

MediRisk

NOVEMBER 2011

Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

SPECIAL

- WEEK VAN DE PATIËNTVEILIGHEID -

DE PATIËNT 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 verzekerden en het netwerk van MediRisk.

Redactie Mare Bergsma, Bart Jongbloed, Marianne Hekerman, Lotte de Jong, Marjoleine van der Zwan

Realisatie Zin Tekst&Beeld (www.zinonline.nl)

Vormgeving Bard87, 's-Graveland

Druk Schotanus en Jens

Oplage 15.000

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. Meninge(n) 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. Verzekerden van MediRisk zijn van deze toestemmingsverplichting uitgezonderd.

Coverfoto: Zorginbeeld / Frank Muller

ISSN 1878 – 80 17

OPROEP

Wilt u met uw initiatief ook in Alert of op onze digitale kennisbank schadepreventie? Laat het ons weten via communicatie@medirisk.nl.

- 7 Patiëntgerichte zorg volgens Planetree
Een ervaring uit het Beatrixziekenhuis
- 8 Patiëntgerichte zorg volgens Excellente Zorg
Een ervaring uit Medisch Spectrum Twente
- 13 Patiëntgerichte zorg volgens Hostmanship
Een ervaring uit het UMC Utrecht
- 14 Inter pares
Nieuws van en voor MediRisk-ziekenhuizen
- 16 Gespot
Co-patiënten helpen patiënten



De nieuwe arts-patiënten relatie

De zorgwereld verandert. Meer dan ooit staan participatie en het delen van informatie centraal. Niet alleen tussen patiënten onderling, maar ook tussen zorgverlener en patiënt. Het toenemende zelfbewustzijn van de patiënt en de mogelijkheden van internet leiden tot een nieuwe relatie waar beide partijen aan zullen moeten wennen. |pag.4|

'Waarom zijn mijn zorgen nooit serieus genomen?'

Op de dag dat haar man na een revalidatie van twee maanden naar huis mag, krijgt journalist Debby Struijk te horen dat er een verkeerde diagnose is gesteld. Haar man Arjan heeft geen hersenontsteking, maar een hersentumor. Opereren heeft geen zin meer. Terwijl ze diverse malen haar zorgen heeft geuit en om aanvullend onderzoek heeft gevraagd. Voor Alert schreef zij hun verhaal op. |pag.9|

Samen alert op veiligheid

DOOR MARJOLEINE VAN DER ZWAN, DIRECTEUR MEDI RISK



Foto: William Koopman

Een week lang aandacht voor patiëntveiligheid, ik ben er een groot voorstander van. Elke medische fout is er immers één teveel. Gelukkig is de gezondheidszorg er elke dag en elke minuut van doordrongen dat de veiligheid van patiënten van levensbelang is. Het nemen van veiligheidsmaatregelen, het checken en dubbelchecken, het bespreken en elkaar aanspreken op onveilige situaties, het wordt steeds vanzelfsprekender. Dat bleek ook toen ik te gast was bij een congres van Medisch Spectrum Twente en bij het BNR-maandagavonddebat bij VvAA over de vraag of dokters fouten mogen maken. Incidenten horen bij het werk, maar het is zaak er alles aan te doen om fouten en incidenten zoveel mogelijk te voorkomen. Patiëntveiligheid laten we niet aan het toeval over. Ik ben er trots op dat de MediRisk-ziekenhuizen daar zo hard aan werken.

Samen met de leden werkt MediRisk aan het reduceren van risico's. Onze preventiemanagers, die zelf uit de zorg komen, kijken samen met de medisch professionals hoe de zorg nog veiliger kan. Preventieprogramma's zorgen aantoonbaar voor grotere patiëntveiligheid. Na invoering van vangnetten op spoedeisende hulp en op de operatiekamers is het aantal claims met respectievelijk 43 procent en 31 procent teruggelopen. Natuurlijk starten er in 2012 weer nieuwe preventieprogramma's.

Uit recent onderzoek van de VvAA blijkt dat driekwart van de specialisten aangeeft wel eens een fout te maken. Hoe verschrikkelijk ook voor de patiënt én de medisch professional: fouten zullen altijd worden gemaakt, ondanks checklists, protocollen en afspraken. Als een patiënt het ziekenhuis aansprakelijk stelt voor een medische fout en een schadeclaim indient, dan komt MediRisk opnieuw in beeld. De komende jaren stellen wij de patiënt nadrukkelijk centraal bij de afhandeling van een claim. We volgen hierbij de gedragscode GOMA. Persoonlijk contact met de patiënt en duidelijkheid over het vervolg kan het leed van de patiënt verlichten. Daarom is MediRisk begonnen met driegesprekken: als een claim wordt ingediend gaan wij met de patiënt, zijn of haar belangenbehartiger en het ziekenhuis om de tafel om te bespreken hoe de claim behandeld gaat worden. En we creëren een internetomgeving waarin de patiënt kan zien in welke fase de claimbehandeling zich bevindt.

Er wordt volop vernieuwd in de ziekenhuizen om de patiënt centraal te stellen en de veiligheid te vergroten. Samen blijven we zoeken naar verbeteringen. Ik wens u veel leesplezier en inspiratie! ■

De patiënt centraal Ja, maar hoe dan?

De zorgwereld verandert. Meer dan ooit staan participatie en het delen van informatie centraal.

Niet alleen tussen patiënten onderling, maar ook tussen zorgverlener en patiënt. Het toenemende zelfbewustzijn van de patiënt en de mogelijkheden van internet leiden tot een nieuwe relatie waar beide partijen aan zullen moeten wennen. **DOOR MATTHIJS BUIKEMA**

Als internetondernemer en fervent twitteraar Maarten Lens-FitzGerald op 4 juni 2008 naar het ziekenhuis gaat om een hardnekkig hoestje te laten onderzoeken, laat hij zijn followers de anamnese van minuut tot minuut mee beleven. Hij twittert zelfs de röntgenfoto, waarop duidelijk de tumor tussen zijn longen is te zien. De reacties van zijn followers zijn hartverwarmend en een grote steun voor Maarten, die een enorme klap heeft te verwerken. Hij besluit zijn zorgproces via de social media te delen met de rest van de wereld en start de weblog 'Maartens journey'. Daarop beschrijft hij niet alleen zijn ziekte en de behandeling daarvan, hij laat het ook zien en horen via geluidsopnames, filmpjes en foto's. Dit alles met toestemming van zijn zorgverleners. De openhartige, grotendeels Engelstalige, weblog genereert een grote betrokkenheid van vrienden, familie, lotgenoten en onbekenden uit de hele wereld. Als hij een bericht schrijft over een in te zetten chemotherapie, adviseert een Amerikaanse follower – zelf patiënt – hem informatie in te winnen bij een Amerikaanse oncoloog. In overleg met zijn eigen arts, mailt Maarten zijn medisch dossier naar de andere kant van de oceaan. De Amerikaanse arts reageert snel en adviseert om nog even te wachten

met de chemotherapie. In goed overleg met zijn arts besluit Maarten het nog even aan te zien. Dat blijkt later de juiste beslissing: Maarten geneest. De transparante manier waarop hij samen met zijn arts en de rest van de wereld over zijn ziekte heeft kunnen praten en schrijven, leverde hem naar eigen zeggen niet alleen veel emotionele steun op, maar ook een betere behandeling. Bovendien heeft hij er veel lotgenoten mee kunnen helpen.

PATIËNT VAN DE TOEKOMST

'Maartens journey' staat symbool voor de verandering waaraan de zorgwereld langzaam maar zeker onderhevig is. Maarten is de patiënt van de toekomst. De patiënt die het interactieve internet (social media) gebruikt in zijn zorgproces. De patiënt die een antwoord verwacht van zijn zorgverlener en desnoods zelf op zoek gaat naar antwoorden bij lotgenoten en andere medici. De patiënt die niet de passieve 'eigenaar' van zijn ziekte wil zijn, maar samen met zijn artsen de regie wil voeren over de behandeling van zijn ziekte. En zo ook wil kunnen waken over zijn eigen veiligheid. Het is de patiënt die ook beleidsmakers graag zien: betrokken, assertief en medeverantwoordelijk. Er is immers alle reden om

patiënten meer en beter bij het zorgproces te betrekken. Een betrokken patiënt laat zich beter informeren, nodig om een juiste keuze te maken en toestemming te geven voor een behandeling. Deze patiëntenparticipatie vereist bovendien meer transparantie, wat de communicatie tussen artsen en patiënten zal verbeteren. Daarmee wordt hun relatie gelijkwaardiger, wat de zorg ten goede komt. De therapietrouw van betrokken patiënten is groter, waardoor ze sneller genezen. Ze komen minder vaak en minder snel terug, omdat ze beter weten waar ze na een behandeling of bij het innemen van medicatie op moeten letten en wat ze zelf kunnen doen om klachten te verminderen. De zorg wordt ook veiliger als de communicatie met de arts goed verloopt. Gebreken in de informatievoorziening en de communicatie tussen arts en patiënt vormen immers de basis van veel medische fouten, klachten en claims.

ARTS ALS DESKUNDIG ADVISEUR

Kortom, patiëntenparticipatie kan de kwaliteit en veiligheid verhogen, denkt ook beleidsmedewerker Alice Hamersma van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). "Patiënten zijn de enige constante factor in de zorgketen en kunnen



De patiënt van de toekomst verwacht een antwoord van zijn zorgverlener en gaat desnoods zelf op zoek gaat naar antwoorden bij lotgenoten en andere medici.

zowel aanjager als medebewaker zijn van hun eigen zorgproces en veiligheid. Ze kunnen zaken signaleren en aankaarten die dreigen mis te gaan. Bijvoorbeeld als ze medicatie krijgen voorgeschoteld die ze eigenlijk niet behoren te krijgen. Maar dan moeten ze natuurlijk wel weten welke medicatie de juiste is. Om die rol te kunnen spelen, moet de patiënt weten wat hij kan en mag verwachten en wat hij zelf kan doen. Pas dan kan hij actief bijdragen aan zijn eigen veiligheid en zorgverleners aanspreken of vragen stellen.”

Dat vergt een andere relatie tussen arts en patiënt, aldus Lucien Engelen, directeur van het R&Eshape & Innovation Center van het UMC St Radboud. Een relatie waarin de patiënt een actieve rol krijgt en concreet deel uitmaakt van het behandelteam. Eentje waarin zorgverleners patiënten helpen met het verzamelen en verwerken van de juiste informatie. De zorgverlener, zo schrijft Engelen in zijn boekje *Zorg 2.0*, transformeert van de alwetende arts tot een deskundig ad-

visieur. En de patiënt gaat op zoek naar die ene arts die hem op een bepaald gebied het beste kan helpen. Op basis van informatie, interactie en een gezamenlijk proces tussen patiënt en zorgverlener wordt een aanvalsplan voor diagnostiek, behandeling en mogelijke nazorg gemaakt. Op die manier, denkt Engelen, wordt de zorg op een hoger plan getild en is *Zorg 2.0* een feit.

NOG EEN LANGE WEG TE GAAN

Engelen is ervan overtuigd dat het zo zal gaan. “Maar zoals vaak overschatten we de snelheid waarmee dit gebeurt en onderschatten we de impact ervan.” Voorlopig constateert hij nog een flink gat tussen de behoeftes en gewoontes van de hedendaagse patiënt en de heersende praktijk in de zorg. “Medici zijn terughoudend met het gebruik van internet als informatie- en communicatiemiddel. De informatie die zorgverleners aanbieden is vaak incompleet en niet geschreven vanuit het perspectief van de patiënt,” zegt hij. Dus googelt 84 procent van

de patiënten eerst op wat ze denken dat ze hebben en komen zo met een beeld de spreekkamer binnen. “Dat kun je negeren, zoals we nu doen, maar dat gaat niet werken.” In termen van 2.0 staat de zorgverlener volgens Engelen nog mijlenver van de patiënt af.

Ook wat betreft patiëntenparticipatie is er nog een lange weg te gaan, zegt hoogleraar implementatie van richtlijnen Trudy van der Weijden van de Universiteit Maastricht. Daar werd afgelopen zomer het platform ‘Gezamenlijke besluitvorming’ (shared decision making) opgericht, dat het proces moet versterken waarin patiënten in samenspraak met hun zorgverleners de diagnostiek en behandeling kiezen die het beste bij hen past. “Iedereen vindt dat de patiënt zou moeten meedenken over zijn eigen behandeling. Maar in de praktijk is het toch meestal de dokter die de beslissingen neemt. De dokter volgt daarbij de richtlijnen van het vak, die hem naar de beste behandeling leiden. Dit legt hij voor aan de

‘ALS ALLEEN HET HANDELEN VAN ARTSEN VERBETERT BIJ PATIËNTEN DIE ASSERTIEF ZIJN, KAN DIT LEIDEN TOT EEN TWEEDELING IN DE ZORG, TEN NADELE VAN DE MINDER ASSERTIEVE PATIËNT’

patiënt, waardoor er weinig te kiezen lijkt. Terwijl er vaak ook andere medische opties zijn. Bijvoorbeeld wanneer levenswinst en kwaliteit van leven moeten worden afgewogen. Sommige levensverlengende behandelingen hebben immers vervelende bijwerkingen die de kwaliteit van leven verlagen." Over die opties moet de dokter de patiënt ook informeren, maar dat gebeurt volgens Van der Weijden lang niet altijd.

MINDER ASSERTIEVE PATIËNTEN

Er zitten meer haken en ogen aan patiëntenparticipatie. Onderzoeker Hester van de Bovenkamp van de Erasmus Universiteit concludeerde vorig jaar in haar proefschrift 'De beperkte macht van de patiënt' dat er grenzen zijn aan de actieve rol die patiënten en hun organisaties kunnen vervullen. Niet iedere patiënt kan een actieve rol vervullen. Denk bijvoorbeeld aan (demente) ouderen, psychiatrische patiënten, acute patiënten en mensen die cognitief en communicatief minder begaafd zijn. Als alleen het handelen van artsen verbetert bij patiënten die assertief zijn, kan dit leiden tot een tweedeling in de zorg, waarschuwt Van den Bovenkamp. Ten nadele van de minder assertieve patiënten.

"Participatie vereist inderdaad maatwerk," zegt Alice Hamersma van de NPCF. "Voor meer kwetsbare en minder zelfredzame mensen moeten alternatieve vormen van patiëntenparticipatie worden ingezet." Dit kan

door meer tijd te nemen voor deze groep patiënten. Er zijn hulpmiddelen beschikbaar die helpen bij het gesprek. Symbolen en plaatjes bijvoorbeeld werken goed bij afasie of beginnende dementie. Om patiënten echt mee te kunnen laten beslissen is het belangrijk dat medici heldere, niet-sturende informatie geven en eerst de mogelijkheden op tafel leggen. Dus niet meteen met een advies komen. Keuzehulpen kunnen helpen, zoals folders, websites, applicaties en dvd's. Op internet zijn tientallen van dit soort keuzehulpen te vinden, onder andere via www.KiesBeter.nl, maar ze worden nog maar mondjesmaat ingezet.

KEUZEHULPEN

Hoogleraar Trudy van der Weijden vindt dat de zorgorganisatie participatie moet faciliteren. Denk bijvoorbeeld aan tools om gezamenlijke besluitvorming te integreren in lokale klinische richtlijnen. Door tijd vrij te maken voor het coachen van patiënten door verpleegkundigen of co-patiënten [zie Gespot, red]. En door voortdurend goede keuzehulpen beschikbaar te maken op de route van de patiënt door de zorg. Maar keuzehulpen alleen zijn niet genoeg, zegt de hoogleeraar. "De cultuur moet veranderen. Daarvoor is scholing nodig, artsen moeten gesteund worden door leidinggevend en alle teamleden moeten dezelfde kennis en motivatie hebben. Dat is niet zo simpel. Artsen werken al heel lang volgens het paternalistische mo-

del, waarin ze zich baseren op hun kennis. Om dat los te laten en de patiënt te vragen mee te denken en te beslissen, is een grote stap. Vierdejaars studenten scoren bij ons hoog op dit soort communicatieskills, maar in de praktijk leren hun rolmodellen hen dat snel weer af. Hier gaat nog wel een generatie overheen."

STEUN IN DE RUG

Tot slot moeten ook patiënten zich bewust worden van de rol die ze kunnen spelen in hun eigen zorgproces. "Veel mensen weten niet eens dat ze een actieve rol kunnen spelen," zegt Alice Hamersma van de NPCF. "Dat ze bijvoorbeeld het recht hebben om een actueel medicatieoverzicht op te vragen bij hun behandelaar of apotheek. En dat het relevant is om wijzigingen of bijwerkingen door te geven aan hun behandelaar. Ze worden daar ook niet bij betrokken, terwijl de patiënt als geen ander zijn eigen medicatiegebruik en medische geschiedenis kent en dit kan checken. Patiënten willen graag bij hun zorg en veiligheid worden betrokken, maar ze hebben daarvoor wel een steuntje in de rug nodig om zaken te kunnen aanpakken en aanjagen. Zorgverleners moeten daarvoor ruimte bieden. Op die manier kunnen zorgverleners én patiënten samen de zorgcultuur richting een verantwoorde, nog betere en veilige zorg bewegen." ■

De poli van de toekomst - Op elk gewenst moment van de dag je eigen medisch dossier en alle belangrijke informatie over je aandoening inzien. Chatten met lotgenoten of snel digitaal in contact komen met je behandelaar. Het UMC St Radboud biedt patiënten deze innovatieve mogelijkheid dankzij digitale poli's rondom hartfalen, ALS, psoriasis, prostaatkanker, parkinson, levende nierdonoren, AGS, hemofilie, schisis, vaatproblematiek en IVF. Patiënten kunnen eenvoudig inloggen met hun DigiD en hebben vervolgens de beschikking over alle belangrijke informatie rondom hun aandoening. In het medisch dossier vinden ze onder meer lab- en röntgenuitslagen, gemaakte afspraken en medische brieven. Er is uitgebreide informatie over hun aandoening, behandelingen en onderzoeken. Op een besloten forum kunnen ze berichten plaatsen en reageren op berichten van lotgenoten. Daarnaast is er een chatruimte en bestaat bij een aantal digitale poli's de mogelijkheid om vragen te stellen aan het behandelteam. De patiënt kiest zo op welk moment hij welke informatie tot zich neemt en kan dit delen met zijn omgeving.

In 2003 startte het ziekenhuis onder leiding van gynaecoloog Jan Kremer de eerste Nederlandse digitale poli voor IVF-patiënten. Uit wetenschappelijk onderzoek is inmiddels gebleken dat 95 procent van de stellen de digitale IVF-poli intensief gebruiken en dit erg waarderen. Patiënten bezoeken de digitale poli vooral om algemene informatie over IVF te vinden, om te communiceren via de chatroom of op het forum en om hun eigen dossier in te zien. Ze bezoeken de digitale kliniek vaker naarmate ze in het laatste stadium van de behandeling komen, als ze in afwachting zijn van de uitslag: zwanger of niet? In dat stadium is de rol van de dokter uitgespeeld en is de meerwaarde van het internet maximaal. De digitale polikliniek blijkt niet te leiden tot angstige of depressieve gevoelens, waar vooraf rekening mee was gehouden. Kremer heeft inmiddels met neuroloog Bas Bloem, oprichter van ParkinsonNet, het platform www.MijnZorgNet.nl opgericht.



DE PATIËNT OP DE EERSTE PLAATS



Om de patiënt echt centraal te stellen en de zorg beter en veiliger te maken, moeten ziekenhuizen hun zorgprocessen anders inrichten. Daarvoor bestaan verschillende concepten. Alert vroeg drie ziekenhuizen naar hun ervaringen.

Deel 1: Planetree in het Beatrixziekenhuis van Rivas Zorggroep.

DOOR FRANK VAN WIJCK

‘WAT HEEFT DE PATIËNT ERAAN? DIE VRAAG STAAT CENTRAAL BIJ PLANETREE’ Beatrixziekenhuis

Judith Verhoef, hoofd klinisch bedrijf: “Planetree is gebaseerd op tien aandachtsgebieden die in samenhang leiden tot betere zorg, een helende omgeving en een gezonde organisatie. Het uitgangspunt is mensgerichte zorg bieden. Wij vertalen het voor ons ziekenhuis door bij onze acties de vraag te stellen: ‘Wat heeft de patiënt eraan?’ Op basis van de tien uitgangspunten is dat heel goed in te vullen. Alle medewerkers worden getraind om te ervaren wat je als patiënt meemaakt. Dat vergroot het inlevingsvermogen en helpt professionals om meer te kijken naar wat ze voor patiënten kunnen betekenen. Daaruit ontstaan vanzelf initiatieven, zoals massagetherapie voor oncologiepatiënten tijdens het toedienen van de chemokuren. We hebben dit inmiddels uitgebreid naar alle patiënten die dit wensen. Natuurlijk kost dat tijd en geld. Maar een verpleegkundige is iemand die voor het vak

heeft gekozen om voor mensen te zorgen. Als die meer ruimte krijgt om dit te doen, ontstaan vanzelf ideeën waarmee ze hun arbeidsvreugde en teamgeest versterken. Ze vertellen daarover tegen anderen, wat weer mensen aantrekt om hier te komen werken. Zo versterkt het ook onze teamgeest. Inmiddels beperken we het niet meer tot de verpleegkundigen. We gaan iedereen binnen Rivas Zorggroep op het Planetree-concept trainen, ook de medisch specialisten. Ook zij zien wat het hen brengt. Het is een manier om onderscheidend te zijn en onze marktpositie te behouden. We betalen dit uit eigen middelen, maar betrekken via de Stichting Vrienden van het Beatrixziekenhuis ook de lokale middenstand erbij om onze relatie met de regio te versterken. Zo regelen we via de middenstand verwenarrangementen voor oncologische patiënten, voor wie de psychische be-

lasting van hun ziekte groot is. Zo zorgen we er op alle fronten voor dat de patiënt zich gezien voelt. Planetree gaat ook in op elementen als keuzevrijheid en beslisrecht. In dit kader informeren we patiënten over veiligheid en hoe ze die voor zichzelf kunnen vergroten. Dit is gelinkt aan de activiteiten die we in het kader van het VMS ontwikkelen. Een voorbeeld is dat we bij de maaltijden die we aanbieden, op de placemats informatie verstrekken over veiligheid. Patiënten waarderen het dat we dit doen. Wat ze ook waarderen, is dat de televisie en telefoon gratis zijn en dat ze bij opname fruit krijgen aangeboden. Dit verhoogt de patiënttevredenheid. En een tevreden patiënt vertelt het verder.” ■

Excellente Zorg



Om de patiënt echt centraal te stellen en de zorg beter en veiliger te maken, moeten ziekenhuizen hun zorgprocessen anders inrichten. Daarvoor bestaan verschillende concepten. Alert vroeg drie ziekenhuizen naar hun ervaringen.

Deel 2: Excellente Zorg in het Medisch Spectrum Twente.

DOOR FRANK VAN WIJCK

'EXCELLENTE ZORG BRENGT VERPLEEGKUNDIGEN IN THE LEAD EN MAAKT RESULTATEN ZICHTBAAR'

Medisch Spectrum Twente

Lidy Schoolkate, bedrijfskundig manager: "Medisch Spectrum Twente heeft als Santeon ziekenhuis deelgenomen aan de pilot Excellente Zorg, gebaseerd op het Amerikaanse Magnet-concept. De waarde van dit concept zit met name in de samenhang tussen een hoge mate van arbeidstevredenheid bij de zorgprofessional, de grote aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt en excellente verpleegkundige zorg. Ook Nederland verwacht een tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. Met Excellente Zorg leg je als zorgaanbieder de focus op de acht kern-elementen die bepalen of een verpleegkundige ergens graag werkt. De mate van zeggenschap over de beroepsuitoefening, opleidingsmogelijkheden, support van het teamhoofd en de mate waarin verpleegkundigen vorm kunnen geven aan een patiëntgerichte zorgcultuur zijn daar voorbeelden van. Door HBO-opgeleide professionals tools te

geven voor evidence based werken en voor het initiëren van verpleegkundig onderzoek, wordt een omgeving gecreëerd die leidt tot verbetering van de zorgkwaliteit. Onder de noemer van Excellente Zorg hebben we binnen het Medisch Spectrum Twente een aantal projecten geïnitieerd. Het opzetten van een best practice unit binnen de afdeling orthopedie is hiervan een goed voorbeeld. Verpleegkundigen zijn in staat gebleken om zelf veranderingen in multidisciplinair verband tot stand te brengen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie. Dat werkt enthousiasmerend en draagt ertoe bij dat ook anderen initiatieven voor kwaliteitsverbetering gaan ontwikkelen. Door nulmetingen te verrichten en vervolgens te meten welke invloed een interventie heeft gehad, kun je de effecten van die interventie kwantificeren. Dat past ook in de ontwikkeling van het veiligheidsmanagementsysteem. De ideeën

waarmee verpleegkundigen komen, blijken aan te sluiten bij de doelstellingen die we in het kader van het VMS willen behalen. Naar aanleiding van de positieve ervaringen met verpleegkundig leiderschap op de afdeling orthopedie hebben we in de hele organisatie best practice units ingevoerd. Samen met Saxion Hogeschool Enschede is onderzocht hoe we het concept verder kunnen uitbouwen. Dit heeft een plan van aanpak opgeleverd waarbij op alle verpleegafdelingen twee verpleegkundigen een scholing krijgen aangeboden die hen in staat stelt een voortrekkersrol te vervullen in het verbeteren van patiëntenzorg en best practices uit te dragen naar anderen. Leidinggevend faciliteren deze verpleegkundigen. Als je verpleegkundigen in the lead zet en resultaten zichtbaar maakt, kan veranderen heel leuk worden." |

Verkeerde diagnose wordt pas in terminale fase ontdekt

‘Waarom zijn mijn zorgen nooit serieus genomen?’

Op de dag dat haar man na een revalidatie van twee maanden naar huis mag, krijgt journalist Debby Struijk te horen dat er een verkeerde diagnose is gesteld. Haar man Arjan heeft geen hersenontsteking, maar een hersentumor. Opereren heeft geen zin meer en haar man heeft hooguit nog een paar maanden te leven.

Terwijl ze diverse malen haar zorgen heeft geuit en om aanvullend onderzoek heeft gevraagd. Voor Alert schreef zij hun verhaal op. DOOR DEBBY STRUIJK

“Ik zie maar twee ventrikels,” laat de medewerker van de afdeling radiologie zich ontvallen in het bijzijn van mijn echtgenoot, een goede vriend en mijzelf. Haar verbazing wint het van discretie tijdens het zien van de CT-scan van mijn mans hersenen, laat in de middag op zaterdag 25 september 2010. De goede vriend die door mij in alle haast is opgetrommeld, waarschuwt me. Beiden weten we wat ventrikels zijn. Dat er twee van de vier niet op de scan te zien zijn, voorspelt weinig goeds. “Deb, bereid je voor op het ergste.”

VERKEERDE DIAGNOSE

Nog geen half uur later komt de assistent neuroloog de kamer van Arjan binnen, in het aangrenzende revalidatiecentrum. Hij revalideert hier al twee maanden van een hersenontsteking. De afgelopen dagen is hij erg versuft en lukt het hem nauwelijks op zijn benen te staan. Ook vandaag vind ik hem in comateuze toestand in bed. Er is met spoed een CT-scan gemaakt, om te kijken wat er aan de hand kan zijn. “We hebben heel slecht nieuws voor u,” valt de assistent neuroloog meteen met de deur in huis. “Uw man heeft geen ontsteking, maar een grote hersentumor. Ze hebben de verkeerde diagnose gesteld.” De woorden slaan in als een bom. “Kan mijn man nog worden geopereerd?” “Nee, dat heeft geen zin, daar is de tumor al te groot voor.” Het definitieve van deze reactie is een nieuwe schok voor me. “Hoe lang heeft hij nog?” vraag ik. “Hooguit een paar maanden.” De arts is zichtbaar onder de indruk. Na de eerste momenten van totale deceptie, dringt de realiteit tot me door. Dat ik die avond onze zeven kinderen, pubers en poepers variërend in leeftijd van 17 tot 2 jaar, moet gaan vertellen dat hun papa doodgaat. Onze zoon is nota bene de volgende dag jarig.

Direct na de onheilspellende uitslag van de CT-scan wordt Arjan van het revalidatiecentrum naar de afdeling neurologie gereden in het naastgelegen ziekenhuis. Het is het derde ziekenhuis waar hij nu terecht komt. Op 25 juni wordt hij met spoed opgenomen in een zie-

kenhuis elders in het land. Er zijn aanwijzingen voor een hersenontsteking en de behandeling daarvoor wordt meteen gestart. Omdat het makkelijker is, wordt Arjan vier dagen later overgeplaatst naar een ziekenhuis dichterbij. Daar verblijft hij een maand op de afdeling neurologie. Omdat hij volgens de artsen opknapt, mag hij 28 juli naar het revalidatiecentrum, gelegen naast het andere ziekenhuis in onze omgeving. De assistent neuroloog van dit, derde, ziekenhuis die mij het slechte nieuws bracht, is zichtbaar boos en verontwaardigd. Ze vraagt zich hardop af hoe haar collega’s in het vorige ziekenhuis deze diagnose zo lang hebben kunnen missen.

OPEREREN GEEN OPTIE

De volgende dag ga ik in alle vroegte met alle kinderen naar het ziekenhuis om met Arjan samen te zijn. We gaan naar huis in een gemoedstoestand die nauwelijks te omschrijven valt. Thuisgekomen gaat de telefoon. De neurologie verpleegkundige vraagt of ik meteen weer kan komen. Het gaat niet goed met mijn man en er is een nieuwe scan gemaakt die ze met mij willen bespreken. De vraag overvalt me. Ik bel de goede vriend die de dag ervoor ook bij me was mee te gaan. “Wat is u gisteren verteld?” vraagt dit keer een andere assistent neuroloog mij. “Dat de verkeerde diagnose is gesteld. Dat mijn man geen ontsteking heeft, maar een zeer grote hersentumor en dat hij nog maar een paar maanden te leven heeft,” zeg ik in één adem. “Houdt u in plaats van een paar maanden, maar rekening met een paar dagen.” Voor de tweede keer binnen een etmaal krijg ik een mokerslag te verduren. Hoeveel meer kan een mens hebben? Deze assistent neuroloog legt uit dat mijn man in een dusdanig stadium verkeert, dat opereren geen optie meer is. Ook hij verbaast zich erover dat de diagnose hersentumor nu pas is gesteld.

“Wanneer we uw man nu nog zouden opereren, is de kans bijzonder groot dat die operatie niet slaagt. Wij zijn opgeleid om mensen te genezen, niet om kasplanten in leven te houden,” zegt hij weinig empathisch. Routinematig werkt hij een lijstje af. “Heeft uw man ▶

‘AANGEZIEN IK AAN DEN LIJVE HEB ONDERVONDEN DAT ARTSEN ER FLINK NAAST KUNNEN ZITTEN REDENEER IK DAT OPEREREN MISSCHIEF TOCH EEN OPTIE IS’

een donorcodicil? Stel dat uw man plotseling een hartstilstand krijgt, dan ga ik ervan uit dat we hem niet hoeven te reanimeren en te beademen?” Zou ik dat wel willen, dan heeft de arts mij al bij voorbaat de mond gesnoerd via de bevooroordeelde wijze waarop hij de vragen stelt. Wanneer het gesprek is beëindigd, ga ik naar Arjan om te kijken hoe het gaat. Ik zal die week niet meer van zijn zijde wijken.

OP ZOEK NAAR SECOND OPINIONS

Op maandag, dinsdag en woensdag van die week verandert de kamer van mijn man en de publieke zitruimte in een soort zenuwcentrum. Nu ik aan den lijve heb ondervonden dat medici er zo faliëkant naast kunnen zitten, redeneer ik dat, in tegenstelling tot wat de artsen zeggen, opereren misschien toch wél een optie is. We verzamelen vanuit het ziekenhuis enkele second opinions van gerenommeerde artsen uit binnen- en buitenland. We leggen aan elke arts de meest recente MRI-scan voor, met een filmpje waarop te zien is in hoeverre mijn man nog ‘helder’ is, gemaakt met een mobiele telefoon. Ik vind het vreemd dat het initiatief voor deze second opinion vanuit ons moet komen en niet vanuit het ziekenhuis. Het gaat hier toch om leven en dood?

De laatste scan wordt, met behulp van Arjan’s werkgever, woensdag bij een Belgische neurochirurg afgeleverd. Deze stuurt binnen een uur een sms: “Gezien het beeld op de scan, leeftijd van de patiënt en zijn performance op het filmpje, adviseer ik niet af te wachten en acuut te opereren, maar zeker voor het weekend.” De chef de clinique van een ander buitenlands ziekenhuis zegt eveneens ‘acuut opereren’ en geeft zelfs aan dat dit aankomende vrijdagochtend in zijn kliniek kan gebeuren. Als we van dit aanbod gebruik willen maken, moeten we dit vóór donderdagochtend elf uur doorgeven. We zijn onder de indruk van deze medewerking, snelheid en flexibiliteit.

We confronteren de zaalarts met de meningen van zijn geconsulteerde collega’s en verzoeken om een snelle reactie. We benadrukken daarbij dat we alle vertrouwen hebben in de artsen van dit ziekenhuis, maar dat we sterk overwegen om hem elders te laten opereren als dat hier niet vóór het weekend kan. We spreken af om de beslissing tot opereren af te laten hangen van Arjan’s toestand morgenochtend acht uur.

MONDELINGE OVERDRACHT

Die avond heb ik, gesteund door een vriend en mijn schoonzus, een gesprek met de neuroloog en zijn assistent die op 29 juni de behandeling van Arjan hebben overgenomen van het eerste ziekenhuis waar hij werd opgenomen. De neuroloog - die ten tijde van de opname de dienst waarnam van een collega die op vakantie was - geeft aan dat ze na de overdracht de medicatie hebben voortgezet die de collega’s in het eerste ziekenhuis waren gestart. Die medicatie was gebaseerd op de diagnose hersenontsteking. Maar, zo weet ik inmiddels uit het medische dossier, was die diagnose nog niet bevestigd. In de overdrachtsbrief staat dat twee testen hebben uitge-

wezen dat er geen virussen zijn gevonden die een hersenontsteking veroorzaken. Wel zijn er witte stofafwijkingen gevonden, mogelijk passend bij een andere aandoening. Er wordt duidelijk verzocht om nader onderzoek.

Ik vraag de artsen voor me hoe de overdracht destijds is gegaan? “Mondeling,” antwoordt de neuroloog. Dat begrijp ik niet. Bij een overdracht tussen twee ziekenhuizen moeten gegevens en uitslagen van testen toch op papier staan? Of op zijn minst digitaal worden uitgewisseld? “Het ging allemaal snel en we hebben volstaan met een mondelinge overdracht,” zegt de arts. De overdrachtsbrief die aansluitend is verzonden, blijkt weliswaar te zijn gearchiveerd, maar nooit persoonlijk door de artsen te zijn gelezen. “We hebben de diagnose van de collega’s overgenomen plus de bijbehorende medicatie.” “En daardoor volledig gemist dat het van meet af aan al om een verkeerde diagnose gaat,” vul ik hen aan. Ze knikken instemmend.

MIJN ZORGEN GENEGERD

Ik wijs beide artsen op de MRI-scan van 5 juli 2010, ruim een week na de start van medicatie, waarop geen afname van het ‘ruimte innemend proces’ is te zien. Waarom heeft hen dat niet aan het denken gezet? Dat is toch een moment om de diagnose op zijn minst nog eens onder de loep te nemen? De neuroloog geeft aan dat mijn man klinisch gezien leek op te knappen van de medicatie en dat wat je op een MRI-scan ziet nog wel eens kan achterlopen op de actuele situatie. Er was voor hem op ►





dat moment geen aanleiding voor twijfel. Meer kan hij er niet over zeggen, want de behandeling werd al gauw overgenomen door de eindverantwoordelijke neuroloog, die terugkwam van vakantie. Ik vertel dat ik eerst via de revalidatiearts en later rechtstreeks bij de eindverantwoordelijke neuroloog diverse malen heb aangegeven dat Arjan regelmatig erg misselijk was, hoofdpijn had en last had van neurologische uitval. Voldoende verontrustende symptomen, dus aanleiding voor nader onderzoek, toch? Ik maakte me zorgen. Waarom is er niets met mijn noodkreten gedaan? Zelfs mede-patiënten in het revalidatiecentrum gaven aan dat het niet goed met Arjan ging. Maar de eindverantwoordelijke neuroloog concludeerde na een telefonische consultatie met de revalidatiearts dat Arjan waarschijnlijk teveel was gehospitaliseerd en dat hij hem zou doorsturen naar de psychiater. “Uw man ziet er tegenop om naar huis te gaan,” zei ook de psychiater na een kort gesprek met Arjan en mij. “Ik zal de revalidatiearts voorstellen om de ontslagdatum twee weken te verzetten en ik adviseer u om hem ondertussen vaker op te halen voor een kort verblijf thuis.” Ik heb ook de psychiater dringend verzocht of hij alsnog de neuroloog wilde verzoeken om een MRI-scan te laten maken. Al was het maar ter controle en een eventuele andere oorzaak uit te sluiten. “Mevrouw, wanneer het echt zo erg is met uw man als u denkt dat het is, dan had hij al lang op de IC gelegen,” was de reactie van de psychiater. Ook hij nam mijn zorgen niet serieus.

TUNNELVISIE

Ik kijk beide artsen aan en wacht op hun reactie. “We zijn volledig uitgegaan van de diagnose hersenontsteking en hebben alles in het kader van deze diagnose geplaatst. We hebben last van tunnelvisie gehad,” geven ze toe. “Er zijn teveel verschillende personen medisch bij uw man betrokken geweest en we hebben onvoldoende de regie gevoerd tijdens het revalidatieproces, toen uw man al in het revalidatiecentrum verbleef.” Ik vraag wat ze hiermee gaan doen, wetende dat het zo is misgelopen. “Wat er is gebeurd gaan we met collega’s uitgebreid evalueren, zodat we er lering uit trekken en herhaling kunnen voorkomen. Het is voor ons een belangrijke les om ervoor te zorgen dat de communicatie zowel in overdrachten tussen ziekenhuizen als tussen specialisten verbeterd wordt.” Gezien de omstandigheden vind ik dat beide artsen hun collega’s in het ziekenhuis waar Arjan nu ligt, moeten helpen overtuigen om morgen positief over een operatie te beslissen. De artsen beloven contact op te nemen.

Die donderdagochtend wordt Arjan geschikt bevonden om op vrijdagochtend een schedellichting te ondergaan, waarbij de tumor zoveel mogelijk zal worden weggenomen. Voor Arjan, onze familie en vrienden voelt die beslissing als een grote ontlasting. Het doel van onze inspanningen is bereikt. Er gloort weer hoop en hoop doet leven. Op vrijdag ondergaat Arjan een langdurige hersenoperatie. Na bijna zes uur belt de neurochirurg me op met de verlossende mededeling: “De operatie is technisch goed geslaagd.” En later: “Het was op het nippertje, een urenkwestie. De inklemming van de hersenstam was al gaande.” Anderhalf uur later zie ik mijn man half zittend met een enorm verband om zijn hoofd en vastgekoppeld aan een hoop slangen en apparatuur. Hij herkent ons meteen en praat bijna onafgebroken. We zijn enorm opgelucht.

KWAADAARDIG









Het verwijderde tumorweefsel is na de operatie opgestuurd naar de patholoog. Op vrijdag 8 oktober, de dag dat Arjan officieel uit het revalidatiecentrum wordt ontslagen om thuis verder te revalideren, krijgt hij de uitslag. Een goede vriendin, ook verpleegkundige, is er op ons verzoek bij. Rond het middaguur komt de zaalarts binnen met een assistent. De arts is het gesprek net begonnen als het middageten wordt gebracht. Als de lunch is opgediend, vervolgt de arts het gesprek. “De uitslag van het tumorweefsel wijst erop dat het een tumor betreft van het type astrocytoom graad 4, ook wel aangeduid als Glioblastoma Multiforme. Daar waren we al bang voor. Dat betekent dat het hier gaat om de meest kwaadaardige hersentumor die u kunt hebben.” We horen de mededeling verslagen aan. Arjan mompelt wat onverstaaenbaars en laat zijn eten onaangeroerd. “Dat betekent dat u statistisch gezien nog drie maanden tot een jaar te leven hebt,” vervolgt de arts voorzichtig. “Maar dat zijn alleen cijfers en voor iedere persoon is het verschillend.” We kunnen weinig meer uitbrengen dan: “Zie je wel, dus toch.”

Arjan is de eerste die weer een vraag stelt. “Komt het ook voor dat mensen toch langer blijven leven?” Hij blijft hoop houden. “Wanneer u veel geluk hebt, behoort u tot de paar procent van de patiënten die de twee jaar haalt”. Ondertussen komt de verpleegkundige die het eten bracht, het bord en bestek weer ophalen. Als ze het nog volle bord van Arjan ziet, vraagt ze ietwat geïrriteerd of hij nog verder wil eten. “Anders neem ik alles weer mee, hoor.” Ineens realiseer ik me hoe absurd deze situatie is. Mijn man krijgt zojuist de bevestiging van zijn aangekondigde dood te horen en een ander vraagt of hij zijn bord wil leeg eten. Had de arts niet een meer tactisch moment kunnen uitkiezen voor dit gesprek?

Vragen en twijfels

Als Arjan weer thuis is, draai ik de film van de laatste maanden keer op keer in mijn hoofd af. Het is nauwelijks te bevatten wat er allemaal is gebeurd en ik ben blij dat ik alles zo gedetailleerd heb gedocumenteerd. Toch blijf ik met prangende vragen zitten. Waarom is er niets met mijn signalen gedaan? Ik ken mijn man toch het beste? De eindverantwoordelijke neuroloog kan er geen antwoord op geven, als ik hem er later naar vraag. De signalen die hij kreeg vanuit de andere disciplines – revalidatie, psychiatrie – gaven geen aanleiding om Arjan opnieuw te onderzoeken. Hij erkent dat als hij Arjan fysiek had gezien dit een significant verschil had kunnen maken. Dat bevestigt Arjan’s neurochirurg ook. “Het blijft een gemiste kans dat de tumor niet drie maanden eerder is ontdekt.” Het is moeilijk te verteren dat mijn noodkreten verschil hadden kunnen maken. Als er naar me was geluisterd. ■

Arjan is na vele bestralingen en een chemotherapie in januari 2011 opnieuw met spoed geopereerd, omdat al het tumorweefsel was teruggetroeid. Hij volgt nu een experimenteel behandelingstraject. Sinds de tweede operatie is op de scans geen tumorgroei te zien. Hij probeert momenteel voorzichtig weer te werken. Zijn artsen zijn tot nu toe zeer verheugd over zijn herstel.

-  Over Hostmanship
-  Over ons
-  Toepassingsgebieden
-  Wat brengt het op
-  Hostmanship programma's
-  Lezingen en workshops
-  Boeken en brochures
-  Cases

Search

Zoeken

Abonneer je op de gratis Hostmanship nieuwsbrief.

Voornaam Achternaam

E-mail

Bedrijf Verzenden

Hostmanship Group
 Cralloseweg 22
 1272 EV Huizen
 +31 355 247 420
 info@hostmanship.nl



Hoe kunnen wij u helpen?

Hostmanship is 'de kunst mensen het gevoel te geven dat ze welkom zijn'. Of het nu gaat om klanten, patiënten, bezoekers of burgers, Hostmanship zorgt voor een beleving die onderscheidend is. Hierdoor creëert u met Hostmanship een meer-waarde die zich vertaalt in loyale klanten en trosse medewerkers.

De Hostmanship Group helpt organisaties het verschil te maken in het contact met hun klanten, medewerkers en leveranciers. Wij maken bewust, inspireren, geven advies en helpen implementeren, met als doel uw organisatie blijvend beter en onderscheidend te maken.

Wij nodigen u graag uit om met ons in dialoog te gaan om samen invulling te geven aan uw behoefte. Dit kan zijn; het verbeteren van klantbeleving, het aantrekkelijker worden als werkgever, het ontwikkelen van gastvrijheid, het 'levend maken' van uw kernwaarden, het ontwikkelen van nieuw leiderschap etc...

Neem voor meer informatie een kijkje op onze website.

LINKS

-  Home
-  Over ons
-  Toepassingsgebieden
-  Wat brengt het op
-  Hostmanship programma's
-  Lezingen en workshops
-  Boeken en brochures
-  Cases

LINKS

-  Home
-  Over ons
-  Toepassingsgebieden
-  Wat brengt het op
-  Hostmanship programma's
-  Lezingen en workshops
-  Boeken en brochures
-  Cases

Om de patiënt echt centraal te stellen en de zorg beter en veiliger te maken, moeten ziekenhuizen hun zorgprocessen anders inrichten. Daarvoor bestaan verschillende concepten. Alert vroeg drie ziekenhuizen naar hun ervaringen.

Deel 3: Hostmanship in het UMC Utrecht.

DOOR FRANK VAN WIJCK

'HOSTMANSHIP RICHT ZICH OP DE INDIVIDUELE PATIËNT, ZODAT JE SNEL KUNT BIJSTUREN'

UMC Utrecht

Jaap Festen, staflid Raad van Bestuur: "Toen wij ons bogen over het concept hostmanship, kwamen we gaandeweg tot de conclusie dat je eerst moet kijken naar de stap vóór dat hostmanship. Namelijk samen met de patiënt bepalen of die er wel altijd belang bij heeft om hier te zijn. De ene patiënt wil uitgebreide aandacht en begeleiding, maar de andere patiënt wil het liefst snel in en uit het ziekenhuis en heeft dus heel andere hostmanship-behoeften. Er zijn ook veel patiënten voor wie het bezoek aan het ziekenhuis vaak niet eens nodig is, als ze maar gebruik kunnen maken van een communicatiekanaal waar ze de antwoorden op hun vragen kunnen vinden. In zulke portals hebben wij veel geïnvesteerd. Zo kwamen we er gaandeweg achter dat de bestaande klantvriendelijkheidconcepten niet voldoen, omdat we verbinding willen maken met iedere individuele patiënt. Om die verbinding te

kunnen maken, kan het zijn dat we de ene patiëntencategorie anders moeten faciliteren dan de andere. Een goed voorbeeld is een orthopedische patiëntencategorie die ieder half jaar op controle kwam op de poli, terwijl dit medisch-inhoudelijk gezien niet nodig was. Maar de arts dacht dat de patiënt dit nodig vond en de patiënt dacht dat de arts het op prijs stelde. Nu laten we de patiënt thuis een checklist invullen en roepen we die alleen op voor controle als de uitkomst daarvan een aanwijzing geeft dat dit nodig is. Dat werkt voor beide partijen beter. Heel anders is de behoefte van de oncologische patiënt die net een uitslag heeft gehad. Die heeft bij zijn volgende bezoeken aan het ziekenhuis juist baat bij een vast aanspreekpunt, iemand die hem altijd begeleidt. Niet alle patiënten hebben zulke intensieve aandacht nodig. Juist omdat je het concept op

de individuele patiënt richt, kun je snel bijsturen. Ik denk dus dat het minder arbeids- of kapitaalsintensief is om klantvriendelijkheid op de individuele patiënt toe te passen. Een van de belangrijkste onderdelen waarmee we als ziekenhuis op dit moment in het kader van patiëntveiligheid bezig zijn, is accreditatie van de Joint Commission International. We willen in 2013 op deze basis – die verder gaat dan de eisen die op dit gebied in Nederland worden gesteld – voldoen aan de eisen van patiëntveiligheid en klantvriendelijkheid. Onze hostmanship past goed in dit streven. Het helpt ons na te denken over de vraag hoe we de zorg zo veilig mogelijk kunnen maken en hoe we dat op een klantvriendelijke manier kunnen doen".

Klachten en kansen



Een klacht is een kans. Een kans om van een ontevreden patiënt weer een tevreden patiënt te maken. Een kans om een potentieel verloren patiënt te behouden. Een kans ook om de reputatie van het ziekenhuis te verbeteren. En een kans om te leren. Klachten vormen dus waardevolle signalen voor ziekenhuizen en zorgverleners, net zoals complimenten en wensen van patiënten dat zijn. Toch blijft het in de praktijk lastig om een klacht zo te zien en de patiënt centraal te blijven stellen. Jean-Pierre Thomassen en Kees Ahaus hebben een boek geschreven dat medisch specialisten, managers, Raden van Bestuur, klachtenfunctionarissen en cliëntenraden een houvast biedt bij een effectieve klachtenafhandeling. Aan de hand van vele praktijkvoorbeelden, onderzoeken en theorie geven de auteurs een inzicht in de huidige situatie, de uitdagingen en de wijze waarop ziekenhuizen hier invulling aan kunnen geven. 'Klachten en kansen' is verkrijgbaar in de (internet) boekhandel (€ 32,50).

MEDI RISK-LEDEN BIJ DE TOP

Beste ziekenhuizen van Nederland

De ziekenhuizen die zijn aangesloten bij MediRisk scoren net als voorgaande jaren goed in de top 100-lijstjes beste ziekenhuizen van het Algemeen Dagblad en Elsevier. Zo behoren het Sint Franciscus Gasthuis, het Ikazia Ziekenhuis, St. Anna Zorggroep en het St. Antonius Ziekenhuis tot de beste vijf ziekenhuizen volgens het Algemeen Dagblad. De beste ziekenhuizen volgens Elsevier zijn het St. Antonius Ziekenhuis, het Meander Medisch Centrum en het Albert Schweitzerziekenhuis. MediRisk feliciteert haar leden met de hoge scores.

SINT FRANCISCUS GASTHUIS

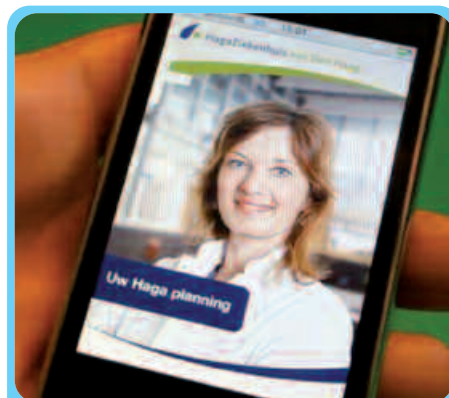
Aandacht voor de belevingswereld van patiënten

Het Sint Franciscus Gasthuis gaat zich meer in de belevingswereld van haar patiënten verplaatsen. Het ziekenhuis heeft hiervoor een nieuw patiëntenblad gelanceerd, 'Franciscus Magazine', waarin patiëntenverhalen centraal staan. In het eerste nummer vertelt een patiënt over haar nierziekte en diabetes. Het blad wordt huis-aan-huis verspreid in de regio, zodat inwoners op de hoogte kunnen blijven van het reilen en zeilen in het Rotterdamse ziekenhuis. Zij kunnen ook zelf ervaringen insturen naar de website van het ziekenhuis. Deze verhalen zijn terug te vinden op www.sfg.nl/patientenervaringen. Het Sint Franciscus Gasthuis organiseert ook voorlichtingsbijeenkomsten waar patiënten zich kunnen laten informeren over hun aandoening, behandeling en ervaringen van lotgenoten.

MARTINI ZIEKENHUIS

Patiënten delen hun ervaring op nieuwe website

Het Martini Ziekenhuis heeft een nieuwe website gelanceerd die tegemoet moet komen aan de groeiende vraag naar inzicht in resultaten en kwaliteit van een ziekenhuis. "We laten zien dat we transparantie hoog in het vaandel hebben staan," zegt bestuurslid Paul van der Wijk. "Deze website biedt alle doelgroepen, van patiënt en zijn familie tot huisarts en zorgverzekeraar, snel de informatie die ze nodig hebben." Marketingcommunicatieadviseur Marieke Ploegh geeft aan dat de website twee prominente zoekfuncties heeft voor behandelingen en afdelingen. "We bereiden patiënten zo goed mogelijk voor. Wie is die arts die mij gaat behandelen, welk traject doorloop ik in het ziekenhuis, waarom zou ik naar het Martini gaan?" Ook voor de ervaringen van de patiënt is aandacht. Er is een feedbackforum, een e-mailadres voor suggesties (vertelhetons@mzh.nl) en de bezoeker kan elke webpagina via verschillende sociale media delen met zijn eigen netwerk. In de nabije toekomst kunnen patiënten ook online een afspraak maken. Kijk op www.mzh.nl.



HAGAZIEKENHUIS

Een app voor patiënten

Het HagaZiekenhuis heeft een handige applicatie voor iPhones en Androidtelefoons uitgebracht waarmee patiënten afspraken kunnen maken en informatie over het ziekenhuis kunnen opzoeken. De applicatie beschikt over een routeplanner voor *naar* en *in* het ziekenhuis. De patiënt krijgt een compleet overzicht van alle locaties en bloedafnamepunten, inclusief contactgegevens. Het is bovendien mogelijk om aantekeningen in de app te maken. Handig om belangrijke zaken te kunnen onthouden. Het ziekenhuis heeft tegelijk een mobiele versie van de eigen website ontwikkeld. Kijk op www.hagaziekenhuis.nl.

HAVENZIEKENHUIS

Taalles op recept

Sinds begin augustus kunnen patiënten van het Havenziekenhuis een bijzonder recept krijgen van hun behandelaar: eentje voor een Nederlandse taal cursus. Op die manier hoopt het ziekenhuis, waar veel patiënten komen die het Nederlands niet machtig zijn, de patiëntveiligheid te vergroten. Patiënten die de arts begrijpen en weten hoe ze hun therapie moeten volgen, zijn immers beter geholpen. Aan de andere kant kan het advies van de dokter om op Nederlandse les te gaan, net het zetje in de rug zijn dat patiënten nodig hebben om daadwerkelijk zo'n cursus te volgen. 'Taal op recept' geldt zowel voor (allochtone) inburgeraars als (autochtone) laaggeletterden. Het project wordt gefinancierd door de gemeente Rotterdam.

Liever vriendelijke dokter dan korte wachttijd

Patiënten vinden de manier waarop hun dokter hen te woord staat belangrijker dan de wachttijden en de uitkomst van de behandeling. Dat concluderen onderzoekers van het kennisinstituut voor de zorg Nivel. Voor het onderzoek lieten zij meer dan tienduizend patiënten vragenlijsten invullen. Daaruit komt naar voren dat patiënten hun oordeel vooral baseren op de omgang met de zorgverleners en de informatieverstrekking. De onderzoekers denken dat dit komt doordat patiënten niet weten of bijvoorbeeld een ander ziekenhuis het beter had gedaan. Ook nemen patiënten vaak aan dat er geen grote verschillen zijn. De resultaten van het Nivel-onderzoek worden ondersteund door een analyse van de waarderings op www.zorgkaartnederland.nl. Ook daaruit komt naar voren dat patiënten, zowel chronische patiënten als mensen die voor een eenmalige ingreep komen, het vooral belangrijk vinden om respectvol en met aandacht te worden behandeld. Ook willen ze de ruimte om vragen te stellen en duidelijke informatie krijgen.



UMC ST RADBOUD

Videowebsite voor gezondheidservaringen

Het Radboud REshape & Innovation Center, onderdeel van het UMC St Radboud, heeft de videowebsite Myhealthstory.me gelanceerd. Op deze site kunnen patiënten en zorgverleners video's plaatsen over hun ervaringen met ziekte, aandoeningen, behandeling en acceptatie. Medisch studenten screenen de filmpjes, waarna ze beschikbaar komen op de website. Zo ontstaat een grote database van beeldmateriaal van patiënten en zorgverleners over ziektebeelden, waarvan patiënten, zorgverleners en opleiders gebruik kunnen maken. Voor patiënten is deze site een bron van informatie. Ook zorgverleners en medisch studenten kunnen veel leren, want patiënten vertellen waar zij werkelijk behoefte aan hebben. Myhealthstory.me moet uitgroeien tot een internationaal platform.


MCH WESTEINDE

SEH-weglopers project in de prijzen

Het komt regelmatig voor dat patiënten op de Spoedeisende Hulp (SEH) niet wachten op de diagnose of hun behandeling. Ook volgen ze niet altijd het advies van de arts op om zich op te laten nemen in het ziekenhuis. Met alle mogelijke schadelijke gevolgen van dien. Dat patiënten weglopen of wegblijven heeft meestal te maken met ontevredenheid over de geleverde service, zoals een (te) lange wachttijd. "Vaak denken zorgverleners dat deze mensen dan wel niets zullen mankeren, maar dat is niet altijd juist," ontdekte verpleegkundige Christien van der Linden in het kader van haar promotieonderzoek. MCH Westeinde is daarom het project 'Nazorg weglopers op de SEH' gestart en belt voortaan alle patiënten die vlak voor of direct na triage de SEH verlaten om te vragen waarom ze zijn weggegaan en of er eventueel toch een verwijzing nodig is. Zestig procent van de patiënten wordt bereikt en sommigen blijken toch dringend medische hulp nodig te hebben. De reacties op de bel-actie zijn erg positief. Christien van der Linden won de Anna Reynvaan Praktijkprijs voor haar project.

GESPOT



CO-PATIËNTEN De communicatie tussen arts en patiënt moet beter: minder medische termen, meer tijd, meer aandacht. Dat zijn de drie grootste zorgwensen van patiënten die uit de Nationale Zorgbarometer naar voren komen. Het VieCuri ziekenhuis in Venlo is daarmee aan de slag gegaan en samen met vier andere ziekenhuizen een bijzonder proefproject begonnen: de co-patiënt. Co-patiënten zijn vrijwilligers die patiënten ondersteunen tijdens gesprekken met de arts en op die manier de zorg en communicatie meebelevan. Doordat zij zich beter in de patiënten kunnen verplaatsen, kunnen zij de verwarring, verwondering, voldoening of verbijstering over de boodschap meevoelen en ervoor zorgen dat patiënten zich beter begrepen, gesteund, gerespecteerd en beschermd voelen door hun arts. "Communicatie is een moeilijk facet van ons vakgebied," zegt internist Yes van de Wouw van VieCuri. "We blijven merken dat veel informatie niet aankomt bij patiënten. Angsten en zorgen leiden ertoe dat met name oncologische patiënten minder informatie opnemen en minder mondig zijn om al hun vragen te stellen. Het zou geweldig zijn als een co-patiënt de communicatie tussen arts en patiënt kan verbeteren." Als het proefproject slaagt, kan het co-patiëntschap op grotere schaal worden ingezet.  WILT U MEER WETEN? KIJK OP WWW.ZOBETER.NL