



**open
in de
zorg**

**Ervaringen met de organisatie
van een OPEN beleid in
Nederlandse ziekenhuizen**

B.S. Laarman

A.J. Akkermans

J. Legemaate

R. Bouwman

R. Friele

Ervaringen met de organisatie van een OPEN beleid in Nederlandse ziekenhuizen

Verslag en resultaten van handelingsonderzoek

B.S. Laarman
A.J. Akkermans
J. Legemaate
R. Bouwman
R. Friele

WIJ ZIJN OPEN	07
SAMENVATTING	08
OPEN is een leernetwerk	09
Belangrijkste bevindingen uit het OPEN netwerk	09
Conclusies en aanbevelingen	11
De toekomst van OPEN	11
1. INLEIDING	12
1.1. Een terugblik...	13
1.2. Leeswijzer	14
1.3. Handelingsonderzoek in een leernetwerk	14
1.4. Opbouw van het leernetwerk	15
1.5. Een OPEN perspectief	15
1.6. De gang van zaken in het OPEN leernetwerk	16
1.6.1. Verbinding door netwerkbijeenkomsten	16
1.6.2. Opzet van de netwerkbijeenkomsten	16
1.6.3. Inhoud van de netwerkbijeenkomsten	17
1.7. Totstandkoming van kennisdocumenten	18
1.8. Het OPEN onderzoek	18
1.9. Juridisch kader	20
2. DE BEGELEIDING VAN PATIËNTEN NA EEN ONGEWENSTE GEBEURTENIS	22
2.1. Achtergrond	23
2.2. Ervaringen in het leernetwerk	24
2.2.1. Het belang van proactieve klachtbehandeling	24
2.2.2. Bureau OPEN	25
2.2.3. Toegankelijkheid van een klachtenprocedure	26
2.2.4. Het betrekken van patiënten bij calamiteitenonderzoek	26

3. DE BALANS TUSSEN 'VEILIG' EN OPEN	30
3.1. Achtergrond	31
3.1.1. Het belang van een veilige cultuur	31
3.1.2. De grenzen van 'veilig'	32
3.1.3. Positieve verwerking	32
3.2. Ervaringen in het leernetwerk	32
3.2.1. Peer Support	32
3.2.2. Disclosure coaching	34
3.2.3. Veilig publiceren over calamiteiten	34
4. DE JURIDISCHE WERELD ACHTER EEN ONGEWENSTE GEBEURTENIS	36
4.1. Achtergrond	37
4.1.1. De zorgplicht van een zorgaanbieder in de afwikkeling van schade	37
4.1.2. Onnodige claims kunnen worden voorkomen	38
4.2. Ervaringen in het leernetwerk	38
4.2.1. Direct contact opnemen	38
4.2.2. Contact onderhouden	39
4.2.3. Bureau OPEN in de afhandeling van medische schade	39
4.2.4. Afronding van het schadetraject	39
5. DISCUSSIE	40
6. VERWANTE ONDERZOEKSPROJECTEN	46
7. LITERATUURLIJST	50
8. BIJLAGEN	56

Wij zijn OPEN

OPEN is een Leernetwerk van ziekenhuizen en onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam, het Nivel, en het Amsterdam UMC (locatie AMC). OPEN ziekenhuizen hebben openheid hoog op de agenda staan.

In november 2018 hadden zich 27 ziekenhuizen aan OPEN verbonden:

Elkerliek Ziekenhuis (Helmond, Deurne)
Isala Klinieken (Zwolle, Meppel, Kampen, Heerde)
Maxima Medisch Centrum (Veldhoven)
Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag, Leidschendam)
Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn, Zutphen)
UMCG (Groningen)
Rijnstate (Arnhem, Rheden)
Amphia (Breda, Oosterhout)
Martini Ziekenhuis (Groningen)
OLVG (Amsterdam)
Spaarne ziekenhuis (Haarlem, Heemstede)
Groene Hart Ziekenhuis (Gouda, Bodegraven)
Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam)
Sint Jansdal Ziekenhuis (Harderwijk)
Diakonessenhuis (Utrecht, Zeist, Doorn)
UMCU (Utrecht)
VUmc (Amsterdam)
Haga Ziekenhuis (Den Haag)
AMC (Amsterdam)
Tergooi Ziekenhuis (Blaricum)
LUMC (Leiden)
Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch)
Erasmus MC (Rotterdam)
Maastricht MC (Maastricht)
Zaans Medisch Centrum (Zaandam)
Flevoziekenhuis (Almere)
Reinier de Graafziekenhuis (Delft)
Westfriesgasthuis (Hoorn)

De onderzoekers van OPEN zijn mr. Berber Laarman (Vrije Universiteit), prof.dr.mr. Arno Akkermans (Vrije Universiteit), prof.dr.ir. Roland Friele (Nivel), prof.dr.mr. Johan Legemaate (Amsterdam UMC, locatie AMC), dr. Renée Bouwman (Nivel). Ook zijn er twee projectadviseurs: drs. Inge Mulders (Elkerliek Ziekenhuis Helmond), mr. Katrijn Broekman (Diaconessenhuis Utrecht). OPEN wordt financieel gesteund door het Fonds Slachtofferhulp. De onderzoekers van OPEN en het Fonds Slachtofferhulp werken onder de noemer Open in de zorg samen aan het verbeteren van openheid en de positie van patiënten na een medisch incident, en het in bredere stimuleren van een just culture.

Samenvatting

OPEN IS EEN LEERNETWERK

OPEN is een Leernetwerk van ziekenhuizen en een ondersteunend onderzoeksprogramma. In OPEN worden inzichten opgedaan hoe ziekenhuizen open en eerlijk kunnen reageren wanneer er iets mis gaat bij de behandeling van een patiënt. Ziekenhuizen zijn OPEN wanneer zij aantoonbaar werken aan het verbeteren van een open en eerlijke reactie na een medisch incident. De deelnemende ziekenhuizen hebben in de eerste fase van OPEN (gestart in 2015) in interviews met de uitvoerend onderzoekers inzicht gegeven in hun werkwijzen en deelgenomen aan twee netwerkbijeenkomsten. In de tweede fase van OPEN, waar deze rapportage vooral over gaat, hebben zij actief deelgenomen aan zes netwerkbijeenkomsten (OPEN II). Tijdens die bijeenkomsten delen zij hun inzichten, ervaringen en de overwegingen bij het vormgeven aan een meer OPEN reactie. De leden van het onderzoeksteam, afkomstig van de Vrije Universiteit, Nivel en het Amsterdam UMC/locatie AMC, doen onderzoek rond het thema OPEN. Dit onderzoek wordt deels gestuurd door de vragen uit het OPEN netwerk. De inzichten uit het onderzoek brengen de onderzoekers in tijdens de OPEN bijeenkomsten.

Uit onderzoek blijkt dat de afwikkeling van een ongewenste gebeurtenis in de zorg voorspoediger verloopt wanneer er in een vroeg stadium al openheid wordt gegeven (Legemaate, Akkermans, & Friele 2015; Smeehuijzen et al. 2013; Boothman et al. 2009). Openheid stelt patiënten in staat om te verwerken wanneer er iets is misgegaan en keuzes te maken voor de toekomst (Mazor et al. 2009; O'Connor et al. 2010). Openheid kan daarnaast ook helend zijn voor de zorgverlener die lijdt onder wat er is gebeurd, omdat openheid bijdraagt aan verzoening, vergeving en verwerking (Plews-Ogan et al. 2016; Coughlan, Powell, & Higgins 2017). Tot slot is openheid een basisvoorwaarde voor een ziekenhuis dat wil leren van wat er is gebeurd. Dat is voor ons alle reden om te werken aan meer OPENheid.

Het doel van het OPEN leernetwerk is praktisch bruikbare antwoorden te vinden op de vraag hoe het beste invulling gegeven kan worden aan een OPEN reactie op ongewenste gebeurtenissen.

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN UIT HET OPEN NETWERK

Procedures na een gebeurtenis zijn vaak ‘verkokerd’

Als er iets misgaat in de behandeling van een patiënt, dan is het belangrijk dat daar openheid over wordt gegeven. Openheid ontstaat echter niet vanzelf, maar moet worden georganiseerd. Daarvoor is beleid nodig op het niveau van patiënten, zorgverleners en leidinggevendenden. Uit het OPEN onderzoek en in de OPEN netwerkbijeenkomsten is naar voren gekomen dat bestaand beleid vaak verkokerd is. Wij gebruiken de term ‘verkokering’ om het fenomeen te omschrijven dat de verschillende procedures en functionarissen in ziekenhuizen fungeren als kokers, waar een gebeurtenis in terecht komt en waarbij het moeilijk is om van de ene koker (bijvoorbeeld het calamiteitentrajec) in een andere koker (bijvoorbeeld de klachtbemiddeling) te komen, of waarbij in de ene koker bijvoorbeeld veel aandacht is voor de patiënt, terwijl die aandacht in een andere koker vrijwel afwezig is. Vanuit juridisch en bestuurlijk opzicht is het vaak logisch om verschillende typen ongewenste gebeurtenissen op verschillende manieren op te pakken. Voor patiënten gaat dat meestal niet op; voor hen zijn typen gebeurtenissen en de bijbehorende procedures moeilijk van elkaar te onderscheiden. De verkokering van procedures kan voor patiënten tot, in ieder geval, twee problemen leiden. Ten eerste wordt een patiënt in één koker gereduceerd tot het probleem dat in die koker aan de orde komt: de patiënt wordt klager, claimant, of onderzoeksobject. Voor een patiënt is de juridische kwalificatie van een ongewenste gebeurtenis echter lang niet altijd bepalend voor de manier waarop zij behandeld willen worden. Onderzoek laat zien dat de behoeften van patiënten na een klacht en na een incident, complicatie of calamiteit sterk overeenkomen (vgl. bijvoorbeeld Friele & Sluijs 2006 en Smeehuijzen 2013). Zo bekeken ligt het niet voor de hand om vooraf principieel onderscheid te maken tussen typen gebeurtenissen.

Ten tweede kan een patiënt ongewild uit beeld verdwijnen wanneer een ongewenste ernstige gebeurtenis niet in één van de kokers past. Bijvoorbeeld wanneer een ongewenste gebeurtenis niet als calamiteit wordt gemeld (de zorgverlener is bijvoorbeeld van mening dat er sprake is van een complicatie) en de patiënt ook geen klacht indient. Dat de gebeurtenis niet wordt opgepakt als klacht of als calamiteit betekent echter niet dat die gebeurtenis geen aandacht behoeft. Betrokken patiënten of hulpverleners kunnen nog steeds behoefte hebben aan ondersteuning of duiding van wat er is gebeurd, of de gebeurtenis kan wijzen op een kwaliteitsprobleem. Het is daarom belangrijk dat de begeleiding van patiënten proactief en laagdrempelig is, en bij voorkeur wordt georganiseerd door één centraal aanspreekpunt. Daarnaast is het belangrijk dat er wordt samengewerkt door functionarissen uit de disciplines die betrokken zijn bij de afhandeling van een ongewenste gebeurtenis, zoals de afdeling klachtenbemiddeling, juridische zaken en kwaliteit en veiligheid. Dat geldt voor de gang van zaken tijdens calamiteitenonderzoek, maar ook bij de afhandeling van een schadeclaim. Wij noemen deze samenwerking 'Bureau OPEN'.

'Ontkokering' betekent niet dat 'alles dan maar bij elkaar moet worden gegooid', of dat klachten op dezelfde manier moeten worden benaderd als een calamiteit. Evenmin impliceren wij dat er bij iedere ongewenste gebeurtenis ook een klachtenbemiddelingstraject moet worden opgestart. De basisprincipes in OPEN blijven wel altijd van toepassing. Dat betekent dat een open en eerlijke houding, met aandacht voor opvang en begeleiding van zowel patiënt als zorgverlener, ook gelden bij minder ernstige incidenten dan een calamiteit, en ook wanneer de patiënt een klacht heeft zonder dat er sprake is van een afwijking in het medische behandelingstraject, bijvoorbeeld een bejegeningssklacht. Steeds moet ontvankelijkheid blijven bestaan voor de mogelijkheid dat achter het ene 'etiket,' zoals een claim of klacht, ook behoeften en doelen van de patiënt schuilgaan waaraan men eerder zou denken bij een ander etiket.

Opvang en begeleiding van zorgverleners is onderdeel van open beleid

Zorgverleners kunnen ernstig worden geraakt door een ongewenste ernstige gebeurtenis en zijn soms 'second victim'. Juridische procedures kunnen daarbij extra schade veroorzaken. Een 'blame cultuur' staat in de weg van openheid en leren van ongewenste gebeurtenissen. Het gewenste alternatief voor een 'blame cultuur' is een 'just culture'. Just culture is gebaseerd op het uitgangspunt dat bij het ontstaan van ongewenste gebeurtenissen vaak een grote rol is weggelegd voor de systemische context, oftewel de zorginstelling, omdat zij de 'fout' in de hand werkt of niet opvangt. In de literatuur over patiëntveiligheid is daarom de stap gezet van een no-blame naar een just culture. In een just culture is duidelijk waar de grens ligt tussen acceptabel en onacceptabel gedrag en kunnen zorgverleners altijd (ook juridisch) op onveilig gedrag worden aangesproken. In een just culture worden procedures waarin incidenten worden onderzocht echter zodanig ingericht dat zij geen toegevoegde schade veroorzaken door de zorgverlener als dader, of zelfs misdadiger, te behandelen (Legemaate 2017; De Vos, Den Dijker, & Hamming 2017; Dekker et al. 2010).

Opvang van zorgverleners is onderdeel van een 'just culture', evenals begeleiding in het gesprek met een patiënt. In veel OPEN ziekenhuizen wordt daartoe 'peer support' aangeboden. Ook hier is 'verkokering' te zien: meestal is peer support gekoppeld aan een calamiteitenmelding. Beleid dat ziet op de begeleiding van zorgverleners in het gesprek met patiënten ('disclosure coaching') is bovendien zeldzaam. Dat geldt met name in de fase kort na een gebeurtenis, wanneer nog onduidelijk is van welk type 'gebeurtenis' er sprake is. Dit gebrek aan begeleiding vinden wij opvallend, omdat deelnemers wel veel waarde hechten aan een goed verloop van de communicatie tussen zorgverlener en patiënt in deze eerste fase. Kort na de gebeurtenis is die communicatie juist heel belangrijk. In een latere fase, met name wanneer er sprake is van een calamiteit en de resultaten uit calamiteitenonderzoek aan de patiënt worden toegelicht, is vaak wel sprake

van enige vorm van begeleiding. Behalve de zorgverlener is bijvoorbeeld een kwaliteitsfunctionaris, een leidinggevende, of een klachtenbemiddelaar bij een gesprek tussen patiënt en hulpverlener aanwezig.

Juridische procedures kunnen veel impact hebben

Juridische procedures naar aanleiding van een ongewenste gebeurtenis kunnen belastend zijn voor zowel patiënten als zorgverleners. Daarom moeten onnodige procedures zo veel mogelijk worden voorkomen, bijvoorbeeld door proactieve klachtenopvang. Noodzakelijke procedures, bijvoorbeeld wanneer er een evident recht op schadevergoeding bestaat, moeten vervolgens zo worden ingericht dat zij zo min mogelijk toegevoegde schade veroorzaken. Ter voorkoming van onnodige procedures moet een patiënt goed worden ingelicht over zijn mogelijkheden. Soms is het indienen van een claim voor een patiënt nog de enige manier om aandacht te vragen voor een klacht of een zorg. Dat is een gemiste kans voor de organisatie. OPEN ziekenhuizen nemen daarom bij voorkeur direct contact op met een patiënt. De patiënt moet tussentijds ook op de hoogte worden gehouden van de stand van zaken, bij voorkeur door één contactpersoon. De afronding van het schadetraject is maatwerk.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Openheid vereist een integrale aanpak met oog voor de behoeften van de patiënt én van de zorgverlener. Wij doen daartoe enkele concrete aanbevelingen.

- » Inventariseer in een vroeg stadium wat de behoeften zijn van de patiënt;
- » Benoem één centrale contactpersoon voor patiënten die het overzicht over procedures behoudt en de patiënt op de hoogte houdt;
- » Maak afspraken over samenwerking tussen functionarissen die zijn betrokken bij klacht- en claimafhandeling en het doen van onderzoek naar de ongewenste gebeurtenis;
- » Bied peer support aan voor zorgverleners die bij een ongewenste gebeurtenis zijn betrokken;
- » Begeleid zorgverleners reeds in een vroeg stadium wanneer zij openheid geven naar de patiënt;
- » Wees zo open mogelijk over calamiteitenrapportages, maar doe dat met inachtneming van de nodige zorgvuldigheid zoals omschreven in het kennisdocument ‘Wat weten we over... Het betrekken van de patiënt, de familie en/of nabestaanden bij de calamiteitenanalyse?’;
- » Blijf met de patiënt in gesprek, ook wanneer deze juridische stappen onderneemt, conform het kennisdocument ‘Wat weten we over... De afhandeling van verzoeken tot schadevergoeding?’

DE TOEKOMST VAN OPEN

Het OPEN-project start nu met de derde fase (‘OPEN III’). OPEN I en II hebben in het teken gestaan van terreinverkenning en het in kaart brengen van ‘goede praktijken’. OPEN III zal in het teken staan van evaluatie: wat werkt nu écht, vanuit het perspectief van de patiënt én de zorgverlener? Dit willen wij onderzoeken door het zichtbaar maken van ervaringen van patiënten en zorgverleners. OPEN III biedt de deelnemende ziekenhuizen scholing over OPEN praktijken, evaluatie van het eigen handelen, en een concreet eindresultaat in de vorm van een instrument voor self-assessment. Daarnaast zullen we in OPEN III doorgaan met het organiseren van netwerkbijeenkomsten.

1.1. EEN TERUGBLIK...

Als er iets misgaat in de behandeling van een patiënt komt daar veel bij kijken. Patiënten willen informatie over wat er is gebeurd, waarom het is gebeurd, en wat het ziekenhuis doet om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen (Smeehuijzen et al. 2013). Zorgverleners zijn vaak hevig geraakt door wat er is gebeurd en worden zelfs aangeduid als 'second victim' (Wu 2000). Zij hebben opvang nodig om te verwerken wat er is gebeurd en daarvan te kunnen leren (Schouten et al. 2018; Plews-Ogan et al. 2016; Seys et al. 2013; Scott et al. 2009). Als er sprake is van een mogelijke calamiteit, dan moet de gebeurtenis aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) worden gemeld en onderzocht in een intensief en langdurig onderzoekstraject. Soms is er ook sprake van een klacht, of moet worden onderzocht of de patiënt recht heeft op een schadevergoeding.

Uit onderzoek blijkt dat de afwikkeling van een ongewenste gebeurtenis voorspoediger verloopt wanneer er in een vroeg stadium al openheid wordt gegeven (Legemaate, Akkermans, & Friele 2015; Smeehuijzen et al. 2013; Boothman et al. 2009). Openheid stelt patiënten in staat om te verwerken wanneer er iets is misgegaan en keuzes te maken voor de toekomst (Mazor et al. 2009; O'Connor et al. 2010). Openheid kan daarnaast ook helend zijn voor de zorgverlener die lijdt onder wat er is gebeurd, omdat openheid bijdraagt aan verzoening, vergeving en verwerking (Plews-Ogan et al. 2016; Coughlan, Powell, & Higgins 2017). Tot slot is openheid een basisvoorwaarde voor een ziekenhuis dat wil leren van wat er is gebeurd.

Dat openheid in het belang van alle betrokken partijen is, betekent echter niet dat men altijd open is. Daarvoor bestaan verschillende redenen. Het is vaak niet gemakkelijk om open te zijn (Iedema, Allen, Sorensen, et al. 2011; Kaldjian et al. 2006). Soms kunnen verschillende belangen die naar hetzelfde doel leiden ogenschijnlijk toch uiteenlopen. Zo wordt er soms wrijving ervaren tussen het belang van openheid naar de patiënt, en de noodzaak om van ongewenste gebeurtenissen te leren (Laarman et al. 2016b; Meynaar et al. 2018). Openheid kan bijdragen aan verzoening tussen zorgverlener en patiënt, maar een zorgverlener kan zich bij het geven van openheid ook kwetsbaar of zelfs onveilig voelen, bijvoorbeeld wanneer een zorgverlener ervaring heeft met het tuchtrecht (Laarman et al. 2018). Dat kan in de weg staan aan de bereidheid om ongewenste gebeurtenissen te melden en daarvan te leren.

De onderzoekers in OPEN doen sinds geruime tijd onderzoek naar de positie van patiënten in hun relatie tot de zorgverlener (Legemaate 2007b; Legemaate et al. 2007) als zij een klacht indienen (Friele et al. 1999; Friele & Sluijs 2004), en als zij een schadevergoeding vorderen ten gevolge van een veronderstelde medische fout (Akkermans & Van Wees 2007; Smeehuijzen et al. 2013). Uit diverse onderzoeken bleek dat patiënten nog niet altijd krijgen waar zij recht op hebben, in termen van openheid, bejegening, en schadevergoeding.

OPEN is gestart vanuit de behoefte om daar verbetering in aan te brengen. Daarom is ervoor gekozen om handelingsonderzoek (eigen vertaling van 'participatory action research') uit te voeren, een vorm van onderzoek waarin wetenschap en praktijk samenwerken om beleid te ontwikkelen dat 'werkt' (Houh & Kalsem 2015; Reason & Bradbury 2001).

Met behulp van financiering door Fonds Slachtofferhulp is OPEN in het voorjaar van 2015 van start gegaan met het doel om samen met ziekenhuizen inzicht te krijgen in de organisatie van een open en eerlijke reactie na een ongewenste gebeurtenis. Sinds 2015 is er veel gebeurd. De invoering van de Wet kwaliteit, klachten, geschillen, zorg (Wkkgz) heeft gezorgd voor urgentie om een aantal zaken goed op te orde te brengen. Openheid is in de Wkkgz een wettelijke verplichting. Daarnaast zijn ziekenhuizen verplicht tot adequate klachttopvang, de aanstelling van een 'patiëntencontactpersoon' of 'klachtenfunctaris' die een patiënt naar een oplossing kan begeleiden, en een snellere en meer informele afhandeling

van claims, onder meer door zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. De waarden die de basis van OPEN vormen en die de Wkkgz tot wettelijke norm heeft verheven, zoals openheid, eerlijkheid en goede opvang van patiënten, zijn niet nieuw (Laarman, Schoten, & Friele 2016). Sommige ziekenhuizen besteedden hier vóór de Wkkgz ook al veel aandacht aan. Tegelijkertijd betekent de invoering van de Wkkgz ook niet dat alle zorgaanbieders nu 'Wkkgz-proof' zijn (Bouwman, van Gennip, & Friele 2017). Wel heeft de Wkkgz gezorgd voor bewustwording van het belang van een open en eerlijke reactie. Dit heeft veel stof voor discussie opgeleverd in interviews en netwerkbijeenkomsten. Want een wettelijke verplichting is één ding, maar hoe organiseer je dat? Dat er daaromtrent bij ziekenhuizen nog veel vragen bestonden, bleek wel uit de explosieve groei van het leernetwerk – van 10 ziekenhuizen in mei 2016 naar 28 ziekenhuizen halverwege 2018. Omdat een OPEN reactie niet vanzelf gaat is het doel van het OPEN leernetwerk praktisch bruikbare antwoorden te vinden op de vraag hoe het beste invulling gegeven kan worden aan een OPEN reactie op ongewenste gebeurtenissen.

1.2. LEESWIJZER

Dit onderzoeksrapport is een verslag van de samenwerking tussen ziekenhuizen en onderzoekers en de belangrijkste resultaten tot dusver. In deze inleiding wordt verslag gedaan van de opbouw van het leernetwerk en de gang van zaken in het leernetwerk. Deze informatie zal met name van interesse zijn voor ziekenhuizen die geïnteresseerd zijn in deelname of wetenschappers die geïnteresseerd zijn in de methodiek van OPEN.

In de thematische hoofdstukken wordt kennis uit het OPEN leernetwerk en verwante onderzoeksprojecten samengebracht. Deze hoofdstukken zijn bedoeld als handzame gids in het geven van openheid. We leiden ieder hoofdstuk in met achtergrondinformatie uit (internationale) wetenschappelijke literatuur en eerder onderzoek. Daarna bespreken we in ieder hoofdstuk de ervaringen van het leernetwerk zoals we die kennen uit de interviews en de netwerkbijeenkomsten en/of resultaten uit verwant onderzoek.

In dit onderzoeksrapport zijn ook ervaringen van niet-OPEN ziekenhuizen opgenomen, wanneer het gaat over de resultaten van verwant onderzoek. Wanneer daarvan sprake is wordt dat expliciet benoemd. De hoofdstukken worden geïllustreerd met OPEN praktijken uit het leernetwerk. Goede praktijken zijn werkwijzen die aansluiten bij de inzichten over wat een adequate reactie na een ongewenste gebeurtenis inhoudt.

1.3. HANDELINGSONDERZOEK IN EEN LEERNETWERK

Ziekenhuizen en onderzoekers werken in OPEN samen in wat wij 'handelingsonderzoek' noemen. Handelingsonderzoek is een onderzoeksmethode die afkomstig is uit de sociale wetenschappen en in de internationale wetenschappelijke literatuur meestal wordt aangeduid als (participatory) action research (Wilken 2015). Handelingsonderzoek is 'problem-focussed, context specific, participative, involves a change intervention geared to improvement and a process based on a continuous interaction between research, action, reflection & evaluation' (Bradbury 2015). In handelingsonderzoek is de onderzochte mede-onderzoeker. De fasen in het onderzoek zijn cyclisch en hangen met elkaar samen. Inhoud en planning wordt daardoor niet geheel vooraf opgesteld, maar gaandeweg voortdurend aangepast op basis van opgedane inzichten.

In het kader van OPEN krijgt handelingsonderzoek vorm in een 'leernetwerk', een netwerk van onderzoekers en deelnemende ziekenhuizen dat inzichten opdoet over een open en eerlijke omgang met ongewenste gebeurtenissen in ziekenhuizen. De deelnemende ziekenhuizen zijn geen 'perfecte' ziekenhuizen, maar de deelnemers hebben openheid wel aantoonbaar hoog op de agenda staan, bijvoorbeeld doordat

zij opvang en begeleiding voor patiënt en zorgverlener organiseren. De co-creatie die zo typerend is voor handelingsonderzoek betekent voor OPEN dat de ziekenhuizen ‘mede-onderzoekers’ zijn. Zij denken mee over de relevante onderzoeksthema’s. De onderzoekers voeren de regie over het onderzoek, brengen hun wetenschappelijke expertise in, en begeleiden de discussie op netwerkbijeenkomsten.

1.4. OPBOUW VAN HET LEERNETWERK

Het eerste jaar van OPEN (2015) is hoofdzakelijk besteed aan de opbouw van het leernetwerk. Het werven van ziekenhuizen was een arbeidsintensief proces. Voor de benadering van ziekenhuizen is een folder gemaakt die verspreid is in de netwerken van de onderzoekers. De onderzoekers hebben via de reeds bekende contacten in Nederlandse ziekenhuizen telefonisch en per e-mail contact gelegd met mogelijke deelnemers. Ook is via internet informatie gezocht over geschikte deelnemers voor OPEN. In totaal zijn er zeventien ziekenhuizen bezocht. In ieder ziekenhuis is eerst een introducerend gesprek gevoerd. In die gesprekken werd het doel van OPEN uiteengezet, de wijze waarop het onderzoek zou worden uitgevoerd, wat er van de deelnemende ziekenhuizen werd verwacht en wat OPEN voor hen aan toegevoegde waarde zou hebben. In de gesprekken werd benadrukt dat het leernetwerk werd opgezet als een veilige omgeving waarin kennis kan worden gedeeld tussen ziekenhuizen onderling en tussen de ziekenhuizen en de onderzoekers. In alle ziekenhuizen was goedkeuring van de Raad van Bestuur vereist voor deelname. Na afronding van het eerste jaar van OPEN is gestopt met actief werven. Ziekenhuizen melden zich thans zelf aan nadat zij over het OPEN leernetwerk hebben gehoord op congressen of symposia, na kennisgeving van publicaties van de onderzoeksgroep, of wanneer zij over OPEN horen van collega’s uit deelnemende ziekenhuizen. Voor het vervolg van OPEN maakten wij een informatiefolder, met daarin opgenomen enkele afspraken (zie bijlagen).

1.5. EEN OPEN PERSPECTIEF

Openheid veronderstelt dat zorgverleners het open kunnen en durven bespreken als er iets mis of bijna misgaat bij de behandeling van een patiënt. ‘Durven’ heeft te maken met de mate waarin zorgverleners erop vertrouwen dat zij rechtvaardig worden behandeld als zij zich over een incident, klacht of gevaarlijke situatie uitspreken, ook als zij daarvoor (mede)verantwoordelijk zijn. Onderzoek heeft vastgesteld dat een ‘blame culture’, een cultuur waarin op ongewenste gebeurtenissen en klachten wordt gereageerd met verwijten en sancties, juist af doet aan de mogelijkheden om te leren van wat er is gebeurd en daarover in gesprek te gaan (Dekker & Laursen, 2007).

In een just culture is duidelijk waar de grens ligt tussen acceptabel en onacceptabel gedrag en kunnen zorgverleners altijd (ook juridisch) op onveilig gedrag worden aangesproken. In een just culture worden procedures waarin incidenten worden onderzocht echter zodanig ingericht dat zij geen toegevoegde schade veroorzaken door de zorgverlener als dader of misdadiger te behandelen. Voor de insteek van OPEN betekent just culture dat er in de organisatie van openheid rekening wordt gehouden met de impact van een gebeurtenis op alle betrokkenen, inclusief zorgverleners, en dat daar ook beleid voor bestaat in de zin van opvang en begeleiding.

Niet alleen de wetenschappelijke insteek van OPEN, maar ook de organisatie van het leernetwerk zelf sluit aan bij just culture. Want zoals zorgverleners zich in een ziekenhuis veilig moeten voelen om over een klacht of incident te spreken, zo is het slagen van OPEN afhankelijk van de bereidwilligheid van deelnemers om zich kwetsbaar op te stellen door inzicht te geven in hun werkwijzen, in het bijzonder voor zover die niet goed verlopen. Dat veronderstelt het vertrouwen dat de onderzoekers en de andere deelnemers zorgvuldig met die informatie omgaan. Bij de opbouw van het leernetwerk is veel aandacht

uitgegaan naar het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de deelnemende ziekenhuizen. Het was belangrijk om duidelijk te maken dat OPEN een positieve insteek had en gericht was op samenwerking – zowel tussen de ziekenhuizen onderling als tussen de ziekenhuizen en de onderzoekers.

1.6. DE GANG VAN ZAKEN IN HET OPEN LEERNETWERK

1.6.1. Verbinding door netwerkbijeenkomsten

Bij aanvang van OPEN bleek dat de verschillende soorten functionarissen in ziekenhuizen niet goed op de hoogte zijn van werkwijzen in andere ziekenhuizen. Het leernetwerk kreeg hierdoor een belangrijke verbindende functie. In de looptijd van OPEN I (2015/2016) zijn, naast de individuele interviews met functionarissen in de ziekenhuizen, twee netwerkbijeenkomsten georganiseerd waar de deelnemers kennis konden maken met elkaar en de onderzoekers. De netwerkbijeenkomsten waren besloten en zijn niet opgenomen om een gevoel van veiligheid te waarborgen.

De netwerkbijeenkomsten werden in de eerste fase van OPEN bezocht door ongeveer vijftien professionals, hoofdzakelijk bestaande uit klachtenfunctionarissen en kwaliteitsmedewerkers. Op de netwerkbijeenkomsten werd kort toegelicht wat de stand van zaken in het onderzoek was en werd getoetst of de deelnemers zich in de voorlopige bevindingen herkenden. Ook werden korte presentaties gegeven door professionals uit de ziekenhuizen. Tot slot was er veel ruimte voor groepsdiscussie. De onderzoekers begeleidden de discussie en stelden aanvullende vragen maar mengden zich inhoudelijk niet in de discussie. Zo werd geprobeerd een goed beeld te krijgen van de praktijk en van relevante onderzoeksthema's.

Om de verbindende functie van het leernetwerk te versterken kregen de netwerkbijeenkomsten in het vervolg van OPEN een prominenter plaats. Naarmate het Leernetwerk groeide, bezochten meer professionals de bijeenkomsten. Het aantal deelnemers varieerde tussen de 20 en de 50 professionals. In de looptijd van OPEN II zijn vaker netwerkbijeenkomsten georganiseerd, in totaal zes. De netwerkbijeenkomsten waren aan een specifiek onderwerp gewijd. De netwerkbijeenkomsten werden ook gebruikt om gezamenlijke agenda vast te stellen. Tijdens de netwerkbijeenkomsten werden aantekeningen gemaakt. Verslagen van de netwerkbijeenkomsten zijn gepubliceerd op de website www.openindezorg.nl. Sommige netwerkbijeenkomsten of specifieke presentaties leenden zich naar hun inhoud niet voor uitgebreide openbare verslaglegging. Deze verslagen zijn daarom beknopt gehouden. Ook zijn voor specifieke thema's kennisdocumenten opgesteld op basis van de ervaringen van de deelnemende ziekenhuizen en het onderzoek.

1.6.2. Opzet van de netwerkbijeenkomsten

De netwerkbijeenkomsten waren opgezet volgens een vast stramien, dat naar gelang het onderwerp specifiek werd ingevuld:

- » Terugblik: eerst werd kort aandacht besteed aan de voorgaande netwerkbijeenkomst. Als de voorgaande bijeenkomst tot specifieke resultaten had geleid, bijvoorbeeld een kennisdocument, werd gevraagd daarop te reageren;
- » Actualiteiten uit het leernetwerk: hier werd door één van de leden van de onderzoeksgroep aandacht besteed aan relevant nieuws of voorlopige resultaten uit onderzoek met het verzoek daar op te reageren;
- » Inleiding tot het thema: één, maar meestal twee deelnemers uit het leernetwerk leidden het thema in door te vertellen over eigen werkwijzen;
- » Groepsdiscussie: in het programma werd minimaal 45 minuten ingedeeld voor een geleide groepsdiscussie waarin deelnemers op de onderzoekers en elkaar reageerden.

De eerste twee netwerkbijeenkomsten waren toegankelijk voor zowel OPEN deelnemers als andere geïnteresseerde ziekenhuizen. Op deze manier konden nieuwe ziekenhuizen kennis maken met het

leernetwerk. Om de veiligheid van het leernetwerk te behouden waren de overige netwerkbijeenkomsten uitsluitend toegankelijk voor OPEN deelnemers. In samenspraak met het leernetwerk zijn OPEN afspraken opgesteld, waarin uiteen is gezet wat er van OPEN deelnemers wordt verwacht en wat zij van OPEN kunnen verwachten (zie bijlagen).

De netwerkbijeenkomsten waren voor de meeste deelnemende ziekenhuizen en de onderzoekers vruchtbare bijeenkomsten. Meerdere malen stelden deelnemers zich kwetsbaar op, door in presentaties en in de groepsdiscussie ook negatieve ervaringen te delen. De diversiteit tussen ziekenhuizen deed zich op sommige netwerkbijeenkomsten gelden in die zin dat sommige deelnemers aangaven minder inspiratie uit netwerkbijeenkomsten te halen dan ziekenhuizen die minder ver gevorderd zijn. Tegelijkertijd werd, juist door een voorloper op het gebied van openheid, benoemd dat zij scherp bleef door te leren van de manier waarop andere ziekenhuizen het door hen ontwikkelde beleid zelf implementeerden en verbeterden. Ook andere deelnemers gaven, desgevraagd, aan dat de meerwaarde van het OPEN leernetwerk ten opzichte van andere gremia ook juist de diversiteit kan zijn.

1.6.3. Inhoud van de netwerkbijeenkomsten

Er zijn in 2017/2018 zes netwerkbijeenkomsten georganiseerd:

1. Klachtafhandeling volgens de Wkkgz (7 april 2017)

Op de eerste netwerkbijeenkomst is teruggekeken op het eerste jaar OPEN en zijn de plannen voor het vervolg toegelicht. De rest van de bijeenkomst stond in het teken van de criteria waar een adequate klachtopvang conform Wkkgz aan moet voldoen en hoe hier door ziekenhuizen in de praktijk aan wordt vormgegeven.

2. Het delen van de calamiteitenrapportage met de patiënt (30 juni 2017)

Als er sprake is van een calamiteit is de zorginstelling verplicht dit te melden aan de IGZ en naar de aanleiding van het incident onderzoek te doen. Veel patiënten willen de resulterende rapportage integraal overlegd krijgen. Op de netwerkbijeenkomst is aandacht besteedt aan manieren om (veilig) te leren en te delen. Johan Legemaate lichtte een casus toe uit het AMC. Legemaate gaf met de besproken casus een voorbeeld van een doemscenario: verwarring over de kwalificatie van het incident, dat daardoor niet bij de IGZ gemeld was, een verstoorde relatie met de betrokkenen, een procedure bij de tuchtrechter, de calamiteitenrapportage in de openbaarheid en de bijbehorende negatieve aandacht van diverse media. Desondanks is het beleid van het AMC ongewijzigd en worden calamiteitenrapportages integraal met patiënten gedeeld. De resultaten van de bijeenkomst zijn neergelegd in het kennisdocument 'Wat weten we over... Het delen van de calamiteitenrapportage?' en gepubliceerd op de website.

3. Nieuwe ontwikkelingen in de afwikkeling van schade (15 september 2017)

De invoering van de Wkkgz heeft veel veranderd in de wijze waarop schadeclaims moeten worden afgehandeld. Omdat er geen procedureel onderscheid wordt gemaakt tussen een klacht en een schadeclaim, en ziekenhuizen zelf een oordeel moeten geven over een verzoek tot schadevergoeding, wordt aanbevolen dat ziekenhuizen meer schadeclaims zelf afhandelen. Op de netwerkbijeenkomst heeft Arno Akkermans een inleiding gegeven over de geest van de Wkkgz en de noodzaak tot triage. Daarna zijn presentaties gehouden door deelnemers over de werkwijze van een zelfregelend ziekenhuis en over het afstemmen van afzonderlijke procedures. De resultaten zijn neergelegd in het kennisdocument 'Wat weten we over... De afhandeling van verzoeken tot schadevergoeding?' en gepubliceerd op de website.

4. Opvang & begeleiding voor zorgverleners (14 december 2017)

Een ongewenste gebeurtenis kan ook voor de betrokken zorgverlener een ingrijpende gebeurtenis zijn. Daarom wordt in verschillende OPEN ziekenhuizen gewerkt aan peer support: opvang door daarin getrainde collega-zorgverleners. Het lijkt nog zeldzaam te zijn dat er geformaliseerde begeleiding bestaat voor zorgverleners in het gesprek met de patiënt. Mariëlle van Pampus, gynaecoloog in het OLVG in Amsterdam, gaf een presentatie over onderzoek onder gynaecologen en verloskundigen. Gerda Zeeman, organisator en onderzoeker in het Leernetwerk Peer Support van de VVAA gaf een presentatie over de impact van een ongewenste gebeurtenis.

5. Open(baar)heid over calamiteitenrapportages (10 april 2018)

Van ziekenhuizen wordt verwacht dat zij open zijn over calamiteiten die zich hebben voorgedaan. Het Wetsvoorstel tot wijziging van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) bevat daarom een bepaling die ziekenhuizen ertoe verplicht openheid te geven over calamiteitenrapportages. In de praktijk roept deze verplichting veel vragen op. Hoe ver reikt deze verplichte openheid? Hoe kan informatie begrijpelijk en zinvol worden gepubliceerd – zonder in het nauw te komen met de veiligheid en vertrouwelijkheid die nodig wordt geacht om een incident goed te kunnen onderzoeken en daarvan te leren? Sommige OPEN ziekenhuizen, zoals het VUmc, publiceert over calamiteiten op hun website. Piet ter Wee, bestuurder van het VUmc en voorzitter van de NFU-werkgroep die dit beleid heeft bedacht, vertelde over de overwegingen tot publicatie en de opgedane ervaringen.

6. 'Public trust' (4 juni 2018)

We sloten de cyclus van netwerkbijeenkomsten af met het thema 'public trust'. Het UMC Utrecht (UMCU) heeft hier recent vorm aan gegeven door het organiseren van de Adrienne Cullen lezing. Wij hebben Jan-Willem Lammers (directeur kwaliteit & patiëntveiligheid van het UMCU) bereid gevonden om te vertellen over de beweegredenen daartoe en de opgedane ervaringen. Voor het bevorderen van transparantie over calamiteiten ontwikkelde de NFU het Algoritme beoordeling (mogelijke) calamiteiten. Bert Smit, Erasmus mc, presenteerde dit Algoritme. Het laatste deel van de netwerkbijeenkomst was gewijd aan de plannen voor het vervolg van OPEN en bestond uit het ophalen van ideeën uit het OPEN Leernetwerk.

1.7. TOTSTANDKOMING VAN KENNISDOCUMENTEN

Kennisdocumenten komen tot stand door (internationaal) wetenschappelijk literatuuronderzoek en op basis van resultaten uit de interviews die zijn afgenomen in de eerste fase van OPEN en op kennis uit netwerkbijeenkomsten. Kennisdocumenten worden voorafgaand aan netwerkbijeenkomsten aan de leden van het leernetwerk toegestuurd, die daar schriftelijk of op de netwerkbijeenkomst op reageren. Deze feedback wordt in het kennisdocument verwerkt. Afhankelijk van hoe ingrijpend de feedback is wordt het kennisdocument nogmaals aan het leernetwerk voorgelegd of na herziening meteen online gepubliceerd.

1.8. HET OPEN ONDERZOEK

Het onderzoek in OPEN I bestond uit internationaal wetenschappelijk literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek aan de hand van een semi-gestructureerd interviewschema. In alle deelnemende ziekenhuizen (twaalf) zijn een of meer interviews afgenomen waarin vragen zijn gesteld over de manier waarop ziekenhuizen omgaan met ongewenste gebeurtenissen. Omdat er vaak verschillende professionals betrokken zijn bij het organiseren van openheid, zijn de meeste interviews met twee of meer personen in het ziekenhuis uitgevoerd. In sommige gevallen werd met vier of vijf personen tegelijk gesproken of werden

meerdere afspraken gepland. Soms bleek het achteraf nodig te zijn om verheldering te vragen, en werd er telefonisch een tweede interview gepland. De interviews zijn opgenomen en in hun geheel uitgetypt.

De resultaten uit literatuuronderzoek, de interviews en de twee netwerkbijeenkomsten van het eerste jaar van OPEN zijn neergelegd in de eerste OPEN rapportage en in een infographic (Laarman et al. 2016a). De hoofdboodschap van OPEN I is dat openheid actief moet worden georganiseerd. Daarvoor is integraal beleid nodig op het niveau van patiënten, zorgverleners en leidinggevend. Bestaand beleid is echter vaak 'gefragmenteerd' (in latere fasen in het onderzoek en in dit rapport wordt verder gesproken van 'verkokerd'), waarmee wordt bedoeld dat beleid afhangt van de kwalificatie van een 'gebeurtenis' als klacht, calamiteit, of incident.

Op het niveau van patiënten werd door deelnemers aangegeven dat er behoefte bestaat aan meer begeleiding, bijvoorbeeld in de vorm van één centrale contactpersoon die het overzicht over procedures bewaakt. Ook werd aangegeven dat het gesprek met de patiënt zorgvuldig moet worden voorbereid – dat geldt voor het eerste contact tussen zorgverlener en patiënt, maar ook in een latere fase wanneer de resultaten uit onderzoek met patiënten worden besproken. Om dergelijke gesprekken goed te laten verlopen is nodig dat iemand aanwezig is die de juiste sociale vaardigheden en medisch inhoudelijke kennis heeft om de resultaten te kunnen toelichten of de zorgverlener te begeleiden in het geven van openheid.

Begeleiding van zorgverleners bij het geven van openheid bleek een zeldzaamheid te zijn. In de interviews werd het geven van openheid vergeleken met het voeren van een 'slecht nieuwsgesprek', waarbij wordt vertrouwd op de professionaliteit van de zorgverlener om dat gesprek goed te voeren. Dat was een opvallende bevinding, omdat er veel aandacht bleek te bestaan voor de impact van een gebeurtenis op de zorgverlener en de noodzaak van opvang, en er bij het bespreken van calamiteitenrapportages wel vaak een tweede of zelfs derde persoon bij het gesprek aanwezig was.

Het derde niveau waarop beleid moet bestaan, dat van leidinggevend, is cruciaal in het bevorderen van openheid. Leidinggevend kunnen openheid bevorderen door openheid als norm uit te dragen, de juiste mensen in het proces te positioneren en te voorzien in de nodige tijd en middelen om openheid op de juiste manier te kunnen uitvoeren.

Tot slot constateerden wij dat de deelnemers wrijving kunnen ervaren tussen de wens om open te zijn en de behoefte aan een veilige omgeving waar van gebeurtenissen kan worden geleerd. Op individueel niveau kan een onveilig gevoel, bijvoorbeeld de angst voor een tuchtklacht, voor een zorgverlener belemmerend zijn in het geven van openheid. Op 'ziekenhuisniveau' kan de behoefte aan veiligheid eveneens paal en perk stellen aan openheid. Dat was duidelijk terug te zien in de discussie omtrent het al of niet delen van calamiteitenrapportages met patiënten en/of naasten.

Toen medio 2016 duidelijk werd dat er financiering beschikbaar was voor een vervolg is een doorstart gemaakt met OPEN II. De bevindingen uit het eerste jaar van OPEN vormden de basis voor de onderzoeksthema's van het vervolg:

1. **De begeleiding van patiënten na een ongewenste gebeurtenis**
2. **De begeleiding van zorgverleners na een ongewenste gebeurtenis**
3. **De juridische wereld achter een ongewenste gebeurtenis**

De resultaten op deze drie thema's worden in voorliggend rapport nader uitgewerkt in de thematische hoofdstukken 2, 3 en 4, en zijn in de samenvatting toegelicht.

1.9. JURIDISCH KADER

Als er iets misgaat bij de behandeling van een patiënt, dan zijn er verschillende wegen waarlangs dit aan de orde kan komen. Allereerst kan een patiënt of diens familie dit aan de orde stellen. Dan kan dit het label 'klacht' krijgen. Als er iets mis is gegaan en dit wordt geconstateerd door een hulpverlener of de zorgaanbieder, dan wordt er vaak het label 'incident', 'complicatie' of 'calamiteit' aan gehangen. Hoe 'iets dat misgaat' wordt gekwalificeerd is bepalend voor het beleid dat wordt ingezet. Voor een goed begrip lichten wij toe wat de verschillende kwalificaties inhouden.

Klachten

Een 'klacht' is geen wettelijk gedefinieerd begrip. Een klacht kan een informele klacht zijn, die veelal mondeling wordt geuit. De meest informele manier om een klacht bespreekbaar te maken is in een gesprek tussen de patiënt en de betrokken hulpverlener. Dit heeft in principe de voorkeur. Dit biedt immers het beste perspectief op herstel van de behandelrelatie en zo nodig de oplossing van een probleem. Dit vraagt van de betrokken hulpverlener een luisterend oor en een open reactie en van de patiënt het vertrouwen dat het bespreken van de klacht met de betrokken hulpverlener positief zal uitpakken. In de praktijk is dit vertrouwen er niet altijd, en voelen patiënten zich lang niet altijd gehoord (Laarman, Schoten, & Friele, 2016). Voor patiënten is de drempel om zelf direct de betrokken zorgverlener aan te spreken vaak nog hoog.

Daarnaast zijn er vaak meerdere mogelijkheden om een klacht 'in te dienen'. Een klacht kan informeel worden besproken met een klachtenfunctionaris (art. 15 Wkkgz). Als de klacht aan een zorgverlener is gericht kan de klachtenfunctionaris helpen bij het oplossen van de klacht door tussen de patiënt en zorgverlener te bemiddelen. Een 'klacht' kan ook formeel zijn, waarmee vaak schriftelijk wordt bedoeld. In de Modelklachtenregeling Wkkgz van ziekenhuizen wordt een klacht dan ook omschreven als 'een uiting van onvrede ingediend bij de klachtenfunctionaris over een handelen of nalaten jegens een cliënt/patiënt in het kader van de zorgverlener'.

Met het formeel worden van de klacht gaat een wettelijk vastgelegde procedure van start, waarna de zorgaanbieder verplicht is binnen zes weken, met een maximale uitloop tot tien, een inhoudelijke reactie te geven (artikel 16 en 17 Wkkgz). In sommige ziekenhuizen is nog een klachtencommissie werkzaam die de klacht kan behandelen (Bouwman, van Gennip et al. 2017). Een klacht kan ook een verzoek tot schadevergoeding zijn (in het dagelijks taalgebruik meestal een 'claim'). Op grond van de Wkkgz is het ziekenhuis verplicht een 'claim' als een 'klacht' in behandeling te nemen, inclusief de korte termijnen die de Wkkgz daaraan stelt. De manier waarop ziekenhuizen een claim in behandeling nemen mag en kan verschillen van de werkwijze bij een klacht, maar ziekenhuizen moeten over de claim wel zelf een standpunt innemen. Dat kan een probleem zijn voor ziekenhuizen die zelf geen juridische afdeling hebben. In dergelijke gevallen zal het ziekenhuis samenwerken met zijn verzekeraar, die de claim op de achtergrond afwikkelt. De communicatie met de patiënt blijft ook dan de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis.

Incident, complicatie, calamiteit?

Een incident is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en die heeft geleid, had kunnen leiden, of zou kunnen leiden tot schade bij de patiënt (art. 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). Een calamiteit verschilt van een incident in de ernst van de afloop: namelijk overlijden van de patiënt of een ernstig schadelijk gevolg (art. 1 lid 1 Wkkgz). Iedere calamiteit is dus een incident, maar niet ieder incident is een calamiteit. Bij een complicatie is er ook sprake van een onbedoelde of ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, maar is die uitkomst niet het gevolg van een tekortkoming in de kwaliteit van zorg, maar een risico dat inherent is aan de behandeling.

Vóór invoering van de Wkkgz was een ‘incident’ een waarde vrije term, in die zin dat ‘incident’ als definitie kon fungeren voor gebeurtenissen waarvan (nog) onduidelijk was of er een verband was met de kwaliteit van zorg. De Wkkgz-definitie onttrekt, door de toegevoegde zinsnede ‘verband met de kwaliteit van zorg’, aan de definitie zijn neutraliteit. Daarom gebruiken wij in dit rapport als overkoepelende term het woord ‘ongewenste gebeurtenis’. Daarmee sluiten wij aan bij de woordkeus in het Algoritme voor beoordeling (mogelijke) calamiteiten van de NFU.

Openheid geven

Als zich een incident voordoet in de behandeling van een patiënt dat tot schade heeft geleid of nog kan leiden dan moet dat ‘onverwijld’ worden gemeld aan de patiënt en/of diens naasten (art. 10 lid 3 Wkkgz). In de Gedragscode Openheid na Medische Incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) wordt aanbevolen dit te doen binnen 24 uur na het bekend worden van het incident. Vaak zal het de hoofdbehandelaar zelf zijn die het gesprek met de patiënt voert. De zorgaanbieder (het ziekenhuis) is verplicht de patiënt te informeren over de aard en oorzaak van het incident en de verbetermaatregelen die zijn genomen ter voorkoming van een zelfde soort incident in de toekomst. In de regel zal dat gesprek later plaatsvinden, nadat onderzoek naar het incident is afgerond.

Calamiteitenonderzoek

Als er sprake is van een ‘calamiteit’ moet deze eveneens ‘onverwijld’ aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) worden gemeld en onderzocht (art. 11 Wkkgz, IGJ Brochure calamiteiten-melden). ‘Onverwijld’ melding doen van een calamiteit is binnen drie werkdagen na het bekend worden van de calamiteit. Bij twijfel of er van een calamiteit sprake is, heeft de zorginstelling zes weken de tijd om voor onderzoek te doen. Als het dan toch om een calamiteit blijkt te gaan, dient alsnog binnen drie werkdagen te worden gemeld. Blijft er twijfel bestaan, dan adviseert de IGJ om eveneens te melden.

Na de melding heeft de zorginstelling acht weken de tijd om de calamiteit te onderzoeken (art. 8.7, lid 2 Wkkgz Uitvoeringsbesluit). In die periode moeten de patiënt en/of diens nabestaanden worden gehoord, evenals de betrokken zorgverleners. De resultaten uit onderzoek worden opgenomen in een calamiteitenrapportage met verbetermaatregelen. Deze rapportage wordt aan de IGJ gestuurd, die uitspraak doet over de kwaliteit van het onderzoek. De IGJ doet zelf geen onderzoek, tenzij zij van mening is dat het onderzoek niet goed is uitgevoerd. De IGJ hecht er waarde aan dat de resultaten uit onderzoek met de patiënt en/of diens naasten worden gedeeld. Het is evenwel niet verplicht om patiënten en/of naasten een kopie van de calamiteitenrapportage te verstrekken.

LIJST VAN AFKORTINGEN

Centraal Tuchtcollege	CTG
Gedragscode Openheid na medische incidenten, betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid	GOMA
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd	IGJ
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	NFU
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	NVZ
Regionaal Tuchtcollege	RTG
Vaststellingsovereenkomst	VSO
Veilig Incidenten Melden	VIM
Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg	Wkkgz

2. De begeleiding van patiënten na een ongewenste gebeurtenis

DE KERN VAN DIT HOOFDSTUK

Een ongewenste gebeurtenis heeft veel impact voor patiënten. Voor OPEN ziekenhuizen is een adequate begeleiding van patiënten na zo'n gebeurtenis erg belangrijk. Daarom is uitgebreid nagedacht en zijn ervaringen uitgewisseld over de manier waarop dit het beste kan.

- » Patiënten willen na een ongewenste gebeurtenis dat er naar hen geluisterd wordt en dat de zorginstelling zich inspant om te voorkomen dat de gebeurtenis zich nog een keer voordoet. Als aan die behoeften niet tegemoet wordt gekomen, kan dat aanleiding zijn voor een klacht;
- » Procedures in zorginstellingen zijn vaak verkokerd en voor patiënten vaak verwarrend. Het is daarom belangrijk dat begeleiding van patiënten proactief en laagdrempelig is. Begeleiding door een klachtenfunctionaris/patiëntencontactpersoon en samenwerking tussen disciplines in Bureau OPEN draagt bij aan adequate begeleiding;
- » Het is belangrijk patiënten te betrekken en begeleiden tijdens calamiteitenonderzoek. Na toelichting verdient het de voorkeur om een kopie van de onderzoeksrapportage aan de patiënt en/of diens naasten te verstrekken.

2.1. ACHTERGROND

Na een ongewenste gebeurtenis willen patiënten weten wat er gebeurd is, waarom het gebeurd is, wat er door de zorginstelling voor hen gedaan wordt om de schade te beperken, en wat er door de zorginstelling wordt ondernomen om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen (Smeehuijzen et al. 2013). Patiënten die klagen doen dat vaak omdat er aan deze behoeften niet op de juiste manier tegemoet is gekomen. Motieven om te klagen zijn het verbeteren van de algemene kwaliteit van zorg, emotionele drijfveren, behoefte aan het afleggen van rekenschap door de hulpverlener, het verbeteren van de kwaliteit van de individuele zorg en de behoefte aan genoegdoening (Legemaate 2007a; Vincent, Phillips, & Young 1994). Patiënten hechten grote waarde aan excuses of een spijtbetuiging van de zorgaanbieder en/of zorgverlener.

Klacht- en claimprocedures zijn vaak belastend voor patiënten. Een patiënt die een claim indient komt vaak in een formele procedure terecht waar in de regel maar weinig ruimte is voor de dialoog waar veel patiënten naar op zoek zijn. Voor patiënten is de lange duur van de claimprocedures, het gebrek aan regie en het herhaald ondergaan van medisch onderzoek belastend. Daarnaast wordt het adversariële karakter van schadeafwikkeling ook door patiënten als belastend ervaren. Veel patiënten die een (tucht)klacht indienen ervaren de formele afhandeling van een (tucht)klacht als belastend (Alhafaji 2009) en zijn er vaak niet van overtuigd dat hun klacht leidt tot verbetering (Kruikemeier et al. 2009).

De wetgever heeft met de Wkkgz ingezet op een meer proactieve klachtafhandeling, waarin de patiënt wordt geholpen om problemen op informele wijze op te lossen. De Wkkgz verplicht zorginstellingen daartoe o.a. een 'persoon' aan te stellen die 'geschikt' is om patiënten te begeleiden bij een klacht. In de meeste zorginstellingen was onder de WKCZ een 'klachtenfunctionaris' werkzaam die klachten op informele wijze afhandelde, bijvoorbeeld door te bemiddelen tussen de betrokken zorgverlener en de klagende patiënt (Friele & Coppens 2010). Het laagdrempelige en oplossingsgerichte karakter van de Wkkgz impliceert dat een klachtenfunctionaris in veel meer situaties in beeld kan komen dan alleen wanneer een klacht wordt ingediend (Laarman & Akkermans 2017). Onder de Wkkgz heeft de 'klachtenfunctionaris' dus niet alleen een wettelijke basis gekregen, maar ook een meer centrale positie in het proces na een ongewenste gebeurtenis (Laarman & Akkermans 2017).

2.2. ERVARINGEN IN HET LEERNETWERK

Uit de praktijk van OPEN blijkt dat patiënten ook een kunnen klacht indienen omdat zij niet goed weten hoe zij een vraag, zorg of probleem onder de aandacht kunnen brengen. Ook dienen sommige patiënten een claim in omdat zij niet weten hoe ze op een andere manier met de zorgverlener rond de tafel kunnen komen. Ziekenhuizen kennen verschillende organisatorische structuren en daaraan verbonden functionarissen om te kunnen reageren op een ongewenste gebeurtenis. Een klacht leidt tot klachtenbemiddeling, bij een claim wordt beoordeeld of er recht bestaat op schadevergoeding maar wordt niet altijd aandacht besteed aan immateriële behoeften, een calamiteitenmelding leidt tot onderzoek naar aard en oorzaken, maar aandacht voor behoeften van de patiënt in dat traject nog niet altijd vanzelfsprekend.

Dit fenomeen noemen wij in OPEN ‘verkokering’: de verschillende procedures en functionarissen fungeren als kokers, waar een gebeurtenis in terecht komt en waarbij het moeilijk is om van de ene koker (bijvoorbeeld het claimtraject) in een andere koker (bijvoorbeeld de klachtbehandeling) te komen, of waarbij in de ene koker bijvoorbeeld veel aandacht is voor de patiënt, terwijl die aandacht in een andere koker vrijwel afwezig is (Laarman et al. 2016b; Sijmons & Hubben 2014).

De verkoking van procedures kan voor patiënten tot twee problemen leiden. Ten eerste wordt een patiënt in één koker gereduceerd tot het probleem dat in die koker aan de orde komt: de patiënt wordt klager, claimant, of onderzoekssubject. Ten tweede kan een patiënt ongewild uit beeld verdwijnen wanneer een ongewenste gebeurtenis niet in één van de kokers past. Daarvan kan sprake zijn wanneer een ongewenste gebeurtenis niet als calamiteit wordt gemeld (de zorgverlener is bijvoorbeeld van mening dat er sprake is van een complicatie) en de patiënt geen klacht indient.

2.2.1. Het belang van proactieve klachtbehandeling

De vormgeving van een adequate begeleiding van een patiënt die een ongewenste gebeurtenis heeft meegemaakt bleek in OPEN met veel zaken samen te hangen. Het gaat dan over de rol die wordt toebedacht aan de klachtenfunctionaris, over de manier waarop de toegang tot de verschillende procedures wordt geregeld en over de vindbaarheid van die toegang. Specifiek voor de calamiteitenrapportage kwam daarbij de vraag naar voren over de manier waarop patiënten, naasten of nabestaanden hierbij betrokken kunnen worden.

Op netwerkbijeenkomsten was veel discussie over de rol van de ‘geschikte persoon’ in de zin van de Wkkgz, en over de naam van de in de Wkkgz bedoelde functionaris. Ook in de interviews die zijn gevoerd voor de evaluatie van de GOMA is aan de orde gekomen in welke situaties de ‘klachtenfunctionaris’ in actie komt of zou kunnen komen. Het blijkt dat er tussen ziekenhuizen verschillen zijn in de rol van klachtenfunctionarissen. In sommige ziekenhuizen treedt de ‘klachtenfunctionaris’ bijvoorbeeld niet alleen op in de zin van de Wkkgz, maar ook als ‘patiëntencontactpersoon’ tijdens calamiteitenonderzoek. De klachtenfunctionaris benadert de patiënt in dat geval proactief en fungeert als centraal aanspreekpunt. Er zijn ziekenhuizen die deze taak bij een specifieke ‘patient supporter’ of ‘casemanager’ hebben belegd, in elk geval bij ongewenste gebeurtenissen die als calamiteit worden opgepakt; daarbuiten doorgaans niet. In andere ziekenhuizen kan onder omstandigheden worden doorverwezen naar de klachtenfunctionaris. Of dat gebeurt hangt af van de vraag of er behoefte bestaat aan bemiddeling, of er veel vragen zijn bij de patiënt, dan wel of de patiënt een klacht indient (Laarman et al. 2018).

De benaming voor ‘de persoon’ in de zin van art. 15 Wkkgz levert regelmatig discussie op. Die discussie is tot nu toe nog niet beslecht. Daarnaast geldt dat niet iedereen gelukkig is met de term ‘klachtenfunctionaris’. Voor hen impliceert die term dat de functionaris alleen bij klachten in beeld komt. Een andere term

zou 'patiëntencontactpersoon' kunnen zijn. Die term is ook niet altijd geschikt, omdat de klachtenfunctionaris op grond van het VKIG Beroepsprofiel ook de zorgverlener kan begeleiden bij het oplossen van de klacht. Daarnaast is het woord 'contactpersoon' neutraal, maar dit kan impliceren dat deze persoon alleen doorverwijst of afspraken maakt, terwijl een patiëntencontactpersoon ook kan bemiddelen, opvangen en ondersteunen. Sommige klachtenfunctionarissen noemen zichzelf 'hoofd cliëntenbelangen' of 'ombudsfunctionaris'. Er zijn ook pragmatische klachtenfunctionarissen die zichzelf afhankelijk van de situatie op verschillende manieren voorstellen. Zij zijn in een klachtenprocedure 'klachtenfunctionaris' en gedurende een calamiteitenonderzoek 'contactpersoon'.

OPEN PRAKTIJK: DE 'KLACHTENFUNCTIONARIS' IS 'PATIËNTEN-CONTACTPERSOON'

In sommige OPEN ziekenhuizen treedt de 'klachtenfunctionaris' standaard op als 'patiëntencontactpersoon' tijdens calamiteitenonderzoek. De patiëntencontactpersoon wordt van een mogelijke calamiteit op de hoogte gesteld en krijgt, met goedvinden van de patiënt, de contactgegevens van de patiënt. De patiënt wordt proactief benaderd. De patiëntencontactpersoon informeert de patiënt over de gang van zaken in calamiteitenonderzoek en onderhoudt naar behoefte van de patiënt het contact. De patiëntencontactpersoon kan behulpzaam zijn in het maken van afspraken, een afspraak met de met de betrokken zorgverleners organiseren wanneer daar behoefte aan blijkt te bestaan, de patiënt informeren over de mogelijkheden een verzoek tot schadevergoeding ('claim') in te dienen en verwijzen naar de jurist ofwel de verzekeraar. Tot slot kan de patiëntencontactpersoon helpen bij het formuleren en oplossen van een klacht. In OPEN ziekenhuizen die voorzien in dit soort begeleiding komt de patiëntencontactpersoon niet in beeld wanneer een 'gebeurtenis' geen 'calamiteit' is. Het ligt voor de hand om begeleiding voor patiënten ook aan te bieden als een 'gebeurtenis' calamiteit noch klacht is, maar bijvoorbeeld een complicatie.

2.2.2. Bureau OPEN

Het risico van verkokering van procedures, waardoor patiënten in een procedure terecht komen zonder dat duidelijk is of die de meeste geschikte is, kwam verschillende keren aan de orde in onze bijeenkomsten. Nagedacht is over de vraag hoe dit risico te beperken, en over de mogelijkheid van het maken van afspraken over samenwerking tussen de functionarissen die ieder vanuit hun eigen discipline bij een gebeurtenis betrokken kunnen zijn. Een dergelijk overleg noemen wij 'Bureau OPEN'.

In verschillende ziekenhuizen bestaat een vorm van samenwerking tussen verschillende functionarissen. Er wordt bijvoorbeeld overlegd door de jurist en de patiëntencontactpersoon, de jurist met de calamiteitencommissie, of de calamiteitencommissie met de patiëntencontactpersoon (Laarman et al. 2018). Het is zeldzamer dat alle mogelijk betrokken functionarissen, dat wil zeggen, vanuit de hoek kwaliteit en veiligheid, juridische zaken, én klachtenbemiddeling/patiëntencontact-persoon, standaard bij dit overleg aanwezig zijn. In ziekenhuizen waar dit wel gebeurt wordt op verschillende manieren vorm gegeven aan een Bureau OPEN, variërend van heel informeel tot structurele afspraken die in beleid zijn vastgelegd.

Een informele manier om Bureau OPEN te organiseren is door verschillende functionarissen, zoals de klachtenfunctionaris/patiëntencontactpersoon, de jurist en een functionaris van kwaliteit en veiligheid of de calamiteitencommissie op één kamer of afdeling te plaatsen. Op die manier kan regelmatig en laagdrempelig overleg worden gepleegd wanneer dit nodig wordt geacht (Laarman et al. 2016b; Laarman et al. 2018).

In sommige OPEN ziekenhuizen vindt op vaste tijdstippen overleg plaats, bijvoorbeeld onder de naam 'triageoverleg'. Bij dit overleg worden alle binnengekomen klachten, claims en calamiteitenmeldingen besproken. Er zijn ook OPEN ziekenhuizen waar van alle gebeurtenissen een wekelijks overzicht wordt gemaakt. Dit overzicht wordt tijdens het overleg besproken en is tussentijds voor alle mogelijk betrokken functionarissen inzichtelijk.

Bureau OPEN wordt in een aantal gevallen ook ad-hoc georganiseerd. Er wordt bijvoorbeeld overleg gepleegd op het moment dat er een calamiteitenmelding wordt gedaan. Er zijn ziekenhuizen waar de patiëntencontactpersoon standaard betrokken is bij het proces na een calamiteitenmelding, zie kader hierboven. Dit beleid is soms schriftelijk in een protocol vastgelegd.

2.2.3. Toegankelijkheid van een klachtenprocedure

Een gebeurtenis die door zorgverleners zelf niet (op de juiste manier) wordt gemeld kan ook worden aangekaart doordat een patiënt een klacht indient. In de evaluatie van de GOMA zijn daarom de websites van de (aan dat onderzoek) deelnemende ziekenhuizen bezocht om na te gaan hoe gemakkelijk informatie omtrent klachtenprocedures, claimprocedures en calamiteitenonderzoek te achterhalen is. Dan blijkt dat klachtenprocedures online vaak niet goed toegankelijk zijn. Regelmatig moet door verschillende keuzemenu's worden doorgelikt, zonder dat de ingang van het menu per definitie voor de hand ligt. Informatie over klachtbehandeling is bijvoorbeeld te vinden onder 'kwaliteit van onze zorg', 'kwaliteit en tevredenheid', 'praktisch', en 'rechten, plichten en klachtenbehandeling'. Het is de vraag of een patiënt die een vraag heeft of zich zorgen maakt zich met deze termen aangesproken voelt – nog daargelaten dat een patiënt helemaal geen 'klacht' hoeft te hebben of wil indienen om wel gehoord te willen worden.

2.2.4. Het betrekken van patiënten bij calamiteitenonderzoek

Ongewenste gebeurtenissen die mogelijk een calamiteit zijn moeten worden gemeld aan de IGJ. De IGJ hecht er waarde aan dat patiënten en hun naasten worden betrokken in het onderzoek naar een calamiteit en dat zij van de resultaten uit het onderzoek op de hoogte worden gesteld. Ziekenhuizen zijn niet verplicht om een kopie van het onderzoeksrapport te verstrekken.

De gang van zaken in calamiteitenonderzoek is aan de orde gekomen op twee netwerkbijeenkomsten (1: Klachtafhandeling volgens de Wkkgz, en 5: Open(baar)heid over calamiteitenrapportages, zie ook paragraaf 1.6.3), in de gesprekken voor de evaluatie van de GOMA en in het Nivel onderzoek naar het betrekken van naasten bij calamiteitenonderzoek (zie hoofdstuk 6). Op basis hiervan hebben wij een goed beeld gekregen van de gang van zaken in calamiteitenonderzoek en de positie van de patiënt in dit traject.

In de meeste gevallen informeert de hoofdbehandelaar de patiënt dat er calamiteitenonderzoek wordt ingesteld en dat er contact zal worden opgenomen door de onderzoekers van de calamiteitencommissie. De onderzoekers horen de patiënt en/of zijn naasten dan over diens/hun perspectief.

OPEN PRAKTIJK: DE VRAGEN VAN PATIËNTEN WORDEN MEEGENOMEN IN HET ONDERZOEK

Het is van belang de patiënt en/of zijn naasten zo vroeg mogelijk in het onderzoek te horen, niet alleen als bijdrage aan het feitenonderzoek, maar ook om in het onderzoek aandacht te kunnen geven aan aspecten die de patiënt belangrijk vindt (voor zover passend binnen het doel van het onderzoek).

Bij het horen van de patiënt kan een hiërarchie in vragen worden aangebracht. Het ligt voor de hand eerst de vragen van de patiënt zelf over de calamiteit te inventariseren. Daarna kunnen andere met de calamiteit samenhangende vragen aan de orde komen, en indien de patiënt een klacht heeft wordt die behandeld in het klachtentraject.

Na afronding van het calamiteitenonderzoek moeten de onderzoeksresultaten met de patiënt worden besproken. In de praktijk verschilt het wie er bij dit gesprek aanwezig zijn. Soms worden de uitkomsten toegelicht door een onderzoeker uit de calamiteitencommissie. Vaak zijn er ook andere functionarissen aanwezig bij het bespreken van de rapportage. Dan is te denken aan de hoofdbehandelaar samen met de klachtenfunctionaris; de hoofdbehandelaar samen met de directeur patiëntenzorg en de afdeling kwaliteit; de hoofdbehandelaar samen met een onderzoeker uit de calamiteitencommissie, eventueel nog samen met de klachtenfunctionaris; de Raad van Bestuur samen met een onderzoeker uit de calamiteitencommissie of de hoofdbehandelaar samen met het afdelingshoofd (Laarman et al. 2018).

De reden om voor het één of het ander te kiezen verschilt. Sommige ziekenhuizen zijn van mening dat het bespreken van onderzoeksresultaten de taak van de calamiteitenonderzoekers is. Anderen zien dit juist als onderdeel van de behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt, en tot slot zijn er ziekenhuizen die vinden dat de behandelaar in dit gesprek geen hoofdrol hoeft te hebben, maar in ieder geval aanwezig moet zijn voor het geval dat de patiënt nog vragen heeft. Dat sluit aan bij opvattingen in de literatuur (Bon & Molendijk, 2009; Consensus Statement of the Harvard Hospitals 2006; Moore, 2017).

Soms is de specifieke wens van de patiënt het uitgangspunt. Uit internationaal wetenschappelijk onderzoek blijkt dat patiënten het belangrijk vinden dat hen wordt gevraagd door wie, waar en wanneer zij worden geïnformeerd (Iedema, Allen, Britton, et al. 2011; Moore, Bismark, & Mello 2017). Dat is ook een belangrijke uitkomst van de Third International Incident Disclosure Conference die in het najaar van 2016 plaatsvond (Laarman et al. 2017).

OPEN PRAKTIJK: PATIËNTEN KRIJGEN HET ONDERZOEK NA EEN TOELICHTING MEE NAAR HUIS

Als het rapport is afgerond wordt de patiënt uitgenodigd voor een gesprek waarin het rapport wordt besproken. Daarna krijgt de patiënt het rapport mee naar huis. Er wordt aangeboden bij aanvullende vragen een vervolgesprek te organiseren.

Sommige OPEN ziekenhuizen verstrekken de calamiteitenrapportage integraal aan de patiënt en/of diens naasten. In andere ziekenhuizen krijgt de patiënt een samenvatting of alleen de verbetermaatregelen en

soms wordt de rapportage alleen mondeling toegelicht. Het ligt voor de hand dat OPEN ziekenhuizen zo open mogelijk zijn. Het delen van het volledige onderzoeksrapport (zoals dat ook naar de IGJ gaat) verdient dan ook de voorkeur, alleen al omdat dit wantrouwen bij patiënten kan voorkomen. Bovendien ervaren patiënten het als positief dat hun casus niet geïsoleerd, maar in een bredere context wordt onderzocht. Door het delen van de rapportage laten ziekenhuizen aan patiënten zien dat zij proberen te leren. Het is wel belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan de vorm en inhoud van de rapportage en dat patiënten een duidelijke toelichting krijgen.

OPEN PRAKTIJK: DE PATIËNT WORDT ONDERSTEUND BIJ HET BESPREKEN VAN DE RAPPORTAGE

Voor patiënten kan het prettig zijn als er iemand aanwezig is die hen kan helpen de rapportage goed te begrijpen, of die achteraf aanvullende vragen kan beantwoorden. Een nieuw inzicht is de mogelijke rol van een huisarts. In OPEN zijn goede ervaringen opgedaan met de ondersteuning door de huisarts. De huisarts kan bij het gesprek aanwezig zijn of achteraf de rapportage met de patiënt nog eens door nemen.

3. De balans tussen 'veilig' en OPEN

DE KERN VAN DIT HOOFDSTUK

In een aantal gesprekken met ziekenhuizen kwam een spanning naar voren tussen een OPEN beleid en het bieden van veiligheid aan hulpverleners na een ongewenste gebeurtenis.

- » Zorgverleners kunnen ernstig worden geraakt door een medisch incident en zijn soms 'second victim'. Juridische procedures kunnen extra schade veroorzaken;
- » Een 'blame cultuur' staat in de weg aan openheid en leren van ongewenste gebeurtenissen. Het is belangrijk dat er een 'veilige cultuur' bestaat;
- » De balans tussen veiligheid en openheid wordt gevonden in een 'just culture';
- » Opvang in de vorm van peer support, en begeleiding in de vorm van 'disclosure coaching', is onderdeel van een just culture.

3.1. ACHTERGROND

Een ongewenste gebeurtenis kan ook op de zorgverlener grote impact hebben (Wu, 2000; Van Gerven, 2016). Gevolgen zijn o.a. grote zorgen om de patiënt, ernstige schuldgevoelens, een gebrek aan zelfvertrouwen en angst voor reputatieschade (Schwappach, 2009). Zorgverleners zijn daardoor soms depressief, burned-out, vertonen op PTSS lijkende symptomen, of zijn gedurende langere tijd hyperalert (Schouten, 2018). Sommige zorgverleners zijn zelfs suïcidaal (Shanafelt, 2011). De gevolgen van een ongewenste gebeurtenis kunnen een negatieve invloed hebben op het professionele functioneren (Waterman, 2007; Scott, 2009). Het risico bestaat dat zorgverleners die niet goed herstellen van een ongewenste gebeurtenis een verhoogde kans lopen om nog een keer een ongewenste gebeurtenis mee te maken (Schwappach & Boluarte 2009). Zij zullen daarover mogelijk ook minder snel open en eerlijk spreken met de patiënt.

Juridische procedures die volgen na een ongewenste gebeurtenis, zoals een tuchtrechtprocedure, kunnen extra schade veroorzaken (Friele et al. 2017). Voor de gevolgen van juridische procedures bestaat zelfs een naam, 'Medical Malpractice Stress Syndrome', waarvan de gevolgen worden vergeleken met PTSS symptomen (Fileni, 2007). Zorgverleners ervaren een tuchtrechtprocedure als zwaar belastend (Friele, Hendriks et al., 2017). Zorgverleners die een juridische procedure hebben meegemaakt of daar bang voor zijn vertonen vaker defensief gedrag (Alhafaji, 2009; Bourne, Wynants et al., 2015; Verhoef, Weenink et al., 2015; Witznitzer, 2017).

3.1.1. Het belang van een veilige cultuur

Onderzoek heeft vastgesteld dat een 'blame culture', een cultuur waarin op ongewenste gebeurtenissen wordt gereageerd met verwijten en sancties, af doet aan openheid en aan de mogelijkheden om van ongewenste gebeurtenissen te leren (Dekker & Laursen 2007). Streven naar patiëntveiligheid veronderstelt dat zorgverleners het open kunnen en durven bespreken als er iets mis of bijna misgaat in de behandeling van een patiënt. 'Durven' heeft te maken met de mate waarin zorgverleners erop vertrouwen dat zij rechtvaardig worden behandeld als zij zich over een ongewenste gebeurtenis of een gevaarlijke situatie uitspreken, ook als zij daarvoor (mede)verantwoordelijk zijn. Het is daarom belangrijk dat er in een ziekenhuis een veilige cultuur ('just culture') is (De Vos, Den Dijker, & Hamming 2017; Leistikow, Van der Tuijn, & Van Diemen-Steenvoorde 2015; Linthorst et al. 2012; Dekker & Laursen 2007).

3.1.2. De grenzen van ‘veilig’

Veiligheid betekent in deze context overigens niet ‘onschendbaar’ maar constructief en rechtvaardig (Legemaate 2017; Leistikow 2018). Er bestaat discussie over de mate waarin informatie die bedoeld is om te leren beschermd zou moeten worden van juridische consequenties. In Nederland biedt het zogenaamde ‘Veilig Incidenten Melden’ (VIM) bescherming aan zorgverleners die intern een incident melden (art. 9 lid 6 Wkkgz). Informatie uit die melding kan niet worden gebruikt door de werkgever of de IGJ. Dit heeft ten doel de meldingsbereidheid van zorgverleners te vergroten zodat er meer van ongewenste gebeurtenissen kan worden geleerd. Die bescherming is overigens evenmin grenzeloos. Het OM kan onder omstandigheden informatie uit een intern meldingssysteem gebruiken (Legemaate, 2017). Ook de patiënt heeft een eigen recht op informatie (art. 10 lid 3 Wkkgz).

Een ongewenste gebeurtenis die (mogelijk) een calamiteit is, moet worden gemeld bij de IGJ. Meldingen bij de IGJ vallen niet onder het VIM-régime. Er wordt wel voor gepleit om ook dit externe meldingssysteem ‘veilig’ te maken. Daarvoor wordt hetzelfde argument aangedragen dat de basis vormt van het VIM: door de melder van een calamiteit te beschermen tegen juridische consequenties wordt de meldingsbereidheid vergroot en kan er beter worden geleerd van wat er mis is gegaan (Meynaar, 2018).

Calamiteitenonderzoek heeft echter eveneens een publiek belang. Calamiteitenonderzoek is een instrument in het toezicht op veiligheid van zorg en het bevorderen van publiek vertrouwen in de gezondheidszorg en verschilt daarmee van de melding die het ziekenhuis intern onderzoekt. Dat neemt niet weg dat ook calamiteitenonderzoek zo veilig en ‘just’ mogelijk moet zijn (Legemaate, 2017). De tegenhanger van een ‘blame culture’ is dan ook niet ‘blame free’, maar ‘just’, of rechtvaardig. In een just culture durft men onder ogen te zien dat mensen nu eenmaal fouten kunnen maken, dat de organisatie een belangrijke factor is in het ontstaan van schade ten gevolge van een fout en dat oorzaken van fouten daarom vooral op organisatorisch niveau kunnen en moeten worden aangepakt. (Dekker, 2010; Pettker, 2010). Ook anderszins staat de vertrouwelijkheid van calamiteitenmeldingen en –rapportages onder druk. De politiek stuurt aan op grotere transparantie rondom calamiteitenonderzoek en genomen verbetermaatregelen. Daarvan getuigt onder meer de gewijzigde Gezondheidswet, die voor de IGJ een grondslag creëert voor het actief openbaar maken van toezicht- en uitvoeringsgegevens.

3.1.3. Positieve verwerking

Coping mechanismen die bijdragen aan positieve verwerking van een ongewenste gebeurtenis zijn (onder meer) praten over de ongewenste gebeurtenis met peers, over de ongewenste gebeurtenis spreken met de patiënt en excuses aanbieden, vergeving, leren van de ongewenste gebeurtenis door een expert te worden over de oorzaak, maatregelen nemen ter voorkoming van een zelfde soort ongewenste gebeurtenis in de toekomst en lesgeven over de ongewenste gebeurtenis (Coughlan, Powell, & Higgins 2017; Plews-Ogan et al. 2016). Deze verwerkingsmechanismen sluiten aan bij de behoeften van patiënten die een ongewenste gebeurtenis meemaken. Zij willen over de ongewenste gebeurtenis geïnformeerd worden, dat er verantwoordelijkheid wordt genomen, excuses worden aangeboden, medeleven wordt getoond en dat de zorgaanbieder/zorgverlener maatregelen neemt ter voorkoming van een zelfde ongewenste gebeurtenis in de toekomst (Smeehuijzen, Van Wees et al., 2013).

3.2. ERVARINGEN IN HET LEERNETWERK

3.2.1. Peer Support

Peer support is veelvuldig aan de orde gekomen in de interviews die in het eerste jaar van OPEN zijn afgenomen, op netwerkbijeenkomsten en in de evaluatie van de GOMA (Laarman et al. 2018; Laarman et

al. 2016b). Daardoor bestaat inmiddels een goed beeld hoe peer support er in ziekenhuizen uit ziet. In de meeste OPEN ziekenhuizen bestaat een vorm van opvang voor zorgverleners, vaak is dit peer support, of wordt peer support georganiseerd. De keuze voor peer supporters wordt meestal bepaald door zorgverleners van de verschillende afdelingen de vraag te stellen naar wie zij toe zouden gaan voor steun in het geval hen iets zou overkomen. Per afdeling wordt één of worden meer van deze personen tot peer supporters getraind.

De ervaring leert dat (met name) medisch specialisten niet gemakkelijk hulp zoeken. Daarom wordt peer support soms proactief aangeboden, en soms meerdere malen. Naar leidinggevenden wordt alleen teruggekoppeld of er contact met betrokkenen is geweest, de inhoud van de gesprekken is vertrouwelijk. In sommige ziekenhuizen is het opvangtraject vastgelegd in drie gesprekken op vaste tijdstippen (vlak na de ongewenste gebeurtenis, twee weken na de ongewenste gebeurtenis en een maand na de ongewenste gebeurtenis). In andere ziekenhuizen hangt het verloop van het traject af van de behoeften van de betrokken zorgverlener. Indien nodig worden zorgverleners doorverwezen naar professionele hulp buiten het ziekenhuis.

Meestal wordt peer support aangeboden na een calamiteit. Soms is peer support in dat geval geborgd doordat de melder van een calamiteit in het meldingsformulier moet aanvinken of er peer support aangeboden is. Soms wordt een peer supporter ook na een incident, klacht of tuchtklacht ingezet. Er wordt ook nagedacht over andere situaties waarin peer support is aangewezen, zoals een tuchtklacht of een ongewenste gebeurtenis dat geen calamiteit is. Een mogelijk knelpunt hier is dat een tuchtklacht of complicatie niet bekend hoeft te zijn bij diegene die peer support organiseert. Interne meldingen zijn immers 'veilig'. Evenmin zijn zorgverleners verplicht (en geneigd?) een tuchtklacht met collega's te bespreken.

OPEN PRAKTIJK: PEER-SUPPORTNETWERK

Peer supporters worden geselecteerd door zorgverleners te vragen wie zij zouden benaderen voor steun wanneer hen iets overkomt. Deze personen, die vaak een natuurlijke vertrouwenspositie hebben, worden getraind tot peer supporter. In de meeste ziekenhuizen worden er per beroepsgroep en per afdeling peer supporters getraind.

Peer support wordt proactief aangeboden, maar is (nog) niet verplicht. In de meeste ziekenhuizen is peer support gekoppeld aan een calamiteitenmelding. Peer support wordt na de melding georganiseerd door, bijvoorbeeld, de voorzitter of de secretaris van de calamiteitencommissie. Die koppelt een peer supporter aan een zorgverlener, waarbij rekening wordt gehouden met specialisme, ervaring en leeftijd.

Het verdere verloop van peer support kan tussen ziekenhuizen verschillen. Peer support kan volgens een vast stramen van een aantal gesprekken plaatsvinden (zo werkt men in het OLVG, zie ook (Laarman et al. 2016b)). Ook kan peer support afhankelijk van de behoeften van de specifieke zorgverlener plaatsvinden (de werkwijze van het UMCG, zie ook (Laarman et al. 2016b)). In beide gevallen is de inhoud van de gesprekken vertrouwelijk. Er wordt alleen teruggekoppeld of er peer support gegeven is.

In het geval dat peer support niet voldoende is, kan er worden doorverwezen naar professionele hulp binnen of buiten het ziekenhuis. De voorkeur voor interne of externe hulpverlening verschilt. De kosten voor externe hulpverlening worden betaald door het ziekenhuis.

3.2.2. Disclosure coaching

Peer support is niet hetzelfde als zogenaamde 'disclosure coaching', oftewel: begeleiding in het gesprek met de patiënt. In de eerste OPEN rapportage werd gesignaleerd dat begeleiding van de betrokken hulpverlener in het gesprek met de patiënt vaak ontbreekt (Laarman et al. 2016b). Door deelnemers aan OPEN werd het eerste gesprek met de patiënt wel vergeleken met een slechtnieuwsgesprek. Uit de gesprekken bleek dat veel van hen er vanuit gaan dat zorgverleners vanuit hun professionaliteit in staat zijn een dergelijk gesprek goed te voeren en dat zij dat ook doen. Tegelijkertijd werd het belang van een goed verloop van dit gesprek benadrukt, evenals de verschillen in communicatieve vaardigheden van zorgverleners (Laarman et al. 2016b). Ook uit de interviews die zijn afgenomen ter evaluatie van de GOMA blijkt dat begeleiding in het gesprek met de patiënt nog niet structureel geregeld is. Eveneens bleek dat zorgverleners soms nog wel eens een zetje nodig hebben om het gesprek met de patiënt aan te gaan (Laarman et al. 2018).

In sommige ziekenhuizen wordt een zorgverlener geholpen door een klachtenfunctionaris, een leidinggevende, een ervaren collega of een lid van de calamiteitencommissie. Die begeleiding vindt echter bijna uitsluitend plaats in een latere fase, namelijk wanneer de resultaten van calamiteitenonderzoek met de patiënt moeten worden besproken. In de fase kort na een ongewenste gebeurtenis ontbreken organisatorische structuren die kunnen voorzien in het bekend worden van een ongewenste gebeurtenis bij personen die ondersteuning kunnen bieden, zoals de klachtenfunctionaris of een zogenaamde 'disclosure coach'. Daar komt alleen verandering in wanneer een ongewenste gebeurtenis als een mogelijke calamiteit wordt gemeld, er een klacht wordt ingediend, of de zorgverlener er zelf voor kiest ondersteuning te vragen.

3.2.3. Veilig publiceren over calamiteiten

Er is veel publieke belangstelling voor de manier waarop ziekenhuizen omgaan met calamiteiten. Openbaarheid omtrent calamiteiten kan bijdragen aan publiek vertrouwen in de gezondheidszorg. Openbaarheid over calamiteitenrapportages kwam ter sprake op netwerkbijeenkomst 5. De UMC's zijn in 2017 begonnen met online publiceren over calamiteiten volgens één uniform format. Er wordt nog gezocht naar manieren om hier meerwaarde aan te geven. De informatie komt goed tegemoet aan de behoefte aan transparantie, maar is niet gedetailleerd genoeg om van elkaar te kunnen leren. Tegelijkertijd moet worden bewaakt dat informatie herleidbaar wordt tot een specifieke casus – dat willen zowel de patiënt als de zorgverlener niet. Bij de OPEN deelnemers bestaat de behoefte om onderling meer gedetailleerde informatie te delen, zodat men ook van elkaars calamiteiten kan leren. Ook voor patiënten moet de gegeven informatie meerwaarde bieden. Eén ziekenhuis neemt dan ook een quote van een patiënt op in de online publicatie, om te illustreren wat calamiteitenonderzoek voor de patiënt kan betekenen. Er zijn naar aanleiding van de publicaties geen vragen vanuit patiënten of media gekomen. Om vergelijkbaarheid tussen aantallen te vergroten wordt door de NFU een 'Algoritme beoordeling mogelijke calamiteit' ontwikkeld. Ook de NVZ ziekenhuizen gaan zelf inzicht verschaffen in aantallen en soorten calamiteiten en genomen verbetermaatregelen.

4. De juridische wereld achter een ongewenste gebeurtenis

DE KERN VAN DIT HOOFDSTUK

In OPEN wordt gezocht naar manieren om klachten en claims af te handelen die procedurele schade zo veel mogelijk voorkomen. Dat is iets anders dan het voorkomen van (terechte) claims: soms is schade evident en zou de vergoeding van die schade een vanzelfsprekend onderdeel moeten zijn van de zorg die het ziekenhuis biedt. Ook (of juist) in die gevallen moet continuering van zorg worden gewaarborgd.

- » Juridische procedures kunnen belastend zijn. Daarom moeten onnodige procedures worden voorkomen, en nodige procedures zo worden ingericht dat zij zo min mogelijk toegevoegde schade veroorzaken;
- » Het verdient aanbeveling de behoeften van een patiënt te inventariseren en te informeren over aard, verloop en doel van procedures;
- » De behandeling van een claim kan lang duren. De patiënt moet ook tussentijds op de hoogte worden gehouden van de stand van zaken, bij voorkeur door één contactpersoon, bijvoorbeeld de jurist of de klachtenfunctionaris/patiëntencontactpersoon;
- » De afronding van het traject waarin een schadeclaim wordt afgerond is maatwerk. Het is afhankelijk van de omstandigheden van het geval of het passend is om de gemaakte afspraken in een vaststellingsovereenkomst (VSO) te gieten.

4.1. ACHTERGROND

Juridische regels beïnvloeden de praktijk. Het klachtrecht regelt hoe een signaal van onvrede van de patiënt moet worden opgepakt. Het beoogt de patiënt die niet tevreden is een ‘luisterend oor’ te bieden en het recht op een antwoord (Friele 2016). Het tuchtrecht is erop gericht de kwaliteit van individuele gezondheidszorg te bevorderen. Dat gebeurt zo nodig door het opleggen van beroepsbeperkende maatregelen in het geval van gevaarlijk gedrag, en door het vormen en aanscherpen van de professionele standaard. Of een patiënt recht heeft op schadevergoeding wordt bepaald aan de hand van het medisch aansprakelijkheidsrecht. Daartoe kan een patiënt een verzoek tot schadevergoeding indienen bij de zorgaanbieder en daarna bij een geschilleninstantie, of bij de civiele rechter.

De juridische wereld heeft ook impact op de praktijk door het beeld dat patiënten en zorgverleners hebben van juridische procedures en de ervaringen die zij daarmee opdoen. In hun huidige vorm kunnen het aansprakelijkheidsrecht en het medisch tuchtrecht polariserend werken en belastend zijn (Elbers 2013; Fileni et al. 2007).

4.1.1. De zorgplicht van een zorgaanbieder in de afwikkeling van schade

In recente tuchtuitspraak is tot uitdrukking gebracht dat ook het traject van schaderegelen onderdeel is van de behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt. In een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam (RTG) werd de zorgverlener expliciet verantwoordelijk geacht voor de financiële afwikkeling van een incident, inclusief voor de wijze waarop zijn verzekeraar zich opstelde in de claimbehandeling. Het RTG verweet de beide zorgverleners met name dat zij aansprakelijkheid bleven ontkennen en dat zij de verzekeraar niet hadden aangespoord tot een vlottere afronding van de zaak.

In hoger beroep is de uitspraak van het RTG Amsterdam weliswaar genuanceerd, maar het principe dat individuele zorgverleners een verantwoordelijkheid hebben in de afwikkeling van schade bleef overeind.

Het Centraal Tuchtcollege (CTG) maakt daarbij een onderscheid tussen verantwoorde medische nazorg, waaronder begrepen wordt het geven van openheid, het aanbieden van excuses, en de verzekeraar aansporen tot een vlotte afwikkeling van de claim, en de juridisch inhoudelijke afwikkeling van de claim:

Weliswaar dient de zorgverlener zijn verzekeraar deugdelijk voor te lichten, en kan er bijvoorbeeld aanleiding toe bestaan de verzekeraar in beweging te brengen of te proberen de communicatie tussen verzekeraar en patiënt te verbeteren, het ligt niet op zijn weg om zich in het kader van de door hem te verlenen nazorg te begeven in inhoudelijke discussies over civiele aansprakelijkheid, causaliteit en schadebegroting. In tegendeel, het gaat daarbij om strikt juridische aangelegenheden ten aanzien waarvan van een zorgverlener geen kennis mag worden verwacht, en waaromtrent hij om die reden ook geen verplichting heeft.

(Centraal Tuchtcollege, 8 maart 2018, 8, ECLI:NL:TGZCTG:2018:68)

Hoewel het CTG van oordeel was dat de beklagde zorgverleners in deze zaak voldoende hadden gedaan om de afwikkeling van de zaak te bespoedigen en dat hen daarom geen tuchtrechtelijk verwijt trof, doet dat oordeel niets af aan de door het RTG Amsterdam geformuleerde zorgplicht in de afwikkeling van schade.

4.1.2. Onnodige claims kunnen worden voorkomen

De impact van een schadevergoedingsprocedure is ook belangrijk omdat niet alle patiënten met die procedure geholpen zijn. Het is bekend dat veel patiënten een claim indienen om redenen die niet passen bij het (primair) materiële doel van het aansprakelijkheidsrecht (Relis 2006). Veel patiënten willen informatie, erkenning, of excuses. Soms dienen patiënten een verzoek tot schadevergoeding in omdat zij niet weten hoe ze op een andere manier hun klacht of zorgen voor het voetlicht kunnen brengen. Het kan tot slot ook zo zijn dat de patiënt ook schadevergoeding wil ontvangen, maar dat dit niet het enige doel is.

4.2. ERVARINGEN IN HET LEERNETWERK

4.2.1. Direct contact opnemen

De gang van zaken bij de afhandeling van claims is aan de orde gekomen op de netwerkbijeenkomst 'Nieuwe ontwikkelingen in de afwikkeling van schade'. Het blijkt voor te komen dat een patiënt nog niet bij de (patiënten)contactpersoon of jurist bekend is, en onverwacht een verzoek tot schadevergoeding indient. Deelnemers van het OPEN Leernetwerk vinden het belangrijk om dan wel snel contact op te nemen met de patiënt, zodat zij kunnen achterhalen wat diens behoeften zijn. In de discussie werd naar voren gebracht dat het de voorkeur kan hebben om dit telefonisch te doen in plaats van schriftelijk, om formalisering en juridisering van het contact tegen te gaan. De patiënt moet niet alleen worden geïnformeerd, maar ook moeten diens vragen worden geïnventariseerd. OPEN deelnemers brachten ter sprake dat zij er bijvoorbeeld rekening mee houden of de patiënt nog in behandeling is. Dan kan worden voorkomen dat de schadeafwikkeling een stoorzender is in de verhouding tussen de behandelaar en de patiënt.

OPEN PRAKTIJK: MET DE PATIËNT IN GESPREK

Na ontvangst van een verzoek tot schadevergoeding wordt contact opgenomen met de patiënt om te achterhalen welk doel hij met het verzoek nastreeft en of het aansprakelijkheidsrecht daarvoor de juiste route is. Indien er nog geen klachtbemiddeling en/of persoonlijk contact tussen de zorgverlener en de patiënt heeft plaatsgevonden wordt een gesprek aangeboden met de betrokken zorgverlener, de (patiënten)contactpersoon en/of juridische zaken.

De betrokkenheid van een belangenbehartiger wordt door OPEN ziekenhuizen soms als lastig ervaren, bijvoorbeeld omdat zij daardoor niet direct contact kunnen opnemen met de patiënt, maar via de belangenbehartiger moeten communiceren. Tegelijkertijd achten zij het in sommige gevallen wel raadzaam dat de patiënt een belangenbehartiger in de arm neemt, bijvoorbeeld wanneer het een hoge schade betreft. Die kan onafhankelijk advies geven over ingewikkelde juridische kwesties. De belangenbehartiger kan bovendien een de-escalerende rol spelen, door onrealistische verwachtingen van de patiënt te temperen, bijvoorbeeld omtrent de mogelijkheden tot schadevergoeding en wat de patiënt van de zorgverlener kan verwachten. Dat blijkt onder meer uit wetenschappelijk onderzoek in Nieuw Zeeland (Moore & Mello 2017).

4.2.2. Contact onderhouden

Bij de behandeling van een claim, zeker wanneer de beoordeling daarvan langer duurt dan wettelijk is vastgelegd, verdient het aanbeveling om regelmatig contact op te nemen en te voorzien in voortgangsinformatie. Dit is een taak die kan worden toebedeeld aan de patiëntencontactpersoon of iemand van juridische zaken. Eén OPEN ziekenhuis heeft een ‘patient supporter’ aangesteld die gedurende de schadeafhandeling contact onderhoudt. Dat geldt ook wanneer de behandeling van een claim is overgenomen door de verzekeraar.

4.2.3. Bureau OPEN in de afhandeling van medische schade

Eerder kwam aan de orde dat juridische procedures in de gezondheidszorg vaak verkokerd zijn. Daardoor wordt in één procedure aan bepaalde behoeften van de patiënt veel aandacht besteed, maar raken andere behoeften buiten beeld. Structurele samenwerking tussen functionarissen met één aanspreekpunt voor patiënten (Bureau OPEN) kan bijdragen aan ‘ontkokering’. Dit centrale aanspreekpunt, bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris/patiëntencontactpersoon, kan ervoor zorgen dat verschillende behoeften van de patiënt op de juiste plek worden ondergebracht. Op de netwerkbijeenkomst werd benadrukt dat het belangrijk is om hier goede afspraken over te maken, omdat het niet vanzelfsprekend is dat functionarissen elkaar iedere keer goed weten te vinden.

4.2.4. Afronding van het schadetraject

Er zijn verschillende manieren om het schadetraject af te sluiten. Sommige OPEN ziekenhuizen vinden het prettig om de gemaakte afspraken in een bindende overeenkomst (in juridisch jargon: ‘vaststellingsovereenkomst’, afgekort VSO) vast te leggen. De aard van een VSO brengt mee dat een patiënt niet meer terug kan komen op afspraken die in een VSO zijn vastgelegd. Het is daarom belangrijk dat patiënten goed worden geïnformeerd over de aard, inhoud en gevolgen van een VSO (Laarman 2018).

Er zijn omstandigheden waarin een VSO minder geschikt is om een schadetraject af te sluiten. Dergelijke omstandigheden doen zich bijvoorbeeld voor wanneer er sprake is van een tegemoetkoming zonder dat aansprakelijkheid tot op de bodem is uitgezocht (zuivere coulancebetaling), als er nog geen sprake is van een medische eindtoestand en dus ook geen goed zicht op de grootte van de schade, of als de patiënt niet is bijgestaan door een belangenbehartiger die hem over juridische aspecten kan adviseren. In dergelijke gevallen geven OPEN ziekenhuizen er de voorkeur aan om afspraken te maken zonder deze in een juridisch bindende vorm te gieten.

5. Discussie

Als er iets misgaat in de behandeling van een patiënt kan daar veel bij komen kijken

Patiënten willen informatie over wat er is gebeurd en wat het ziekenhuis doet om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen. Zorgverleners zijn vaak hevig geraakt door wat er is gebeurd, zij hebben opvang nodig om te verwerken wat er is gebeurd en daarvan te kunnen leren. Als er sprake is van een mogelijke calamiteit, dan moet de gebeurtenis aan de IGJ worden gemeld en onderzocht in een intensief en langdurige onderzoekstraject. Soms is er ook sprake van een klacht, of moet worden onderzocht of de patiënt recht heeft op een schadevergoeding. Deze verschillende behoeften en belangen komen aan de orde in afzonderlijke procedures en zijn belegd bij verschillende functionarissen.

De gemene deler is openheid. Openheid stelt patiënten in staat om te verwerken wat hen is overkomen en keuzes te maken voor de toekomst, maar openheid kan ook helend zijn voor de zorgverlener als second victim en het ziekenhuis dat naar verbetering streeft. Dat openheid in het belang van alle betrokken partijen is, betekent echter niet dat het gemakkelijk is om open te zijn. Soms kunnen verschillende belangen die naar hetzelfde doel leiden ogenschijnlijk toch uiteenlopen. Dit onderzoeksrapport beoogt te laten zien dat de belangen van patiënten, zorgverlener, en organisatie niet alleen met elkaar verenigbaar zijn, maar elkaar in een just culture kunnen versterken.

Openheid staat hoog op de agenda

Sinds OPEN in 2015 van start ging is er veel gebeurd. De invoering van de Wkkgz en de grote aandacht in de publieke media voor de manier waarop zorginstellingen omgaan met ongewenste gebeurtenissen heeft openheid hoog op de agenda geplaatst van wetenschap, praktijk en politiek. Die aandacht was duidelijk voelbaar in de organisatie van het leernetwerk. Netwerkbijeenkomsten werden drukbezocht, ziekenhuizen gingen zich zelf voor het leernetwerk aanmelden, en ziekenhuizen raakten nauwer betrokken bij de organisatie van het leernetwerk. Ziekenhuizen fungeerden bijvoorbeeld als gastlocatie voor netwerkbijeenkomsten en traden graag op als spreker. Sommigen van hen werden ook meer expliciet over hetgeen zij als deelnemers met het leernetwerk willen bereiken. Soms zat de brede aandacht in de sector voor openheid ons dwars, wanneer de aanmeldingen voor een netwerkbijeenkomst tegenvielen omdat er gelijktijdig andere bijeenkomsten waren gepland rond dit thema.

Handelingsonderzoek in het OPEN leernetwerk is en blijft een avontuur. Na drie jaar is een leernetwerk opgebouwd van enthousiaste ziekenhuizen die bereid zijn om inzicht te geven in hun werkwijzen, mee denken over oplossingen, en bij tijd en wijle kritisch zijn over de ingebrachte kennis van de onderzoekers. Of het lukt om onze aannames op deze manier te toetsen is altijd afhankelijk van de mate waarin de ziekenhuizen erop vertrouwen dat zij zich over gevoelige thema's kunnen uitspreken. Veel daarvan is afhankelijk van de persoonlijke relaties in het leernetwerk. Wij hopen dat we onze relatie met de ziekenhuizen, en de relatie tussen de ziekenhuizen onderling, in de komende OPEN cyclus duurzaam kunnen behouden. Want hoewel OPEN ziekenhuizen op sommige terreinen grote stappen hebben gemaakt, zijn er nog zaken die aandacht behoeven.

De begeleiding van patiënten na een ongewenste gebeurtenis

Dat geldt ten eerste voor de vaak nog gebrekkige opvang en begeleiding van patiënten. Wij pleiten in dit rapport voor de aanstelling van één centrale contactpersoon voor patiënten die met andere betrokken professionals samenwerkt in wat wij 'Bureau OPEN' noemen. Deze werkwijze kan tegemoetkomen aan een aantal problemen die wij hebben gesignaleerd die samenhangen met het fenomeen 'verkokering' dat op verschillende plekken in dit rapport aan de orde is gekomen. Door samenwerking in een Bureau OPEN kan worden voorkomen dat een patiënt ongewild uit beeld verdwijnt. Daarvan kan bijvoorbeeld sprake

zijn wanneer de ongewenste gebeurtenis nog niet juridisch gekwalificeerd is. Voor deze periode kort na een gebeurtenis bestaat meestal geen beleid.

Maar ook wanneer een patiënt zich reeds in een procedure, oftewel een koker, bevindt, kan een Bureau OPEN helpen om patiënten te begeleiden na een ongewenste gebeurtenis. Als de verschillende betrokken professionals elkaar en de patiënt op de hoogte houden van de stand van zaken, kan een patiënt worden geholpen om tussen kokers te schakelen wanneer hij behoeften heeft die in verschillende kokers thuis-horen. In sommige OPEN ziekenhuizen is de facto reeds sprake van een 'Bureau OPEN'. Soms zijn de afspraken daarover ook schriftelijk vastgelegd, maar in veel gevallen gebeurt overleg ad hoc en informeel, bijvoorbeeld doordat verschillende functionarissen bij elkaar op de kamer werken. De verschillende manieren waarop ziekenhuizen hier vorm aan geven vragen om nader onderzoek naar de 'beste' manier.

De balans tussen 'veilig' en OPEN

Openheid veronderstelt dat zorgverleners open durven zijn wanneer er iets misgaat in de behandeling van een patiënt. Daarom wordt er in ziekenhuizen gewerkt aan een omslag van een blame culture naar een just culture. In een just culture worden zorgverleners die een veronderstelde fout maken niet gestraft, maar juist opgevangen en geholpen om de gebeurtenis te verwerken en daarvan te leren. Daarbij gaat de voorkeur uit naar opvang door collega's (peer support). In de opvang van zorgverleners zijn sinds de start van OPEN grote stappen gezet. Inmiddels hebben bijna alle OPEN ziekenhuizen een vorm van opvang georganiseerd of zijn zij daarmee bezig. In alle gevallen gaat het om peer support, vaak gemodelleerd naar het UMCG- of het 'drie gesprekken' OLVG-model. De ervaringen van zorgverleners met peer support zijn nog niet in kaart gebracht.

Just culture wordt meestal genoemd in het kader van een veilige leercultuur en in de meeste daaraan gegeven definities beperkt het begrip zich dan ook tot de manier waarop zorginstellingen omgaan met zorgverleners die een mogelijke fout maken. Just culture kan zich echter niet tot een dergelijk smalle invulling van dat begrip beperken, maar omvat ook de manier waarop na een gebeurtenis wordt gewerkt aan het behoud of herstel van de relatie met patiënten. Dat geldt alleen al omdat patiënten steeds meer bij het bevorderen van patiëntveiligheid worden betrokken. Oftewel: patiënten, hun perspectief op wat er is gebeurd en hun mogelijke klachten daarover, zijn onderdeel van een veilige leercultuur. Daarom moet er in een just culture worden nagedacht over de manier waarop je dat het beste doet, met aandacht voor de behoeften van individuele patiënten én de moeilijkheden die zorgverleners hierin kunnen ervaren. Sommige OPEN ziekenhuizen zien het belang in van begeleiding van zorgverleners in het geven van openheid. Dat levert nog veel vragen op, zoals: kan een peer supporter begeleiden in het geven van openheid? Kan een klachtenfunctionaris, ombudsman, (patiënten)contactpersoon begeleiden in openheid, als een 'disclosure coach'? Hoe pak je het praktisch aan – bijvoorbeeld wanneer het gesprek met de patiënt onverwachts, in het weekend of 's avonds plaatsvindt? Dat zijn vragen die in het vervolg van OPEN onder de loep kunnen worden genomen.

In het tegengaan van 'blame' kan het gedachtengoed van de patiëntveiligheidstheorie Safety-II behulpzaam zijn. De patiëntveiligheidstheorie Safety-II neemt het systeemdenken van just culture als uitgangspunt en gaat nog een stap verder. In Safety-II wordt er van uit gegaan dat systemen dermate complex zijn geworden dat zij niet (meer) volledig herleidbaar zijn. Dat betekent dat vooraf gedetailleerd vastleggen hoe zorgverleners in een specifieke situatie moeten handelen vaak niet mogelijk is. Het sleutelwoord in Safety-II is veerkracht ('resilience'): patiëntveiligheid is in een Safety-II perspectief afhankelijk van de mate waarin zorgverleners hun werkwijzen aan wisselende omstandigheden kunnen aanpassen. Dat brengt mee dat alle gebeurtenissen, gewenst of ongewenst, ontstaan door dagelijkse aanpassingen in

werkwijzen ('performance variability') die vaak goed gaan, en soms niet (Hollnagel, Wears et al., 2015). Daarom zou de focus niet uitsluitend moeten liggen op het achterhalen van de oorzaken van ongewenste gebeurtenissen ('root cause analysis'), maar zou er eveneens onderzocht moeten worden waarom en hoe gebeurtenissen heel vaak goed gaan.

De onderzoeksmethodiek van Safety-II is 'Functional resonance analysis method' (FRAM). Een FRAM-model komt tot stand op basis van interviews met de werkvloer en visualiseert alle activiteiten in het werkproces en hun onderlinge invloed (Hollnagel, Wears, & Braithwaite 2015). Daarmee biedt het Safety-II perspectief een mogelijkheid om patiëntveiligheid na te streven op een constructieve en rechtvaardige manier, zonder blame. Het zou interessant zijn om na te gaan wat het gedachtengoed van Safety-II kan betekenen voor de ervaringen van zorgverleners die meemaken dat er iets mis gaat. Nog interessanter wordt het wanneer we kunnen onderzoeken hoe dat van invloed kan zijn op de wijze waarop zorgverleners communiceren met patiënten die dat overkomt.

De juridische wereld achter een ongewenste gebeurtenis

Juridische procedures naar aanleiding van een ongewenste gebeurtenis kunnen belastend zijn voor zowel patiënten als zorgverleners. Daarom moeten onnodige procedures zo veel mogelijk worden voorkomen, bijvoorbeeld door proactieve klachtenopvang. Nodige procedures, bijvoorbeeld wanneer er een evident recht op schadevergoeding bestaat, moeten zo worden ingericht dat zij zo min mogelijk toegevoegde schade veroorzaken. In OPEN heeft de focus vooralsnog gelegen op hetgeen zich binnen de muren van het ziekenhuis afspeelt en dan specifiek met betrekking tot het melden, onderzoeken en bespreken van ernstige incidenten en calamiteiten. Wederom willen wij benadrukken dat in een just culture niet kan worden volstaan met een dergelijk eenzijdige belichting van ongewenste gebeurtenissen. In het kader van patiëntveiligheid en rechtvaardigheid is immers ook de manier waarop klachten en claims worden afgehandeld van belang en van invloed op de mate waarin een cultuur als veilig wordt ervaren. In het vervolg van OPEN zal meer aandacht bestaan voor wat just culture betekent voor de letselschadepraktijk.

Het vervolg van OPEN

Het OPEN-project start nu met de derde fase (OPEN III). OPEN I en II hebben in het teken gestaan van terreinverkenning en het in kaart brengen van 'goede praktijken'. OPEN III zal in het teken staan van evaluatie: wat werkt nu écht, vanuit het perspectief van de patiënt én de zorgverlener? Dit willen wij onderzoeken door het zichtbaar maken van ervaringen van patiënten en zorgverleners. Wij willen nagaan of we in dat onderzoek ook kunnen aansluiten bij het gedachtengoed en de methodiek van Safety-II. Immers, ook als er iets is misgegaan kan er nog steeds veel goed gaan op het gebied van communicatie en begeleiding. Tot nu toe hebben wij geprobeerd in OPEN recht te doen aan het gedachtengoed van Safety-II door het in kaart brengen van positieve OPEN praktijken. In het vervolg van OPEN kunnen we dit uitgangspunt mogelijk meer handen en voeten geven door ons ook bij het in kaart brengen van werkwijzen die gericht zijn op openheid te laten inspireren door de onderzoeksmethodiek van Safety-II. Dit zou de OPEN deelnemers een helder inzicht bieden in de manier waarop werkprocessen gericht op openheid verlopen. Het OPEN leernetwerk blijft de kern van OPEN III. In de loop van 2018/2019 wordt een nieuwe cyclus van netwerkbijeenkomsten gepland. Deze worden aangekondigd op de website www.openindezorg.nl.

Aanbevelingen

Openheid vereist een integrale aanpak met oog voor de behoeften van de patiënt én van de zorgverlener die second victim is. Wij doen daartoe enkele concrete aanbevelingen.

- » Inventariseer in een vroeg stadium wat de behoeften zijn van de patiënt;
- » Benoem één centrale contactpersoon voor patiënten die het overzicht over procedures behoudt en de patiënt op de hoogte houdt;
- » Maak afspraken over samenwerking tussen functionarissen die zijn betrokken bij klacht- en claimafhandeling en het doen van onderzoek naar de ongewenste gebeurtenis;
- » Bied peer support aan voor zorgverleners die bij een ongewenste gebeurtenis zijn betrokken;
- » Begeleid zorgverleners reeds in een vroeg stadium wanneer zij openheid geven naar de patiënt;
- » Wees zo open mogelijk over calamiteitenrapportages, maar doe dat met inachtneming van de nodige zorgvuldigheid zoals omschreven in het kennisdocument 'Wat weten we over... Het betrekken van de patiënt, de familie en/of nabestaanden bij de calamiteitenanalyse?';
- » Blijf met de patiënt in gesprek, ook wanneer deze juridische stappen onderneemt, zoals omschreven in het kennisdocument 'Wat weten we over... De afhandeling van verzoeken tot schadevergoeding'?

De leden van de onderzoeksgroep geven uitvoering aan naastgelegen activiteiten die inhoudelijk met OPEN samenhangen. Door deze activiteiten worden inzichten uit OPEN verspreid, en omgekeerd wordt weer kennis opgehaald ten behoeve van OPEN. Inzichten die zijn opgedaan in deze projecten zijn eveneens opgenomen in dit onderzoeksrapport.

Nulmeting en monitor Wkkgz

Onderzoeksinstituut NIVEL voerde een nulmeting Wkkgz uit op verzoek van het Ministerie van VWS. Het doel van deze nulmeting is het bieden van inzicht in de stand van zaken op het moment van krachtwording van de Wkkgz: dus per 1 januari 2016. Deze nulmeting is gebaseerd op beschikbare bronnen, er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. In 2017 werd de eerste WKKGZ monitor gepubliceerd.

Laarman, B., Schoten, S. van, Friele, R., Nulmeting: Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz). Utrecht, NIVEL, 2016.

De impact van openbaarmaking van tuchtrechtelijke maatregelen

De aanleiding voor dit onderzoek is de toezegging van minister Schippers ten tijde van de wetwijziging BIG om onderzoek te laten doen naar de gevolgen van het openbaar maken van berispingen en geldboetes. In deze wetwijziging is besloten het regime van openbaarmaking van tuchtmaatregelen uit te breiden en berispingen en geldboetes openbaar te maken ter wille van de transparantie voor burgers. Waarschuwingen worden niet openbaar gemaakt. Het onderzoek onder zorgverleners is gedaan over de periode van juli 2012- medio augustus 2016. Alle zorgverleners met een opgelegde berisping, geldboete of waarschuwing ontvingen een link naar een online vragenlijst.

Friele, R., Hendriks, M., Laarman, B., Bouwman, R., Veer, A. de, Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes. Utrecht, NIVEL, 2017.

Monitor Wkkgz

Minister Schippers heeft aan de Eerste Kamer toegezegd een monitor Wkkgz te laten uitvoeren door het Nivel. Deze geeft inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen na de invoering van de Wkkgz op het gebied van het klachtrecht. Daarbij zijn gepubliceerde gegevens gebruikt en met een vragenlijst zijn nieuwe gegevens verzameld onder klachtenfunctionarissen. Ook zijn bijeenkomsten georganiseerd met zorgaanbieders.

Bouwman, R., Gennip, I.E. van, Friele, R., Monitor Wkkgz: stand van zaken implementatie "effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling". Utrecht, NIVEL, 2017.

Betrekken van naasten bij calamiteitenanalyse in de GGZ

De IGJ wilde van Nivel en ESHPM weten hoe de betrokkenheid van patiënten en naasten bij een calamiteitenonderzoek er in de praktijk uitziet en hoe zij deze het best kan stimuleren. Hiertoe zijn verschillende betrokkenen geïnterviewd, zoals patiënten, naasten, zorgverleners, andere zorgprofessionals en inspecteurs. Daarnaast zijn relevante beleidsdocumenten bestudeerd.

Bouwman, R., Graaff, M.B. de, Beurs, D. de, Bovenkamp, H. van de, Friele, R., Calamiteitenonderzoek in de Geestelijke Gezondheidszorg: het betrekken van patiënten en hun naasten of nabestaanden bij calamiteitenonderzoek in de Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht, Nivel, 2018.

Evaluatie van de GOMA

De Gedragscode Openheid na medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) beoogt een open reactie te bevorderen bij bijvoorbeeld een calamiteit, een klacht of een incident. Op verzoek van De Letselschade Raad (DLR) heeft het Nivel onderzoek gedaan naar de manier waarop ziekenhuizen de GOMA en het achterliggende gedachtengoed borgen.

Laarman, B.S., Coppenhagen, T., Bouwman, R., Friele, R.D. Ervaringen met de GOMA: ervaringen met deel A van de Gedragscode Openheid na medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (2010). Welke vragen spelen bij de implementatie van een open beleid in ziekenhuizen? Utrecht; Nivel, 2018.

Pilot Casemanagement

Ook als betrokken artsen en het ziekenhuis na een medisch incident in alle openheid hebben gecommuniceerd en alles doen wat je als patiënt redelijkerwijs mag verwachten, hebben veel patiënten behoefte aan iemand die hen bijstaat en die hen langer kan helpen op praktisch, juridisch en psychosociaal vlak. Uit onderzoek blijkt dat gedupeerde patiënten niet de hulp krijgen die zij nodig hebben. Daarom onderzoekt Fonds Slachtofferhulp, in samenwerking met zeven ziekenhuizen, in een proefproject de meerwaarde van ondersteuning door een casemanager.

<https://fondsslachtofferhulp.nl/project/pilot-casemanagement-medische-incidenten/>

OPEN in de huisartsenzorg

Er is veel aandacht voor medische missers, maar hoe er in de huisartsenzorg met klachten en incidenten wordt omgegaan, is minder bekend. Het Nivel wil met nieuw onderzoek in het project 'OPEN in de huisartsenzorg' bijdragen aan een correcte behandeling van klachten en incidenten in huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en huisartsenposten. OPEN in de huisartsenzorg wordt gefinancierd door Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving (SASS).

Goed opgelost

De VU werkt samen met Moondocs documentairemakers in een door SASS gefinancierd project om veerkracht bij slachtoffers in de zorg te bevorderen door het vastleggen van positieve verhalen in de zorg. Goed Opgelost wordt een webplatform met korte films, teksten en audiofragmenten, over cases waarin problemen op een constructieve manier zijn opgelost. Daardoor raken slachtoffers geïnformeerd en geïnspireerd om hun eigen problemen aan te pakken.

<https://moondocs.nl/ged-opgelost>

<https://www.sass.nl/projecten/goed-opgelost/>

VERWANTE PUBLICATIES

Friele, R.D., 'Klachtrecht: het recht op een luisterend oor', TvGR 2016, p. 92-102.

Het klachtrecht draagt bij aan publiek vertrouwen in de gezondheidszorg. Klachtrecht biedt de waarborg dat je in ieder geval ergens terecht kan als er iets misgegaan is.

Alleen al dit grote publieke belang rechtvaardigt een goede regeling van het klachtrecht. Daarnaast is het klachtrecht ook van belang als instrument voor kwaliteitsverbetering en als instrument voor de verduidelijking van rechtsposities en normen.

Laarman, B.S., 'De professionele standaard: wat is een open en eerlijke reactie na een medisch incident?', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2017 (41) 4-5, pp. 351-359.

Uit actuele inzichten uit wetenschap en (tucht)rechtspraak zijn vijf elementen van openheid af te leiden waaraan een open en eerlijke reactie moet voldoen. Deze worden toegelicht.

Laarman, B.S., en Akkermans, A.J., Innovating Compensation for Medical Liability in the Netherlands, Chapter 12 in the International Academy of Comparative Law General Report.

Hoofdstukbijdrage waarin het Nederlandse stelsel van de beoordeling van medische claims wordt uiteengezet, evenals recente ontwikkelingen zoals de invoering van de Wkkgz, De GOMA en leernetwerk OPEN.

Laarman, B.S. en Akkermans, A.J., 'De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz: de beloften van het klachtrecht voor patiënten, de eerste stappen naar verwezenlijking door de ziekenhuizen, en de eerste verrichtingen van de Wkkgz-geschilleninstanties', TVP 2017 (3) 57-79.

De inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft grote gevolgen voor de afwikkeling van schadeclaims in de zorg. Op grond van de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht om een verzoek tot schadevergoeding zelf zorgvuldig te onderzoeken en te beoordelen. Het maximum van 25.000 euro geldt hier niet, waardoor alle medische schadeclaims in dit traject terecht kunnen komen. In deze bijdrage wordt uitgewerkt welke consequenties deze verplichting in de praktijk kan hebben.

Laarman, B.S., 'De informatieplicht van een zorgaanbieder bij de afwikkeling van medische schade', TVP 2018, p. 89-100

Schikkingsonderhandelingen in de Wkkgz-voorfase en bindend advies worden vaak afgerond met een vaststellingsovereenkomst. De aard van de vaststellingsovereenkomst geeft veel gewicht aan de wilsvorming vooraf. Dat veronderstelt een informatieplicht. De informatieplicht wordt ingevuld voor de situatie waarin de zorgaanbieder schikkingsonderhandelingen voert en de situatie waarin de patiënt en zorgverlener een klacht als geschil aan een geschilleninstantie voorleggen.

Legemaate, J., 'Just culture': juridische mogelijkheden en grenzen, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2017;161:D1090.

Het melden van calamiteiten is niet 'veilig', wat betekent dat de IGJ een tuchtklacht kan indienen naar aanleiding van een calamiteitenmelding. Om draagvlak in de samenleving te behouden is het belangrijk dat maatregelen genomen kunnen worden in het geval van ernstige incidenten, maar daarvan moet zo terughoudend mogelijk gebruik worden gemaakt. De grenzen van 'just' worden toegelicht.

7. Literatuurlijst

- Akkermans, A.J. & K.A.P.C. van Wees (2007) 'Het letselschadeproces in therapeutisch perspectief', *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade* 4, pp. 103-118.
- Alhafaji, Y., B. Frederiks, J. Legemaate, (2009) 'Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht', *Nederlands-Vlaams tijdschrift voor Mediation en conflictmanagement* 13, pp. 18-42.
- Boothman, R. C., A.C. Blackwell, D.A. Campbell, E. Commiskey, S. Anderson, (2009) 'A better approach to medical malpractice claims? The University of Michigan experience', *Journal of Health, Life Science & Law* 2, pp. 125-59.
- Bouwman, R., I. van Gennip, R. Friele (2017) *Monitor Wkkgz: Stand van zaken implementatie 'Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling, Nivel: Utrecht.*
- Bradbury, Hilary (2015) *The Sage handbook of action research*, SAGE Publishing: London.
- Coughlan, B., D. Powell, M.F. Higgins (2017) 'The second victim: a review', *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 213, pp. 11-16.
- De Vos, M., L. Den Dijker, J. Hamming (2017) 'Hoe we beter en veiliger kunnen leren van calamiteiten: vertaling van 'Just Culture' en 'Safety-II' naar de klinische praktijk', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 5.
- Dekker, S.W.A., T. B. Hugh, R.M. Wachter, P.J. Pronovost, S. Dekker, T. Laursen, D. Pittet, B. Allegranzi, J. Boyce, H. Peled (2010) 'Balancing No Blame with Accountability in Patient Safety', *New England Journal of Medicine* 362, p. 275.
- Dekker, S.W.A., T. Laursen (2007) 'From punitive action to confidential reporting', *Patient Saf. Qual. Healthcare* 5, pp. 50-56.
- Elbers, N.A. (2013) 'Empowerment of injured claimants: Investigating claim factors, procedural justice and e-health', *Vrije Universiteit: Amsterdam.*
- Fileni, A., N. Magnavita, F. Mammi, G. Mandoliti, F. Lucà, G. Magnavita, A. Bergamaschi (2007) 'Malpractice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: perceived causes and consequences', *La radiologia medica* 112, p. 1069.
- Friele, R. (2016) 'Klachtrecht: het recht op een luisterend oor', *Nederlands Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 30 (1) pp. 92-102.
- Friele, R., R. Coppen (2010) 'Wetgeving en de positie van de patiënt: instrument voor verandering of terugvaloptie?', *Journal website <http://www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/rechtderwerkelijkheid>: 3.*
- Friele, R.D., C. Ruiter, F. Wijmen, J. Legemaate (1999) *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Zonmw.*
- Friele, R.D., E.M. Sluijs (2004) *Klagers en klachtenbehandeling: nog geen perfecte match, Nivel: Utrecht.*
- Friele, R., M. Hendriks, B. Laarman, R. Bouwman, A. de Veer (2017) *Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes, Nivel: Utrecht.*

Houh, E.M.S., K. Kalsem (2015) 'Theorizing Legal Participatory Action Research: Critical Race/Feminism and Participatory Action Research', *Qualitative Inquiry* 21, pp. 262-76.

Iedema, R., S. Allen, K. Britton, D. Piper, A. Baker, C. Grbich, A. Allan, L. Jones, A. Tuckett, A. Williams (2011) 'Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the "100 patient stories" qualitative study', *BMJ: British Medical Journal* 343.

Iedema, R., S. Allen, R. Sorensen, T.H. Gallagher (2011) 'What Prevents Incident Disclosure, and What Can Be Done to Promote It?', *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 37, pp. 409-17.

Kaldjian, L. C., E. W. Jones, G. E. Rosenthal, T. Tripp-Reimer, S. L. Hillis (2006) 'An Empirically derived Taxonomy of Factors affecting Physicians' Willingness to disclose Medical Errors', *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. 942-8.

Kruikemeier, S., R. Coppen, J. Rademakers, R.D. Friele (2009) *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Nivel: Utrecht.

Laarman, B.S. (2018) 'De informatieplicht van een zorgaanbieder bij de afwikkeling van medische schade', *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade* 3, pp. 11-23.

Laarman, B.S., M.C. Bomhoff, R. Friele, A.J. Akkermans, J. Legemaate (2016a) 'In vier stappen naar een adequate reactie na een incident.' Nivel:Utrecht.

Laarman, B.S., M.C. Bomhoff, R. Friele, A.J. Akkermans, J. Legemaate (2016b) *OPEN: Open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis, schriftelijk verslag van het eerste jaar OPEN*. Utrecht: NIVEL.

Laarman, B.S., T. Coppenhagen, R. Bouwman, R.D. Friele (2018) *Ervaringen met de GOMA: Ervaringen met deel A van de Gedragscode Openheid na medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid* (2010) *Welke vragen spelen bij de implementatie van een open beleid in ziekenhuizen?* Utrecht: Nivel.

Laarman, B.S., S. van Schoten, R. Friele (2016) *Nulmeting: Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)* Nivel: Utrecht.

Laarman, B.S., A.J. Akkermans (2017) 'De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz: De beloften van het klachtrecht voor patiënten, de eerste stappen naar verwezenlijking door de ziekenhuizen, en de eerste verrichtingen van de Wkkgz-geschilleninstanties', *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade* 3, pp. 57-79.

Laarman, B.S., A.J. Akkermans, R.D. Friele, J. Legemaate (2017) 'Ask, don't assume!': Actuele inzichten in de organisatie van openheid na een medisch incident', *Kwaliteit in Zorg*, pp. 24-26.

Legemaate, J. (2007a) 'Het klachtrecht van de patiënt', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 31, pp.342-48.

Legemaate, J., J.J.E. van Everdingen, J. Kievit, J.W.M. Stappers (2007) 'Openheid over fouten in de gezondheidszorg', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151, pp.319-22.

Legemaate, J. (2007b) 'Recht op informatie over fouten van artsen', *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade* 1, pp. 1-4.

Legemaate, J. (2017) ‘Just culture’: juridische mogelijkheden en grenzen’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161;D1725: 3.

Legemaate, J., A.J. Akkermans, R.D. Friele (2015) ‘Openheid over medische fouten: waar staan we?’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 159:A9089.

Leistikow, I. 2018. ‘IGJ en tucht – de balans tussen ‘het systeem’ en ‘individuele verantwoordelijkheid.’ blog gepubliceerd via [LinkedIn](#).

Leistikow, I., Y. Van der Tuijn, and R. Van Diemen-Steenvoorde (2015) ‘IGZ promoot just culture: onveilig gedrag aanpakken om de zorg veiliger te maken’, *Medisch Contact (Online)*.

Linthorst, G.E., B.L. Kallimanis-King, I.D. Dekker, J.B.L. Hoekstra, J. de Haes (2012) ‘What contributes to internists’ willingness to disclose medical errors?’, *Predictions of the past, prepared for the future?* 208, p. 242.

Mazor, K.M., S.L. Goff, K. Dodd, E.J. Alper (2009) ‘Understanding patients’ perceptions of medical errors’, *Journal of Communication in Healthcare* 2, pp. 34-46.

Meynaar, I., I. Purmer, Ph. Kahn, Th. Van Woerkom (2018) ‘Melder calamiteit verdient bescherming: dreiging van tuchtzaak strijdig met veilige meldcultuur’, *Medisch Contact* 5, pp. 2-5.

Moore, J., M. Bismark, M.M. Mello (2017) ‘Patients’ experiences with communication-and-resolution programs after medical injury’, *JAMA internal medicine* 177, pp. 1595-603.

Moore, J., M.M. Mello (2017) ‘Improving reconciliation following medical injury: a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand’, *BMJ Quality and Safety* 26, pp. 788-98.

O’Connor, E., H.M. Coates, I. E. Yardley, A. W. Wu (2010) ‘Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review’, *International Journal of Quality in Health Care* 22, pp. 371-379.

Plews-Ogan, M., .N. May, J. Owens, M. Ardel, J. Shapiro, S.K Bell (2016) ‘Wisdom in medicine: what helps physicians after a medical error?’, *Academic Medicine* 91, pp.233-41.

Reason, P., H. Bradbury (2001) *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*, SAGE: London.

Relis, T. (2006) ‘It’s Not About the Money: A Theory of Misconceptions of Plaintiffs’ Litigation Aims’, *University of Pittsburgh Law Review* 68, p. 701-746.

Schouten, L., K. Vanhaecht, E. Coeckelbergs, G. Zeeman (2018) ‘Onbedoelde schade treft ook de arts: impact van patiëntveiligheidsincident op zorgverleners wordt onderschat’, *Medisch Contact* 3.

Schwappach, D. L., T. A. Boluarte. 2009. ‘The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability’, *Swiss Medical Weekly* 139, pp.9-15.

Scott, S.D., L.E. Hirschinger, K.R. Cox, M. McCoig, J. Brandt, L.W. Hall (2009) ‘The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events’, *Quality and Safety in Health Care* 18, pp. 325-30.

Seys, D., A. Wu, E. Van Gerven, A. Vleugels, M. Euwema, M. Panella, S.D. Scott, J. Conway, W. Sermeus, and Kris Vanhaecht. 2013. 'Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review', *Evaluation & the Health Professions* 36, pp. 135-62.

Sijmons, J., J.H. Hubben (2014) 'De Tweede Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 38, pp.264-81.

Smeehuijzen, J.L., K.A.P.C. Van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach, J.E. Hulst (2013) *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*, Vrije Universiteit: Amsterdam.

Vincent, C., A. Phillips, M. Young (1994) 'Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action', *The Lancet* 343, pp. 1609-13.

Wilken, A. (2015) *Het medisch beoordelingstraject bij letselschade: verslag van een juridisch handelingsonderzoek*, Vrije Universiteit: Amsterdam.

Wu, A.W. (2000) 'Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too', *BMJ: British Medical Journal* 320, p. 726.

8. Bijlagen

d.d. 21-9-2017

OPEN Kennisdocument

Wat weten we over... Het betrekken van de patiënt, de familie en/of nabestaanden bij de calamiteitenanalyse?

Wat weten we over... de toegevoegde waarde van het patiëntenperspectief?

Patiënten willen na een medisch incident zien dat de zorgaanbieder/verlener betrokkenheid toont. Ook willen patiënten direct op de hoogte worden gesteld van een medisch incident, de aard en de toedracht van het incident en welke verbetermaatregelen worden doorgevoerd om te voorkomen dat een vergelijkbaar incident nog een keer voorkomt. Als er over het ontstaan van het incident nog niets bekend is, willen patiënten van de zorgaanbieder horen welke stappen er gezet worden om de aard en oorzaak van het incident te achterhalen.[1] Patiënten, hun familie en/of nabestaanden willen hun visie kunnen geven op wat er mis is gegaan.[2] Dat draagt ook bij aan de verwerking van wat er is gebeurd. Het horen van de patiënt is een middel om het gezamenlijk belang te vinden: voorkomen dat het incident nog een keer kan gebeuren. Daarnaast bieden de ervaringen van patiënten een aanvullend perspectief op de calamiteit.[3] Het bespreken van de rapportage is een kans om de patiënt te laten zien dat de zorginstelling open en eerlijk is over wat er is gebeurd, en welke stappen er worden gezet ter verbetering. De calamiteitenanalyse kan een instrument zijn in het voldoen aan de 5 E's van patiëntenbehoeften: Empathie, Erkenning, Explicatie, Excuses en Ertoe doen.

Wat weten we over... good practices?

OPEN practice: het eerste contact wordt gelegd door de verantwoordelijke zorgverlener, die begeleiding door de patiëntcontactpersoon aanbiedt. Als de patiënt dat wil wordt deze verder door de patiëntcontactpersoon begeleid.

OPEN Practice: de klachtenfunctionaris treedt standaard op als patiëntencontactpersoon in het geval van een calamiteit en kan de patiënt gedurende dit traject ondersteunen. In het eerste gesprek met de patiënt wordt de rol van de klachtenfunctionaris als patiëntcontactpersoon goed uitgelegd.

1. De patiënt krijgt duidelijke uitleg over procedures en tijdpad

Het is belangrijk patiënten en hun familie en/of naasten te vragen of zij betrokken willen worden bij de calamiteitenanalyse en op welke manier. Uit onderzoek blijkt dat patiënten het waarderen dat naar hun meningen en behoeften gevraagd wordt.[6] Voor patiënten en hun familie en/of naasten is het onderscheid tussen verschillende procedures en waar die toe dienen vaak onduidelijk.[6] Patiënten moet daarom worden uitgelegd hoe het onderzoek verloopt en wat hun rol daarin kan zijn. De calamiteitenanalyse dient primair kwaliteitsverbetering. Dat sluit echter niet uit dat in het onderzoek aandacht wordt besteed aan aspecten die die patiënt als belangrijk ervaart. Het is wel belangrijk het onderscheid tussen de klachtenprocedure, een claimprocedure en de calamiteitenanalyse goed uit te leggen. Het horen in het kader van het calamiteitenonderzoek moet goed worden afgebakend van een klachtenprocedure.

OPEN Practice: bij het horen van de patiënt kan een hiërarchie in vragen worden aangebracht. Het ligt voor de hand eerst de vragen van de patiënt zelf over de calamiteit te inventariseren daarna kunnen andere met de calamiteit samenhangende vragen aan de orde komen, en indien de patiënt een klacht heeft wordt die behandeld in het klachtentraject.

5.3 Van 'veilig' naar OPEN: de begeleiding van zorgverleners na een medisch incident

Om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen is het essentieel dat zorgverleners over incidenten durven spreken. Dat is enerzijds belangrijk omdat alleen van incidenten kan worden geleerd als deze worden gemeld en geanalyseerd. Anderzijds is het bespreken van incidenten belangrijk omdat een incident ook op de zorgverlener een grote impact kan hebben. Die impact kan in de weg staan aan de wijze waarop een zorgverlener met de patiënt (op de juiste manier) in gesprek gaat, maar kan indirect ook invloed hebben op diens functioneren.

Om openheid over incidenten binnen de zorginstelling te bevorderen is de laatste jaren aandacht besteedt aan manieren om een 'veiligheidscultuur' te creëren. Het waarborgen van veiligheid kan frictie opleveren met de beoogde openheid naar patiënten, wanneer er angst bestaat voor (onterechte) claims of klachten, of zorginstellingen/zorgverleners bang zijn dat er informatie over incidenten in de media belandt. In OPEN wordt inzicht verkregen hoe een balans kan worden gevonden tussen de noodzaak tot opvang voor zorgverleners, de behoefte zorgverleners te beschermen tegenodeloos ingestelde claims of media-aandacht en openheid naar patiënten.

d.d. 21-9-2017

2. De patiënt wordt gehoord en begeleid tijdens het onderzoek

Gedurende het onderzoek is het belangrijk dat patiënten op de hoogte worden gehouden. Ook als er even geen vorderingen zijn. Daarnaast is het van belang de patiënt en/of zijn naasten zo vroeg mogelijk in het onderzoek te horen, niet alleen als bijdrage aan het feitenonderzoek, maar ook om in het onderzoek aandacht te kunnen geven aan aspecten die de patiënt belangrijk vindt (voor zover passend binnen het doel van het onderzoek).

OPEN Practice: in de meeste OPEN ziekenhuizen bestaat consensus dat de hoofdbehandelaar bij het gesprek met de patiënt aanwezig moet zijn. Dat stemt overeen met consensus uit de wetenschappelijke literatuur.[7] Daarnaast zijn er regelmatig kwaliteitsfunctionarissen, leden van de Raad van Bestuur, of een klachtenfunctionaris aanwezig om het gesprek in goede banen te leiden.

3. De patiënt krijgt de rapportage na een uitgebreide uitleg mee naar huis

OPEN ziekenhuizen delen in toenemende mate de calamiteitenrapportage met de patiënt, omdat het voor de hand ligt over calamiteiten zo open mogelijk te zijn. Het delen van de integrale rapportage kan wantrouwen bij patiënten voorkomen. Bovendien ervaren patiënten het als positief dat hun casus niet geïsoleerd, maar in een bredere context wordt onderzocht. Door het delen van de rapportage laten ziekenhuizen aan patiënten zien dat zij proberen te leren. Wel moeten ziekenhuizen een duidelijke procedure opstellen over het delen van de rapportage. Dat moet gepaard gaan met een grondige uitleg. En er moeten o.a. afspraken worden gemaakt wie daarbij aanwezig is en waar het gesprek plaatsvindt.

OPEN Practice: Als het rapport is afgerond wordt de patiënt uitgenodigd voor een gesprek waarin het rapport wordt besproken. Daarna krijgt de patiënt het rapport mee naar huis. Er wordt aangeboden bij aanvullende vragen een vervolgesprek te organiseren.

OPEN Practice: voor patiënten kan het prettig zijn als er iemand aanwezig is die hen kan helpen de rapportage goed te begrijpen, of die achteraf aanvullende vragen kan beantwoorden. De huisarts kan de patiënt hierin goed ondersteunen door bij het gesprek aanwezig te zijn of achteraf de rapportage met de patiënt nog eens door te nemen.

4. De zorgverlener wordt begeleid

Ook voor zorgverleners is het meemaken van een incident doorgaans een ingrijpende gebeurtenis.[8] Angst voor de mogelijke (juridische) gevolgen kan ervoor zorgen dat de zorgverlener terughoudend is in het geven van openheid, zowel in het onderzoek als naar de patiënt. Daarom kan het belangrijk zijn ook de zorgverlener te begeleiden. Dit kan ook bijdragen aan een betere communicatie met de patiënt.

OPEN Practice: zorgverleners worden begeleid door daartoe getrainde *peer supporters* die proactief op betrokken zorgverleners afstappen als er een (ernstig) incident heeft plaatsgevonden.

OPEN Practice: verslagen van interviews met betrokken zorgverleners worden nooit in de calamiteitenrapportage opgenomen.

Hoe zat het ook alweer... de Wkkgz, de IGZ en de betrokkenheid van patiënten

Begrippenkader

Een **incident** is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en die heeft geleid, had kunnen leiden, of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt (art. 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). Een **calamiteit** verschilt van een incident in de ernst van de afloop: namelijk overlijden van de patiënt of een ernstig schadelijk gevolg (art. 1 lid 1 Wkkgz). Bij een **complicatie** is er ook sprake van een onbedoelde of ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, maar is die uitkomst niet het gevolg van een tekortkoming in de kwaliteit van zorg, maar een ingecalculeerd risico inherent aan de behandeling.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorginstellingen om calamiteiten binnen 3 dagen te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Als zich een (mogelijke) calamiteit voordoet, hebben zorginstellingen 6 weken de tijd om te onderzoeken of er al of niet sprake is van een calamiteit die gemeld moet worden. Als een calamiteit gemeld wordt, is de zorginstelling wettelijk verplicht de calamiteit te onderzoeken. Daarom gaan de meeste zorginstellingen direct over tot onderzoek. De IGZ hecht er waarde aan dat het perspectief van de patiënt, diens familie en/of nabestaanden in het onderzoek wordt betrokken. Daarom wordt in de Leidraad calamiteitenonderzoek gevraagd op welke wijze de zorginstelling de patiënt, diens familie en/of nabestaanden om hun visie heeft gevraagd. Als de rapportage afgerond is, moeten de patiënt, diens familie en/of nabestaanden van de conclusies op de hoogte worden gesteld.

Bronnen

- [1] J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Bussbach, L. Hulst, Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medische schade, Vrije Universiteit Amsterdam 2013.
- [2] Iedema e.a., 'Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: "the 100 patient stories" qualitative study', *BMJ*, 2011;343:D4423. En: Birks e.a., 'An exploration of the implementation of open disclosure of adverse events in the UK: a scoping review and qualitative exploration', *Health Services and Delivery Research*, vol. 2 (20) juli 2014, p. 54.
- [3] Grissinger, M., Including patients on root cause analysis teams: pros and cons. *Pharmacy and Therapeutics*, 2011. 36(12): p. 778.
- [4] J. Moore, M.M. Mello, 'Improving reconciliation following medical injury: a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand', *BMJ Qual Saf*, Published Online First: 09 March 2017. doi: 10.1136/bmjqs-2016-00580.
- [5] 'When things go wrong: Responding to adverse events', Harvard Consensus Statement (2006) Birks e.a (2014); J. Moore, M.M. Mello (2017).
- [6] G.J. Heuver, M. Bomhoff, 'Communiceren in verschillende werelden: ziekenhuisbestuurders over hun verantwoordelijkheden na een calamiteit', *Zorgvisie*, 8 augustus 2016, p. 44-45.
- [7] A. Wu, 'Medical error: the second victim', *BMJ*, 2000; 320, p.812.

Concept 1 mei 2018

OPEN Kennisdocument

Wat weten we over... De afhandeling van verzoeken tot schadevergoeding?

Wat weten we over... schade afhandelen onder de Wkkgz?

Op grond van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg is een verzoek tot schadevergoeding een klacht als alle andere, en moet op dezelfde manier worden behandeld als klachten zonder financieel element. Wanneer een patiënt een verzoek tot schadevergoeding indient is het daarom de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om daarover met de patiënt in gesprek te gaan en tijdig een oordeel te geven.¹ Er zijn ziekenhuizen die tot een bepaald bedrag de schade zelf afhandelen ('zelfregelende ziekenhuizen') en ziekenhuizen die de beoordeling van schadeclaims meestal aan de schadeverzekeraar overlaten. Ook in het laatste geval blijft het ziekenhuis verantwoordelijk voor de wijze waarop de schade wordt afgehandeld, is het oordeel van de verzekeraar formeel het oordeel van het ziekenhuis² en blijft het ziekenhuis zoveel mogelijk de gesprekspartner van de patiënt.

Wat weten we over... aandachtspunten in de afhandeling van een verzoek tot schadevergoeding?

1. Ga het gesprek met de patiënt aan

Om de schadeafhandeling goed te laten verlopen is het belangrijk om de patiënt die een claim indient uit te nodigen voor een gesprek. Een gesprek tussen de patiënt, de zorgverlener, en de patiëntencontactpersoon en/of iemand van juridische zaken, kan bijdragen aan herstel van relatie en vertrouwen.³ In een gesprek kan ook worden achterhaald of de patiënt behoeften en belangen heeft die geschikt zijn om door de patiëntencontactpersoon te worden opgepakt, zoals behoeften die niet financieel van aard zijn. De patiënt die ingaat op de uitnodiging voor een dergelijk gesprek kan zich laten vergezellen door een ondersteuner of belangenbehartiger.

OPEN Practice: na ontvangst van een verzoek tot schadevergoeding wordt altijd een gesprek aangeboden met de zorgverlener, de patiëntencontactpersoon en/of juridische zaken.

¹ Laarman, B.S., Akkermans, A.J., (2017) 'De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz: de beloften van het klachtrecht voor patiënten, de eerste stappen naar verwezenlijking door de ziekenhuizen, en de eerste verrichten van de Wkkgz Geschilleninstanties', Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade (3).

² Artikel 17 Wkkgz vraagt om een oordeel 'van de zorgaanbieder'.

³ J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach, L. Hulst, Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medische schade, Vrije Universiteit Amsterdam 2013.

OPEN Practice: voor de patiënt kunnen de verschillende procedures verwarrend zijn. De patiëntcontactpersoon kan de patiënt de weg wijzen en de onderlinge samenhang tussen procedures vergroten.

2. Informeer de patiënt over het proces

Voor patiënten is vaak onduidelijk wat procedures inhouden, hoe lang deze kunnen duren en wie daarbij betrokken is. Geef patiënten daarom duidelijke informatie over de procedure en houdt hen gedurende het proces van de voortgang op de hoogte, ook als er even geen voortgang te melden is.⁴

De Wkkgz hanteert een termijn voor de afhandeling van klachten van 6 weken, met een maximale uitloop tot 10 weken (hierna: zeswekentermijn). Na die periode kan de patiënt desgewenst zijn klacht als geschil indienen bij een onafhankelijke geschilleninstantie. De geschilleninstantie doet uitspraak bij bindend advies en kan een maximale schadevergoeding van € 25.000 toekennen. Het bindende karakter van de uitspraak betekent dat het geschil daarmee tot een definitief einde komt.

Voor complexere claims zal de zeswekentermijn doorgaans te kort zijn om een inhoudelijk standpunt in te nemen. Dat neemt niet weg dat de Wkkgz een voortvarender afhandeling van schadeclaims beoogt dan gangbaar was.⁵ Als de afhandeling van een verzoek tot schadevergoeding langer duurt dan de wettelijk vastgelegde zeswekentermijn, informeer de patiënt dan over het plan van aanpak en het verwachte tijdpad.⁶ De wet laat toe dat instelling en patiënt gezamenlijk overeenkomen dat de afhandeling van de claim langer duurt dan de wettelijke termijn.

OPEN Practice: de patiënt wordt geïnformeerd over de stappen die de zorgaanbieder en/of verzekeraar zet en de beoogde duur van de behandeling van de klacht. De patiënt wordt voortdurend op de hoogte gehouden van het verloop.

3. Onderhoud contact met de patiënt

Verlies je patiënt niet uit het oog, ook niet als de verzekeraar de beoordeling op zich heeft genomen. Probeer formalisering en juridisering tegen te gaan door regelmatig actief contact met de patiënt te onderhouden en steeds in duidelijke voortgangsinformatie te voorzien. Het is aan te raden om hiertoe één contactpersoon aan te stellen, zoals de patiëntencontactpersoon/klachtenfunctionaris of iemand van juridische zaken.⁷

⁴ Iedema e. a., 'Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: "the 100 patient stories" qualitative study', *BMJ*, 2011;343:D4423.

⁵ Kamerstukken I, kamerstuknummer 32402, verslag EK 2015/2016, nr. 2, item 8

⁶ Zie hierover bijvoorbeeld ook de Modelklachtenregeling zoals die is opgesteld door de NVZ, Modelklachtenregeling Ziekenhuizen, opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) met instemming van de Patiëntenfederatie Nederland, het Landelijk steunpunt (mede)zeggenschap (LSR) en de cliëntenraden van de acht universitaire medische centra (Platform CRAZ). Zie <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/wkkgz-or-modelklachtenregeling>.

⁷ Zie B.S. Laarman e. a., OPEN: open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis, Utrecht: NIVEL 2016, p. 49. Deze zelfde constatering werd gedaan op de Third International Incident Disclosure Conference in Amsterdam in 2016.

Concept 1 mei 2018

4. De afronding van het schadetraject is maatwerk

Er zijn verschillende manieren om het schadetraject af te sluiten. De meest formele manier is om de gemaakte afspraken vast te leggen in een schriftelijke overeenkomst. Juristen spreken dan van een 'vaststellingsovereenkomst' (VSO). Onderdeel van een VSO kan zijn dat de patiënt verklaart dat de financiële kant van de zaak definitief is afgehandeld. Juristen spreken dan van het geven van 'finale kwijting'. Er zijn omstandigheden waarin een schriftelijke VSO en/of finale kwijting minder geschikt is. Dergelijke omstandigheden zijn bijvoorbeeld:

- 1) Er is sprake van een tegemoetkoming zonder dat aansprakelijkheid is uitgezocht (zuivere coulancebetaling);
- 2) Er is nog geen sprake van een medische eindtoestand en dus ook geen goed zicht op de grootte van de schade;
- 3) De patiënt is niet bijgestaan door een belangenbehartiger die hem over juridische aspecten kan adviseren.

In dergelijke gevallen kan er aanleiding bestaan om gemaakte afspraken op een later moment te herzien en is het beter afspraken te maken omtrent de te vergoeden schade zonder deze in een juridisch bindende vorm te gieten. Een brief met uitleg lijkt nog steeds een goed idee, maar een schriftelijke overeenkomst met handtekeningen en dergelijke zal lang niet altijd passend zijn. In de gevallen (1) en (2) is finale kwijting niet op zijn plaats, in geval (3) hangt dit af van de omvang van de schade en van de vraag of de patiënt de implicaties van het zetten van zijn handtekening voldoende kan overzien.

Wat is Leernetwerk OPEN in 2017-2018?

1. Wat is OPEN?

OPEN is een netwerk van ziekenhuizen die werken aan een meer OPEN reactie op incidenten en klachten. De kern van OPEN is de uitwisseling van ervaringen tussen ziekenhuizen, leren van elkaar. Het OPEN netwerk wordt ondersteund door een onderzoeksgroep, vanuit de VU, het AMC en het NIVEL. Deze onderzoekers brengen kennis in over werkzame componenten van een OPEN werkwijze en doen ook onderzoek naar de effectiviteit van oplossingen die binnen het OPEN netwerk worden ontwikkeld.

OPEN wordt op dit moment financieel mogelijk gemaakt door Fonds Slachtofferhulp. Het is één van de projecten die deel uitmaken van het Programma Medische Fouten van Fonds Slachtofferhulp. Dit programma is gericht op de verbetering van de positie van patiënten na een medisch incident.

2. Wat is het doel van OPEN?

Ziekenhuizen die werken aan een meer OPEN reactie doen dit vaak op verschillende manieren. Opvattingen over wat de beste werkwijze is kunnen sterk uiteen lopen. Ondertussen is er maar weinig kennis over wat echt werkt in een specifieke situatie. Het doel van OPEN is het ontwikkelen van inzicht hoe openheid wordt gestimuleerd, onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek, zodat ieder ziekenhuis deze kennis aan de eigen omgeving kan aanpassen en in de praktijk kan brengen.

3. Wat betekent lidmaatschap van OPEN?

Kernactiviteit van OPEN zijn de netwerkbijeenkomsten. Voor de periode 2017/2018 staan 4 bijeenkomsten gepland. Deelnemers aan het OPEN netwerk wisselen tijdens deze bijeenkomsten hun ervaringen uit en verkennen samen, met de onderzoekers, mogelijke oplossingsrichtingen. Deze bijeenkomsten werken als de deelnemers op een OPEN en veilige manier hun ervaringen kunnen uitwisselen. Deze overwegingen zijn richtinggevend voor het maken van afspraken over deelname aan OPEN.

Deelname aan het OPEN netwerk betekent niet dat een ziekenhuis meteen ook een perfect ziekenhuis is, wat openheid betreft. Wat wel van een deelnemend ziekenhuis wordt verwacht is dat een OPEN ziekenhuis de ambitie heeft echt OPEN te worden en ook zichtbaar activiteiten onderneemt om die ambitie te realiseren.

Voor deelname van ziekenhuizen aan OPEN hebben we de volgende afspraken opgesteld:

- OPEN ziekenhuizen nemen actief deel aan de netwerkbijeenkomsten, bij voorkeur met in ieder geval 1 vaste vertegenwoordiger. Dit draagt bij aan de onderlinge netwerkvorming.
- OPEN ziekenhuizen stellen zich actief ten doel te werken aan een meer OPEN manier van omgaan met incidenten en klachten. Zij kunnen, desgevraagd, ook aangeven welke activiteiten zij concreet ondernemen om dit doel te bereiken.
- OPEN ziekenhuizen delen hun ervaringen in netwerkbijeenkomsten met elkaar.
- OPEN ziekenhuizen zijn bereid om samen met de OPEN onderzoekers nader onderzoek te doen naar de manier waarop zijn vormgeven aan openheid. Onderzoekers kunnen over dit onderzoek openbaar publiceren, waarbij de privacy van de betrokken ziekenhuizen wordt gerespecteerd.

- De OPEN netwerkbijeenkomsten zijn, in principe, alleen toegankelijk voor de OPEN ziekenhuizen en de onderzoekers van OPEN.
- OPEN ziekenhuizen kunnen onderwerpen agenderen voor de netwerkbijeenkomsten.
- OPEN ziekenhuizen kunnen onderwerpen agenderen voor de onderzoeksagenda van de OPEN onderzoekers.
- OPEN ziekenhuizen worden vermeld op de website www.openindezorg.nl. OPEN ziekenhuizen kunnen deelname aan het OPEN project vermelden op hun website.

Tot medio 2018 kan het OPEN project functioneren door een financiële bijdrage van het Fonds Slachtofferhulp. Daarna kan de situatie ontstaan dat we op zoek moeten naar andere bronnen van financiering. Eén van de opties is om de deelnemende ziekenhuizen een bijdrage te vragen. Besluitvorming hierover zal natuurlijk in overleg plaats vinden.

4. Wie zijn er al OPEN?

OPEN bestaat uit een onderzoeksgroep en veertien ziekenhuizen die op de website staan vermeld.

De onderzoeksgroep:

- Prof. mr. A.J. Akkermans (Vrije Universiteit Amsterdam)
- Prof dr. ir. R. D. Friele (NIVEL)
- Prof mr. J. Legemaate (AMC/UvA)
- Mr. B.S. Laaman (Vrije Universiteit Amsterdam)
- Dr. R. Bouwman (NIVEL)

OPEN ziekenhuizen:

- Elkerliek Ziekenhuis (Helmond)
- Isala Klinieken (Zwolle)
- Máxima Medisch Centrum (Eindhoven)
- MCH (Medisch Centrum Haaglanden)
- UMCG (Groningen)
- VUmc (Amsterdam)
- Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn)
- OLVG (Amsterdam)
- Rijnstate (Arnhem)
- Amphia (Breda)
- UMC Utrecht
- Martini Ziekenhuis (Groningen)
- Haga Ziekenhuis (Den Haag)
- Diakonessenhuis (Utrecht)
- Groene Hart Ziekenhuis (Gouda)
- Spaarne Gasthuis (Haarlem)
- Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam)
- AMC (Amsterdam)
- Tergooi (Blaricum)
- Sint Jansdal (Harderwijk)

5. Wat zijn de OPEN thema's?

Het gedachtegoed van OPEN is gebaseerd op drie inzichten die in de loop van 2015 – heden op basis van literatuurstudie, aanpalende onderzoeksprojecten en in het Leernetwerk zijn opgedaan:

- De angst voor juridische procedures werpt in de gesprekken over openheid zijn schaduw vooruit, dat draagt niet bij aan een OPEN opstelling;
- Openheid moet worden georganiseerd. Daarvoor is beleid nodig op het niveau van patiënten, zorgverleners en leidinggevenden;
- Patiënten met een klacht of patiënten die te maken hebben met een incident hebben belang bij een zorgverlener die OPEN kan reageren. Zo een reactie is niet vanzelfsprekend. Dit vraagt een actieve ondersteuning van deze zorgverlener. Ondersteuning van zorgverleners en patiënten is onderdeel van een OPEN reactie.

Deze inzichten vormen de basis voor de netwerkbijeenkomsten en de onderzoeksagenda van OPEN en worden hieronder toegelicht.

5.1 De wisselwerking met de juridische wereld achter een incident

Vooralsnog is het traject van aansprakelijk stellen en schade regelen buiten de scope van OPEN gebleven. Desalniettemin wierp de mogelijkheid van juridische consequenties in de discussie over openheid zijn schaduw vooruit. De kans dat een patiënt juridische stappen onderneemt kan aan openheid in de weg staan. Het meest duidelijk wordt dit in de discussie over het delen van calamiteitenrapportages. Maar ook daarbuiten wordt de angst voor een tuchtklacht of een claim vaak genoemd als reden om niet open te zijn. En dat terwijl juist een gebrek aan openheid voor veel patiënten een belangrijke motivatie kan zijn om een juridische procedure (klacht, tuchtklacht of claim) aan te spannen.

Die procedures leiden vervolgens in de meeste gevallen helemaal niet tot hetgeen patiënten zoeken. In sommige gevallen maken procedures patiënten zelfs zieker, en ook voor zorgverleners kan een procedure zwaar belastend zijn. Juridische procedures dragen bovendien niet altijd bij aan een OPEN reactie, maar kunnen daar zelfs aan in de weg staan. In het OPEN project onderzoeken wij de werking van (juridische) procedures na een incident, de impact van deze procedures op de betrokkenen en de mate waarin die procedures een adequate reactie na een incident bevorderen of belemmeren.

5.2 De begeleiding van patiënten na een medisch incident

Het primaire doel van OPEN is en blijft het verbeteren van de ervaringen en de positie van patiënten die het slachtoffer worden van medische incidenten. Openheid na incidenten, verbetering van kwaliteit en veiligheid en de opvang van zorgverleners krijgt steeds meer aandacht. Desondanks schiet het aan adequate begeleiding van patiënten nog steeds vaak te kort. In OPEN wordt inzicht verkregen in werkwijzen die toezien op een adequate begeleiding van patiënten na een medisch incident.

De Wkkgz heeft o.a. ten doel de positie van patiënten na een incident te verbeteren. De concrete invulling van deze open normen wordt aan de praktijk overgelaten. In de eerste fase van OPEN is door deelnemers aangegeven dat er behoefte bestaat aan een intensievere begeleiding van patiënten (zie hierover par. 3.4.8 van OPEN: schriftelijke rapportage van project OPEN). Er zijn in het ziekenhuis meerdere wegen te bewandelen om een klacht behandeld te krijgen. Het is voor patiënten in de praktijk vaak nog moeilijk om de weg te vinden die het beste past bij het doel dat de meeste patiënten nastreven; informatie en erkenning van het incident. Bovendien worden de behoeften van individuele patiënten nog (te) vaak uit het oog verloren.

**open
in de
zorg**