenrapportage wordt aangegrepen om nieuwe maatregelen door te voeren die de vorige gaan overrulen. Dat zien we vaker gebeuren. De druk vanuit de maatschappij is groot, mede gevoed door de media die zo de nadruk leggen op alles wat misgaat. We moeten oppassen dat we ons

daardoor niet gek laten maken en verbetermaatregelen alweer vervangen voordat ze goed en wel zijn ingevoerd. Elke verandering kost tijd. Kijk hoeveel mensen moeite hebben om hun rook- of eetgedrag te veranderen, terwijl ze dat zelf in de hand hebben. In de zorg heb je te maken met lange ketens waar tientallen mensen bij betrokken zijn. Dát is pas moeilijk om te veranderen.”

#### IN UW ORATIE BETWIJFELT U OF ALLE INSPANNINGEN OM DE ZORG VEILIGER TE MAKEN, GENOEG ZULLEN ZIJN. DAN ZIJN EXTRA MAATREGELEN TOCH JUUST GOED?

“De hele sector is ongelooflijk in beweging en gedreven om verbeteringen te bereiken. Maar dat gebeurt vooral met meer procedures, meer verantwoordings-informatie zoals indicatoren en met allerlei losse verbeterprojecten. Kijk maar naar de tien thema’s van het VMS Veiligheidsprogramma. Ik verwacht daar wel positieve resultaten van,

maar de latente problemen in het zorgsysteem, zoals gebrekkige communicatie en samenwerking, lossen we er niet mee op. Internationale literatuur en de ervaring met landelijke kwaliteitsprogramma’s zoals Sneller Beter en Zorg voor Beter laten zien dat misschien de helft van de verbeterprojecten de gestelde doelen zal halen en dat een zeer beperkt deel van de bereikte verbeteringen bekijft in de drukte van de dagelijkse praktijk.”

#### IS DE ZORG TE VER DOORGESCHOTEN MET HET OPSTELLEN VAN PROCEDURES?

“We zijn momenteel aan het doorschieten. Het past heel erg in deze fase om alles te willen regelen met protocollen, afspraken en procedures, zoals bijvoorbeeld een checklist. Op de ontwikkelingsladder van de patiëntveiligheidscultuur is dat de bureaucratische fase. Maar daarmee ben je nog altijd niet proactief. Als je alles dichttimert met procedures, richt je je daar als zorgverlener ook naar. Op het moment dat de patiënt via een andere weg binnenkomt, een apparaat anders staat of het verhaal van een patiënt afwijkt van het geijkte spoor, loop je achter de feiten aan. In die gevallen staan procedures in de weg. Zorgverleners moeten de ruimte hebben om hun kennis, ervaring en creativiteit aan te spreken.”

**Cordula Wagner** zocht met haar onderzoeksteam van het NIVEL en het EMGO Instituut/VUmc uit hoe vaak onbedoelde schade in ziekenhuizen voorkomt (2007), wat de achterliggende oorzaken daarvan zijn (2008) en wat de effecten zijn van beter teamwork, het scholen van arts-assistenten in patiëntveiligheid en het betrekken van patiënten bij hun eigen medicatieveiligheid (2009). In mei dit jaar werd Wagner benoemd tot hoogleraar Patiëntveiligheid aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.



Foto: Raphaël Drent

## ‘IN DE ZIEKENHUIZEN WAAR DE TIME-OUT GOED IS INGEVOERD ZIE JE DAT BEPAALDE MEDISCHE SPECIALISTEN ER BOVENOP ZIJN BLIJVEN ZITTEN, TOTDAT DE GROEP DIE ERACHTER STAAT GROOT GENOEG IS’

### EN DIE RUIMTE WORDT MINDER?

“Ja. Bepaalde risico’s zijn prima met een procedure in te dammen. Maar procedures en richtlijnen zijn niet het antwoord op alle problemen in de zorg, terwijl daar nu wel naar wordt gestuurd. Het is verspilde moeite om een checklist in te voeren die vervolgens zonder na te denken wordt afgevinkt. Wat we nodig hebben is smeerolie, waardoor zorgprofessionals beter gaan samenwerken. Dat ze elkaar aanspreken als ze iets zien dat niet goed gaat of afwijkt en dat de ander dit gewoon accepteert. Dat regel je niet in een protocol of richtlijn.”

### WAT MOET ER DAN GEBEUREN?

“Er moet veel meer aandacht komen voor een brede cultuurverandering, een paradigma-schrift, gericht op minder externe regels en meer samenwerking en risicobewustzijn in alle lagen van de organisatie. Door innovatie en specialisatie is de zorg rondom de patiënt steeds meer in kleine stukjes verdeeld. Daardoor kan er veel meer dan vroeger. Maar dat deze ontwikkelingen de kwaliteit en veiligheid van de zorg enkel hebben verbeterd, is maar ten dele waar. Er is ook een keerzijde. Een kleine 6 procent van de patiënten die jaarlijks wordt opgenomen, krijgt te maken met onbedoelde schade. In 2 procent van de gevallen was die schade achteraf gezien te voorkomen geweest. Innovaties en specialisaties maken de zorg dus niet automatisch veiliger, maar brengen ook nieuwe risico’s met zich mee.”

### WAT VOOR RISICO’S?

“De zorg wordt door steeds meer verschillende professionals geleverd, die veelzijdig patiëntinformatie aan elkaar moeten overdragen, elkaar regelmatig niet goed kennen en frequent van team wisselen. Dat werkt fouten in de hand. Daarbij komt dat teamleden verschillende achtergronden hebben, met uiteenlopende opleidingen en trainingen. Verpleegkundigen hebben in de opleiding bijvoorbeeld geleerd te beschrijven wat zij aan een patiënt zien, terwijl artsen

juist puntsgewijs de hoofdlijnen willen weten. Dat botst op de werkvloer. Ook technologische innovaties brengen risico’s met zich mee. Je kunt als arts steeds meer informatie over de staat van een patiënt krijgen, maar dat maakt het ook moeilijker om de relevante informatie van de minder relevante te scheiden. Zorgverleners zijn zich bovendien onvoldoende bewust van hun eigen beperkingen. Het menselijk geheugen, onze waarneming en ons begrip van de situatie laten ons regelmatig in de steek. Hoe goed je zorgverleners ook traint, de cognitieve psychologie laat zien dat er grenzen zijn aan het trainen van de menselijke hersenen. Het is belangrijk dat zorgverleners deze menselijke beperkingen onderkennen en niet beweren dat zij beter zijn dan anderen. Het niet willen onderkennen van je eigen beperkingen leidt tot zelfoverschatting en onnodige risico’s voor patiënten. Lees het boek Dit nooit meer er maar op na.”

### HOE VERANDER JE DAT SYSTEEM?

“Alles begint met bewustwording. Ongelukken horen bij het leven, net als het maken van fouten. Dat geldt ook voor het werken in een ziekenhuis. Als wij net zoals in het dagelijkse leven accepteren dat het maken van fouten in de zorg onvermijdelijk is, hoeven wij niet primair op zoek te gaan naar een schuldige, maar kunnen wij veel meer nadenken over hoe wij de systemen om ons heen zo veilig mogelijk kunnen maken.”

### MAAR HOE DOE JE DAT?

“Een duidelijk doel stellen, op een simpele manier bekijken hoe je dit kunt vastleggen en voortdurend blijven meten wat het effect is van je aanpassingen. Daarvoor moeten ziekenhuizen weer terug naar de basis. Hoe ziet het zorgtraject van de patiënt er vandaag de dag uit en hoe zou het er idealiter uit moeten zien? Stel een gezamenlijke visie op die door de hele organisatie wordt gedragen, met kernbegrippen als openheid, risi-

cobewustzijn, signaleren, elkaar aanspreken en helder communiceren. Los niet alles op met een regel of een checklist, maar train elkaar in communicatieve vaardigheden en stimuleer elkaar om je uit te spreken. De mens draagt in 70 procent van de gevallen bij aan fouten, maar hij is ook de grootste herstelfactor. Die herstelfactor komt vaak voort uit een onderbuikgevoel: laat ik toch nog even kijken. Als zorgverleners dat iets meer geoorloofd mogen gebruiken en dit gevoel actief met elkaar bespreken, dan worden ze vanzelf alerter om op risico’s in te spelen. Dan zijn veel regels en protocollen niet eens meer nodig. Voor alle duidelijkheid: ik ben niet tegen regels en protocollen, maar gebruik die voor de voorspelbare zaken. Voor de onvoorspelbare dingen moet je de creativiteit, de autonomie en het oplossend vermogen van de zorgprofessional de ruimte geven. Als je de zorg te veel aan banden legt met protocollen en regels, dam je die creativiteit in. Daar wordt de zorg niet veiliger van.”

### MAAR DAN MOET HET SYSTEEM DAT TOCH OOK TOELATEN?

“Absoluut. Er zitten in het zorgsysteem een flink aantal belemmeringen die een juiste communicatie en overdracht in de weg staan. Je moet er wel voor zorgen dat mensen daadwerkelijk met elkaar kunnen communiceren, dat ze tot elkaar toegang hebben via de ict-systemen, dat ze getraind worden en dat er voldoende overlap is tussen de verschillende diensten, zodat goede schriftelijke en mondelinge overdrachten kunnen plaatsvinden. Je moet communicatie en samenwerking bij iedere teamvergadering aan de orde laten komen. Hebben jullie elkaar aangesproken? Hoe is dat bevallen? Je moet het onder de aandacht houden. En iemand met een bepaald gezag moet op een gegeven moment zeggen: en zo gaan we het voortaan doen. In de ziekenhuizen waar de time-out goed is ingevoerd zie je dat bepaalde medisch specialisten er bovenop zijn blijven zitten. Totdat de groep die erachter staat



Foto: Raphaël Drent

groot genoeg is. Dan gaat het ineens vanzelf. Dan is zowel het systeem als de cultuur veranderd. Een tweedaagse teamtraining alleen is niet genoeg.”

### WAT ZIJN UW OPLOSSINGEN?

“Er moet vertrouwen komen tussen Raad van Bestuur, medische staf en bijvoorbeeld de IGZ. Indicatoren voor het toezicht moeten valide en betrouwbaar zijn, anders werken zij averechts doordat zorginstellingen onterecht in een slecht daglicht komen of cijfers gemanipuleerd worden. Indicatoren weerspiegelen de meetbare elementen van kwaliteit, maar er is veel dat telt en niet gemeten kan worden. Het is duidelijk dat externe druk helpt om verandering in gang te krijgen, maar er zijn natuurlijk grenzen. Daarnaast moet het risicobewustzijn van

zorgverleners worden versterkt. Ik zou wel een soort ‘klinische blik’ willen die anticipeert op onveilige situaties in zorgprocessen. Deze klinische blik is niet te vangen in procedures en regels, maar helpt volgens mij wel om de zorgprocessen en zorglogistiek te verbeteren. De samenwerking en communicatie tussen disciplines moet ook beter. Zij moeten samen de verantwoordelijkheid nemen voor de patiëntenzorg en niet alleen kijken naar hun eigen specialistische terrein. Als je als zorgverlener een belangrijke uitslag hebt, zorg dan ook echt dat die snel bij de behandelend arts komt, en geef het niet al na één keer bellen op. Daarnaast wil ik op zoek gaan naar een adaptief zorgsysteem dat kan inspelen op onverwachte situaties en interacties. Een systeem met een juiste balans tussen procedures en

autonomie van professionals, tussen vertrouwen en verantwoordingsplicht, en tussen efficiënte zorgprocessen en individuele behoeften van patiënten.”

### DAT KLINKT ALSOF WE NOG WAT GEDULD MOETEN HEBBEN

“Een cultuur veranderen is niet zomaar. Er bestaat bovendien geen blauwdruk voor. Ziekenhuizen moeten gebruikmaken van elkaars succesverhalen, maar ze zullen zelf hun weg moeten vinden. Dat betekent inderdaad geduld hebben. Het voordeel is dat je voor veiligheid makkelijker mensen kunt meekrijgen dan voor kwaliteit. Veiligheid is wat dat betreft dringender en concreter. Schade wil je gewoon niet, daarvoor werk je niet in de zorg.” ■

‘IK ZOU WEL EEN SOORT ‘KLINISCHE BLIK’ WILLEN DIE ANTICIPEERT OP ONVEILIGE SITUATIES IN ZORGPROCESSEN. DEZE BLIK IS NIET TE VANGEN IN PROCEDURES EN REGELS’

# Gedeelde verantwoordelijkheid

ALICE HAMERSMA, SENIOR BELEIDSMEDEWERKER NPCF



Foto: William Koopman

Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat de zorg veilig is. Om dat te kunnen garanderen is het noodzakelijk dat zorgverleners en bestuurders van zorginstellingen ieder hun verantwoordelijkheid kennen en deze ook uitvoeren. Dit neemt niet weg dat patiënten ook een medeverantwoordelijkheid hebben. De patiënt is immers de enige constante factor in de hele zorgketen en degene voor wie de zorg niet stopt buiten de deur van een afdeling of ziekenhuis. De patiënt speelt zelfs een belangrijke rol bij de (cultuur)verandering naar een veiliger zorg.

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie ziet de patiënt als aanjager en medebewaker van zijn eigen zorgproces en veiligheid. Die rol houdt volgens ons niet op bij het informeren en het opvolgen van de adviezen van de zorgverleners. Als de patiënt iets niet begrijpt, moet hij vragen stellen aan de zorgverlener. En in sommige gevallen kunnen

patiënten heel goed zaken signaleren en aankaarten die dreigen mis te gaan. Waarom krijg ik vandaag een gele pil, terwijl het gisteren een witte was? Waarom wordt vijf keer gevraagd naar mijn te opereren knie en wordt uiteindelijk toch de verkeerde knie geopereerd?

Maar om die verantwoordelijkheid te kunnen nemen, moet de patiënt wel weten wat hij kan en mag verwachten en wat hij zelf kan doen. Pas dan kan hij immers actief bijdragen aan zijn eigen veiligheid en zorgverleners aanspreken of vragen stellen. En bijvoorbeeld hun behandelaar of apotheek vragen om een actueel medicatieoverzicht. Dat patiënten dat recht hebben, is nog steeds onvoldoende bekend, ook bij zorgverleners. Volgens de richtlijn Gegevensoverdracht medicatie in de keten is de patiënt één van de bronnen voor het actuele medicatieoverzicht en in feite drager daarvan in de hele keten. De patiënt kent als geen ander zijn eigen medicijngebruik en medische geschiedenis, zoals allergische reacties en bijwerkingen. Die informatie is onmisbaar voor een veilige behandeling.

Zorg draait om zorgverleners én patiënten. Het veiliger maken zul je dan ook samen moeten doen. Steeds meer patiënten willen zelf actief bijdragen aan hun behandeling en een veiliger zorg, maar wel samen met de zorgverleners. Maar omdat patiënten automatisch in de afhankelijke positie zitten, hebben zij wel een steuntje in de rug nodig om zaken te kunnen aankaarten en aanjagen. Zorgverleners moeten daarvoor ruimte bieden. Op die manier kunnen zorgverleners én patiënten samen de zorgcultuur richting een nog betere en veilige zorg duwen.

PS: Op [www.mijnzorgveilig.nl](http://www.mijnzorgveilig.nl) kunnen zorgverleners en patiënten gratis verschillende patiëntveiligheidskaarten downloaden, zoals het actuele medicatieoverzicht.

VERANDEREXPERT



Slechts 30 procent van de ingezette veranderprocessen is succesvol, blijkt uit onderzoek. Dat geeft aan dat zorgmanagers wel een steuntje in de rug kunnen gebruiken. Alert sprak met vier veranderexperts uit het bedrijfsleven, met ieder zijn eigen invalshoek.

DOOR KARIN BOS

## Léon de Caluwé organisatiedeskundige

‘VERANDERAARS KOMEN IN VIJF KLEUREN’

Hoogleraar en organisatieadviseur Léon de Caluwé heeft al dertig jaar ervaring als veranderaar in allerlei sectoren. Dé manier van veranderen, bestaat volgens hem niet. Die is afhankelijk van je voorkeur en de zaken die je wilt aanpakken. Maar je kunt wel verschillende ‘veranderfamilies’ onderscheiden. De Caluwé deelt ze in kleuren in. Voor elk type veranderaar een andere. En dat gaat verder dan een voorkeur voor een aanpak. “Een kleur staat voor je waarden, normen en de denkwijzen waaraan je gewend en gehecht bent. Die kun je niet zomaar veranderen. Maar als duidelijk is welke kleur jij hebt, en waar jij dus anders denkt dan ik, wordt het wel makkelijker om samen in gesprek te komen.”

### DYNAMIEK TASTBAAR MAKEN

Voor De Caluwé is taal zeker niet universeel.

Jouw woorden kunnen voor je gesprekspartner een hele andere lading en betekenis hebben. Waar de één na een gemiste afspraak zegt: ‘Het was maar een afspraak’, zegt de ander: ‘We hadden toch een afspraak!’ Of, ook een veelgehoorde: we gaan onze medewerkers serieus bij de plannen betrekken. Dat kan een keertje lunchen in de kantine betekenen, maar ook medewerkers daadwerkelijk aan de tekentafel zetten. Als je weet wat de ander bedoelt, wat voor kleur hij heeft – en welke jij zelf hebt – kun je de communicatiekloof flink verkleinen. Dan wordt de dynamiek tussen mensen opeens tastbaar. Je krijgt begrip voor de allergie van de ander, en dat maakt relativeren makkelijker. En of het gaat om de dynamiek binnen een organisatie of gewoon thuis, bij vrienden of je gezin, maakt dan eigenlijk niet zoveel uit.”

### KLEUREN COMBINEREN

Blauw, geel, groen, rood en wit. Dat zijn de kleuren uit De Caluwé’s palet. Waarbij blauw staat voor rechtlijnig. Voor een plan maken en je daaraan houden. “Perfect als je een gebouw wilt neerzetten. Maar wat je vaak ziet, is dat die blauwe voorkeur dan maar meteen in alle organisatieveranderingen wordt betrokken, en dan klopt het niet meer. Dat hangt af van diverse factoren. Wil je bijvoorbeeld dat mensen achter de balie weer zin in hun werk krijgen, dan zal een andere kleurencombinatie beter uitpakken.” Met de nadruk op combineren, niet mengen. Want elke kleur heeft zijn eigen kracht, stelt De Caluwé. Zo is veranderen bij geel een politiek spel achter de schermen, terwijl rood veranderen aantrekkelijk probeert te maken. Groen gaat ervan uit dat mensen een intrinsieke motivatie hebben om te leren, terwijl wit ruimte creëert om te veranderen, waarbij hooguit een zetje in de goede richting nodig is. “Het mooie van kleurendenken is dat het een overzichtelijke manier is om de complexiteit te zien van veranderen, van je eigen rol daarin en die van anderen. En inzicht is altijd de eerste stap.”

Léon de Caluwé is senior partner bij Twynstra Gudde in Amersfoort en deeltijd hoogleraar Advieskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Op zijn naam staat een uitgebreide lijst van publicaties. Daarnaast is hij gepromoveerd en doet hij onderzoek naar effecten van advieswerk. Zijn expertisegebieden zijn: veranderkunde, gaming en advieskunde. Voor meer achtergrondinformatie: [www.decaluwe.nl](http://www.decaluwe.nl).

Maasziekenhuis Pantein verandert succesvol

# ‘We zijn nog lang niet uitverbeterd’

In 2006 startte Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer met de ontwikkeling van een systeem voor veilig incidenten melden. Inmiddels is VIMmen een alledaagse term waar positief gebruik van wordt gemaakt en kijken medewerkers met een open mind naar verbetermogelijkheden in hun werk. Een succesvolle verandering. Hoe kom je zo ver?

DOOR ANNEMIEK MANUEL

“Het melden van incidenten is een cruciaal onderdeel in een verbeterprogramma. Maar, dan moet die melding wel inhoudelijk goed zijn. Anders kun je er weinig mee. Naast een goede beschrijving en een risicoscore, moet je als melder daarom ook met een haalbare verbetermaatregel komen.” Aldus IrisDaphne Lempens, beleidsmedewerker veiligheid en kwaliteit in het ziekenhuis. De inhoud van een melding vormde dan ook een belangrijk aandachtspunt bij de ontwikkeling van het VIM-systeem.

## VOORBEELDGEDRAG

Eén van de pilotafdelingen voor het VIM-project was de kinderafdeling, destijds geleid door Cees van Zitteren die tevens voorzitter van de projectgroep was. “De kinderafdeling was een goede plek om te starten. Het realiseren van verbeteringen is namelijk de cultuur en daardoor bepalend voor het succes van een VIM-systeem.

Op de kinderafdeling werkt een hecht en stabiel team medewerkers dat veel met elkaar overlegt en beschikt over een hoog arbeidsethos. Voor een deel is dat het resultaat van een selectieproces waarbij wij naast inhoudelijke kwaliteiten ook letten op de persoonlijke eigenschappen, de talenten van sollicitanten. Hoe communicatief is iemand? En: heeft hij of zij het lef in huis om iemand aan te spreken of een probleem aan te kaarten? Daarnaast is er veel aandacht besteed aan voorbeeldgedrag: ook als leidinggevende moet je geen doekjes winden om problemen. Je moet ze bespreken en daarbij laten zien dat je achter je mensen staat en hen ondersteunt. Overigens gebiedt de eerlijkheid mij te zeggen dat je een dergelijke cultuur op meer kinderafdelingen tegenkomt. Een open en transparante cultuur past kennelijk bij het type mensen dat er werkt.”

Van Zitteren vervolgt: “Naast de cultuur, doet ook de toon waarop je een boodschap communiceert ertoe. Bij de introductie van het VIM-systeem hebben wij medewerkers gevraagd om alles te melden

wat anders verloopt dan zij zouden verwachten in de zorgverlening aan patiënten. Dat klinkt heel anders dan wanneer je het hebt over het melden van verkeerde handelingen van collega’s. Daarom hebben we ervoor gekozen dat er niet anoniem kan worden gemeld.” Opvallend is dat het aantal meldingen desondanks steeg van zo’n vijf tot ruim achthonderd meldingen op jaarbasis. Er is dan ook uitdrukkelijk gecommuniceerd dat het VIM-systeem geen klikstelsel is. “Die boodschap is goed aangekomen,” zegt Lempens.

## INCOGNITO MEEKIJKEN

De kwaliteit van de verbetermaatregelen die met de meldingen worden aangedragen, verbeteren aanzienlijk en ze worden steeds bruikbaar. Lempens: “Er wordt goed over nagedacht. In de beginperiode gebruikte iemand eens foto’s en pictogrammen om een verbetermaatregel toe te lichten. Het visueel zichtbaar maken van hoe iets hoort, werkt vaak beter dan een geschreven uitleg. Denk aan de indeling van een kast of kar, maar bijvoorbeeld ook aan een bepaalde handeling. Deze methode om een maatregel te presenteren hebben we inmiddels breed verspreid, met name om haar praktische en gemakkelijke toepasbaarheid. Overigens klinkt zo’n maatregel eenvoudig, maar het blijkt vaak moeilijk om met een open mind naar het eigen werk te kijken, risico’s daarin te signaleren en een verbetering te bedenken.”

Ook Van Zitteren liep daar tegenaan: “Eveneens in het kader van patiëntveiligheid wilde ik weten hoe werd omgegaan met het protocol Handenhygiëne. Zonder dat medewerkers dit wisten heb ik een medewerker gevraagd gedurende een week incognito te bekijken hoe het handenwassen op de afdeling gebeurde. De uitslag was schokkend: niemand deed het goed! Begrijpelijkwijds waren medewerkers boos toen ik hen confronteerde met de resultaten. Het was ook wel gemeen. Maar zij schrokken ook van de resultaten en wil-



‘We hebben de voorzieningen en het protocol verbeterd en gebruiken nu pictogrammen om te laten zien hoe je je handen hoort te wassen.’

‘ER IS ER VEEL AANDACHT BESTEED AAN VOORBEELDGEDRAG: ALS LEIDINGGEVENDE MOET JE PROBLEMEN BESPREKEN, MAAR OOK LATEN ZIEN DAT JE ACHTER JE MENSEN STAAT’

## ‘DE VERBETERMAATREGELEN DIE MET DE MELDINGEN WORDEN AANGEDRAGEN, WORDEN STEEDS BETER EN BRUIKBAARDER’

den er graag iets aan doen. Ik heb hen beloofd daarvoor alles te regelen wat nodig was. Samen met de ziekenhuishygiënist hebben we onderzocht wat de oorzaak was en hoe het handenwassen kon worden verbeterd. Die oorzaak lag voor een deel in gewenning, maar ook voor een deel in de middelen. Niet overal was een goede kraan voorhanden, op sommige plaatsen ontbrak de alcoholdispenser en ook het protocol was niet duidelijk. We hebben de voorzieningen en het protocol verbeterd en gebruiken nu pictogrammen om te laten zien hoe je je handen hoort te wassen. Bovendien is het handenwassen benoemd tot risicovolle handeling. Dat betekent dat een ieder daarin wordt geschoold en moet aantonen dat hij of zij het handenwassen goed in de vingers heeft. Dat werkt uitstekend. Je kunt veel leren van incidenten. Die moet je koesteren.”

### BREED INZETTEN

Koester incidenten. Benut ze om ervan te leren. Niet alleen voor de eigen afdeling, maar ziekenhuisbreed. Dat is de insteek van het VIM-systeem, dat sinds 2008 in Pantein wordt toegepast. Lempens: “Meldingen en de vervolgacties worden samen met andere gegevens op het gebied van veiligheid digitaal en centraal verzameld, geanalyseerd en bewaakt op MT-niveau. De melder krijgt altijd te horen wat er met de melding gebeurt. Ook communiceren we meldingen, incidenten en verbetermaatregelen ziekenhuisbreed via nieuwsbrieven. De Commissie Patiëntveiligheid, bestaande uit een brede vertegenwoordiging van de afdelingen, zorgt er bovendien voor dat verbetermaatregelen worden toegepast op alle plekken in

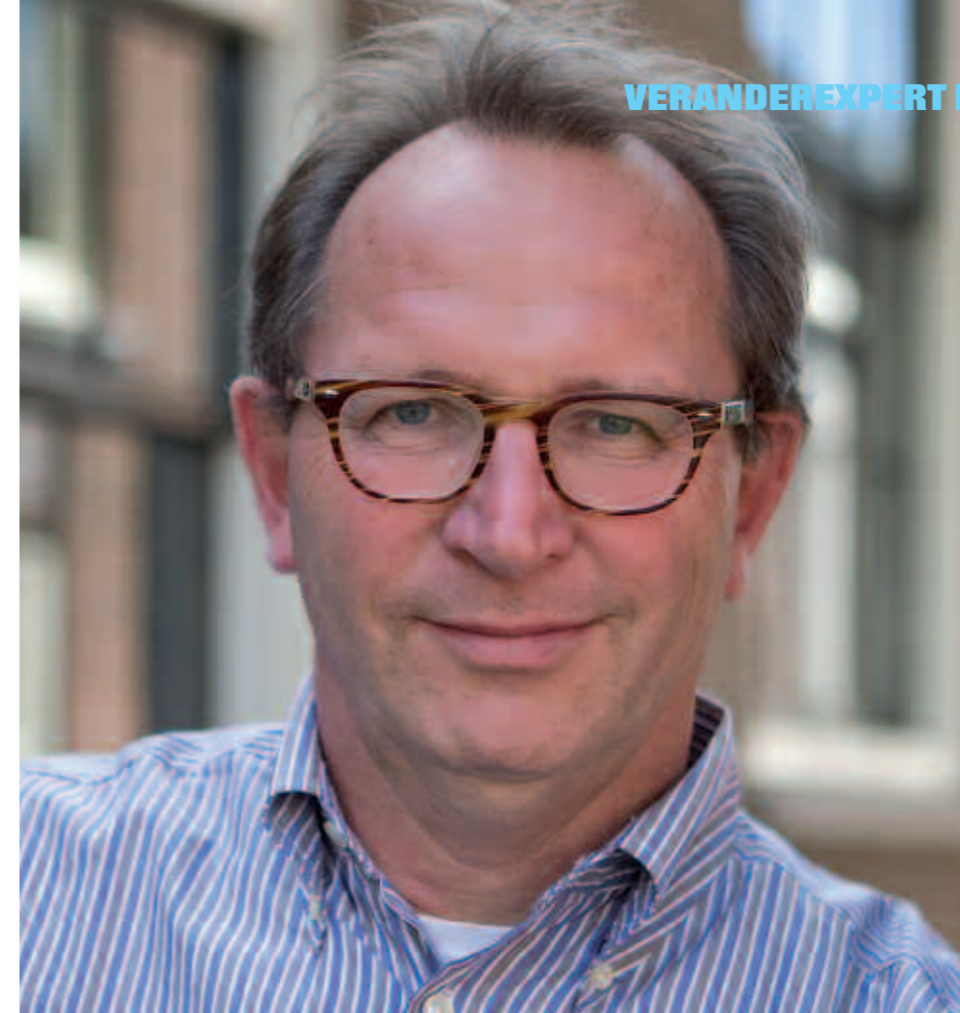
**Incident verfilmd** - Een van de verpleegkundigen op de kinderafdeling van het Maasziekenhuis Pantein is Maud Wolfs. Na de afronding van haar studie ging zij in 2007 in het ziekenhuis aan de slag. De aandacht voor patiëntveiligheid en het melden van incidenten spreekt haar erg aan. Wolfs: “VIM-men en verbeteren zijn bij ons alledaagse termen met een positieve ondertoon. We zeggen regelmatig tegen elkaar: ‘dat moeten we melden, dat kan beter’. Ik vind het persoonlijk heel vanzelfsprekend dat je let op potentiële risico’s en ervan leert en verbetert. Melden is daarin een onmisbaar onderdeel.” Wolfs ondervond het belang daarvan aan den lijve, toen zij een medicatie voor een patiënt verkeerd toediende. “Ik heb geen moment getwijfeld en mijn fout direct besproken met mijn collega’s, leidinggevende en later met de ouders van het patiëntje. Ik was enorm geschrokken, maar werd door iedereen gesteund. Gelukkig bracht mijn fout het kind niet in gevaar. Wel hebben we direct gezocht naar een manier om te voorkomen dat dit nog eens kon gebeuren en die hebben we gevonden. Door het gebruik van kleuren en een ander soort spuit is een duidelijk onderscheid gemaakt tussen medicatie voor orale toediening en toedieningwijze via het infuus.” Afdelingshoofd Cees van Zitteren zag in het incident een mogelijkheid om het bewustwordingsproces rond het melden van incidenten in het hele ziekenhuis te stimuleren. Met toestemming en medewerking van Wolfs werd het incident in scène gezet en gefilmd, waarna de film op alle afdelingen werd getoond. Wolfs: “De reacties waren heel open en positief. Ik denk dat dit een enorm aansprekende manier is om mensen bewust te maken van potentiële risico’s en de voordelen van het melden. Het is herkenbaar en dichtbij. Daardoor denken mensen er langer over na.”

het ziekenhuis waar zij kunnen bijdragen aan patiëntveiligheid. Zo voorkomen we dat elke afdeling opnieuw het wiel moet uitvinden.”

### NOG NIET UITVERBETERD

Lempens is blij met de ontwikkelingen in het ziekenhuis op het gebied van patiëntveiligheid. “Het systeem werkt, maar er valt uiteraard altijd meer winst te behalen. Zo zouden we een hogere doorloopsnelheid bij het afhandelen van meldingen moeten zien te bereiken. Maar het vele werk, de complexiteit van een vraagstuk en de zorgvuldigheid die je moet betrachten vergen vaak tijd. Toch zijn we al ver op weg: de cultuur in het ziekenhuis wordt opener en transparanter. Incidenten en meldingen raken uit de taboesfeer. Dat betekent dat medewerkers zich veilig voelen. We stimuleren de aandacht voor veiligheid en verbeteren ons via allerlei manieren, bijvoorbeeld met de voorstelling Dag & Nacht van het VMS Veiligheidsprogramma en ook het Planetree-concept dat we in het ziekenhuis omarmen draagt, ertoe bij. Je merkt echt dat medewerkers steeds meer gaan letten op mogelijke verbeteringen in hun werk. Soms blijkt een blik van buiten daarbij heel zinvol.” Van Zitteren deelt die mening. “Door infrastructurele veranderingen in het kader van nieuwbouw is een deel van de managers van afdeling geswitched. Inmiddels ben ik afdelingshoofd van de ICU en SEH en de gipskamer. Ik merk dat je door ervaringen met een andere manier van kijken en werken, weer andere risico’s kunt zien dan de medewerkers op deze afdeling. Ik zie nog legio mogelijkheden. Er is al veel gebeurd, maar we zijn nog lang niet uitverbeterd.” ■

**VERANDEREXPERT** ■ Organisatie-activist, slow manager en schrijver Jaap Peters is van vele markten thuis, maar de essentie blijft altijd: de menselijke maat. In zijn verandervisie staat het primair proces centraal en het hebben van vertrouwen in elkaar. Het primair proces in ziekenhuizen is de patiëntenzorg. **DOOR KARIN BOS**



## Jaap Peters organisatieactivist

‘VERANDEREN KAN ALLEEN ALS JE ELKAAR VERTROUWT’

Bij Peters krijgt de werkvloer weer werkruimte, want veranderingen ‘uitrollen’ werkt niet. En draagvlak creëren evenmin. Veranderen doe je samen. In zijn boek Intensieve Menshouderij vergelijkt Peters organisaties met de intensieve veehouderij, waar geld een doel op zich is. En waar het altijd nog efficiënter en nog klantvriendelijker kan. Peters: “Maar is dat ook in het belang van de medewerker? Kijk naar TNT. De postbodes die eruit moeten, bezorgen in hun laatste dagen de folders waarin ze ‘op zoek zijn naar leuke collega’s’. Niet bepaald mensvriendelijk!” Peters spoort managers daarom aan anders naar veranderprocessen te kijken. Want uitrollen en via de afdeling communicatie tussen de oren duwen, is de manier duidelijk niet.

### DENKEN VANUIT INZICHT

“Wanneer ik aan interim-klussen begin, weet ik niks. Ik vraag mensen op de werkvloer gewoon: ‘Wat gaat hier fout? Ik ga ervan uit dat jullie het weten.’ Alleen dat is voor de meeste mensen al totaal nieuw. Dat hen gevraagd wordt wat het probleem is. Dat je niet denkt vanuit overzicht, maar van-

uit inzicht. En dan kom je op mooie dingen. Ik was bijvoorbeeld bij een bedrijf met drie vestigingen. Overal werd hetzelfde werk gedaan. De mensen zelf vonden dat raar, want de ene locatie beschikte wel over bepaalde apparatuur en de andere niet. Medewerkers moesten dus steeds heen en weer rijden. Samen kwamen we op specialisatie per locatie. Dát is veranderen: elkaar op andere gedachten helpen. Maar dat kan alleen als je elkaar vertrouwt. En wanneer het primair proces centraal staat en niet de staf of het geld.” Peters beseft dat managers vaak bang zijn voor de uitkomst van deze manier van werken, want die staat van tevoren niet vast. “Maar het is de enige manier.”

### AANDACHT TERUG IN DE ZORG

“Als ik naar de zorg kijk, krijg ik inderdaad iets activistisch. Want waar gaat het meeste geld aan op: aan beleidsmedewerkers die

‘nee’ zeggen. Laatst las ik een column van Youp van ’t Hek over grootouders die geld krijgen als ze op de kleinkinderen passen. Ze mogen niet roken en geen dialect praten, en er zijn weer allemaal controleurs die dat checken. Terwijl het misschien wel leuk is als opa anders praat... En toch gaat 75 procent van het geld op aan mensen die niets anders doen dan het systeem bevredigen. Niet voor niets zijn zorgboerderijen booming business. De prijzen zijn laag, de aandacht voor de patiënt is groot. Dáárom zijn mensen in de zorg gaan werken, en daarom moet je de aandacht terug in de zorg organiseren. Kijk, in de intensieve landbouw zet je de wereld naar je hand om geld te verdienen. Maar in de mensenwereld kom je daar niet ver mee.” ■

Jaap Peters werkt bij DeLimes organisatieontwikkeling. Hij is voorzitter van de Stichting Chaosforum.com en schreef Niets nieuws onder de zon, Intensieve Menshouderij, Het Rijnland Boekje en Bij welke reorganisatie werk jij? Ook is Peters initiatiefnemer van het kwartaalmagazine Slow Management. Voor meer achtergrondinformatie: [www.jaappeters.nl](http://www.jaappeters.nl).

## BETHESDA ZIEKENHUIS HOOGEVEEN

### Mind joggers

Bethesda Hoogeveen heeft mind joggers in de strijd geworpen om haar medewerkers aan het denken te zetten over de procedures en ontwikkelingen in hun ziekenhuis. Mind joggers zijn geplastificeerde kaarten met op de voorkant algemene weetjes over een organisatie en op de achterkant zaken die van belang zijn voor een bepaalde doelgroep. Ze zijn bedoeld om medewerkers te prikkelen en discussies op gang te brengen. Kwaliteitscoördinator Niesje Kats: "Wil je veiligheid en kwaliteit verbeteren dan moet je wel weten in wat voor organisatie je werkt en welke procedures er gelden. Dat doen we met deze kaartjes." Kijk ook op [www.medirisk.nl/kennisbank](http://www.medirisk.nl/kennisbank).

### Lokale incidenten breed analyseren

Een cultuur waarin men veilig, op een niet-bestrafende manier incidenten kan melden, brengt meer incidenten aan het licht dan een cultuur waarin met de nadruk legt op het zoeken naar een schuldige. Feedback na een incidentmelding vergroot bovendien de betrokkenheid van medewerkers bij de veiligheid van patiënten. Dat blijkt uit het onderzoek van Cathelijne Snijders van de Isala klinieken in Zwolle die op 28 oktober promoveerde aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Zij baseerde haar onderzoek op de werking van NEOSAFE op de neonatale intensive care, een systeem voor het analyseren en geven van feedback bij incidenten. Een belangrijk aspect van Snijders' onderzoek betreft de multicenter aanpak. Specialismebrede analyse van incidenten die op lokaal niveau weinig voorkomen kan een grote impact hebben op patiëntveiligheid. Daarmee komen naast menselijke fouten ook vele organisatorische, technische en patiëntgerelateerde oorzaken aan het licht. Door al deze factoren aan te pakken zijn incidenten beter te voorkomen, concludeert Snijders.



## FLEVOZIEKENHUIS

### In het zonnetje

Nadat het de eerste plek in de Ziekenhuis top 100 van het Algemeen Dagblad had veroverd, mag het Flevoziekenhuis zich nu ook het eerste officiële Planetree-ziekenhuis van Europa noemen. Binnen het Planetree-concept moeten het beste van hotel, ziekenhuis én thuis samenkomen, oftewel mensgerichte zorg in een ziekenhuis in plaats van een ziekenhuis. "Dit zorgconcept geeft ruimte aan artsen en verpleegkundigen om dat te doen waar de patiënt behoefte aan heeft," aldus bestuursvoorzitter Jeltje Schraeverus. "Zo is de naaste familie de hele dag welkom bij de patiënt, tenzij dat het herstel van de patiënt niet ten goede komt. Bovendien is er ruimte voor ieders levensovertuiging en is er aanvullende zorg, zoals massages en aromazorg." In Nederland werken veertien zorgorganisaties volgens het Planetree-concept. Het label werd begin oktober uitgereikt tijdens het jaarlijkse Planetree-congres in de Verenigde Staten.

### Wat is uw rechtspositie?

Maandagavond 29 november presenteert VvAA in eigen huis een kennisproeverij met als thema 'Recht in het hart van de gezondheidszorg, alles wat u moet weten over uw (rechts)positie anno nu'. Prikkel uw hersenen tijdens dit unieke kennisevenement met actuele en praktische informatie, nieuwe inzichten en debat met kopstukken uit de Nederlandse zorg. Aanmelden kan op [www.vvaa.nl/rechtinhethart](http://www.vvaa.nl/rechtinhethart)

### Ga niet langs af

In vijf stappen zelf uw ondernemingsrisico's managen, daar draait het om in het boek Ga niet langs af. Geen studieboek, maar een werkboek met praktische handreikingen, tips en ervaringen om risicomanagement daadwerkelijk iets op te laten leveren voor uw organisatie of afdeling. "Een afdelingshoofd, ondernemer of directeur moet het boek als een handleiding erbij kunnen pakken om vervolgens risicomanagement binnen zijn organisatie op te tuigen," zegt co-auteur Robert van Asch. "Het leidt hen langs veel voorkomende obstakels, zoals gedragenheid, governance en risicomanagement technieken, en is ook goed toepasbaar binnen de zorg." Bij het boek zit een toegangscode voor de website [www.ganietlangsaf.nl](http://www.ganietlangsaf.nl), waar hulpmiddelen en risicomanagement tools kunnen worden gedownload. Het boek is hier ook te bestellen.



### Reiniging scopen nog niet op orde

Onlangs heeft de IGZ opnieuw onderzoek gedaan naar de reiniging en desinfectie van endoscopen in 22 ziekenhuizen. Behalve op de centrale endoscopie- of maag-, darm- en leverafdelingen (MDL) constateerde IGZ ook op andere afdelingen achterstanden. De faciliteiten om veilig te kunnen werken, vooral de ruimtelijke voorzieningen, waren vaak onder de maat. Daarnaast is de implementatie van een beheerssysteem voor reiniging en desinfectie van scopen in meer dan de helft van de bezochte ziekenhuizen niet van de grond gekomen.

MediRisk wil onderstrepen dat het voor alle leden van het grootste belang is om de reiniging en desinfectie van scopen op orde te hebben en de richtlijnen te volgen. Het niet naleven van de wet- en regelgeving op dit gebied kan tot aansprakelijkheid voor schade leiden.



### MediRisk Nieuw lid RvC

Paul van der Wijk, lid van de Raad van Bestuur van het Martini Ziekenhuis in Groningen, is per 17 november toegetreden tot de Raad van Commissarissen van MediRisk. Hij volgt hiermee Tineke Hirschler (Deventer Ziekenhuis) op, die eerder dit jaar afscheid nam.



## SINT LUCAS ANDREAS ZIEKENHUIS

### Sepsis te lijf (1)

Sepsis is de belangrijkste doodsoorzaak op de intensive care. Nadat in 2008 sepsis is aangewezen als één van de tien landelijke veiligheidsthema's in de zorg, hebben diverse ziekenhuizen een projectgroep opgericht om het interne bewustzijn te vergroten en protocollen te ontwikkelen. Om de hygiëne rondom het inbrengen van lijnen te verbeteren – een belangrijke oorzaak van sepsis – wil het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis het aantal bewegingen in de ruimte tot een minimum beperken. Om dat voor elkaar te krijgen, is een speciaal waarschuwingbord gemaakt. Er zijn sindsdien minder gevallen van sepsis voorgekomen op deze Amsterdamse IC. Het project maakt onderdeel uit van de campagne Laat van je horen. Dat geldt ook voor Speak Up! Medewerkers van de afdeling Verloskunde & Gynaecologie worden daarbij uitdrukkelijk uitgenodigd zich uit te spreken als ze zien aankomen dat de begeleiding van de bevalling tot onnodige risico's leidt. Met succes: medewerkers geven zelf aan dat ze hun twijfels en zorgen sneller uitspreken dan eerst. Daarom gaat het SLAZ Speak Up! nu ziekenhuisbreed in zetten. Op basis van enquêtes wordt bekeken wat hiervoor per afdeling nodig is, bijvoorbeeld trainingen of een protocol. Er is tevens een campagne gestart met folders, posters en discussiebijeenkomsten.

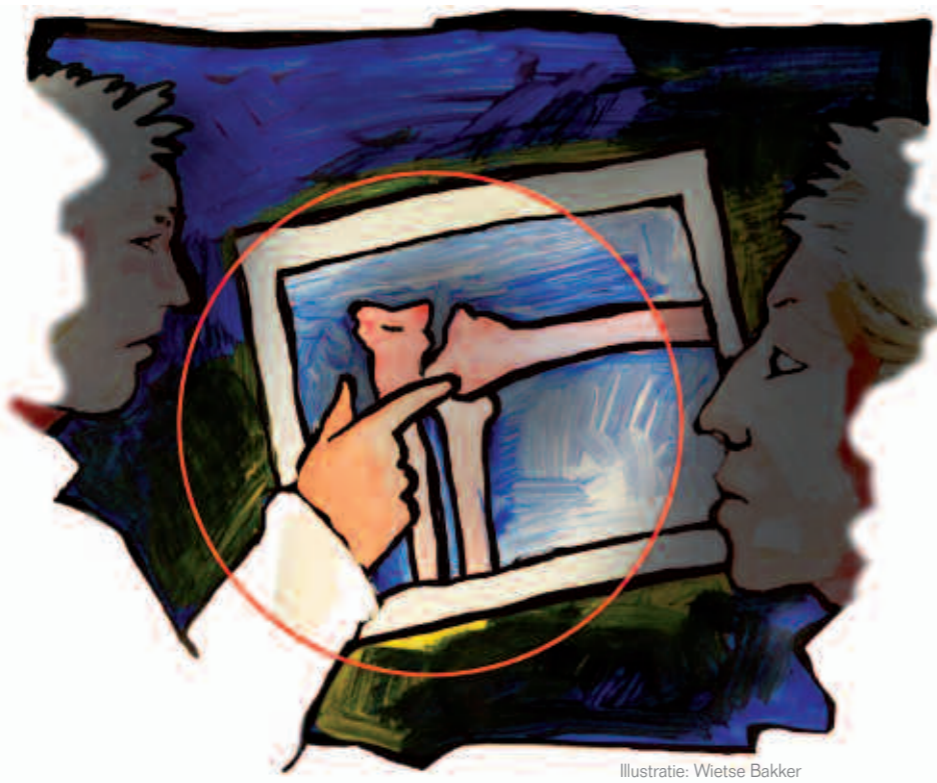
## ALBERT SCHWEITZER ZIEKENHUIS

### Sepsis te lijf (2)

In het Albert Schweitzer Ziekenhuis is de kans om te overlijden aan sepsis of septische shock de afgelopen twee jaar gehalveerd. Dit is te danken aan de veel striktere procedures om sepsis op te sporen en om de aandoening met zo min mogelijk tijdverlies agressief te behandelen met antibiotica. Bij elke patiënt met een verdenking van een infectie wordt voortaan een checklist doorgelopen. Als daaruit sepsis blijkt, moet binnen dertig minuten een behandeling op gang komen met antibiotica en vocht. Bij ernstige sepsis wordt meteen een IC-arts geconsulteerd en veelal volgt dan opname op de IC. De samenwerking tussen de verschillende afdelingen van het ziekenhuis is daarbij cruciaal.

# Elleboogfractuur gemist

Als bij MediRisk een vangnetgerelateerde claim binnenkomt van de SEH, volgt een preventiegericht onderzoek naar de werking van de vangnetten in het betreffende ziekenhuis: het case report. Zijn de vangnetten van MediRisk goed nageleefd of blijken ze in de praktijk niet helemaal waterdicht? DOOR BERNADET VALENTIJN



Illustratie: Wietse Bakker

## DE CASUS

Op de SEH komt een kind binnen met pijn in de linkerarm na een val van de schommel. De dienstdoende arts-assistent constateert een onderarmfractuur, type antebrachii links. Dezelfde dag nog ondergaat het kind een operatie. Hij mag de volgende dag na een röntgencontrole het ziekenhuis verlaten. Achteraf blijkt dat er naast de antebrachii-fractuur ook een fractuur net boven de linkerelleboog zat. Daarvoor is een tweede operatie noodzakelijk.

## HET ZIEKENHUIS

De medisch coördinator van de SEH: "Op de dag van het ongeval werd het kind gezien door een arts-assistent. Deze heeft de medische situatie besproken met de superviserende orthopedisch chirurg. De volgende dag zijn de röntgenfoto's besproken tijdens een gezamenlijke SEH-bespreking met de radiologen, als onderdeel van het vangnet radiologiebeoordeling. Daarbij werd vastgesteld dat de proximale uiteinden niet op de foto's stonden. Protocollair behoort dit wel te gebeuren. Desondanks werd het ontbreken van de uiteinden niet als relevant beoordeeld tijdens het overleg. Waarschijnlijk omdat er een duidelijke onderarmfractuur te zien was van zowel de radius als de ulna. Bij zo'n fractuur is de verwachting van nog meer pathologie zeer laag. Het is sowieso de vraag of de distale humerus te zien was ge-

weest als de proximale uiteinden er wel op hadden gestaan. De fractuur zat immers boven de elleboog."

## MEDI-RISK

Een riskmanager van MediRisk behandelde het case report: "We hebben ons met name gefocust op de vraag waarom er geen aanvullende foto's zijn gemaakt toen bleek dat de proximale uiteinden er niet opstonden. Was de arts-assistent onvoldoende ingewerkt? Ontbrak het misschien aan supervi-

sie of aan adequate protocollen? Op basis van de informatie bleek dat de betrokken arts-assistent goed was ingewerkt en dat hij deze patiënt prima zelfstandig kon behandelen. Toch is de ziekenhuisafpraak dat bij botfracturen altijd de proximale uiteinden op de foto's moeten zijn afgebeeld, niet gevolgd. Alle betrokkenen hebben hier een inschattingfout gemaakt. Gelukkig zijn de afspraken over fractuurbehandeling en fractuurdiagnostiek aangescherpt naar aanleiding van dit incident. De casus is met alle betrokkenen besproken en de vakgroepen Heelkunde en Orthopedie zijn nogmaals gewezen op het feit dat bij botfracturen altijd de uiteinden op de röntgenfoto's zichtbaar moeten zijn. MediRisk heeft daarom geen sanctie opgelegd. Wel heeft MediRisk het ziekenhuis geadviseerd afspraken in protocollen vast te leggen en regelmatig te toetsen of deze nog worden nageleefd." ■

**SEH-vangnetten** - De onervarenheid van arts-assistenten op de SEH is van invloed op het ontstaan van claims, met name daar waar het gaat om de diagnostiek en behandeling van kleinere trauma's. De SEH-vangnetten zorgen er onder meer voor dat arts-assistenten hun deskundigheid en vaardigheden op peil kunnen brengen en houden. Bovendien controleren de vangnetten het handelen van de arts-assistent, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft en de patiëntveiligheid wordt verhoogd. Kijk voor meer informatie op [www.medirisk.nl/vangnetten](http://www.medirisk.nl/vangnetten).



De laatste tijd is hoogleraar Kees Ahaus regelmatig onderwerp van gesprek, vanwege zijn vertaling van het concept hidden factories naar hidden hospitals. Voor de ziekenhuiswereld betekent dat enorme kostenverlagingen en tegelijk meer aandacht voor de patiënt. DOOR KARIN BOS

## Kees Ahaus hoogleraar en directeur TNO

'ALS HET WERK LEUKER WORDT, WILLEN MENSEN BEST VERANDEREN'

Ahaus is bedrijfskundige en bedrijfskundige inzichten kunnen wat hem betreft prima worden toegepast in de zorgsector. Zo kunnen ziekenhuizen veel leren van bedrijven die afrekenen met hun hidden factories, zoals de verspilling aan toegevoegde waarde in fabrieken wordt genoemd. En die wel kan oplopen tot 25 procent van alle toegevoegde waarde. "Door exact in kaart te brengen hoe het productieproces verloopt, kun je gericht aanpassingen doen om de verspilling te reduceren, om wachten van mensen of materialen te voorkomen. Vaak gaat het om kleine wijzigingen die heel veel opleveren." Door alle verspilling uit het zorgproces te halen krijg je 'gewoon' meer met minder.

## ONGEKENDE PRESTATIEVERBETERING

Ahaus is van mening dat het beeld in ziekenhuizen niet veel anders is. "Denk aan bestelde materialen die kwijt raken, of aan onnodige diagnostiek of ongeorganiseerde werkplekken. Als je dat soort praktische zaken net even anders organiseert, houd je meer tijd over voor de patiënt. En zorg geven aan patiënten vinden de meeste ver-

pleegkundigen leuker dan zoeken, lezen en registreren." Ahaus' stelling is dan ook: los je de hidden hospitals op, dan halen medewerkers meer plezier uit hun werk en zijn ongekende prestatieverbeteringen mogelijk. "We zijn gewend om te denken in termen van 'een verbetering van vijf procent'. Maar wachttijden voegen geen waarde toe. Die wil je helemaal wegwerken. Daarom moet je de huidige situatie niet als uitgangspunt nemen en kijken hoeveel tijd een service echt kost. We noemen dat in het bedrijfsleven lean management."

## MAAK HET LEUKER!

"In feite is de helft van alle ziekenhuizen al op een of andere manier met lean bezig. Eén van mijn promovendi heeft bijvoorbeeld gekeken naar de niet noodzakelijke bedbezetting op de trauma-afdeling van het Univer-

sitair Medisch Centrum Groningen. Wat blijkt: als je overplaatsing naar een andere afdeling of naar vervolgzorg wél tijdig organiseert, blijft een patiënt nooit te lang op de afdeling en is er meer plek voor nieuwe patiënten. Dat is dus een enorme efficiencykans." Dat zulke kansen niet altijd verzilverd worden, komt volgens Ahaus omdat mensen het oude nu eenmaal niet graag loslaten. "Eigenlijk is loslaten alleen te doen als je niet harder hoeft te werken, maar wel je frustraties kunt oplossen." De hoogleraar noemt een experiment in een metrostation in Zweden. Hier werden de treden van een gewone trap veranderd in pianotoetsen met geluid. Vervolgens nam tweederde van de reizigers de trap in plaats van de roltrap. "Als het er leuker op wordt, willen mensen best veranderen." ■

Kees Ahaus is hoogleraar Healthcare Management aan de faculteit Economie en Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen en tevens verbonden aan het UMCG. Hij schreef tal van boeken en wetenschappelijke publicaties over kwaliteitsmanagement en leidt het expertisecentrum Research on Healthcare Organisation & Innovation (RHO). Ahaus is tevens directeur van TNO Management Consultants en voorzitter van het Centraal College van Deskundigen in de Zorg (HKZ).

# Informed consent in Alysis

In de WGBO staat het zwart op wit: de patiënt heeft recht op informatie opdat hij een afgewogen beslissing kan maken en gericht toestemming kan geven.

De Alysis Zorggroep maakt er werk van.

DOOR ANNETTE VISSER

Het kost veel tijd om patiënten te informeren, met elkaar af te stemmen welke informatie de patiënt krijgt en alles te noteren in het dossier. Maar misverstanden, klachten en claims vanwege gebreken in de informatieverstrekking aan de patiënt kosten ook veel tijd. Veel (tucht)klachten en claims zijn terug te voeren op gebrekkige communicatie en voorlichting. Serieuze aandacht voor informed consent is dan ook belangrijk voor het realiseren van een efficiënte en een kwalitatief goede informatiestroom. Een goed geïnformeerde patiënt werkt bovendien beter mee aan zijn behandeling, is zich bewust van de risico's en accepteert eerder de eventuele negatieve uitkomst van een behandeling.

## INFORMATIE DELEN

Binnen de Alysis Zorggroep is onlangs een ziekenhuisbreed protocol ontwikkeld met schriftelijke afspraken over het vastleggen van informed consent in het dossier. De patiënt is nadrukkelijk bij de

voorbereiding betrokken geweest. Kees Vedder, zorgmanager en projectleider informed consent: "Het geprotocolleerd vastleggen van informed consent is belangrijk, omdat het bijdraagt aan een goede relatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Bovendien kan het leiden tot aansprakelijkheid wanneer niet is voldaan aan de informatieplicht en het vragen van toestemming. Binnen onze projectgroep hebben we onszelf daarnaast de vraag gesteld hoe informed consent aansluit binnen het bredere kader van patiëntveiligheid. Optimale veiligheid van de patiënt is niet alleen een taak voor het ziekenhuis, ook de patiënt levert hier een belangrijke bijdrage aan. Het gaat er uiteraard niet om dat er 'domweg' vakjes op een checklist worden ingevuld. Het belang zit hem in het delen van informatie, het elkaar begrijpen, en dus uiteindelijk in het bevorderen van de kwaliteit van zorg."

## BORGING

Onder het motto 'Samen beter' is daarom in november een ziekenhuisbrede campagne van start gegaan. Deze wordt uitgedragen door een projectgroep bestaande uit specialisten, een nurse practitioner, een kwaliteitscoördinator, een communicatieadviseur en een zorgmanager. Vedder: "Deze groep heeft samen met de Kwaliteitscommissie van de Medische Staf een bruikbaar kader voor informed consent ontwikkeld, waardoor het onderwerp ook breed gedragen wordt. Vervolgens zijn we naar de praktische invoering gaan kijken. Er komt bijvoorbeeld een basisformulier in het EPD en een informed consent-stempel, die kan worden gebruikt zolang nog niet alle afdelingen over zijn op het EPD. Voor de borging van informed consent wordt een aparte prestatie-indicator ontwikkeld, die ook wordt opgenomen op de kwaliteitskaart van Alysis. Registratie vindt in eerste instantie plaats volgens een algemeen kader, bruikbaar voor alle patiëntgroepen. Hier gaan we dus nog niet in op informatie die specifiek voor bepaalde aandoeningen of patiëntgroepen is. Daarna zal verfijning plaatsvinden. Op deze manier wordt gefaseerd invulling gegeven aan de tien tips door MediRisk. De specialismen bepalen zelf voor welke patiënt- of diagnosegroepen zij informed consent verder uitwerken."

## PATIËNT MONDIGER

"Informed consent vraagt om goede communicatie tussen arts en patiënt," benadrukt Vedder. "Het is ook belangrijk om de patiënt mondiger te maken. De tekst: 'Buiten wist ik weer wat ik wilde vragen' komt veel patiënten bekend voor. Om hen te helpen bij een betere voorbereiding op het gesprek met de arts, heeft de projectgroep een praktische folder ontwikkeld met hulp van de Centrale Cliëntenraad Alysis en de Stichting Lezen & Schrijven. Wij zijn ook gestart met een interactieve Samen Beter-portal op onze website voor het uitwisselen van ervaringen, tips en informatie. Ook maken we het thema zichtbaar binnen onze ziekenhuizen. Zo blijven we het belang van goede communicatie continu benadrukken vanuit de kant van de arts én van de patiënt!"



©Alysis Zorggroep, illustratie: Anne Luchies

Tips, informatie en praktijkverhalen vindt u in de special Informed Consent: [www.medirisk.nl](http://www.medirisk.nl) >publicaties > brochures.

## Nieuwe directeur voor MediRisk

Marjoleine van der Zwan MSC MBA is op 17 november tijdens de Algemene Ledenvergadering van MediRisk benoemd als nieuwe directeur operations.

Zij zal deze functie vervullen naast algemeen directeur Ebbo van Gelderen. Van der Zwan gaat sturing geven aan de bedrijfsvoering en de contacten met de aangesloten instellingen. Een korte kennismaking.

DOOR MARE BERGSMA

Marjoleine van der Zwan, opgeleid als biomedisch gezondheidswetenschapper en bedrijfskundige, is al meer dan 18 jaar werkzaam in de zorg- en zorgverzekeringssector. Zij vervulde diverse staf- en lijnfuncties, onder meer als management- en strategisch consultant voor Raden van Bestuur, als directeur van een Regionaal Bureau Gezondheidszorg en commercieel- en marketingmanager in (universitaire) ziekenhuizen. "Ik was blij verrast om te zien hoeveel kennis MediRisk in huis heeft. Niet alleen bij de juristen, maar ook bij de

schadeanalisten, medisch adviseurs en riskmanagers. Daarmee kan MediRisk een wezenlijke bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de ziekenhuiszorg. Ik verheug me erop om deze expertise verder te benutten en om te zetten naar nieuwe, praktische tools, services en producten voor onze leden. Ik wil onze leden nadrukkelijk uitnodigen mee te denken bij de verdere ontwikkeling van onze organisatie. MediRisk is tenslotte het verlengstuk van de aangesloten zorginstellingen."



## AMBITIES

"De opdracht die ik van onze leden, de ziekenhuizen, heb gekregen is om het preventiebeleid door te ontwikkelen en de organisatie verder te professionaliseren. De focus is en blijft om het aantal claims verder te verminderen en de claims die er zijn zorgvuldig en transparant te behandelen. Hiervoor vormt de nieuwe gedragscode GOMA een goed uitgangspunt. Een mooie uitdaging, zeker gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen met meer vraag, beperkte budgetten, strengere eisen van toezichthouders en een meer invloedrijke publieke opinie. In het nieuwe beleid houden we hier rekening mee. Ik ben ervan overtuigd dat we het terugdringen van de schades nog gericht kunnen aanpakken door de handen ineen te slaan, samen alert op de patiëntveiligheid te zijn. Zo'n partnership spreekt mij persoonlijk bijzonder aan."

# Juridische kwestie

DOOR LOTTE DE JONG, MEDI RISK

## DE ZAAK

De 87-jarige heer P. heeft last van pijn in zijn onderrug en verliest bloed bij het plas-sen. De verpleging in het verzorgingshuis herkent zijn klachten niet als een mogelijke blaasontsteking. Pas na enig aandringen komt na enkele dagen de huisarts langs, die wel een blaasontsteking constateert en een antibioticakuur voorschrijft. In de dagen daarop verergeren de klachten en de heer P. gaat per ambulance naar het ziekenhuis waar een nierbekkenontsteking wordt vastgesteld. Onmiskenbaar het gevolg van een verwaarloosde blaasontsteking. Zijn toestand is zorgelijk. Omdat de heer P. ook diabetespatiënt is, geeft de geconsulteerde internist telefonisch instructie om de (kortdurende) insuline te stoppen. Nadien verslechtert zijn toestand en moet hij naar de IC in verband met een ketoacidose, ontstaan door een tekort aan insuline. Naar later blijkt heeft de dienstdoende verpleegkundige door onduidelijke communicatie tussen internist en verpleegkundige, ook de langdurige insuline gestopt. Na intensieve behandeling is de heer P. gelukkig weer aan de beterende hand en mag hij na enkele dagen in redelijke conditie het ziekenhuis verlaten.

De dochter van patiënt dient een klacht in bij het verzorgingshuis en bij het ziekenhuis. Ze wil dat er een evaluatie van de gebeurtenissen komt. Ook heeft zij vanwege het noodgedwongen langdurige verblijf van haar vader in het ziekenhuis vrije dagen moeten opnemen om hem te kunnen bezoeken. Als zelfstandige wil ze daarom een vergoeding voor inkomstenderving en de brandstofkosten.

## AFWIKKELING VAN DE KLACHTEN

Naar aanleiding van de klachten vindt zowel met het verzorgingshuis als met het zieken-

huis een gesprek plaats met de heer P. en zijn dochter. Het hoofd verpleging biedt namens het verzorgingshuis haar excuses aan voor het voorval. De gang van zaken is inmiddels intern geëvalueerd en er is een checklist opgesteld, zodat de verpleegkundigen voortaan weten dat zij bij bepaalde lichamelijke klachten altijd de huisarts moeten waarschuwen. Gezien de hoge leeftijd van de patiënt en zijn medische voorgeschiedenis, had de huisarts veel eerder moeten langskomen. Het verzorgingshuis heeft hierover inmiddels goede afspraken gemaakt met de huisarts. Ook het ziekenhuis onderneemt actie. In een gesprek met de klachtenbemiddelaar zegt het ziekenhuis de gang van zaken te betreuren. Van de kwestie is een incidentmelding gemaakt en de zaak is in het werkoverleg van de afdeling, waarbij de internist aanwezig is, aan de orde gesteld. De noodzaak van goede en duidelijke communicatie en instructies is daarin nog eens onderstreept.

## BEPALING VAN DE SCHADEVERGOEDING

Het ziekenhuis beoordeelt ook het verzoek om schadevergoeding. Het betreft een overzienbaar bedrag, zodat de aansprakelijkheidsverzekeraar hiervoor niet hoeft te worden ingeschakeld. De dochter is tevreden over de ondernomen acties: men heeft van het gebeurde geleerd en de kans op herhaling is verminderd. Omdat er op een open en reële manier naar haar klacht is gekeken, kan zij geheel instemmen met het aanbod van het ziekenhuis om een deel van haar vordering te betalen. Een deel van de tijd die zij aan de bezoeken aan haar vader heeft besteed, zou zij immers anders ook voor eigen rekening hebben genomen. De kwestie wordt in goed overleg afgerond met een vergoeding van € 780 en een boeket bloemen voor haar vader.

**Excuses** - De manier waarop het verzorgingshuis en het ziekenhuis de klachten hebben opgepakt, sluit aan bij de aanbevelingen uit de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) waar iedere zorgverlener zich aan moet houden: openheid, sorry zeggen, serieus nemen, leren van de fout en maatregelen nemen om herhaling te voorkomen. De GOMA is te vinden op [www.letselschaderaad.nl/goma](http://www.letselschaderaad.nl/goma).

VERANDEREXPERT



Nyenrode-hoogleraar Organiseren en Co-creëren André Wierdsma stelt dat de hiërarchische manier waarop ziekenhuizen zijn georganiseerd, nauwelijks ruimte biedt voor communicatie en persoonlijke aandacht. En dat kan anders. DOOR KARIN BOS

## André Wierdsma hoogleraar Nyenrode

‘MANAGERS MOETEN GIDSEN, NIET DE GENERAAL SPELEN’

In de negentiende eeuw, toen arme boeren de stad overspoelden en in toom gehouden moesten worden, was het logisch om werk op te delen in kleine stukjes, leert André Wierdsma. “Door die ontwikkeling zag de maker zichzelf niet meer terug in het product en kon er niet meer trots op zijn. Het feodale systeem maakte plaats voor een machinemodel, waarin de paar mensen bovenin wisten wat goed was voor de rest onderin.” In feite is er sindsdien niet veel veranderd. Organisaties vertrouwen nog altijd niet op de eigen kracht en verantwoordelijkheid van medewerkers. En omdat het management zelf vaak geen idee heeft wat er echt op de werkvloer speelt, worden nog meer regels opgesteld en wordt nog meer gecontroleerd. “We zijn redelijk doorgeslagen.”

## OPINIELEIDERS

“Veranderen is normaal, maar niemand wil veranderd worden. Een interimmer die er even een oplossing in ploft, het management dat zich boven het probleem stelt en zichzelf niet als onderdeel van het probleem ziet...” Formeel zal de professional wel in

zo’n opgelegde verandering meegaan. Maar in zijn zak behoudt hij het vetorecht om in bepaalde gevallen gewoon zijn eigen gang te gaan, zolang ze ‘boven’ maar niet willen begrijpen dat de voorgeschreven drie minuten voor het aantrekken van steunkousen onmogelijk is bij die ene mevrouw.” Veranderingen opleggen heeft dus geen zin, samen een verandering maken wel. Wierdsma noemt dat co-creëren. “En daarbij hoeft je echt niet de hele club te betrekken. Mensen volgen opinieleiders. In de zone van vertrouwen vinden ze het prima om beslissingen aan anderen over te laten.”

## SAMEN OP EXPEDITIE

“Waar wil je samen heen? Daar gaat het om. Toch kun je dat punt aan de horizon alleen definiëren als je respect hebt voor je verleden en je kernwaarden herkent. Een gemeenschappelijk vertrekpunt is heel belang-

rijk. Daarom moet je als leiding de voorwaarden creëren om mensen te laten reflecteren op de eigen organisatie. Pas daarna kun je op weg naar de nieuwe situatie, in kleine stapjes. Als een soort trektocht, waarbij je je goed voorbereidt. Vooraf weet je niet hoe de route zal lopen en evenmin wat je onderweg voor je kiezen krijgt. Voorwaarde is wel dat niemand achterblijft. Je doet het met z’n allen. Op die manier zul je ook geen implementatieproblemen tegenkomen, want iedereen doet mee.” Wierdsma benadrukt dat co-creëren een compleet ander type manager vraagt dan de systeemdenker op afstand. “De generaal die achterin staat en zijn mannen de kogels laat opvangen voegt aan deze zoektocht niets toe. Een goede gids wel.”

André Wierdsma is hoogleraar Organiseren en Co-creëren op Nyenrode Business Universiteit en gasthoogleraar aan SIMI (Denemarken) en CEIBS (China). Hij verwierf bekendheid als co-auteur van *Op weg naar een lerende organisatie* en *Lerend organiseren*. De Orde van organisatiekundigen en -adviseurs nomineerde zijn promotie *Co-creatie van verandering* als beste boek van het jaar.

# Verkeerd gepositioneerd

Tijdens een langdurige operatie wordt de operatietafel in opdracht van de operateur gekanteld. Ondanks een zorgvuldige voorbereiding ontstaat toch zenuwletsel aan de arm. DOOR MANON EIKENS

## DE CASUS

Bij een patiënt moet een goedaardige brughoektumor worden verwijderd. Vanwege de plaats van de tumor is de vrouw uitgebreid voorgelicht over mogelijke uitval van de nervus facialis. Ook is zij voorbereid op de lange tijdsduur van de operatie (8 tot 14 uur). Het OK-team neemt de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen voor een veilige positionering. Na het ontwaken uit de elf uur durende narcose voelt de patiënt onmiddellijk hevige pijn in de linkerarm. Een IC-verpleegkundige constateert een zwelling en een blaar op de arm, precies op de plek waar de manchet van de bloeddrukmeter heeft gezeten. Het team vertelt de patiënt dat de manchet om de linkerarm tijdens de operatie waarschijnlijk te strak heeft gezeten. De dag na de operatie wordt uitval van de nervus radialis en een sensibiliteitsstoornis in dit gebied geconstateerd. Het zenuwletsel aan de arm uit zich in dropping fingers en een dropping hand. Een bloeding wordt na een echo uitgesloten. Een röntgenfoto van de schouder laat geen afwijkingen zien. De behandelend neurochirurg vertelt de patiënt dat de klachten waarschijnlijk zijn veroorzaakt door een beknelde zenuw tijdens de operatie. Volgens de patiënt heeft

de neurochirurg gezegd dat dit niet had mogen gebeuren. Aangezien zij voor de uitoefening van haar beroep het volledige gebruik van beide armen nodig heeft, dient zij een claim in.

## DE RECONSTRUCTIE

Hoe is de zenuw beklemd geraakt? Is er zorgvuldig gehandeld bij het positioneren van de patiënt? Op zich zijn voor een veilige positionering de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen getroffen, zo blijkt uit het operatieverslag: anti-decubitusmatras, armen in molton gewikkeld en moltonrol onder de knieën, gelpads onder de hielen en steunen ter plaatse van het bekken. De arm is zodanig gepositioneerd dat er geen druk op de nervus ulnaris wordt uitgeoefend. Tijdens de operatie is de patiënt in de lengteas enkele graden gekanteld. Is deze tussentijdse kanteling zorgvuldig uitgevoerd? Terugkijkend op de operatie noemen de neurochirurg en de anesthesioloog verschillende mogelijke oorzaken voor het zenuwletsel aan de arm. Volgens de neurochirurg is de uitval van de nervus radialis waarschijnlijk te wijten aan een te strak zittende manchet van de bloeddrukmeter. De anesthesioloog heeft in zijn lange loopbaan ech-

ter nog nooit een dergelijke complicatie gezien. De manchet wordt tijdens de operatie maar één tot twee maal per uur opgepompt, en deze functioneerde goed. Hij denkt dat de schade is veroorzaakt door de steun die is geplaatst om verschuiving van het lichaam te voorkomen toen de operatietafel moest worden gekanteld. Het letsel zou veroorzaakt kunnen zijn door langdurig contact van de gepolsterde steun tegen de linker bovenarm, waaromheen ook de bloeddrukmanchet was geplaatst. Daar komt bij dat het gewicht van de patiënt voor een groot deel op deze steun rustte. De neurochirurg en de anesthesioloog blijven over de oorzaak van het letsel van mening verschillen.

## WAT KAN EEN ZIEKENHUIS DOEN?

In het ziekenhuis is men zich sinds deze casus nog meer bewust van de risico's bij een langdurige operatie. Ze zijn nog beter gaan letten op extra polstering en het voorkomen van vouwen en kreukels hiervan. De interne discussie met alle betrokkenen heeft geleid tot aanpassingen in het ziekenhuisprotocol 'Positionering en ligging op de OK'. Volgens het protocol wordt bij elke positionering van een patiënt systematisch het hele lichaam gecontroleerd op alle criteria. Dit ge-



Foto: Zorginbeeld / Frank Muller

beurt ook na elke verandering in de positie van de tafel. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid voor een goede positionering. Consensus tussen de betrokkenen is daarbij het streven, maar de mening van de operateur over de juiste ligging geeft de doorslag. Wel komt er bij verschil van mening hiervan een melding in het anesthesieverslag. De met de operateur afgesproken positionering houdt ook de ligging van armen en benen in. Als hiervan wordt afgeweken, moet dit eveneens worden genoteerd in het anesthesieverslag.

## AFHANDELING VAN DE CLAIM

Er lijkt in eerste instantie sprake te zijn van een niet te voorziene complicatie (neuroparaxie van de nervus radialis), mede door de lange operatieduur. Een onafhankelijke expertise door een anesthesioloog moet duidelijkheid brengen. Diens conclusie luidt dat er, ondanks de aandacht die besteed is aan een veilige positionering van de patiënt, verwijtbaar is gehandeld. Het is bekend dat de kans op perifeer zenuwletsel bij langdurige operaties groot is. Literatuur laat verder zien dat druk tegen de laterale zijde van de bovenarm een risicofactor vormt voor het optreden van nervus radialis letsel. Het operatieteam moet daarom druk tegen de achterzijde en zijkant van de humerus vermijden. Dat is bij deze patiënt niet gebeurd. De steun, bedoeld om verschuiving van het lichaam te voorkomen, had dus zorgvuldiger moeten worden geplaatst, namelijk tussen de arm en de borstkas.

MediRisk erkent aansprakelijkheid voor de gevolgen van onvoldoende adequate positionering. Om de exacte schade te bepalen wordt een extern schaderegelingbureau ingeschakeld. Ook komt er een aanvullende neurologische expertise om de lichamelijke gevolgen en beperkingen in kaart te brengen. Dit incident kostte in totaal bijna € 25.000, waarvan € 12.750 aan de patiënt is uitgekeerd. De overige kosten zijn ontstaan door het inroepen van externe expertise voor het bepalen van de schade en voor het inschakelen van een advocaat. ■

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

NA EEN ELF UUR DURENDE NARCOSE VOELT DE PATIËNT HEVIGE PIJN IN DE LINKERARM

# GESPOT



**HET BESTE IDEE VAN ZGV** In ieder ziekenhuis lopen werknemers rond met goede ideeën die de patiëntenzorg beter en veiliger kunnen maken. Om die ideeën boven water te halen, is Ziekenhuis Gelderse Vallei de campagne Het beste idee van ZGV gestart. Alle 2900 medewerkers van het ziekenhuis kunnen hieraan meedoen en hun idee insturen. Het ziekenhuis in Ede werkt samen met de stichting Het Beste Idee van Nederland, dat ook het gelijknamige televisieprogramma organiseert. De beste en meest innovatieve ideeën maken kans om (door)ontwikkeld en opgenomen te worden in de dienstverlening van het ziekenhuis. De winnaars worden na 1 december bekend gemaakt.  **BEKIJK OOK DE PROMOTIEVIDEO OP [WWW.GELDERSEVALLEI.NL/BESTEIDEE](http://WWW.GELDERSEVALLEI.NL/BESTEIDEE)**