

Magazine voor leden
van MediRisk

Oktober 2017 | 13e jaargang

Alert

De risico's van het vak

Samen- werken

Hoe geef je een
veiligheidscultuur
handen en voeten?

De **kosten**(posten) van
een **medische claim**
in beeld

Hoe bescherm je je
**mensen bij een medische
calamiteit** tegen de
groeïende impact van
de media?

MediRisk
samen alert op veiligheid



Hoe geef je een veiligheidscultuur handen en voeten?

In acute medische situaties is het extra belangrijk dat je als team goed communiceert en samenwerkt. De teamtraining van Medsim brengt individueel gedrag en groepspatronen boven tafel. "Het is een kunst om van een team van experts een expertteam te worden."

De kosten van een claim

Aan medische claims zijn hoge kosten verbonden. Waar bestaan die kosten uit? Hoe verhouden die zich tot elkaar?

Wat komt toe aan de patiënt en wat niet? En hoe komt het dat de claimkosten blijven stijgen? Tijd voor een aantal antwoorden.



"Door te debriefen maak je de cirkel rond"

Geboortezorg is teamwork. Maar hoe blijf je met z'n allen scherp? Een debriefing na elke bevalling is daar een goed middel voor. Dat blijkt uit de eerste ervaringen binnen de pilot Geboortezorg van MediRisk die nu loopt in een aantal ziekenhuizen.

Blijvend bouwen aan vertrouwen

Elk vonkje op Twitter kan razendsnel uitmonden in een uitslaande brand die de reputatie van ziekenhuis en zorgverlener danig kan schaden.

Vuur met vuur bestrijden werkt averechts. Hoe bescherm je je mensen en je ziekenhuis tegen de enorme impact van de media?



Inhoud

- 3** Voorwoord
In een goede veiligheidscultuur staat de patiënt centraal
- 4** Medisch Risicomanagement
Beter communiceren en samenwerken door simulatietraining
- 7** Claimbehandeling
De kosten van een claim
- 10** Claimreconstructie
Slecht zicht met grote gevolgen
- 12** Samen naar de rechter
Schikken of procederen
- 13** Medisch Risicomanagement
Debriefing: van doe-modus naar reflectiemoment
- 16** Innovatie
"Zo doen wij het"
- 19** Actueel
Als het vonnis door de media al geveld is...
- 20** Hoe zit dat eigenlijk?
De meest gestelde vragen aan de afdeling Ledenadvies

Colofon

Alert is een uitgave van MediRisk over patiëntveiligheid en medische aansprakelijkheid. Het magazine wordt kosteloos verstrekt aan verzekeren en relaties van MediRisk.

MediRisk is een medische aansprakelijkheidsverzekeraar voor ziekenhuizen en andere zorginstellingen in Nederland. Opgericht in 1992 door en voor de leden, zonder winstoogmerk. MediRisk werkt samen met haar leden actief aan het terugdringen van risico's en het voorkomen van schade.

Raad van Commissarissen MediRisk

Redactie
Karlijn Leemhuis

Redactieadres
communicatie@medirisk.nl

Tekst
Nannet Alkema
Theone Joostensz

Ontwerp en opmaak
Canon Nederland N.V.

Druk
Canon Nederland B.V.

Oplage
10.000

MediRisk
Postbus 8409
3503 RK Utrecht
030 247 48 10
info@medirisk.nl

www.medirisk.nl



“Hoe kunnen we het vandaag beter doen?”

In een goede veiligheidscultuur staat de patiënt centraal

Een goede veiligheidscultuur binnen het ziekenhuis is cruciaal, mits we die vanuit de patiënt insteken. Want we leveren diensten voor die patiënt, niet voor een veiligheidsmanagement-systeem. We werken om de beste patiëntenzorg te geven. Vandaag, morgen en overmorgen.

In ons ziekenhuis zijn ruim 2.300 mensen werkzaam die niets liever doen dan ervoor zorgen dat patiënten een goede dag hebben. Dat geldt voor iedereen, tot de schoonmakers aan toe. Recentelijk viel het EPD uit. Heel vervelend. Maar in no time was de situatie onder controle. Mensen deden wat ze moesten doen: goede patiëntenzorg verlenen. Dat zit ze gewoon in de genen. Ik kan daar alleen maar heel erg trots op zijn.

Broodkruimels

Als lid van de Raad van Bestuur ga ik met onze mensen in gesprek. Broodkruimels strooien, noem ik dat. Ik vraag ze om mee te denken, om hun ruimte in te nemen, om te vertellen hoe de beste zorg er uitziet. Ik ben een groot voorstander van groepen mensen die samen de beste ‘patient journey’ vormgeven. Die daarover afspraken maken met elkaar. Die samen bouwen aan een mooi proces en elkaar durven aan te spreken. Want we moeten het gewoon goed regelen. Daar heeft de patiënt recht op. Kwaliteits- en veiligheidseisen komen dan ook in een heel ander licht te staan. Vinken we lijstjes af? Prima. Is er een betere manier? Doen we dat. Zolang we het maar allemaal op dezelfde manier doen.

Verbetering

Niemand wil fouten maken, dat moeten we ons goed realiseren. Ik geloof in professionals. Ik geloof in teams. Als je als team de verantwoordelijkheid pakt, dan stel je jezelf elke dag weer de vraag: Hoe kunnen we het vandaag beter doen? Teams die hun expertise delen met patiënten, krijgen helemaal het beste resultaat. Dan heb je het pas echt over een veiligheidscultuur.

prof. dr. Eveline de Bont, lid Raad van Bestuur van het Elkerliek ziekenhuis

drs. D. van Starckenburg RE
 drs J.H.D. van Hemsbergen MBA
 dr. H.A. Keuzenkamp, lid Raad van Bestuur Westfriesgasthuis
 drs. W.O. Schreuder, internist niet praktiserend
 prof. dr. C. Wagner, bijzonder hoogleraar Patiëntveiligheid en directeur bij het NIVEL

Bestuur MediRisk

mr. E.A. (Ebbo) van Gelderen, algemeen directeur
 mr. A.R.T. (Arnoud) van Schaik MBA, directeur

Onderlinge Waarborgmaatschappij MediRisk B.A. en de bij deze uitgave betrokken redactie en medewerkers aanvaarden geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen van gebruik c.q. interpretatie van de informatie uit Alert. Mening en standpunten van auteurs geven niet noodzakelijkerwijs het beleid van MediRisk weer. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, overgenomen en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van MediRisk. Leden mogen wel zonder toestemming inhoud overnemen na melding bij de redactie.

Heb je een onderwerp voor publicatie in de volgende Alert?
 Laat het ons weten via communicatie@medirisk.nl

Beter
communiceren
en samenwerken
door simulatie-
training

‘Wat maakt
nou dat
je je niet
durft uit te
spreken?’

In acute medische situaties is het extra belangrijk dat je als team goed communiceert en samenwerkt. Een team van experts verandert daardoor in een expertteam. Dat ondervonden de medewerkers van de afdeling Kindergeneeskunde van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ).

Rondom het bed heerst opperste concentratie. De kinderarts, de arts-assistent en de kinderverpleegkundige buigen zich gezamenlijk over de patiënt die het steeds benauwder lijkt te krijgen. “Zet je alvast de verneveling klaar?”, klinkt het, terwijl een vierde teamlid de kamer binnenkomt. De patiënt begint blauw aan te lopen, de spanning in de ruimte stijgt...

Het zou een willekeurige situatie kunnen zijn in een willekeurig ziekenhuis, ware het niet dat het hier om een teamtraining gaat in het simulatiecentrum van Medsim in Eindhoven, een onafhankelijk research- en trainingscentrum voor de medische zorg. De patiënt waar de zorgprofessionals zich zo druk om maken, is in dit geval niets meer of minder dan een levensechte pop.

Medsim is een initiatief van Máxima Medisch Centrum en de Technische Universiteit Eindhoven. Het opleidingscentrum werd in 2005 opgericht vanuit een behoefte uit het veld. De behoefte om binnen de steeds complexer wordende zorg de communicatie tussen zorgprofessionals van verschillende disciplines te versterken en de teamperformance te verbeteren.

Joost Bonenkamp, kinderarts en medisch manager Kinder-geneeskunde bij het ETZ, nam deel aan de teamtraining. "Ondanks de kunstmatige situatie schiet je meteen in je rol", zegt hij. "Je doet automatisch de dingen zoals je gewend bent ze te doen. Als je bijvoorbeeld moeite hebt om je collega een opdracht te geven, dan komt dat vanzelf boven tafel. Ook al zou je geneigd zijn om dit te verbergen."



Joost Bonenkamp

Communicatietools

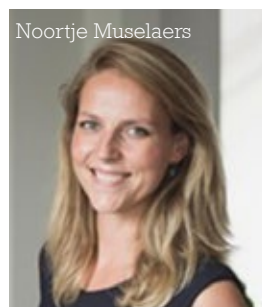
Volgens Rob Steinweg, directeur van Medsim, is dat nou precies de bedoeling. "Medisch professionals trainen hun niet-medische skills, zoals communicatievaardigheden en teamwork, het best in hun eigen omgeving. We hebben daarvoor een aantal communicatietools ontwikkeld die ook gebruikt worden binnen de luchtvaart. Bijvoorbeeld de 'Closed loop', het terugkoppelen van een opdracht. Eerst leggen we die tools uit, daarna oefenen we ze in een gesimuleerde setting die per definitie veilig is. Je dompelt mensen als het ware onder in hun dagelijkse wereld en zorgt voor een onverwachte interventie waardoor het team wat onder druk komt te staan en dus moet presteren. Enerzijds betekent dat handelen, anderzijds betekent dat samenwerken en communiceren. Taken verdelen, hulp inroepen, enzovoort."



Rob Steinweg

Lachen

Noortje Muselaers is programmamaker en communicatie- en gedragstrainer. Zij begeleidde de trainingen bij Medsim voor de medewerkers van de afdeling Kindergeneeskunde van het ETZ. "In acute situaties zien we vaak dat mensen terugvallen in bepaald gedrag. Daarom trainen we juist op dit soort stressvolle situaties. Een veilige omgeving is hiervoor heel belangrijk. We doen altijd ons best om mensen op hun gemak te stellen. Door de manier waarop we ons als trainers voorstellen, bijvoorbeeld. We beginnen niet voordat we even samen gelachen hebben. Want ik merk dat mensen het heel spannend vinden. Ze worden bekeken als ze aan het werk zijn en er worden video-opnamen gemaakt." Na de oefening, die zo'n tien tot vijftien minuten duurt, krijgen de deelnemers de video-opnamen te zien van hun optreden als team. Samen met Muselaers en de medisch trainer bespreken ze wat er goed gaat en



Noortje Muselaers

wat beter kan. "Ik ken al die medische termen niet", zegt Muselaers. "Daardoor kan ik me helemaal richten op het communicatie- en gedragstuk. Ik stel vragen als: Wat maakt nou dat je je niet durft uit te spreken?"

Leerzaam

Bonenkamp vond het heel leerzaam om de beelden terug te kijken: "Ik ben iemand die luistert, nadenkt en dan pas iets zegt. Ik nodig mensen uit om mee te denken en tegen mij te praten. Door deze training heb ik geleerd dat het heel nuttig is om wat assertiever te zijn. Iedereen heeft zijn kwaliteit in communicatie, maar daar staat vaak ook een zwakte tegenover. Het getuigt van professionaliteit als je die zwakte bij jezelf erkent en daar aandacht aan geeft. Daardoor leer je beter en duidelijker te communiceren. Natuurlijk is elke benauwdeheidsaanval weer anders. Maar de basis van je communicatie is telkens hetzelfde. Daarmee houd je grip op de situatie. Dat geldt trouwens niet alleen voor de werkvloer, maar ook in privésituaties."

Expertteam

"Over het algemeen is het voor mensen de grootste uitdaging om open en transparant te zijn", zegt Steinweg. "Jezelf kwetsbaar willen en durven opstellen, dwars door de hiërarchie van het team heen. Iedereen moet een suggestie durven doen aan het team, ook aan de dokter. We noemen dat 'Speak up', durf je uit te spreken. Daarnaast hebben we 'Invite' gezet, dat was een aanvulling van Pim van Dijken, een kinderarts van het ETZ. Want de arts is verantwoordelijk voor een klimaat waarin zijn of haar teamleden zich uitgenodigd voelen om zich uit te spreken. 'Speak up' & 'Invite' loopt dwars door alle communicatietools heen. Uiteindelijk moet je met het team een prestatie neerzetten, je kunt het niet alleen. Het is de kunst om van een team van experts een expertteam te worden."

Leercurve

Het valt Muselaers op dat de medewerkers van het ETZ een enorme leercurve laten zien. "Wat ze leren, passen ze meteen toe", zegt ze. "Het doel van deze trainingen is om mensen het effect te laten ervaren van een paar simpele tools. Zoals de tool 10 voor 10: tien seconden overleg met het hele team om daarna weer tien minuten vooruit te kunnen. Iedereen mag een 10 voor 10 vragen. Bijvoorbeeld als er een nieuw teamlid de kamer binnenkomt, of als er iets onduidelijk is. Toch vinden mensen dat lastig, merk ik. Medici zijn geneigd om te handelen, het voelt voor hen heel onnatuurlijk om tien seconden stil te houden. Of ze denken: 'Het zal wel aan mij liggen dat ik het niet snap. Laat ik maar even wachten, dan wordt het me vanzelf wel duidelijk.' Als ze dan aan het eind van de trainingsdag tóch een 10 voor 10 vragen, dan is er echt een obstakel overwonnen. Dat vind ik zo mooi om te zien, daar kan ik enorm van genieten."

Koffie

Het zou natuurlijk zonde zijn als een trainingsdag waarbij zoveel is gebeurd en geleerd, in de vergetelheid raakt. Hoe zorgt de afdeling Kindergeneeskunde er nu voor dat het geleerde niet wegzakt? “Wij herhalen zelf bepaalde onderdelen van de training”, zegt Bonenkamp. “Ons kernteam - daarin zijn alle functies vertegenwoordigd die mee hebben gedaan aan de training - is daar heel actief in. En als medisch trainer ben ik zelf ook ambassadeur.” Gekscherend: “Als iemand vraagt: ‘Jongens, wie wil er koffie?’, dan wordt er tegenwoordig meteen teruggeroepen: ‘Ho, ho, wacht even, daar hebben we een communicatietool voor!’ Het is een grap, maar het maakt wel dat mensen het zich herinneren. Je moet alert blijven, dan wordt het langzaam een automatisme.”

“Dit soort trainingen is niet alleen voor de patiëntveiligheid”, aldus Bonenkamp. “Het gaat ook over de organisatie in het ziekenhuis. Hoe communiceer ik met mijn secretariaat? Hoe bespreek ik dingen met de ouders? Ik kan deze communicatietraining aanraden aan iedereen die in een team samenwerkt, op alle niveaus.”

“Het is de kunst om van een team van experts een expertteam te worden.”



MediRisk Assessments

Naast leren van en reageren op wat er niet goed gaat in de zorg, is meer nodig om te komen tot verbetering van de patiëntveiligheid. Gebleken is dat het leren van incidenten complex is, vanwege de vaak unieke aspecten en zeldzaamheid van voorkomen. In de toekomst zal het voorkomen dat incidenten met onverwacht ongunstige uitkomsten voor de patiënt, veel meer worden bepaald door interactie, aanpassingsvermogen en veerkracht van zorgverleners onderling en zorgverleners met patiënten.

Binnen de Onderlinge is afgesproken dat aan ziekenhuizen met een verhoogd risico op vangnet- en geboortezorg-gerelateerde claims, een MediRisk Assessment wordt aangeboden.

Het MediRisk Assessment is bedoeld om samen met het ziekenhuis te bekijken of er nog verbetermogelijkheden zijn om toekomstige claims te voorkomen.

Het model voor het MediRisk Assessment is gebaseerd op het ‘Framework for Safe, Reliable, and Effective Care’ van het Institute for Healthcare Improvement (IHI). In dit instrument komen de verschillende aspecten van hoog betrouwbare organisaties (High Reliability Organizations) samen. HRO organisaties blijken een hoge mate van veerkracht en vasthoudendheid te ontwikkelen, waardoor zij in staat zijn beter om te gaan met ongewenste en onverwachte gebeurtenissen en aan de behoefte te voldoen van patiënt, familie, zorgverleners en organisatie.

De ziekenhuizen waar inmiddels een MediRisk Assessment heeft plaatsgevonden hebben aangegeven de meerwaarde van het model te zien.



Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. (Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare;2017)

Grip op claimkosten

Aan medische claims zijn hoge kosten verbonden. En die worden steeds hoger. Die ontwikkeling zien we niet alleen in de medische aansprakelijkheid maar in de hele letselschadebranche, in binnen- en buitenland. Waar ligt dat aan? En, nog belangrijker, wat doen we eraan om die kosten beheersbaar te houden? Het zijn logische vragen van onze leden die, sinds de overgang naar het stop-loss verzekeringssysteem, zelf een groter financieel risico dragen met betrekking tot de kosten voor medische aansprakelijkheid.

“Ziekenhuizen hebben de behoefte om meer ‘grip’ te krijgen op hun claimkosten”, zegt Gert Klay, manager van de afdeling Schadebehandeling van MediRisk. “Het digitale platform mijnMediRisk.nl dat leden op elk gewenst moment toegang geeft tot actuele claimgegevens en kosten, voorziet voor een groot gedeelte in die behoefte. Toch merken we dat er nog onduidelijkheid bestaat over bijvoorbeeld de opbouw van de claimkosten, welke factoren van invloed zijn op de stijging van deze kosten en welke van deze factoren te beïnvloeden zijn.

Ook krijgen we vaker vragen over de argumentatie achter de toekenning van verschillende kostenposten en welke daarvan voor rekening van het ziekenhuis worden gebracht.



Gert Klay

Waaruit bestaat een claim?

De figuur op de volgende twee pagina's geeft inzicht in welke gevallen bepaalde kosten worden uitgekeerd, aan wie en hoe deze kostenposten zich tot elkaar

verhouden. “Het grootste deel van de vergoeding, gemiddeld 75%, komt toe aan de patiënt,” zegt Klay. “Het overige deel bestaat uit behandelkosten die nodig zijn om claims af te wikkelen.” Denk daarbij bijvoorbeeld aan de kosten voor specialisten die nodig zijn voor goed gefundeerde medische adviezen. Naast de eigen medisch adviseurs zijn dat externe adviseurs. Klay: “Of we extern inhuren ligt enerzijds aan de expertise die in een bepaalde zaak gevraagd wordt. Anderzijds heeft het te maken met de omvang van de adviesaanvragen en de capaciteit.” Daarnaast is er vaak juridische bijstand nodig. Naast eigen advocaten maakt MediRisk hiervoor soms gebruik van twee externe advocatenkantoren. De afweging om zaken in- of extern te laten behandelen, hangt ook hier samen met de beschikbare tijd en expertise. Verder gaat een aanzienlijk deel van de behandelkosten naar de belangenbehartiger van de patiënt.

Wat zijn kostenverhogende factoren?

Een belangrijke en moeilijk te beïnvloeden kostenverhogende factor is de terugtrekkende overheid waardoor mensen zelf meer risico lopen op hun inkomen en meer moeten bijdragen aan

hun zorg. Die (zorg)kosten komen ook, al dan niet gekapitaliseerd, in het schadedebd bedrag terug. Ook wetgeving is van grote invloed. Als de wet affectieschade bijvoorbeeld wordt goedgekeurd, betekent dit dat ook naasten van een benadeelde die ernstig letsel heeft opgelopen, een vergoeding kunnen krijgen ter verzachting van hun leed. Dit kan een flinke schadelastverhoging tot gevolg hebben. Over het algemeen merkt Klay ook een steeds verder toenemende mondigheid en kennis bij patiënten en belangenbehartigers. Daardoor verandert het claimgedrag. Zo is onlangs € 200.000 aan smartegeld uitgekeerd. Het hoogste bedrag dat ooit in Nederland is toegekend.

Betaalbaar en verzekeraar

“We monitoren de ontwikkelingen op het gebied van medische aansprakelijkheid op de voet en kijken hoe we daar in ons beleid op voor kunnen sorteren. Zo zagen we dat ziekenhuizen meer en meer behoefte hebben aan preventieadvies op maat. Dat heeft geleid tot een andere manier van data-analyse waardoor we leden veel gerichter kunnen informeren en adviseren over het terugdringen van (potentiële) risico's. Ook proberen we onze behandelkosten zo laag mogelijk te houden. Dat doen we bijvoorbeeld door de juiste mensen aan boord te halen zodat we zoveel mogelijk ‘eigen’ expertise in huis hebben. Denk daarbij aan onze eigen schaderegelaars. Ook hebben we het afgelopen jaar geïnvesteerd in de optimalisatie van onze processen met als doel claims sneller te kunnen behandelen. En dat blijven we doen, dat is een continu proces. Medische aansprakelijkheid moet hoe dan ook betaalbaar en dus verzekeraar blijven”, stelt Klay.

>

Kosten belangenbehartiger 13%

Een deskundige belangenbehartiger vertegenwoordigt de patiënt/nabestaande met juridische kennis bij het afhandelen en in kaart brengen van de schade. Denk hierbij aan het voeren van de procedure, praktisch advies en hulp bij het verzamelen van de benodigde stukken die nodig zijn om een claim te kunnen behandelen.

Kosten schaderegelaar 3%

Een schaderegelaar kan door MediRisk worden ingeschakeld om bij de patiënt/nabestaande de schade in kaart te brengen, de eventuele hulpbehoefte te bespreken en hierover te rapporteren aan de betreffende schadebehandelaar bij MediRisk. MediRisk werkt met eigen schaderegelaars en met externe preferred suppliers.

2%

2%



Regresbetaling

Een regresnemer is een derde partij die schade heeft geleden, zoals de werkgever van de patiënt (doorbetaalde loonkosten), de zorgverzekeraar van patiënt (ziektekosten) of de overheid (kosten voor Wmo en WIA).



Deskundigenbericht

Als blijkt dat de medisch onderbouwde standpunten van patiënt/nabestaande en MediRisk niet overeenkomen, kan besloten worden een onafhankelijke medisch deskundige in te schakelen. Het resultaat is een 'deskundigenrapport'; een medisch advies waarin het handelen van de arts is onderzocht.

5%



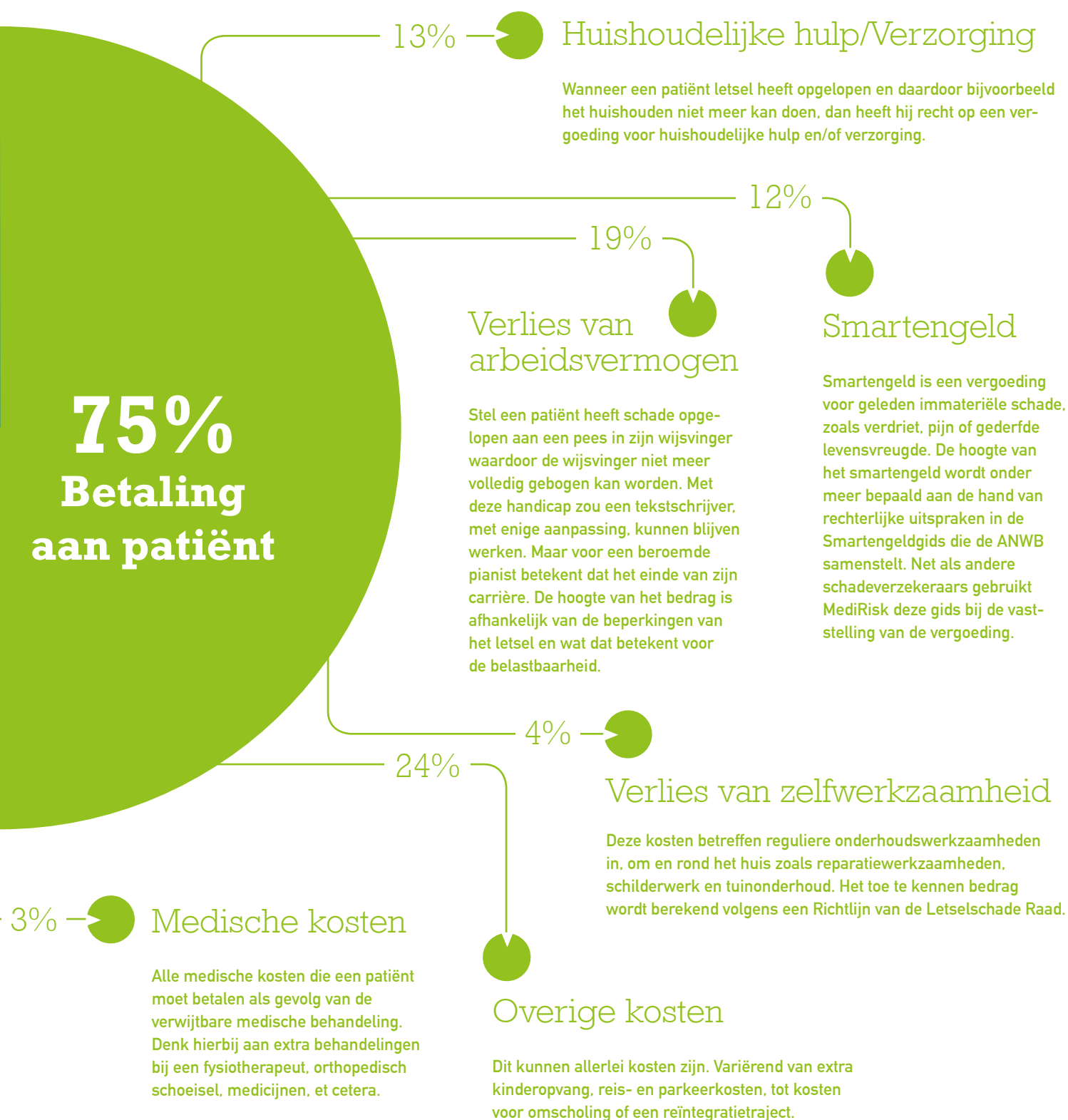
Overige kosten

Dit zijn de kosten die MediRisk maakt om de aanspraak te beoordelen en te behandelen. Denk aan kosten voor het opvragen van het medisch dossier, het inwinnen van medisch advies bij een medisch adviseur, kosten voor een advocaat die het ziekenhuis tijdens een procedure bijstaat, et cetera.

20%
**Betaling
voor patiënt**

5%

De kosten van een claim



Slecht zicht met grote gevolgen

Wendy van Pletten is best tevreden met haar leven. Ze is gelukkig getrouwd, moeder van drie kinderen en ze heeft een leuke baan. Wendy is er vooral trots op dat ze 40 kilo is afgevallen. Na veel worstelingen met haar gewicht besloot ze zich vorig jaar te laten opereren. Ze onderging een gastric bypass, een maagverkleiningsoperatie. De operatie verliep vlekkeloos maar een jaar later wordt ze ziek.

Door de gastric bypass zijn galstenen ontstaan. Wendy was hier voorafgaand goed over geïnformeerd. Maar niets had haar kunnen voorbereiden op de pijn die ze ineens kreeg. Haar galblaas blijkt ontstoken en Wendy wordt opgenomen in het ziekenhuis. Daar wordt besloten om de galblaas laparoscopisch, via een kijkonderzoek in de buikholte, te verwijderen.

Reconstructie

De laparoscopische operatie verloopt anders dan verwacht. Door de galblaasontsteking kan de chirurg de anatomie niet goed overzien. De galweg ductus choledochus wordt aangezien voor de galweg ductus cysticus. Deze wordt tijdens de operatie doorgenomen. Ook worden er bloedvaten geraakt. Na de operatie gaat het niet goed met Wendy. Ze wordt erg ziek en moet worden opgenomen op de Intensive Care. Ze wordt met spoed opnieuw geopereerd waarbij een reconstructie plaatsvindt van de beschadigde structuren en een stuk van de lever verwijderd moet worden. Hierna volgt nog een heroperatie en daarna een lange periode van herstel.

Pijnklachten

Dagelijks ondervindt Wendy nog de gevolgen van de operaties. Ze is psychisch snel uit balans, blijft pijnklachten houden en is nog

volop met de fysiotherapeut aan de slag om te revalideren. Werken heeft ze de afgelopen periode niet kunnen doen: de geboden kans om door te groeien naar een nieuwe functie kan op dit moment niet doorgaan. Naar verwachting gaat ze volgende maand weer langzaam een aantal uren per week aan de slag.

Open procedure

De rechtsbijstandsverzekeraar dient namens Wendy een claim in. De wederpartij verwijt zowel ziekenhuis als de operateur dat deze tijdens de operatie niet de keuze heeft gemaakt te converteren naar een open procedure waarbij de buik wordt geopend. Als dit wel was gebeurd, was het letsel niet opgetreden, is de mening van de wederpartij. De medisch adviseur concludeert hetzelfde op basis van het dossier en het operatieverslag. Als de operateur was overgegaan op een open procedure, dan was het aannemelijk dat hij de structuren beter had waargenomen. Daardoor had hij de ductus cysticus beter kunnen lokaliseren. Een andere mogelijkheid was geweest er een tweede laparoscopische chirurg bij te vragen. De medisch adviseur concludeert tevens dat de gevolgen hier volledig aan zijn toe te schrijven. Na overleg met de chirurg en het ziekenhuis wordt overgegaan tot erkenning van de claim.

De schaderegelaar wordt ingeschakeld en gaat in gesprek met de belangbehartiger en Wendy om gezamenlijk de schade vast te stellen. Er wordt gesproken over:

Smartengeld: Wendy ondergaat op dit moment nog steeds therapie voor de psychische schade die ze heeft opgelopen na de operatie. Ook de ernst van het letsel (verlies lever, opname Intensive Care en heroperatie) wordt hierin meegenomen.

Huishoudelijke hulp: Wendy heeft de rol die zij had in het huishouden nog niet volledig op zich kunnen nemen. Zij verzorgt het huishouden samen met haar man en haar deel wordt ingeschat op 50 procent. De verwachting is dat er de aankomende maanden nog huishoudelijke hulp nodig is omdat Wendy nog volop in haar revalidatietraject zit. De verwachting is wel dat zij op langere termijn deze rol weer helemaal zelf kan oppakken.

Medische kosten: er wordt gesproken over liggeld van het aantal extra dagen in het ziekenhuis. De partner heeft een specificatie opgesteld van alle reiskosten die gemaakt zijn in de periode dat zijn vrouw in het ziekenhuis lag en in de periode na ontslag.

Verlies van arbeidsvermogen: als Wendy na de operatie direct weer aan de slag had kunnen gaan, had zij door kunnen groeien naar een nieuwe functie met een andere salarisschaal. Deze mogelijkheid heeft ze moeten laten gaan. Het is op dit moment nog onduidelijk of ze deze kans in de toekomst nog krijgt aangezien een andere collega inmiddels deze functie heeft ingevuld.

Verlies van zelfbekwaamheid: Wendy heeft een enorme passie en dat is haar Engels ingerichte tuin. Vanwege het moeizame herstel heeft zij haar tuinwerkzaamheden nog niet op kunnen pakken. Voor haar partner bleek het bijhouden van de tuin in combinatie met de zorg voor zijn kinderen en vrouw te hoog gegrepen. Hulp daarbij is dus nodig en ook dat wordt in de bepaling van de vergoeding meegenomen.

Overige kosten: de kinderen moesten in de periode dat Wendy erg ziek was vaker door anderen worden opgevangen. Deze extra kosten worden ook opgenomen.

Op basis van deze informatie stelt de schadebehandelaar een voorstel op dat aan de wederpartij wordt voorgelegd. Na wat overleg over en weer bereiken de partijen overeenstemming. Het bedrag wordt vastgelegd in een vaststellingsovereenkomst, door beide partijen getekend en aan Wendy uitgekeerd. Zij is opgelucht dat ze dit deel kan afsluiten en zich nu volledig kan richten op haar herstel.



Samen naar de rechter

Vanaf de claim tot en met de uitspraak van de rechter: de drie advocaten van MediRisk staan leden dagelijks bij met juridische raad en daad. In elke Alert beschrijft één van hen het verloop van een casus. Deze keer: mr. Merel Hulsebosch over de zaak Luiks.

Schikken of procederen?

Wachten we het oordeel van de rechter af, met alle risico's en kosten van dien, of besluiten we een regeling te treffen in de wetenschap dat we dan water bij de wijn moeten doen en waarschijnlijk te veel betalen. Dat is het dilemma waar wij vaak voor staan. In de zaak Luiks* kozen we ervoor om, ondanks het geringe belang, onze rug recht te houden en het oordeel van de rechter af te wachten.

Van tuchtrechter naar civiele rechter

De heer Luiks, een 69-jarige man, psychiatrisch patiënt en vader van twee kinderen, had al jarenlang plasklachten waartegen medicijnen niet hielpen. In verband met deze plasklachten verscheen hij vaak onaangekondigd op de polikliniek urologie. In 2014 onderging hij een zogenoemde TURP-operatie die lege artis werd verricht. Als gevolg van de TURP-operatie had de heer Luiks een binnenwaartse zaadlozing gekregen waarover hij zeer ontstemd was. Hij voelde zich daardoor geen man meer en verweet het ziekenhuis dat hij voorafgaand aan de TURP-operatie niet goed geïnformeerd zou zijn over het risico op een binnenwaartse zaadlozing. De heer Luiks was eerder door het regionaal tuchtcollege in het gelijk gesteld. Het college oordeelde dat de arts niet voldaan had aan zijn informatieplicht, onder meer vanwege het ontbreken van een aantekening van informed consent in het medisch dossier. De arts kreeg een waarschuwing opgelegd. In de hoop dat de heer Luiks zich bij deze uitspraak zou neerleggen, is de arts niet in hoger beroep gegaan. Het tegendeel bleek waar. De heer Luiks voelde zich gesterkt door de uitspraak van het tuchtcollege, nam een advocaat in de arm en stelde het ziekenhuis aansprakelijk. Volgens de heer Luiks zou door de schending van de informatieplicht zijn zelfbeschikkingsrecht zijn geschonden en zou hij recht hebben op een smartengeldvergoeding van € 10.000,-.

Vergoeding van leed

Het vergoeden van leed (smartengeld) is in Nederland in ontwikkeling. Er worden tegenwoordig steeds hogere smartengeldver-

goedingen gevorderd en door rechters toegekend. Daarnaast ligt het wetsvoorstel Affectieschade voor in de Eerste Kamer, waarmee, als deze wordt goedgekeurd, ook naasten van een benadeelde die ernstig letsel heeft opgelopen, een vergoeding kunnen krijgen ter verzachting van hun leed. De heer Luiks probeerde gebruik te maken van deze ontwikkelingen en vorderde smartengeld. Ook al stond vast dat er geen gelijkwaardige alternatieve behandelingen waren en hij dus sowieso met een TURP-operatie had ingestemd. Volgens de heer Luiks was de schok van de complicatie groter nu hij daar door de informatieschending geen rekening mee had kunnen houden. De rechtbank oordeelde dat indien de informatieplicht zou zijn geschonden, de schending niet ernstig genoeg was voor vergoeding van smartengeld. Daarbij nam de rechtbank in aanmerking dat de functies van zijn geslachtsorgaan en de beleving bij die functies gelijk waren gebleven, ook al vond de heer Luiks zelf dat hij "van een man, een mietje was gemaakt".

Geduld loont

De uitspraak was belangrijk voor de betrokken arts omdat hij eerder door de tuchtrechter in het ongelijk was gesteld. Daarnaast wordt hiermee bevestigd dat niet elk ongemak een vergoeding van smartengeld rechtvaardigt. Na de uitspraak belde de advocaat van de heer Luiks nog met de mededeling dat zijn cliënt in hoger beroep zou gaan, tenzij wij hem een bedrag van € 5.000,- zouden betalen. Hier zijn we niet op ingegaan, mede omdat de kosten van een (hoger beroep) procedure niet meer zo hoog zijn nu MediRisk eigen advocaten in dienst heeft en geen extern advocatenkantoor hoeft in te schakelen. Daardoor kunnen wij vaker onze rug recht houden en het oordeel van de rechter afwachten. De heer Luiks heeft overigens niet meer van zich laten horen.

* Uit privacyoverwegingen is de naam van de heer Luiks gefingeerd.



Kersverse ouders geven direct feedback op bevalling

Debriefing: van doe-modus naar reflectiemoment

Geboortezorg is teamwork. Maar hoe blijf je met z'n allen scherp? Een debriefing na elke bevalling is daar een goed middel voor. Dat blijkt uit de eerste ervaringen binnen de pilot Geboortezorg van MediRisk die nu loopt in een aantal ziekenhuizen.

"Bij een bevalling zit iedereen natuurlijk in de doe-modus. Alle zorgverleners zijn in opperste staat van paraatheid, want elke seconde telt. Debriefen is letterlijk: even stilstaan. Samen een andere mindset aannemen en focussen op: hoe hebben we het dit keer gedaan met elkaar? Hoe ging de communicatie bij deze bevalling? Hoe verliep de regie?", vertelt Stefan zum Vörde sive Vörding, projectleider van het project Geboortezorg.

Situatiebewustzijn

Aanleiding voor het project was een claimanalyse van MediRisk. Daaruit bleek dat geboorteschade gelukkig maar weinig voorkomt, maar dat de impact op alle betrokkenen enorm is en de schadelast hoog.

Een hapering in de teamperformance is één van de grootste risicofactoren in de geboortezorg. Zum Vörde: "Het is belangrijk dat alle betrokken zorgverleners zich daarvan bewust zijn. Situatiebewustzijn, weten wat er om je heen gebeurt en wat daarvan belangrijk is voor wat je aan het doen bent, is dan ook één van onze belangrijkste projectdoelen. Een vergroot situatiebewustzijn van teamleden kan immers levens redden in situaties waarin het mis dreigt te gaan."

>

Om die reden organiseerde MediRisk eerder al de masterclass "Preventie van tuchtklachten en claims in de geboorteketen" en kwam het ook op het MediRisk jubileumcongres 'Beter Worden' aan de orde.

Aanknopingspunten

Veel samen oefenen is één van de manieren om de team-performance te verbeteren, bijvoorbeeld met CRM-trainingen (Crew Resource Management, zie kader). Maar ook de praktijk van alledag biedt aanknopingspunten voor een betere samenwerking. De debriefing lijkt daarvoor een heel geschikt instrument te zijn; de eerste geluiden uit de ziekenhuizen die deelnemen aan de pilot zijn in ieder geval positief. Na elke bevalling komen alle betrokken zorgverleners kort samen, om te bespreken hoe de samenwerking en de communicatie verliepen. In een aantal ziekenhuizen doen ook de kersverse ouders mee aan de debriefing.

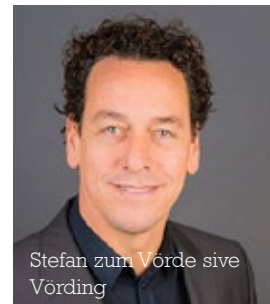
Zum Vörde: "Als de uitkomst van een medische handeling meestal goed is, is vooral 'situatiebewustzijn' van belang. Elke situatie is anders en niet iedereen voelt zich of functioneert op elk moment hetzelfde. De debriefing is een instrument om elkaar te leren aanvoelen en met elkaar in gesprek te komen. Altijd, dus niet alleen als er iets fout is gegaan. Zo wordt elke debriefing een leermoment. En wil je de verdere risico's op geboorteschade inperken, dan moet je elk leermoment aangrijpen."

Wetenschappelijke evaluatie

Op initiatief van Consortium Zuid-Oost Brabant wordt de effectiviteit van het debriefen wetenschappelijk onderzocht in verschillende Brabantse ziekenhuizen. Bij de debriefing vullen zowel de betrokken zorgverleners als de ouders van de pasgeborene korte, gevalideerde vragenlijsten in over de debriefing. Naar verwachting zijn de resultaten van het onderzoek rond oktober 2017 bekend.

Implementatieadvies

Zum Vörde: "Mede op grond van de evaluatie zullen we, samen met het veld, een implementatieadvies voor de debriefing opstellen. We gaan dit dus niet vatten in een vangnet, zoals we eerder voor risicovolle situaties op de OK en de SEH hebben gedaan. Een teamperformance verbeter je niet met nóg een protocol op de plank. Doel van het implementatieadvies is om bewustzijn aan te wakkeren en concrete handvatten te bieden, waarmee ziekenhuizen nog verder kunnen toewerken naar een gezonde aanspreekcultuur."



Stefan zum Vörde sive Vörding

Crew Resource Management

Om als team optimaal op elkaar te kunnen inspelen bij geboortes, zijn veel obstetrische teams in ziekenhuizen getraind volgens een methode die ook in de luchtvaart wordt ingezet. De invoering van Crew Resource Management binnen de luchtvaart zorgde voor een paradigmaverandering in de hiërarchie en het samenwerken binnen teams. De teams uit de pilot zijn allemaal eerder getraind om de effectiviteit van de teamprestaties te vergroten met de methode Crew Resource Management. Briefing, debriefing, simulaties, human factors, geven van feedback, verbeteren soft skills, zijn voor deze teams geen onbekende begrippen. De waarde van Crew Resource Management in acute settings in ziekenhuizen, is begin dit jaar (2017) aangetoond in het proefschrift van Marck Haerkens 'Human Factors and Team Performance'. Een ander interessant proefschrift is dat van Joost van de Ven. Hij baseerde zijn onderzoek naar de effectiviteit van teamtrainingen in de geboortezorg op een systematische review en kwam tot de conclusie dat teamtraining bij verloskundige teams zorgt voor vermindering van schade bij de pasgeborene. Het lijkt dan ook goed om onderdelen uit deze teamtraining dagelijks terug te laten komen, zoals het debriefen na iedere bevalling.

Obstetrische teams uit ziekenhuizen die getraind zijn in Crew Resource Management en willen starten met 'debriefen' na iedere bevalling, kunnen contact opnemen met MediRisk. Stefan zum Vörde sive Vörding: stefan.zumvorde@medirisk.nl of Miriam Kroeze: miriam.kroeze@medirisk.nl



“Je mag elkaar zeker ook een compliment geven”

“Het is belangrijk dat het hele team debriefen omarmt. Want alleen dan slaagt het”, zegt Carola Stoutjesdijk, unithoofd bij het Centrum voor Geboortezorg van het Westfriesgasthuis. “Wij vinden het een mooi instrument om met elkaar te borgen wat we doen. Door te debriefen maak je de cirkel rond, je sluit iets af.”

Het liefst zou Stoutjesdijk na elke bevalling een debriefing doen, maar in de praktijk is dat lastig. “Het kost veel tijd om iedereen bij elkaar te krijgen, zeker na avond- en nachtbevallingen”, zegt ze. “Ongeveer 60 procent van onze bevallingen wordt gevolgd door een debriefing. Dat zijn sowieso alle geplande bevallingen. Ook als er iets aan de hand is geweest, halen we iedereen er weer bij.” Het debriefen gebeurt met debriefingsformulieren. “We maken daar eens per kwartaal een samenvatting van. Je krijgt zo een goed overzicht van punten die regelmatig terugkeren zodat je ze structureel kunt aanpakken.”

Het thema Speak up, zeggen wat je denkt en niet uitgaan van aannames, was het startpunt. Stoutjesdijk:

“Dit thema komt terug in het debriefen en helpt om elkaar aan te spreken. Omgekeerd geef je ook aan wat wél goed ging. Je mag elkaar zeker ook een compliment geven. Want wie groeit daar nu niet van?”

Carola Stoutjesdijk,



Tergooi

Van links naar rechts:
Joyce Broodwinner,
Sanne Sarphatie,
kraamvrouw,
leerling verpleegkundige

“Fijn om feedback te krijgen van de ouders”

Joyce Broodwinner is hoofd van de afdeling Verloskunde van het Tergooi Ziekenhuis. Samen met klinisch verloskundige Sanne Sarphatie is zij kartrekker van de pilot. “Debriefen gaat over bewustwording”, zegt ze. “In een paar minuten tijd bespreek je met elkaar wat goed ging en wat beter kan. We zijn gestart met debriefen buiten de verloskamer, met alleen de betrokken zorgverleners. Inmiddels doen we dit óp de kamer en vragen we als eerste aan de ouders hoe ze alles rondom de bevalling ervaren hebben. In het begin is dat spannend. Maar die angst is nergens voor nodig: het is juist fijn om feedback te krijgen van de ouders. We leggen ze wel van tevoren

uit dat we gaan debriefen, wat het doel ervan is en waarom wij dat als zorgverleners belangrijk vinden.” De debriefing blijft een vast onderdeel op de afdeling, ongeacht de uitkomst van de pilot. Broodwinner: “Ik vind het een verrijking om op deze manier te werken. Het draagt bij aan de open aanspreekcultuur binnen ons ziekenhuis. Door te debriefen spreek je dingen nog makkelijker naar elkaar uit en blijf je er niet mee zitten. Deze werkwijze is ook zeker van toepassing voor andere afdelingen, zoals de SEH en de OK. Die heb ik ook over deze pilot geïnformeerd. Want uiteindelijk gaat het erom dat je het de volgende dag met elkaar nóg beter doet.”

“Zo doen wij het”

Dagelijks lezen we over sympathieke, innovatieve en creatieve oplossingen die de patiëntveiligheid en de patiënt-tevredenheid verhogen. Omdat we graag van elkaar leren, lichten we er een paar uit.

App informeert patiënt na SEH-bezoek

Sehzorg.nl is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, het Erasmus MC, het Franciscus Gasthuis & Vlietland en het Haaglanden Medisch Centrum (HMC). De benodigde subsidie kwam van Stichting Coolsingel. “Veel patiënten die op de SEH komen, zijn emotioneel en gespannen”, zegt Crispijn van den Brand, SEH-arts bij het HMC. “Adviezen die op dat moment in alle hectiek gegeven worden, blijven dan soms niet goed hangen. Natuurlijk is er ontzettend veel informatie te vinden op het web, maar mensen weten vaak niet waar ze moeten beginnen. Bovendien is de informatie niet altijd eenduidig, wat tot verwarring leidt. Wij vinden het belangrijk dat patiënten helder en duidelijk worden geïnformeerd als ze vragen hebben naar aanleiding van hun bezoek aan de SEH. De website www.sehzorg.nl, opgezet door Amber Hoek van het Erasmus MC, voorziet echt in een behoefte.”

De website bevat nu 25 ziektebeelden waar patiënten informatie over kunnen vinden. Het is de bedoeling dat deze informatie regelmatig wordt aangevuld en uitgebreid. “Wij verwijzen patiënten nu standaard naar de website”, zegt Van den Brand. “Het zou mooi zijn als alle SEH’s dit gaan doen.”



Crispijn van den Brand

Wat zei de arts ook weer over mijn verstuikte enkel? Hoe gebruik ik de EpiPen bij mijn kind? Sinds kort kunnen patiënten na hun bezoek aan de Spoedeisende Hulp (SEH) deze informatie thuis rustig nalezen op www.sehzorg.nl of via de gelijknamige app.



Victoria bevalt vier keer per dag



In het Westfriesgasthuis wordt druk geoefend met Victoria: de nieuwste simulatiepop waarmee verschillende soorten bevallingen kunnen worden getraind.

“Geen bevalling is hetzelfde,” vertelt gynaecoloog Welmoed Wiltenburg van het Westfriesgasthuis. “De geboorte van een kind is een bijzonder en soms complex proces. Het is daarom

belangrijk om zo goed mogelijk voorbereid te zijn op de verschillende situaties rondom een bevalling. Dit doen we onder andere door veel te oefenen. En hoe dichter je met die oefening de praktijk kan benaderen, hoe beter. Daarom zijn we heel blij met Victoria. Ze lijkt zo echt dat een ambulanceverpleegkundige haar zelfs succes wenste met de rest van de training.”

Levenschte uitstraling

Victoria is een bevallingssimulator van Medsim, een research- en trainingscentrum voor de medische zorg. Skills Meducation is de leverancier van de bevallingssimulator. Directeur van Medsim Rob Steinweg: “Victoria is een voldragen moeder met realistische proporties waardoor ze een levenschte uitstraling heeft. Haar huid is soepel, ze kan bloeden, plassen, puffen, zuchten, trillen, bevallen, praten, aangeven waar ze pijn heeft en er kan zelfs een keizersnede op haar worden uitgevoerd. Het voordeel is dat een verloskundig team op deze wijze heel veilig en realistisch kan trainen. Het doel van deze trainingen is om de communicatie en samenwerking te verbeteren binnen de lange verloskundige keten. Een volgende stap naar samenwerking binnen de geboortezorg.”

(Bron: www.westfriesgasthuis.nl)

Samen leren van complicaties

Complicatiebesprekingen tussen anesthesisten is niets nieuws. Maar bij Rivas betrekken ze daar ook de anesthesiemedewerkers bij. Wat dat oplevert? Meer transparantie, betrokken teams en een grotere patiëntveiligheid.

Elk kwartaal bespreken de anesthesiologen en de anesthesiemedewerkers van Rivas gezamenlijk de belangrijkste complicaties die in die afgelopen periode zijn geregistreerd. “We proberen er altijd een thema en een klinische les aan te hangen”, vertelt anesthesist Erik van den Broek. “Een voorbeeld van zo’n thema is het herkennen van een moeilijke luchtweg, of de positionering van de patiënt. Als iemand verkeerd op een operatietafel heeft gelegen met zijn arm te lang in een onnatuurlijke houding, dan kan hij daar tijdelijk zenuwletsel aan overhouden. Als dat een aantal keren gebeurt is, besteden we daar extra aandacht aan tijdens een complicatiebespreking. De specifieke gevallen bespreken we ook. Grote complicaties waar mensen blijvend letsel aan hebben overgehouden, worden te allen tijde besproken. Evenals bijzondere complicaties

die weinig voorkomen, zoals tandschade als gevolg van een moeilijke luchtweg.”

Gewoon doen

Van den Broek merkt dat deze openheid door anesthesiemedewerkers op prijs wordt gesteld. “Ze zien dat er iets gebeurt met de meldingen die zij doen”, zegt hij. “Verder zorgen we hiermee voor regelmatige scholing van anesthesiemedewerkers en van onszelf. Ten slotte is het goed om als groep bij elkaar te komen. Daardoor krijg je interessante en goede discussies, bijvoorbeeld over ons veiligheidsbeleid.” Heeft Van den Broek nog tips voor ziekenhuizen die het voorbeeld van Rivas willen volgen? “Gewoon doen”, is het simpele antwoord. “Het kost weinig moeite en het levert heel veel op.”



Erik van den Broek

>

Nieuw netwerk Intensive Care Midden Nederland

Zeven ziekenhuizen in de regio Midden Nederland vormen sinds kort het Intensive Care Netwerk Midden Nederland. Het doel: samen de beste zorg leveren aan IC-patiënten.

Het gaat om het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein, St. Jansdal ziekenhuis in Harderwijk, Meander Medisch Centrum in Amersfoort, Universitair Medisch centrum Utrecht (UMCU), Diaconessenhuis in Utrecht, Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede en Ziekenhuis Rivierenland in Tiel. Deze ziekenhuizen werkten al veel samen. Nu ze ook formeel een netwerk vormen, wordt de samenwerking naar verwachting nog intensiever.

Optimale zorg

Gilian Ambaum, intensivist bij Ziekenhuis Rivierenland: "Het contact tussen onze ziekenhuizen is al heel prettig en laagdrempelig. We bellen elkaar regelmatig om te overleggen over een bepaalde casus of over capaciteit. Nu we officieel een IC-netwerk zijn, een van de eerste in Nederland, kunnen we nog beter optimale patiëntenzorg bieden op alle locaties van het netwerk. Want daar gaat het feitelijk om."

Verdieping

De samenwerking kan zich door deze verbinding verder verdiepen. Zo willen de intensivisten en de IC-verpleegkundigen twee keer per jaar bij elkaar in de keuken kijken om te zien hoe het reilt en zeilt op de verschillende IC's. Om inspiratie op te doen, te leren en elkaar nog meer te versterken. Ook zullen regelmatig regionale refereravonden worden georganiseerd.



Bij de ondertekening overeenkomst Intensive Care Midden Nederland v.l.n.r. Staand: drs. O.A. Groot (Meander Medisch Centrum), drs. G. Ambaum (Ziekenhuis Rivierenland), drs. D.H.T. Tjan (Ziekenhuis Gelderse Vallei), L. Bras (St. Antonius ziekenhuis). Zittend: prof. dr. D. van Dijk (UMCU), C. Glas-Buiter (St. Jansdal Harderwijk), Dr. J.W. Fijen (Diaconessenhuis Utrecht-Zeist-Doorn).

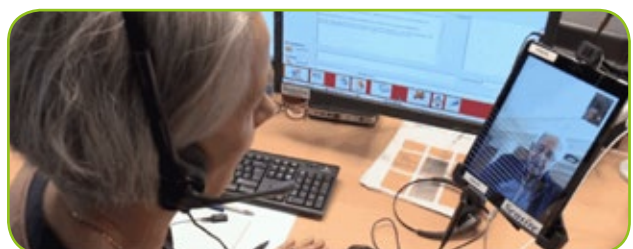
Ambaum benadrukt dat het niet de bedoeling is dat het netwerk een eiland gaat vormen: "We blijven in nauw contact met ziekenhuizen daarbuiten", zegt hij. "Het gaat erom dat we er samen voor zorgen dat de patiënt de best mogelijke IC-zorg krijgt die er is."

Slingeland monitort COPD-patiënten op afstand

In het Slingeland Ziekenhuis worden COPD-patiënten sinds begin dit jaar op afstand gemonitord met COPD InBeeld. Het doel: betere zorg én minder ziekenhuisbezoeken voor mensen met COPD. Dat kan met behulp van slimme apps en dankzij nieuwe samenwerkingsafspraken tussen het Slingeland Ziekenhuis, zorgverzekeraar Menzis, zorginnovatiebedrijf Focus Cura en Sensire. COPD InBeeld verbetert de kwaliteit van leven van deze patiënten, onder andere door het versterken van het zelfmanagement van de patiënten. Als patiënten eerder de signalen herkennen, kunnen longaanvallen en heropnames worden voorkomen. Het samenwerkingsproject is het vervolg op een pilot waarin het aantal ziekenhuisopnames van COPD-patiënten aanzienlijk is verminderd. De werkwijze is simpel maar doeltreffend: mensen met COPD meten zelf, via apps, hun gezondheid. Op afstand controleren verpleegkundigen de waarden. Dat scheelt periodieke controles in het ziekenhuis en voorkomt ziekenhuisopnames. Mensen zijn er immers vroegtijdig

dig bij als er iets mis dreigt te gaan. Vanwege de succesvolle pilot heeft Menzis besloten het project voor drie jaar (2017-2019) te financieren. Dit maakt de innovatieve werkwijze voor veel meer mensen toegankelijk. Een belangrijke ontwikkeling, zeker omdat het aantal mensen met COPD de laatste jaren snel toeneemt.

(Bron: Brancherapport NVZ 2017 en www.slingeland.nl)





Blijvend bouwen aan vertrouwen

Elk vonkje op Twitter kan razendsnel uitmonden in een uitslaande brand die de reputatie van ziekenhuis en zorgverlener erg kan schaden. Vuur met vuur bestrijden werkt averechts. Hoe bescherm je je mensen en je ziekenhuis tegen de enorme impact van traditionele en sociale media? Blijf bouwen aan een imago dat tegen een stootje kan. Dat is één van de aanbevelingen die aan bod komt tijdens de Onderlinge Tafel Media “Als het vonnis door de media al geveld is” op 23 november aanstaande.

Een flink aantal ziekenhuizen en zorgverleners ondervond aan den lijve hoe vogelvrij je kan zijn op internet. Krantenkoppen wakkeren het vuurtje vaak flink aan. Bijvoorbeeld bij de dood van hockeyer Rogier Mooij. ‘Neef Yolenthe overleden door blunders ziekenhuis’ kopten de kranten waarna op sociale media een stortvloed aan opmerkingen op gang kwam, zoals ‘Ziekenhuis moet zich kapot schamen’. Ook UMC Utrecht stond het afgelopen jaar vol in de schijnwerpers nadat het actualiteitenprogramma Zembla inzoomde op de diverse anonieme meldingen van medewerkers over een angstcultuur en medische missers op de KNO-afdeling: ‘Die afdeling kunnen ze wel sluiten. Daar gaat geen hond meer naartoe.’ Ook MediRisk

is regelmatig het doelwit. Recent nog in een TV-uitzending waarin ons verweten werd dat we zo min mogelijk zouden willen uitkeren en moedwillig de afhandeling van claims zouden traineren. De onzekerheid hoe je je in dergelijke situaties het beste kunt opstellen, groeit.

Monitoren

Een efficiënt crisisplan is natuurlijk nog steeds nodig, met daarin heldere afspraken over hoe de hazen lopen: wie heeft welke taak, wie stemt met wie af en wie voert het woord? Maar ‘wachten’ op een crisis is er niet meer bij; het is raadzaam om voortdurend te monitoren hoe er over je ziekenhuis wordt gepraat. En sociale media zélf actief in te zetten om patiënten en hun omgeving te laten zien wat de

meerwaarde is van jullie ziekenhuis. Komt er uit tweets naar voren dat jullie organisatie een menselijk gezicht ontbeert? Maak zichtbaar dat de zorgverleners wel degelijk oog hebben voor de mens achter de patiënt. Hoor je klachten over wachttijden op de poli? Zoek uit of de klachten terecht zijn, doe er zo mogelijk iets aan en laat het weten.

Tegenwicht bieden

Veel patiënten tikken tegenwoordig vóór hun bezoek de naam van ziekenhuis en arts in op Google. Hoewel slechte berichten over je ziekenhuis voor altijd vindbaar blijven, kun je er met actieve monitoring en inzet van sociale media wel tegenwicht aan bieden. Zo creëer je een duurzaam imago dat een crisis kan doorstaan.

“Als het vonnis door de media al geveld is?” Onderlinge Tafel Media voor communicatieprofessionals

Hoe creëer je een offline én online imago dat tegen een stootje kan? Op **23 november 2017** organiseert MediRisk een Onderlinge Tafel Media voor communicatieprofessionals van de bij MediRisk aangesloten ziekenhuizen. Doel is om, aan de hand van een aantal actuele casus, in een veilige setting ervaringen uit te wisselen en met hulp van een media-expert van LVB Networks te verkennen hoe je je in dit vileine medialandschap het beste kunt opstellen en daarvoor concrete handvatten te krijgen. Wat te doen als het vonnis door de media al geveld is?
Interesse? Meld je vóór 2 november aan via communicatie@medirisk.nl



“Ben ik als ziekenhuis aansprakelijk als bij een operatie gebruik is gemaakt van een medisch hulpmiddel, zoals een hartklep of kunstheup, dat achteraf ongeschikt bleek te zijn?”

Uit de wet leiden we af dat wanneer bij een behandeling gebruik is gemaakt van een hulpmiddel dat daarvoor ongeschikt blijkt, de daaruit ontstane schade in beginsel toe te rekenen is aan de arts of het ziekenhuis. Daar zijn gelukkig uitzonderingen op.

Omdat het mogelijk falen van een hulpmiddel ten tijde van gebruik niet bekend is, vinden artsen en ziekenhuizen dat de verantwoordelijkheid voor de gevolgen niet bij de zorgaanbieder maar bij de producent zou moeten liggen. Uit de parlementaire geschiedenis blijkt dat dit bij medische hulpmiddelen inderdaad het uitgangspunt zou moeten zijn. Toch proberen belangenbehartigers van patiënten de laatste jaren steeds vaker de zorgaanbieder hiervoor aansprakelijk te stellen.

Tot op heden zijn pogingen daartoe, onder andere in civiele procedures over PIP borstimplantaten en MOM kunstheupen, bij lagere rechters gestrand.

De stelling blijft dus goed pleitbaar dat aansprakelijkheid voor het falen van een medisch hulpmiddel bij de producent thuishoort en niet, en zeker niet zondermeer, voor rekening en risico behoort te komen van een zorgaanbieder. Uiteindelijk zal de Hoge Raad, als en wanneer een dergelijke kwestie daar wordt voorgelegd, het finale oordeel uitspreken.

“Samen met andere ziekenhuizen nemen we deel aan een onderzoek met proefpersonen. Hoe zit het in dit geval met de verzekering?”

In de WMO (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen) is vastgelegd dat bij WMO-plichtig onderzoek een proefpersonenverzekering moet zijn afgesloten. Als lid bij MediRisk kunt u deze verzekering afsluiten via mijnMediRisk.nl. U kunt alleen onderzoeken aanmelden die niet door de industrie geïnitieerd zijn, waarvoor de METC (of een door haar erkende commissie) positief geadviseerd heeft en waarvoor de instellingsdirectie toestemming heeft gegeven. Aanmelding dient binnen twee weken na de start van het onderzoek te worden gedaan. Als uw ziekenhuis deelneemt aan een onderzoek met andere ziekenhuizen, en het onderzoek na 1 juli 2015 is goedgekeurd, dan moet de opdrachtgever zorgdragen voor één proefpersonenverzekering voor alle deelnemende centra uit Nederland. De opdrachtgever kan er ook voor kiezen om dit aan een andere partij over te laten.

Hoe zit dat eigenlijk?

Zoveel leden, zoveel vragen.
De afdeling Ledenadvies heeft de meest gestelde vragen en antwoorden op een rijtje gezet.

“Wij werken als ziekenhuis mee aan een project in een ontwikkelingsland. Hoe zit het in dit geval met de aansprakelijkheid?”

Gaat u als arts naar het buitenland om patiënten van het ziekenhuis te begeleiden? Dan valt dit onder de aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis. Dat geldt ook als u deelneemt aan een Mobiel Medisch Team vanuit, en met goedkeuring van, het ziekenhuis. Wel dient het ziekenhuis een dergelijke activiteit te melden bij de verzekeraar die per geval beoordeelt of aanvullende dekking nodig is. Vaak zijn de hulpprojecten echter geïnitieerd door een onafhankelijke organisatie

of door een arts zelf. In deze gevallen zal de arts een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering moeten afsluiten of zich moeten aansluiten bij de verzekering van de organisatie die de uitzending verzorgt.

Ook incidentele acute medische hulp in het buitenland is meeverzekerd. Dat geldt ook voor het reizen in de uitoefening van het beroep en gedurende de tijd dat er deelgenomen wordt aan congressen, seminars en dergelijke.

Uitzondering hierop zijn aanspraken gebaseerd op het recht in de Verenigde Staten en Canada.

Gaat u werkzaamheden verrichten in het buitenland? Neem dan contact met ons op via polis@medirisk.nl zodat wij kunnen beoordelen of de werkzaamheden onder de instellingspolis vallen of dat deze kunnen worden meeverzekerd.

Heeft u ook een vraag? Mail het naar polis@medirisk.nl.

MediRisk