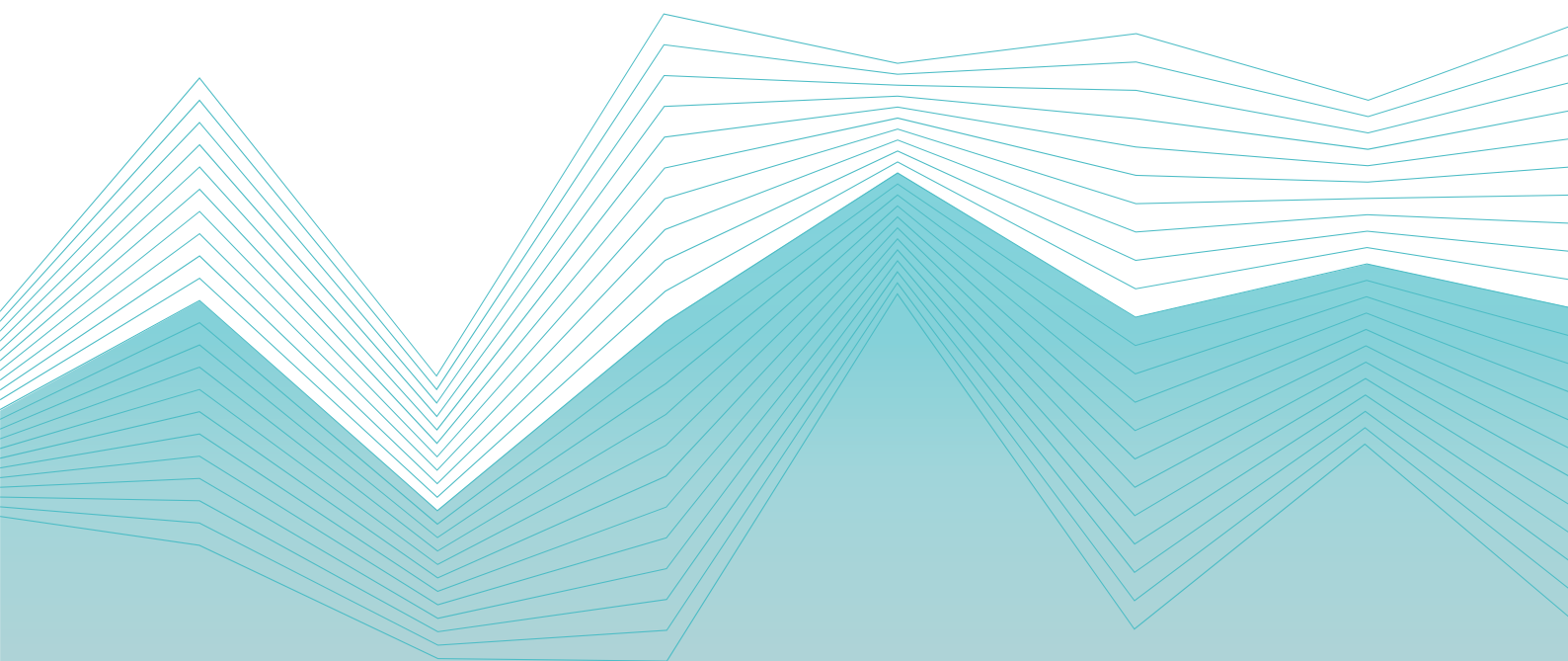


Ervaringen met de GOMA

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?



NIVEL
Kennis voor betere zorg

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?

B.S. Laarman
T. Coppenhagen
R. Bouwman
R.D. Friele

Mei 2018

ISBN 978-94-6122-495-8

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

De GOMA: deel A

1. Goede informatie voorafgaand aan onderzoek of behandeling

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de patiënt op zorgvuldige en duidelijke wijze wordt geïnformeerd over de onderzoeken en behandelingen die hij ondergaat, zodanig dat de patiënt een weloverwogen besluit kan nemen over het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling

2. Zorgvuldige dossiervoering

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de dossiers van de patiënt op adequate wijze en tijdig worden bijgehouden. In het geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt wordt informatie in het dossier opgenomen over de aard en toedracht van het incident, en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt.

3. Binnen 24 uur na een incident contact met de patiënt

Als zich een incident heeft voorgedaan met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt, neemt de zorgaanbieder daarover zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van het incident, contact op met de patiënt.

4. Doen wat kan om negatieve gevolgen weg te nemen of te beperken

De zorgaanbieder onderneemt wat nodig is om eventuele negatieve gevolgen van een incident voor de gezondheidssituatie van de patiënt weg te nemen of te beperken.

5. Onderzoek en voorkomen van herhaling

De zorgaanbieder onderzoekt hoe het incident heeft kunnen ontstaan en onderneemt de activiteiten die nodig zijn om te voorkomen dat het incident zich nog eens voordoet (of op zijn minst om de kans daarop te verkleinen).

6. Snel informeren patiënt over toedracht

Zodra de toedracht van een incident bekend is, wordt de patiënt daarover duidelijk geïnformeerd. In het kader van deze communicatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de wensen en behoeften van de patiënt.

7. Bij schade zorgdragen voor noodzakelijk gegevens

In geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, spant de zorgaanbieder zich, in aanvulling op het ter beschikking stellen van een volledig dossier, in voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten.

8. Fouten erkennen en verontschuldigingen aanbieden

Indien uit het onderzoek naar de toedracht van het incident blijkt dat er sprake is geweest van een fout dan erkent de zorgaanbieder deze fout en biedt hij de patiënt verontschuldigingen aan.

9. Patiënt desgewenst informeren over klacht- en claimmogelijkheden

Als de patiënt naar aanleiding van een incident een klacht of claim wil indienen, informeert de zorgaanbieder hem schriftelijk over de verschillende mogelijkheden daartoe en over de daarvoor geldende criteria en procedures.

Inhoud

De GOMA: deel A	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 De aanleiding voor deze evaluatie	9
1.2 De De totstandkoming van de GOMA	9
1.3 Bestaande procedures in ziekenhuizen 'als er iets mis gaat'	9
1.4 Opzet van de evaluatie	11
2 Begeleiding van patiënten na een medisch incident	13
2.1 Achtergrond	13
2.2 Resultaten	13
3 Begeleiding van zorgverleners bij het geven van openheid	16
3.1 Achtergrond	16
3.2 Resultaten	16
4 Meerwaarde geven aan klachten en incidenten	22
4.1 Achtergrond	22
4.2 Resultaten	22
5 Het organiseren van een open beleid	25
5.1 Achtergrond	25
5.2 Resultaten	25
6 Discussie	28
Literatuurlijst	30
Bijlage A Methoden	32
A.1 Selectie van ziekenhuizen	32
A.2 Interviews	32
A.3 Toegankelijkheid van websites	33
Bijlage B Topiclijst	34

Samenvatting

De gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)

2016 zijn zorgaanbieders en zorgverleners wettelijk verplicht om openheid te geven als er iets mis is gegaan. Toen de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) in 2010 werd opgesteld was die wettelijke verplichting er nog niet. De KNMG, de Patiëntenfederatie, aansprakelijkheidsverzekeraars Centramed en MediRisk, de NVZ en de NFU, de VKIG, wetenschappers van de UvA/AMC en de Vrije Universiteit, en belangenbehartigers (op persoonlijke titel) bundelden de krachten bij het opstellen van de GOMA, een gedragscode die als doel heeft om in een vroege fase na een incident de informatiepositie van patiënten ten opzichte van de zorgverlener/zorgaanbieder te versterken (deel A) en in het geval van schade bij te dragen aan een betere afwikkeling van die schade (deel B).

De GOMA bestaat uit twee delen. Het eerste deel, deel A, richt zich op een open reactie na een incident in de situatie dat er (nog) geen sprake is van een medische claim. De aanbevelingen zijn deels gericht aan individuele zorgverleners, en deels aan zorgaanbieders – al maakt de GOMA geen expliciet onderscheid tussen die twee. Het tweede deel van de GOMA gaat over de afwikkeling van schade. De aanbevelingen uit deel B richten zich hoofdzakelijk tot belangenbehartigers en aansprakelijkheidsverzekeraars.

Vraagstelling

De evaluatie richt zich op de vraag hoe ziekenhuizen het gedachtengoed achter de GOMA en de GOMA als gedragscode in hun beleid borgen. Het interviewschema is opgesteld aan de hand van de volgende subvragen uit het projectvoorstel:

1. In hoeverre is het ziekenhuis bekend met de GOMA, met de doelen en met de aanbevelingen?
2. In hoeverre hecht het ziekenhuis belang aan de GOMA en aan de implementatie en borging van de doelen en de aanbevelingen van de GOMA?
3. In hoeverre besteedt men binnen het ziekenhuis expliciet aandacht aan de implementatie en de borging van de doelen en de aanbevelingen van de GOMA?
4. Komen de doelen en de aanbevelingen van de GOMA aan de orde tijdens introductiebijeenkomsten van nieuwe medewerkers?
5. Op welke manier wordt er zorg voor gedragen dat zorgverleners de aanbevelingen uit de GOMA naleven?
6. In geval van een incident, welke vormen van ondersteuning aan zorgverleners en patiënten wordt geboden?
7. Welke belemmeringen dan wel succesfactoren spelen een rol bij de effectieve borging van de doelen en aanbevelingen van de GOMA?

De antwoorden op deze vragen zijn verwerkt in vier thematische hoofdstukken. Sommige vragen komen in meerdere hoofdstukken terug. Zo werd in de beantwoording van vraag 3 soms gerefereerd aan de aandacht die wordt besteed aan de organisatie van peer support (hoofdstuk 2: Begeleiding van zorgverleners bij het geven van openheid) en soms aan de openheid rondom calamiteitenrapportages (hoofdstuk 5: Meerwaarde geven aan klachten en incidenten). Ervaren barrières en succesfactoren komen terug bij alle vier de thema's. De beantwoording van vragen 1 en 2 vindt u duidelijk terug in

hoofdstuk 6: Het organiseren van een open beleid. De vragen 4, 5 en 6 worden beantwoordt in hoofdstuk 2: Begeleiding van zorgverleners bij het geven van openheid en vraag 6, naar de opvang voor patiënten, wordt beantwoordt in hoofdstuk 1: Begeleiding van patiënten na een medisch incident.

De ervaringen van ziekenhuizen zijn in kaart gebracht door het afnemen van verkennende, telefonische interviews aan de hand van een interviewschema dat in de bijlagen van dit rapport is opgenomen. Er zijn in totaal 13 interviews afgenomen, waarvan twee bij één ziekenhuis. Er is gesproken met 3 kleine ziekenhuizen, 2 middelgroot ziekenhuis, 4 grote ziekenhuizen en 3 UMC's in uiteenlopende regio's. Vaak werd gesproken met meerdere personen tegelijk, zie tabel 1. Zie voor de selectie van de ziekenhuizen Selectie van ziekenhuizen. De resultaten uit interviews zijn vervolgens gerapporteerd in vier thema's die aansluiten bij de aanbevelingen uit deel A van de GOMA. Deze vier thema's lichten we hieronder kort toe met de belangrijkste resultaten.

Tabel 1: Geïnterviewde personen

Gesproken functionarissen	Aantal
Klachtenfunctionaris/klachtenbemiddelaar/zorgverlener klachtencommissie	7
Adviseur/manager/zorgverlener Kwaliteit en (patiënt)Veiligheid	5
Jurist	6

Belangrijkste resultaten van deze evaluatie

Begeleiding van patiënten

Uit eerder onderzoek blijkt dat de kwalificatie van een 'gebeurtenis' (een klacht, calamiteit, of claim) beslissend is voor de manier waarop patiënten worden begeleid. De procedures die volgen op een situatie waarin iets mis is gegaan zijn daarom ook wel 'verkokerd' genoemd. De verkokering van procedures wordt in dit onderzoek zichtbaar doordat de mate van ondersteuning van een patiënt afhangt van de naam die een 'gebeurtenis' heeft gekregen. Als de gebeurtenis benoemd wordt als klacht wordt veel aandacht besteed aan de ondersteuning van de patiënt. Als een gebeurtenis als calamiteit wordt opgepakt, dan wordt vaak weinig aandacht besteed aan de patiënt, terwijl de gebeurtenissen zelf net zo veel impact kunnen hebben op de patiënt. Daarnaast zien we ook verschillen tussen ziekenhuizen in de manier waarop patiënten worden ondersteund. Zo zijn er verschillen tussen ziekenhuizen in de situaties waarin een klachtenfunctionaris wordt ingezet. In sommige ziekenhuizen wordt de 'klachtenfunctionaris' bij alle calamiteiten ingezet als 'patiëntcontactpersoon'. In andere ziekenhuizen is de inzet van de klachtenfunctionaris beperkt tot een 'klacht' en wordt de patiënt op de hoogte gehouden door de hoofdbehandelaar of een lid van de calamiteitencommissie. Soms wordt de patiënt begeleid in het gesprek dat volgt na calamiteitenonderzoek, bijvoorbeeld door de klachtenfunctionaris, en soms ook niet. In een aantal van de aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen krijgt de patiënt het calamiteitenrapport mee naar huis. Sommige deelnemers geven aan het rapport eerst toe te lichten, maar dit gebeurt niet altijd.

Begeleiding van zorgverleners

In de deelnemende ziekenhuizen bestaat aandacht voor de mogelijke negatieve impact van een incident op de betrokken zorgverlener. De angst voor negatieve consequenties van openheid, in de zin van media aandacht, een tuchtklacht, of negatieve reacties van patiënten en naasten kan bij zorgverleners een gevoel van onveiligheid oproepen. Hieraan wordt tegemoet gekomen door het bieden van opvang. In vrijwel alle ziekenhuizen waar wij mee spraken vindt opvang plaats volgens de

principes van peer support of wordt peer support opgezet. Structurele begeleiding in het gesprek met de patiënt is zeldzaam. Dat is anders wanneer er sprake is van een calamiteit. Als het onderzoek naar een calamiteit is afgerond en de patiënt van de resultaten op de hoogte wordt gesteld zijn er meestal meerdere personen bij het gesprek aanwezig, zoals een onderzoeker uit de calamiteitencommissie, een klachtenfunctionaris, of leden van de Raad van Bestuur. De betrokken zorgverlener, meestal de hoofdbehandelaar, wordt door één van deze personen ondersteund. In een aantal gevallen is de zorgverlener niet aanwezig bij dit gesprek.

Tussen ziekenhuizen bestaan er verschillen in de manier waarop zij hun zorgverleners informeren over het belang van openheid. In een aantal gevallen wordt het beleid ten aanzien van openheid aan de orde gesteld bij de eerste introductie voor nieuwe medewerkers. Anderen merken daarbij op dat bij die gelegenheid zoveel informatie wordt gegeven dat informatie over openheid niet makkelijk beklijft. Ook wordt opgemerkt dat de GOMA voor zorgverleners minder urgentie heeft. Die urgentie ligt bij de professionele richtlijnen. Een alternatief is de informatie aan te bieden als daar behoefte aan is, als zich een 'gebeurtenis' voor doet, bijvoorbeeld doordat het aanbod voor ondersteuning is verwerkt in de calamiteitenprocedure. Ook hebben ziekenhuizen het open beleid vervat in procedures of door een rode knop op de intranetsite te zetten, waarachter informatie over het open beleid te vinden is. Opmerkelijk is dat verschillende deelnemers vertellen dat er nog steeds misverstanden bestaan over de vraag of het uiten van excuses of medeleven gelijk staat aan het erkennen van een fout of aansprakelijkheid.

Meerwaarde geven aan klachten en incidenten

Ziekenhuizen zijn op zoek naar manieren om van klachten en incidenten te leren. Sommige klachtenfunctionarissen rapporteren over de klachtbehandeling. Ook wordt geprobeerd om van calamiteiten te leren door het organiseren van groepsbesprekingen. Het leren van patiënten-ervaringen in calamiteitenonderzoek lijkt voorsnog meer een verplichting dan een kans.

Het organiseren van een open beleid

In de ziekenhuizen bestaat er al met al aandacht voor openheid na een 'gebeurtenis' waarbij iets mis is gegaan, zoals een incident of klachten. Wat ziekenhuizen organiseren op het gebied van openheid is vaak afhankelijk van de vraag welk etiket een 'gebeurtenis' krijgt. Procedures worden gestart vanuit de kant van de zorgverlener wanneer deze intern of bij de inspectie meldt, of aan de kant van de patiënt als deze een klacht indient. Als er een (mogelijke) calamiteit heeft plaatsgevonden bestaan er in de meeste ziekenhuizen vooraf vastgestelde werkwijzen en vaak een vaste taakverdeling. Ook hebben ziekenhuizen een klachtenregeling. Voor het omgaan met incidenten die geen calamiteit zijn en waar de patiënt geen klacht indient is (meestal) geen beleid richting openheid. De websites van de ziekenhuizen zijn niet altijd even gemakkelijk te navigeren, met name voor patiënten die een vraag of bezorgdheid willen aankaarten maar dat niet onder de noemer 'klacht' willen doen. De deelnemers aan het onderzoek benoemden het risico dat incidenten die bijvoorbeeld als complicatie worden gemeld 'tussen de wal en het schip kunnen vallen', voor wat betreft de aandacht voor een open reactie.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat de verkokering van procedures er toe kan leiden dat er binnen één ziekenhuis verschillend wordt omgegaan met het beleid omtrent openheid, afhankelijk van de 'koker' waarin een probleem terecht komt. Er lijken zelfs 'kokers' te zijn waarbij de aandacht voor het perspectief van de patiënt ontbreekt, bijvoorbeeld in situaties waarin een incident wel wordt gesignaleerd, maar niet wordt opgepakt als calamiteit noch als klacht. Hierdoor kunnen patiënten tussen de wal en het schip geraken.

Aangrijpingspunten voor discussie over GOMA 2.0

- Wat zijn manieren om de kloof in beleid tussen calamiteit en incident te dichten?
- Wat is de rol van een 'klachtenfunctionaris' na een medisch incident?
- Hoe kunnen zorgverleners worden begeleid in het gesprek met patiënten over incidenten?

1 Inleiding

1.1 De aanleiding voor deze evaluatie

Het Nivel is door De Letselschade Raad gevraagd een evaluatie van de GOMA uit te voeren. De evaluatie was gericht op het in kaart brengen van de vragen die spelen bij de implementatie van de GOMA in ziekenhuizen. De GOMA wordt op dit moment herzien (GOMA 2.0), om beter aan te sluiten bij de ingrijpende veranderingen die zich hebben voorgedaan op het gebied van openheid. Dat betreft de inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), maar ook nieuwe en vooruitstrevende opvattingen over wat een adequate reactie na een incident inhoudt, zoals de begeleiding van patiënten in dat traject en opvang voor zorgverleners. Daarnaast streeft De Letselschade Raad naar grotere bekendheid met de uitgangspunten van de GOMA. De resultaten van deze evaluatie kunnen worden gebruikt bij het vaststellen van GOMA 2.0.

1.2 De totstandkoming van de GOMA

Signalen over problemen bij het vaststellen van medische schade waren aanleiding voor De Letselschade Raad om die signalen op te pakken door een breed gedragen gedragscode te ontwikkelen. In wetenschap en praktijk bestaat consensus dat een adequate reactie op incidenten formalisering en juridisering kan voorkomen. Daarnaast is bekend dat een conflictueus schadeafwikkelingstraject voor patiënten een ernstige toegevoegde belasting kan betekenen. Onder coördinatie van De Letselschade Raad is daarom samengewerkt door partijen als de KNMG, de Patiëntenfederatie, aansprakelijkheidsverzekeraars Centramed en MediRisk, de NVZ en de NFU, de VKIG, wetenschappers van de UvA/AMC en de Vrije Universiteit, en belangenbehartigers (op persoonlijke titel). De ambitie was om een gedragscode te ontwikkelen die in een vroege fase na een incident de informatiepositie van patiënten ten opzichte van de zorgverlener/zorgaanbieder versterkt en in het geval van schade bijdraagt aan een betere afwikkeling van die schade. De GOMA is gebaseerd op twee uitgangspunten:

1. In een vroege fase kan een adequate reactie van de zorgaanbieder bijdragen aan het voorkomen van misverstanden, kan een onnodige klacht of claim worden voorkomen en de escalatie in de verhouding zorgaanbieder-patiënt worden tegengegaan;
2. Indien de patiënt toch een klacht of claim indient, kan een adequate reactie van de zorgaanbieder mogelijk bijdragen aan een vlotte en voor de patiënt bevredigende behandeling van de klacht c.q. afhandeling van de claim.

Sinds 2010 is er veel veranderd. In 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in werking getreden. De 9 aanbevelingen uit de GOMA: deel A zijn grotendeels als wetgeving in de Wkkgz gecodificeerd. De Wkkgz richt zich nadrukkelijk op een informele, laagdrempelige afhandeling van klachten en claims. Dat uit zich in verschillende wettelijke verplichtingen: zorgverleners en zorgaanbieders zijn, onder meer, wettelijk verplicht om openheid te geven na een medisch incident; alle zorgaanbieders hebben een klachtenfunctionaris in dienst die de patiënt kan begeleiden en bovendien zijn zorgaanbieders verplicht om voortvarend (lieft binnen 10 weken) te reageren op een klacht of een claim.

1.3 Bestaande procedures in ziekenhuizen 'als er iets mis gaat'

Voor een goed begrip van de positie van de GOMA in de Nederlandse ziekenhuizen geven we een compact overzicht van de bestaande procedures in ziekenhuizen in situaties dat er 'iets misgaat'. Als

er iets mis gaat bij de behandeling van een patiënt, dan zijn er verschillende wegen waarlangs dit aan de orde kan worden gesteld. Allereerst kan een patiënt of diens naasten dit aan de orde stellen. Dan kan dit het label 'klacht' krijgen. Als er iets mis is gegaan en dit wordt geconstateerd door een zorgverleners of de zorgaanbieder, dan kan dit het label incident of calamiteit krijgen.

Klachten

Een 'klacht' is niet wettelijk gedefinieerd. Een klacht kan een informele klacht zijn, wat vaak wordt begrepen als mondeling. De meest informele manier om een klacht bespreekbaar te maken is in een gesprek tussen de patiënt en de betrokken zorgverlener. Dit heeft in principe de voorkeur. Immers, dit biedt in principe het beste perspectief op herstel van de behandelrelatie en zo nodig de oplossing van een probleem. Dit vraagt van de betrokken zorgverlener een luisterend oor en een open reactie en van de patiënt het vertrouwen dat het bespreken van de klacht met de betrokken zorgverlener positief zal uitpakken. In de praktijk is dit vertrouwen er niet altijd, en voelen patiënten zich lang niet altijd gehoord (Laarman, Schoten et al. 2016).

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'.¹ 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' op dezelfde manier te behandelen als een 'klacht'.

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). 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.²

Openheid geven

'Iets dat mis is gegaan' kan een incident zijn. Als zich een incident heeft voorgedaan 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 GOMA wordt aanbevolen dit te doen binnen 24 uur na het bekend worden van het incident. Vaak zal het de hoofdbehandelaar zelf zijn die dit 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

¹ Modelklachtenregeling Wkkgz Ziekenhuizen, d.d. 1 november 2016, te raadplegen op <http://www.hetlsr.nl/intern/763/53/Modelklachtenregeling-ziekenhuizen-gereed/>

² Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, 'Brochure voor zorgaanbieders: calamiteiten melden aan de IGZ', te raadplegen op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/13/brochure-voor-zorgaanbieders-calamiteiten-melden-aan-de-igz>.

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 mogelijke 'calamiteit' moet deze eveneens 'onverwijld' aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) worden gemeld en onderzocht (art. 11 Wkkgz). 'Onverwijld' melding doen van een calamiteit is op grond van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz binnen drie werkdagen na het bekend worden van de mogelijke calamiteit. De zorginstelling heeft acht weken de tijd om het incident te onderzoeken. In die periode moeten de patiënt en/of diens nabestaanden worden gehoord, evenals de betrokken zorgverleners. Uit onderzoek blijkt dat patiënten en naasten bij vier op de vijf calamiteitenonderzoeken in ziekenhuizen op enigerlei wijze worden betrokken (Kok, Leistikow et al. 2017).³

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.

1.4 Opzet van de evaluatie

Deze evaluatie richt zich op deel A van de GOMA. Deel A bestaat uit aanbevelingen die zien op het verbeteren van de informatiepositie van de patiënt (zie hoofdstuk 3). Enerzijds richten de aanbevelingen zich op het informeren van de patiënt zelf, zoals de aanbeveling binnen 24 uur te informeren en het bijhouden van een adequaat medisch dossier. Anderzijds beslaan de aanbevelingen ook het verbeteren van informatie over het incident in bredere zin, door het doen van onderzoek naar de aard en toedracht van het incident. Omdat er nog maar weinig informatie beschikbaar is over de manier waarop ziekenhuizen een open en eerlijke reactie na een incident in hun beleid borgen, en omdat de middelen voor deze evaluatie beperkt waren, heeft de evaluatie een verkennend karakter. De evaluatie beschrijft dus niet de stand van zaken, maar brengt in kaart welke vragen en problemen ervaren als het gaat om het organiseren van openheid. Dat is ook de reden dat er is gekozen voor een kwalitatieve benadering.

De verwachting was dat de aanbevelingen van de GOMA een plek hebben in het kwaliteitssysteem van ziekenhuizen. Daarom is er aanvankelijk voor gekozen de kwaliteitszorgverleners van ziekenhuizen eerst per brief, daarna telefonisch te benaderen. Al snel bleek dat de contactgegevens van kwaliteitsfunctionarissen niet eenvoudig te vinden zijn. De contactgegevens van klachtenfunctionarissen daarentegen zijn bij de meeste ziekenhuizen op de website te vinden. In theorie is de klachtenfunctionaris de persoon die bij uitstek vragen naar het juiste loket kan verwijzen. Daarom is de brief ter uitnodiging tot deelname aan klachtenfunctionarissen verstuurd. Per ziekenhuis verschilt wie zich het meest met openheid na een incident bezighoudt. In sommige gevallen is het interview daarom afgenomen bij de klachtenfunctionaris zelf, in andere gevallen is de uitnodiging doorverwezen naar de relevante functionaris, zoals de ziekenhuisjurist of de kwaliteitszorgverlener.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst. De GOMA overlapt deels met de in 2016 geïmplementeerde Wkkgz en gedragsregels die voortkomen uit de professionele standaard. Daarom kan het moeilijk zijn om te onderscheiden tussen hetgeen als

³ <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2016/04/25/meer-openheid-over-calamiteiten-in-ziekenhuizen>

juridische- of gedragsnorm geldt en waar het etiket 'GOMA' op te plakken is. In de evaluatie is daarom onderscheiden tussen de vraag naar de implementatie van de GOMA in smalle zin, de GOMA als gedragscode en als 'etiket', en naar de implementatie en borging van de aanbevelingen van de GOMA in brede zin, dus de implementatie en borging van beleid en praktijk gericht op een zorgvuldige reactie na een incident. In de interviewlijst zijn vragen opgenomen die zich richten op beide benaderingen. Er zijn vragen gesteld over de bekendheid met de GOMA, de wijze waarop de GOMA in het ziekenhuis zichtbaar is en of de GOMA terugkomt in beleid. Ook is doorgevraagd naar specifieke aanbevelingen uit de GOMA en de borging en implementatie van het open gedachtengoed waar de GOMA op gebaseerd is. Het interviewschema is opgenomen in de bijlagen bij dit rapport. De websites van de deelnemende ziekenhuizen zijn bezocht om te onderzoeken of informatie over klacht-, claim- en calamiteitenprocedures eenvoudig vindbaar zijn.

Tijdens de analyse van de interviews kwamen vier thema's naar voren gerelateerd aan de aanbevelingen, die met elkaar het palet van reacties van de respondenten omvatten. De volgende hoofdstukken zijn opgebouwd aan de hand van deze vier thema's. Allereerst betreft het vraagstukken rond de ondersteuning van zorgverleners en patiënten. Vervolgens rapporteren we over de vraag hoe ziekenhuizen meerwaarde kunnen ontlenen aan klachten en incidenten. Tenslotte bespreken we de vraag hoe organisaties vormgeven aan een open beleid. Bij de bespreking van deze thema's laten wij de deelnemers aan het onderzoek zo veel mogelijk zelf aan het woord. Elk hoofdstuk wordt voorzien van een korte inleiding op het thema. In de bijlage is een uitgebreide beschrijving te vinden van de methoden van dit onderzoek.

2 Begeleiding van patiënten na een medisch incident

2.1 Achtergrond

De aard en het doel van verschillende procedures is voor patiënten vaak niet duidelijk. Het kan daardoor voorkomen dat patiënten in de ‘verkeerde’ procedure terecht komen (Laarman 2017). Patiënten dienen bijvoorbeeld een claim in omdat zij niet weten hoe ze op een andere manier met de zorgverlener rond de tafel kunnen komen. Tijdens de interviews werd veel gesproken over de verschillende organisatorische structuren en daaraan verbonden functionarissen die ziekenhuizen kennen om te kunnen reageren op een ‘gebeurtenis’. Om dit fenomeen te beschrijven gebruiken we het begrip ‘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. Dit fenomeen van verkokering is ook in eerder onderzoek geconstateerd (Sijmons and Hubben 2014) en uitgebreid aan de orde gekomen in het OPEN project (waar in de eerste rapportage weliswaar over ‘fragmentatie’ wordt gesproken, maar hetzelfde fenomeen wordt omschreven) (Laarman 2016). In de GOMA wordt aanbevolen de patiënt schriftelijk te informeren over de verschillende mogelijkheden wanneer de patiënt een klacht of claim wil indienen (aanbeveling 9). Dit roept de vraag op, of en op welke manier de ziekenhuizen patiënten hierover informeren en begeleiden.

2.2 Resultaten

Voorlichting voor patiënten is verschillend belegd

Uit de gesprekken blijkt dat als de patiënt bij de klachtenfunctionaris bekend is, de klachtenfunctionaris de patiënt informeert over de verschillen tussen procedures. Soms is het ook de jurist van het ziekenhuis die deze taak op zich neemt. Dat is met name zo wanneer de ‘klacht’ binnenkomt als een ‘claim’. De jurist verwijst in een dergelijk geval bijvoorbeeld door naar de klachtenfunctionaris. Eén deelnemer vertelde dat een schriftelijke folder is ontwikkeld om patiënten voor te lichten. Ook wordt er aan een infographic gewerkt voor laaggeletterde patiënten.

Daar merkten wij wel dat het vaak verwarrend was voor patiënten of nabestaanden op het moment dat ze in zo’n calamiteitstraject komen; ja, dat ze ook denken dat daarin dan ook meteen echt hun klacht of claim wordt meegenomen. Dat gebeurt natuurlijk ook wel, maar wel met een ander doeleinde. Daarvoor zijn we dus nu bezig met een folder, dat je gewoon de mensen ook goed informeert van: dit staat dus los van de klacht of van de claim, dit is ook om te kijken naar een stukje kwaliteitsverbetering.

Jurist (opname 12, p. 1)

Er bestaan veel visies op de rol van een klachtenfunctionaris

De verschillende visies op de mogelijke rol van de klachtenfunctionaris na een medisch incident zijn illustratief voor het begrip verkokering. Op grond van de Wkkgz zijn ziekenhuizen verplicht om een persoon in dienst te hebben die de patiënt kan helpen bij de behandeling van een klacht. Het laagdrempelige en oplossingsgerichte karakter van de Wkkgz brengt mee dat deze klachtenfunctionaris in veel meer situaties in beeld kan komen dan wanneer een klacht wordt

ingediend. In de ziekenhuizen bestaat discussie of dat wenselijk is. In sommige ziekenhuizen treedt de 'klachtenfunctionaris' op als 'patiëntencontactpersoon' tijdens calamiteitenonderzoek. De klachtenfunctionaris benadert de patiënt in dat geval proactief. Bij incidenten die niet als calamiteit worden opgepakt lijkt hier geen sprake van te zijn. In andere ziekenhuizen kan 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, of dat de patiënt een klacht indient.

Dat is echt alleen als wij merken dat er nog behoefte is aan bemiddeling of dat er nog echt veel vragen zijn of dat ze met de behandelaar willen spreken. Dan schakelen wij die in als commissie zijnde. Maar ook op de afdeling weten ze de klachtenfunctionaris goed te vinden, in die zin dat als ze merken dat er iets is en ze kunnen het zelf niet oplossen, dan zullen ze altijd doorverwijzen naar de klachtenfunctionaris.

Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p.3)

Sommige deelnemers gaven aan meerwaarde te zien van een vaste contactpersoon voor de patiënt.

Zo'n calamiteitenonderzoek duurt natuurlijk soms best wel lang, zeker op het moment dat het ingewikkeld is en er zijn meerdere afdelingen bij betrokken. [...] Dus dan is het gewoon wel goed dat ze gewoon echt een aanspreekpunt hebben. Dat hebben we dus nu nog niet heel goed geregeld. Nou, nogmaals, wel als er ook een klacht loopt, want dan weten mensen, oké, die klachtenfunctionaris is ook met mijn klacht bezig, dus die bellen ze dan wel. Maar als dat niet zo is, is daar eigenlijk nog geen goede begeleiding voor.

Jurist (opname 12, p.3)

Bij ons is het eigenlijk een beetje at random. Op het moment dat er een calamiteit is en de calamiteitencommissie of de PVC [Patiëntveiligheidscommissie] denkt, 'hmmm, wacht even hoor, moeten we hier iets mee', dan wordt ik geïnformeerd en dan wordt ook aan de patiënt gevraagd: 'goh, is het goed dat we uw naam doorgeven aan en dan neem ik contact op.' [...] Maar we hebben niet een specifiek iemand die dat alleen maar doet. Nee, dat is het ideaal nog wel hè, dat je een continuüm hebt voor de patiënt.

Staffunctionaris claims/voorzitter klachtencommissie (opname 1, p.7)

Interviewer: Oké. Dus eigenlijk, in het begin bent u er wel bij betrokken, maar bij de afronding van de TRIPOD-analyse...

Deelnemer: ...niet.

Interviewer: niet. Oké. En hoe zou u dat liever zien?

Deelnemer: Dat je als klachtenfunctionaris na het melden van een incident ingezet wordt om het proces te begeleiden, de kant van de patiënt en de kant van de arts, omdat ik denk dat we daar bij uitstek voor geschikt zijn.

Interviewer: Ja. En waarom?

Deelnemer: Omdat we onpartijdig staan, in dat proces.

Klachtenfunctionaris (opname 5, p. 8)

De patiënt wordt geïnformeerd over calamiteitenonderzoek

Alle ziekenhuizen gaven aan patiënten te informeren over de resultaten van calamiteitenonderzoek. Sommige ziekenhuizen voorzien in ondersteuning van de patiënt wanneer resultaten uit onderzoek besproken worden.

Daarna wordt verteld door de directie met de onderzoekers en de medisch manager van de afdeling aan de patiënt wat de uitkomsten zijn van het onderzoek. Daarna krijgt de patiënt het

onderzoek mee. Gewoon geprint. Wat heel tricky is eigenlijk hoor, maar ja, we doen het toch. We hebben niet; wat sommige ziekenhuizen wel doen is een aparte lekenversie van het onderzoek, maar dat doen wij niet. We geven het gewoon integraal mee.

Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p. 7)

Hoe we het tot nu toe hebben gedaan is dat we als patiëntveiligheidscommissie met patiënt, familie, nabestaanden praten, vertellen dat zij het rapport van ons krijgen en als ze daar dan nog vragen over hebben dat zij vrij zijn om dan contact op te nemen. Dat gebeurt niet. Meestal... Ja, waarom niet is natuurlijk gissen. Dat weet je niet. Het zal niet zo zijn dat dat van A tot Z duidelijk is, want daar zijn ze veel te technisch voor.

Adviseur kwaliteit en veiligheid/secretaris patiëntveiligheidscommissie (opname 1, p.6)

Sommige deelnemers meldden dat klachten gebeurtenissen onder de aandacht kunnen brengen die niet zijn gemeld door een zorgverlener. De redenering is dat patiënten aan de bel trekken als er iets niet gaat zoals de bedoeling is. In de praktijk kan de patiënt nog wel eens tussen de wal en het schip vallen wanneer de patiënt geen klacht heeft, geen 'klager' wil zijn, of niet weet waar hij met een klacht of een vraag terecht kan.

Als er een incident is en als dat niet gemeld wordt, dan blijft dat natuurlijk onbekend. Ja, ik weet niet hoe andere ziekenhuizen of zorginstellingen dat oppakken, maar ja, dat blijft natuurlijk altijd wel eventjes... Er moet wel gemeld worden.[...] Dan heeft altijd de patiënt het recht om te zeggen, jongens, ik ben het er niet mee eens, en dan gaat de patiënt vaak naar de klachtenfunctionaris toe, want dat is de makkelijkste ingang voor een patiënt.

Medewerker kwaliteit en veiligheid (opname 9, p.2)

Het is dus van belang dat een klachtenregeling goed toegankelijk is. In de ziekenhuizen worden met dit doel flyers verspreid met informatie waar de patiënt met een klacht terecht kan. We hebben de websites van de ziekenhuizen bezocht om te kijken of informatie hieromtrent gemakkelijk te vinden is. Twee van de websites van de deelnemende ziekenhuizen hebben op hun homepage een directe link naar klachtafhandeling onder de noemer 'geef uw mening'. Bij de overige ziekenhuizen moet vaker worden doorgeklikt waarbij de route naar klachtafhandeling in meer of mindere mate voor zich spreekt. Duidelijk genoeg lijkt de knop 'contact met het ziekenhuis' met doorverwijzing naar 'klachten en opmerkingen' of de optie 'patiëntvoorlichting'. Ook 'praktische info', leidend naar 'klacht indienen' spreekt voor zich – maar de patiënt die geen klacht heeft en wel denkt schade te hebben door een medisch incident vindt hier uitsluitend informatie over aansprakelijkstelling bij letselschade en wordt dus direct in een formeel traject geleid.

Informatie over klachtbehandeling is verder te vinden onder 'kwaliteit van onze zorg', 'kwaliteit en tevredenheid', 'praktisch', en 'rechten, plichten en klachtenbehandeling'. Dit lijkt ons minder duidelijk. 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 zelfs *wil* indienen. Op twee websites levert het zoeken naar 'incident' en 'calamiteit' informatie op over de gang van zaken in calamiteitenonderzoek. Op één website leidt dat naar een folder waar in een voetnoot het telefoonnummer van een beleidsadviseur patiëntveiligheid is opgenomen, de tweede website omschrijft de gang van zaken zonder verdere verwijzing. Op een derde website leidt de zoekterm 'incident' op de tweede resultaatpagina naar de contactgegevens van 'patient supporters'. De term 'misser', of 'fout' levert op geen van de bezochte websites een nuttige verwijzing op.

3 Begeleiding van zorgverleners bij het geven van openheid

3.1 Achtergrond

De open, eerlijke en betrokken houding die wordt beoogd met de aanbevelingen van deel A van de GOMA veronderstelt aan de zijde van de zorgverlener communicatieve vaardigheden die nodig zijn om deze aanbevelingen op de juiste manier in de praktijk te brengen. Niet iedere zorgverlener heeft die vaardigheden. Ook kan een medisch incident op de betrokken zorgverlener een grote impact hebben (Wu 2000). Dat kan zijn weerslag hebben op de mate waarin de zorgverlener in staat is op de juiste manier met de patiënt te communiceren. Daarnaast is voor zorgverleners nog niet altijd duidelijk waarover zij de patiënt moeten of mogen informeren en of zij hun excuses mogen aanbieden (Zwart-Hink 2017). Dat betekent dat het belangrijk is dat zorgaanbieders zorg dragen voor begeleiding en ondersteuning van zorgverleners, zodat die zorgverleners op hun beurt open kunnen reageren op vragen of klachten van hun patiënt.

3.2 Resultaten

In de evaluatie zijn daarom vragen gesteld over de manier waarop zorgverleners worden voorgelicht, of zorgverleners worden opgevangen na een incident en of zij worden begeleid in het gesprek met de patiënt. In de antwoorden op deze vragen komen verschillende aspecten naar voren over de manier waarop ziekenhuizen vormgeven aan de ondersteuning van hun zorgverleners. Allereerst gaat het over de vraag hoe afspraken of het beleid aangaande openheid met de betrokken zorgverleners wordt gecommuniceerd. Daarnaast werd met grote regelmaat aan de orde gesteld dat een 'gebeurtenis' een grote impact heeft op de betrokken zorgverlener. Ook worden verschillende manieren genoemd waarop zorgverleners ondersteuning wordt geboden. Daarbij lijkt er vooral aandacht te zijn voor ondersteuning bij calamiteiten. Een ander punt betreft de vraag of excuses mogen worden aangeboden en of fouten erkend door de betrokken zorgverlener mogen worden erkend.

Ziekenhuizen organiseren verschillende vormen van voorlichting

In de deelnemende ziekenhuizen vinden verschillende voorlichtingsactiviteiten voor zorgverleners plaats. Zorgverleners worden voorgelicht op introductiebijeenkomsten, tijdens scholingsbijeenkomsten of op symposia die aan openheid na incidenten zijn gewijd. Een aantal deelnemers aan het onderzoek vroeg zich af wat er van deze, vaak eenmalige, informatie beklijft. In sommige ziekenhuizen wordt daarom bewust de voorlichting over handelwijzen na incidenten beperkt gehouden en wordt pas voorlichting gegeven als zich een 'gebeurtenis' voordoet.

Maar bij de introductie moeten ze alles leren hè? Brand blussen, inloggen. Het is een overshoot aan informatie.

Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p. 3)

Nou ja, dan [als er een calamiteit is] hebben we natuurlijk ook als calamiteitencommissie daar wel een rol in als in dat we veel contact hebben met zo'n zorgverlener bijvoorbeeld, maar ook met de patiënt. Dus in die zin is daar dan weer aandacht voor. Meer dan bij een gewoon incident.

Jurist (opname 10, p. 3)

Er is natuurlijk ook een soort kennisoverdracht onderling hè, van mensen die al iets meegemaakt hebben en die ook weten van: als er iets niet goed gegaan is; ja, natuurlijk kun je zeggen dat het niet goed gegaan is, zonder dat daar gelijk allerlei claims of wat dan ook aan opgehangen zouden kunnen worden.

Klachtenfunctionaris (opname 7, p.3)

Voor vragen zijn verschillende loketten. In de ziekenhuizen geeft de jurist meer informatie als het gaat over de mogelijkheden voor schadevergoeding en kunnen zorgverleners de voorzitters of leden van calamiteitencommissies dan wel medewerkers van beleid en kwaliteit benaderen als er vragen zijn over meldingen of het onderzoek. Ook wordt de klachtenfunctionaris benaderd en kunnen senior stafleden, supervisors en leidinggevendenden worden benaderd met vragen.

Er zijn altijd opleiders en specialisten die dit [begeleiding van betrokken zorgverlener] kunnen doen, seniorverpleegkundigen, afdelingshoofden. Maar als die er niet uitkomen, kunnen ze de afdeling Kwaliteit en Veiligheid – dat is bij ons Beleidsontwikkeling en Kwaliteit – even bellen. Ik word ook vaak gebeld of gemaïld van, wat moet ik doen, maar dan zijn het meestal de ernstigere incidenten. [...]Maar het is niet zo dat ik bij elke VIM gebeld... Ja, we hebben natuurlijk ook nog de centrale VIM-commissie, die dat ook allemaal kan doen. Dus je kunt je hier niet verschuilen achter: ik wist het niet en ik wist niet wie ik moest bellen.

Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p. 3)

Naast voorlichtingsbijeenkomsten om zorgverleners te informeren of meer informele vormen van kennisoverdracht kiezen ziekenhuizen er ook voor afspraken vast te leggen. In sommige ziekenhuizen worden werkwijzen schriftelijk vastgelegd en, bijvoorbeeld, op het Intranet van de instelling geplaatst zodat voor iedereen duidelijk is – of in ieder geval gemakkelijk vindbaar – wat er moet gebeuren als er iets mis gaat. Andere deelnemers zetten hun vraagtekens bij de zin van het protocolleren van afspraken. Zij betwijfelden of zorgverleners een protocol opzoeken en benadrukten daarom juist het belang van een open cultuur en de toegankelijkheid van personen zoals de klachtenfunctionaris, de jurist of de voorzitter van de calamiteitencommissie.

Vandaar dat we dat protocollair vastgelegd hebben, van: licht die klachtenfunctionaris in. Dan kan ik tegen de patiënt zeggen: de dokter heeft mij genoemd... Ik kan niet bellen, want ik heb geen informatie van die patiënt. Dat heeft de hulpverlener wel, dus die moet mij daarvan op de hoogte brengen. [...] Nou ja, we hebben het dus wel vastgelegd, dat dat de weg dus moet zijn.

Klachtenfunctionaris (opname 3, p. 8-9)

Kijk, de ervaring leert toch vaak dat je ziet dat artsen er niet zo'n kei in zijn om allerlei procedures en protocollen na te zoeken als het niet direct medisch is. Dit is meer een stuk gedrag en cultuur ook en ontwikkeling van communicatie. Maar het is wel belangrijk dat men weet van: bij wie kan ik terecht en wie kan me daarbij helpen?

Letselschadefunctionaris (opname 2, p.12)

Dit is in feite zoals wij denken dat onze zorgverleners zouden moeten denken en wat in de praktijk dus ook wel gebeurt, niet per se met dit papier in de hand, maar wel met deze mindset.

Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p.3)

Ik denk dat als je vraagt, 'goh, ken je de GOMA?' dat ze niet snel zullen zeggen, 'ja, dat kennen we', maar wel dat ze werken volgens de richtlijnen en volgens het gedachtegoed van de GOMA in ieder geval.

Staffunctionaris claims/secretaris klachtencommissie (opname 1, p.1)

Eén deelnemer vertelde dat zij in huis een zogenaamde rode knop op het Intranet hebben geplaatst waar zorgverleners alle informatie kunnen vinden.

Op onze intranetsite hebben wij de zogenaamde rode knop, rood als in rood van een stoplicht van: er is iets ergs gebeurd. Daar staat al die informatie, dus het is makkelijk vindbaar voor mensen: waar kan ik terecht op het moment dat er iets gebeurd is?

Jurist (opname 11, p. 3)

Ziekenhuizen organiseren opvang voor zorgverleners

In alle interviews kwam de mogelijke impact van een incident op de betrokken zorgverlener(s) aan de orde. Daaraan gerelateerd werd een gevoel van onveiligheid benoemd. Zorgverleners die te maken krijgen met een incident zijn bang voor de reactie van de patiënt, diens familie of nabestaanden, hebben moeite met (onrealistische) verwachtingen van patiënten en zijn bang voor negatieve berichtgeving in de media en de mogelijkheid dat er een tuchtklacht tegen hen wordt ingediend.

Ik merk wel... Ik weet niet of dat voor jullie nu relevant is, maar dat is ook wel iets waar ik ook wel tegen aanloop; het is natuurlijk heel erg goed, die openheid, en ik denk dat het ook heel goed is met calamiteiten... Voorheen, een aantal jaren geleden, werden die stukken ook helemaal niet meegegeven. Dat doen we dus nu wel. Daar is er veel meer openheid. Maar ik merk wel dat mensen zich ook in huis toch wel steeds onveiliger beginnen te voelen.

Jurist (opname 12, p. 5)

Waar ik wel af en toe zorgen over heb is dat openheid natuurlijk ook met zich meebrengt dat hulpverleners zichzelf wellicht in een vervelende positie manoeuvreren in de zin dat we een aantal keren toch wel hebben meegemaakt dat de Inspectie – niet in ons ziekenhuis, maar in zijn algemeenheid – na een calamiteitenonderzoek, waarvan het incident door iemand zelf gemeld is, die persoon nog weer voor de tuchtrechter daagt. Dat zorgt wel af en toe voor onrust. We kunnen die onrust heel vaak wegnemen. Het zorgt er niet voor dat dokters niet open kunnen zijn, maar het zorgt wel af en toe voor wat onrust.

Jurist (opname 11, p. 6-7)

Je ziet dat ze moeite hebben met de juridisering van bepaalde dingen.

Jurist (opname 12, p. 8)

Het is heel moeilijk te zeggen van, zie ik dat nou als een barrière, want we moeten dat doen en transparantie is goed, dus dat doen we ook, maar uiteindelijk is natuurlijk wel een barrière om heel open te zijn dat je daar ook de consequenties van kan ondervinden [...]

Jurist (opname 4, p.5)

Het belang van openheid werd evenwel door alle deelnemers nadrukkelijk onderschreven. Daarom wordt er over nagedacht hoe ziekenhuizen kunnen zorgen dat zorgverleners zich veilig voelen om open te zijn en wanneer zij open zijn. In alle ziekenhuizen bestaat een vorm van opvang voor zorgverleners. In twee ziekenhuizen bestaat een BOT-team. Van deze vorm van opvang wordt in deze twee ziekenhuizen weinig gebruik gemaakt. In zes ziekenhuizen wordt collegiale opvang aangeboden. In één ziekenhuis is binnen iedere vakgroep een medisch specialist opgeleid tot lid van een CONEG-team (Collegiale Opvang Na Ernstige Ongevallen). Verpleegkundigen kunnen terecht bij de vertrouwenspersoon van het ziekenhuis. Opvallend is dat vrijwel alle ziekenhuizen een vorm van peer support kennen of er mee bezig waren dit op te zetten. In één ziekenhuis is een peergroup in het leven geroepen van medici, verpleegkundigen en stafzorgverleners. In de overige ziekenhuizen is

opvang georganiseerd volgens de principes van peer support. In vijf ziekenhuizen is men bezig een peer supportnetwerk op te zetten. Op grond van de interviews ontstaat het volgende beeld over de invulling van deze peer supportnetwerken.

Allereerst wordt de keuze voor deze *peer supporters* 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 peer supporters getraind. Omdat de ervaring leert dat (met name) medisch specialisten niet gemakkelijk hulp zoeken wordt peer support proactief, en soms meerdere malen, aangeboden.

Het grappige is dat als ik het de zorgverlener aanbied, dat deed ik in het begin, van, 'heeft u daar behoefte aan', dan zeiden ze eigenlijk meestal 'nee'. Naderhand hoorde ik dan weer terug van: 'eigenlijk had ik het wel moeten doen'. Dus nu vraag ik het eigenlijk niet meer. Ik stuur gewoon een peer supporter erop af.

Jurist (opname 12, p.2)

Naar leidinggevend wordt vervolgens 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 het incident, twee weken na het incident en een maand na het incident). 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 wordt. Soms wordt een peer supporter ook na een incident, klacht of tuchtklacht ingezet. In één ziekenhuis zijn specifieke peer supporters getraind die opvang verlenen aan zorgverleners wanneer zij een tuchtklacht krijgen en één deelnemer gaf aan van begin af aan peer supporters voor allerlei situaties te willen inzetten.

Dan gaan we hen in ieder geval actief inzetten bij calamiteitenonderzoeken, ernstige VIM- of MIP-meldingen en straf- en tuchtzaken. Dan willen we dat zo langzaam een beetje uitbreiden. Dat moet zich vanzelf weer een beetje uitbreiden in de organisatie, zodat zij ook voor minder ernstige incidenten bijvoorbeeld gevraagd kunnen worden.

Manager Strategie en Bestuur (opname 10, p.8)

Naast peer support kan ook begeleiding worden geboden bij het eerste gesprek met de patiënt. Een structurele invulling hiervan lijkt zeldzaam. Veel deelnemers gaven aan dat zorgverleners weten hoe de lijnen lopen in het ziekenhuis en weten waar zij terecht kunnen. Eén ziekenhuis heeft de functie van 'disclosure coach' vastgelegd in beleid.

Dan zit ik op kantoor en dan zwaait die deur open en dan komt een dokter binnen en die zegt: 'potverdikkeme, we hebben een jaar geleden wat gemist, we kunnen niet één, twee, drie zeggen dat het verstrekkende gevolgen heeft voor die mevrouw, maar we balen er wel van dat we dat gemist hebben en hoe kan het nou?' Weet je wel? Zo. Dus dat weten ze.

Klachtenfunctionaris (opname 3, p.1-2)

Na afronding van het calamiteitenonderzoek moeten de onderzoeksresultaten met de patiënt worden besproken. In twee ziekenhuizen is het (met nadruk) de hoofdbehandelaar zelf die de resultaten met de patiënt bespreekt.

Wij vinden echt dat de zorgverlener zelf contact met de patiënt moet houden. Daar zetten we niet... Nou ja, ik weet niet of dat principieel is, maar wij vinden echt dat dat zelf moet of een collega. Dus niet de klachtenfunctionaris. En ik ook niet.

Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p. 7)

Vaak is de hoofdbehandelaar in deze fase op de achtergrond betrokken voor het beantwoorden van vragen van de patiënt, samen met één of meer personen die het onderzoek hebben uitgevoerd. Soms is dit alleen de onderzoekscommissie, maar vaak zijn er functionarissen van verschillende afdelingen 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.

De reden om voor het één of het ander te kiezen varieert. Soms is de specifieke wens van de patiënt het uitgangspunt. Ook waren er deelnemers die vonden 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 deelnemers die vinden dat de behandelaar aanwezig moet zijn voor het geval dat de patiënt nog vragen heeft.

Het speelt een hele belangrijke rol wat de patiënt zelf wil. Als de patiënt niet meer met de betrokken dokter wil spreken, dan kunnen we hem ook niet dwingen. [...] Dus het is niet een hele bewuste keuze. Het is vaak een soort logische keuze eigenlijk, bijvoorbeeld omdat het om wat voor reden eigenlijk dan ook niet gaat en het dus niet de meest verstandige keuze lijkt op dat moment.
Jurist (opname 11, p.7)

Als mensen gewoon zeggen van, 'nou, ik heb geen zin in een gesprek, ik wil gewoon die rapportage,' dan leveren we dat. [...] Op het moment dat er contact is met de patiënt of nabestaanden wordt altijd gevraagd ook van, 'we zijn bezig omdat rapport op te stellen, wilt u het komen bespreken en met wie dan wel, of wilt u alleen de rapportage opgestuurd krijgen?'
Jurist (opname 6, p.7)

Of het handelen van zorgverleners wordt gemonitord is vaak afhankelijk van het label dat een 'gebeurtenis' krijgt. In een voorbeeld rondom de melding van een incident op de intranetsite wordt het initiatief bij de zorgverlener gelegd.

Bij een incident dat gemeld wordt is één van de vragen die bij de melding gesteld wordt... We hebben zo'n meldformulier op onze intranetsite. En één van de vragen daarin is of de patiënt geïnformeerd is. Daarmee natuurlijk hopen dat als iemand daar 'nee' antwoordt, die uit zichzelf denkt van: 'joh, dat moeten we doen.' Ik verwacht ook dat dat gebeurt.
Jurist (opname 11, p.2)

Dit ligt anders als een incident een calamiteit is. Als een incident als calamiteit wordt onderzocht zijn werkwijzen vaak juist gedetailleerd vastgelegd. Het risico dat de patiënt niet (goed) wordt geïnformeerd wordt ook ondervangen doordat er meer mensen bij het incident betrokken zijn. Zo wordt ten behoeve van het calamiteitenonderzoek nagevraagd of en zo ja hoe de patiënt geïnformeerd is over het incident en wordt er met de patiënt over diens visie op het incident gesproken. Die controle bestaat in veel mindere mate wanneer een incident als een complicatie wordt gemeld en de zorgverlener de patiënt daar zelf over informeert.

I: Maar ziet daar alsnog iemand dan op toe, dat als er een incident of een calamiteit plaatsvindt, dat de arts dat dan op die manier afhandelt?

R: Nee, niet op incidentniveau.[...] Dat is toch wel het vertrouwen dat we geven aan onze mensen, dat ze dat ook daadwerkelijk doen.

Jurist, (opname 11, p.2-3)

De onderzoekers die dat calamiteitenonderzoek doen zeggen ook tegen die patiënten: u wordt nog uitgenodigd om de uitkomsten te bespreken. Die krijgen ook altijd contactgegevens van die onderzoekers, dus die enkele keer dat de uitnodiging niet komt of niet snel genoeg komt, dan trekt vaak die patiënt nog wel aan de bel en dan gebeurt het alsnog.

Jurist (opname 11, p.1)

Dat vragen we ook altijd, om even een terugkoppeling te geven van hoe het is gegaan. Dat gebeurt eigenlijk ook altijd, dat ze eventjes bellen of mailen over hoe dat is verlopen. Dus dat krijgen we ook altijd wel terug.

Jurist (opname 12, p. 7)

Er bestaan nog misverstanden over het aanbieden van excuses

Alle deelnemers zeiden zorgverleners erop te wijzen dat zij hun excuses mogen aanbieden. Er bestaan nog regelmatig misverstanden dat het uiten van excuses of medeleven gelijk staat aan het erkennen van een fout of aansprakelijkheid, niet alleen bij zorgverleners maar ook bij letselschadeadvocaten.

Dat merk ik wel, binnen het ziekenhuis, dat er nog altijd hardnekkige misverstanden spelen, van: maar ik ga geen 'sorry' zeggen, want dan heb ik meteen erkend dat iets fout is gegaan. Daar zijn we wel mee bezig, om dat langzaam om te draaien. Je ziet ook wel dat steeds meer artsen zoiets hebben van, 'oh ja, ik mag inderdaad wel sorry zeggen, ik mag empathisch zijn zonder dat ik meteen aan de galg wordt gehangen', om het maar even zo te zeggen.

Staffunctionaris claims/voorzitter klachtencommissie (opname 1, p.4)

Nou, daar heb je nog wel een mooi punt. Daar heb ik het heel regelmatig over en dat doen ze, maar je wilt niet weten hoe vaak ik dat terugkrijg in een aansprakelijkstelling, ook van de advocaten, die dan zeggen: 'ja, daar is excuses aangeboden, dus kortom, het is erkend.'

Jurist (opname 12, p.8)

Er ontstaat onder zorgverleners langzaam het bewustzijn dat het is toegestaan om excuses aan te bieden, onder meer doordat zij elkaar onderling vaker over hun ervaringen vertellen. Naast de vraag of zorgverleners weten dat zij excuses mogen aanbieden, is de manier waarop zij de patiënt tegemoet treden afhankelijk van hun persoonlijkheid.

Ja, nou, ik vind dat wel wisselend per medisch specialist, bij wijze van. De één is daar gewoon wat handiger in en doet dat makkelijker dan een ander.

Jurist en adviseur Kwaliteit en Veiligheid (opname 10, p.8)

4 Meerwaarde geven aan klachten en incidenten

4.1 Achtergrond

Ziekenhuizen kunnen aan klachten en incidenten meerwaarde geven door het bevorderen van verzoening en het benutten van de kans om van de klacht of incident te leren. Aanbeveling 5 van de GOMA richt zich dan ook op het ondernemen van activiteiten die nodig zijn om te voorkomen dat het incident zich nog eens voordoet. Uit eerder onderzoek blijkt dat die kansen nog onvoldoende worden benut. Niet meer dan één op de drie klachtenfunctionarissen zeggen advies te geven op basis van de binnengekomen klachten (Dijk, Aa et al. 2016, Bouwman, Gennip et al. 2017). Wat de impact hiervan is op het beleid, is niet bekend. De kwaliteits- en veiligheidsinformatie die voortkomt uit veiligheidsmanagementsystemen blijkt daarnaast niet systematisch te worden gebruikt om te leren en verbeteren (Laarman et al., 2016).

4.2 Resultaten

Patiënten worden betrokken in calamiteitenonderzoek

Calamiteiten lijken hierop een uitzondering te zijn. Incidenten 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. De meeste deelnemers geven aan dat dit gebeurt. In de meeste gevallen is het de hoofdbehandelaar die de patiënt informeert dat er calamiteitenonderzoek wordt ingesteld, waarna de calamiteitencommissie de patiënt hoort over diens perspectief. In één ziekenhuis is het de hoofdbehandelaar zelf die de patiënt informeert en om diens perspectief vraagt. De reactie van de patiënt ten behoeve van de calamiteitenrapportage wordt in het medisch dossier opgenomen. Het betrekken van patiënt en/of naasten lijkt bij de deelnemende ziekenhuizen evenwel nog geen prioriteit te zijn.

Dan hebben we een checklistje voor die hoofdbehandelaar, wat we verwachten dat hij of zij doet. Daarin is ook een boxje, wat ze aan kunnen vinken voor zichzelf, informeren van de patiënten. We hebben daar ook een folder voor gemaakt.

Stafffunctionaris claims/secretaris klachtencommissie (opname 1, p.3)

Daar staat de IGZ op, zelfs als de patiënt er niet bij was zo ongeveer, bijvoorbeeld: het gebeurt onder narcose op de OK.

Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p.7)

Twee deelnemers gaven aan dat het horen van de patiënt vaak een sluitstuk is. Eén deelnemer vertelde dat de calamiteitencommissie om die reden op zoek is naar manieren om de patiënt daadwerkelijk bij het onderzoek te betrekken. Eén deelnemer vertelde dat de onderzoekscommissie ook tussentijds ruimte vrijmaakt om met de patiënt of nabestaanden te spreken.

Je hoort natuurlijk de patiënt of de nabestaanden te horen om hun perspectief te vernemen. Hoe kijken zij tegen dingen aan? Niet alleen om dat af te vinken, maar ook om hen echt daadwerkelijk bij het onderzoek te betrekken.

Jurist (opname 6, p. 3)

Bij calamiteiten is het zo dat alle calamiteiten, alle onderzoeken die we doen naar calamiteiten, dus alle incidenten die we melden bij de Inspectie als potentiële calamiteit; dan wordt de

patiënt of de nabestaande van de patiënt geïnterviewd. Daar scoren wij een honderdprocent score op, tenzij natuurlijk iemand heel duidelijk aangeeft dat niet te willen. Die worden ook meegenomen in de honderdprocent score. Maar iedereen wordt in beginsel geïnterviewd in het kader van het calamiteitenonderzoek, dus betrokken.

Jurist (opname 11, p.2)

In de calamiteitenrapportage die wordt opgesteld ten behoeve van de IGJ zijn ziekenhuizen verplicht verbetermaatregelen op te nemen. Ziekenhuizen zijn op zoek naar manieren om van incidenten ook daadwerkelijk te kunnen leren. Dat uit zich onder meer in de ontwikkelingen omtrent openheid over rapportages. In 6 van de deelnemende ziekenhuizen krijgt de patiënt de rapportage altijd mee naar huis, tenzij de patiënt zelf aangeeft dit niet te willen. In één ziekenhuis gebeurt dit op verzoek en in twee ziekenhuizen wordt er expliciet voor gekozen dit niet te doen. Sommige ziekenhuizen zijn begonnen zelf te publiceren over calamiteiten.

Wij hebben ook gepubliceerd over onze calamiteiten vorig jaar. Dat moet dan natuurlijk wel een beetje bedekt allemaal en in grote nummers en geanonimiseerd, maar wij zijn daar niet zo heel spastisch over of zo. [...] Maar wij vinden het eigenlijk geen probleem om er in ieder geval over te berichten. Kijk, je moet natuurlijk zorgen dat niet herleidbaar is naar een individuele casus of zo, maar ja, we zouden daar ook graag meer openheid in zien.

Jurist (opname 6, p.6)

Initiatieven om van klachten te leren

Sommige deelnemers vertelden over initiatieven die het leren van klachten en incidenten bevorderen, zoals het systematisch terugkoppelen van de klachtbehandeling.

Maar nu is er dus een controle echt vanuit het MSB [Medisch Specialistisch Bedrijf]. Zij zeggen: 'luister, dit hebben jullie het afgelopen kwartaal binnengekregen aan klachten, daar zijn jullie natuurlijk mee aan de slag gegaan, wij willen van jullie weten wat geanalyseerd is en wat verbeterd is.' [...] Dus het moet eigenlijk een continue cyclus worden van: 'hoe doen we dat en wat kunnen we hier iedere maand uit filteren om als het einde van het kwartaal daar is aan te leveren aan het MSB?' Dat is natuurlijk wat je wilt.

Klachtenfunctionaris (opname 3, p.3)

Kijk, de RVE's [Resultaatverantwoordelijke eenheden] zijn ook op de hoogte middels de kwartaalrapportages van de klachten en de claims. Dan staat daar natuurlijk ook op de agenda van: 'goh, wat gebeurt er binnen onze vakgroep en hoe kan het dat we bijvoorbeeld vijf claims hebben, we hadden anders nooit iets, kijk eens eventjes wat er met bepaalde specialisten mogelijk aan de hand is of hoe dit heeft kunnen gebeuren?' Dan volgt wel een nader onderzoek of volgen nadere gesprekken.

Letselschadefunctionaris (opname 2, p.12)

Ik als klachtenfunctionaris maak elk kwartaal een kwartaaloverzicht van alle klachten die ik behandeld heb en de uitkomsten en de aanbevelingen daarin. Dat wordt doorgestuurd naar het managementteam en naar alle leidinggevenden van alle afdelingen.

Klachtenfunctionaris (opname 7, p.3)

Eén deelnemer vertelde dat er naar aanleiding van een incident en een daaruit voortkomende klacht voor alle geïnteresseerde zorgverleners een conferentie is georganiseerd. Daar werd het incident geanonimiseerd besproken, werd uitgelegd wat er gebeurd was en wat voor verbetermaatregelen er konden worden genomen. Ook is in een ziekenhuis recent gestart met de organisatie van een klinische conferentie, waar twee hoofdbehandelaars een calamiteitenonderzoek presenteren. In een

ander ziekenhuis wordt bij iedere stafvergadering een calamiteit besproken door de betrokken zorgverlener(s).

Maak dit [het bespreken van een incident bij de medische stafvergadering] een speerpunt. Ga leren... Er moet een cultuur heersen dat je daar met elkaar gewoon als professionals over kan praten. Medewerker kwaliteit en veiligheid (opname 9, p.10)

5 Het organiseren van een open beleid

5.1 Achtergrond

Uit eerder onderzoek blijkt dat het onderschrijven van openheid niet voldoende is: openheid moet worden georganiseerd (Laarman, Bomhoff et al. 2016). Voor sommige ziekenhuizen heeft de Wkkgz veel nieuwe verplichtingen geïntroduceerd die moesten worden georganiseerd. Zo had, o.a., niet ieder ziekenhuis een klachtenfunctionaris in dienst en vertrouwden sommige ziekenhuizen op een (hoofdzakelijk) schriftelijke klachtenprocedure. De principes van open en eerlijk reageren na een medisch incident worden breed onderschreven (KNMG 2007, Iedema, Allen et al. 2011, KNMG 2016, Laarman 2016, Bouwman, Gennip et al. 2017, Laarman 2017, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2018), maar de praktische uitwerking is nog niet altijd voor iedereen duidelijk (Laarman 2016, Laarman, Schoten et al. 2016, Bouwman, Gennip et al. 2017).

5.2 Resultaten

Alle deelnemers aan het onderzoek zeiden bekend te zijn met de GOMA en de daarin opgenomen aanbevelingen. Een aantal deelnemers gaf aan dat het organiseren van openheid toch nog een zoektocht kan zijn. Sommige ziekenhuizen benoemden een recente fusie als een factor die openheid kan belemmeren. Er is tijd nodig om culturen van ziekenhuizen te laten samensmelten en om zorgverleners vertrouwd met elkaar te laten worden. Ook financiële problemen werden benoemd als een belemmerende factor. Tot slot is nog niet altijd duidelijk wat mag, wat kan, en wat moet.

En de twee klinici die we nu hebben, die proberen naar beste eer en geweten de functie zoals die bedoeld was te vervullen, maar denken ook steeds zelf van: 'oh, hoorde dat er ook nog bij, dat wist ik niet.' Dus die zijn ook gaandeweg aan het leren en komen af en toe ook voor verrassingen te staan, dat ze de verwachtingen niet helemaal waar kunnen maken zoals het eigenlijk bedoeld was. Ja, trial and error, zullen we maar zeggen.

Staffunctionaris claims/secretaris klachtencommissie (opname 1, p.2)

Dus vorig jaar was het [x] jaar van de fusie en kwam het pas daadwerkelijk meer op gang, waarbij artsen natuurlijk zeggen: 'ja, aanvankelijk voelde ik me wel vrij genoeg om bijvoorbeeld bij een incident of wat dan ook in mijn eigen vakgroep daarover te spreken, maar nu krijg ik tien nieuwe collega's van de locatie [x] en ja, nou wacht ik nog maar eens eventjes, want die ken ik nog allemaal niet en ga ik dat wel allemaal zeggen?'

Letselschadefunctionaris (opname 2, p. 3-4)

De GOMA werd door sommige deelnemers gezien als een frame waar een open en eerlijke reactie in ieder geval aan moet voldoen, en als hulpmiddel in een situatie waar zorgaanbieder, zorgverlener en patiënt heel verschillende belangen kunnen hebben. Voor anderen heeft deel A van de GOMA na invoering van de Wkkgz (deels) zijn relevantie verloren.

De GOMA geeft natuurlijk ook een kader aan en ook een basis van: daar moeten we op zijn minst aan voldoen als wij als goed ziekenhuis willen functioneren op het gebied van incidenten en calamiteiten en medische aansprakelijkheid. Dan is dat wel het minimaalste.

Staffunctionaris claims/secretaris klachtencommissie (opname 1, p.1)

En voor de rest, ik denk dat het op zich wel goed is dat we überhaupt zo'n soort gedragscode hebben, dat we elkaar erop kunnen attenderen en dat we ook daardoor met zijn allen in ieder geval iets meer de neuzen dezelfde kant op hebben staan dan wanneer we het misschien niet zouden hebben.

Staffunctionaris claims/secretaris klachtencommissie (opname 1, p.12)

Ik vind het sowieso heel nuttig dat ook beschreven is wat een goede manier is om open te zijn [...] Dat zijn wel allemaal hele nuttige dingen, dat je dat dus helder hebt met meerdere partijen.

Jurist (opname 4, p.5)

In de interviews zijn vragen gesteld waar de bekendheid met de aanbevelingen van de GOMA zichtbaar was. Dan is te denken aan een protocol of aan een stappenplan waarin opgenomen is wat er moet gebeuren na een incident. Voor klachten en calamiteiten geldt dat beleid wettelijk vastligt, zoals in hoofdstuk 3 van de Wkkgz voor wat betreft klachten en het Uitvoeringsbesluit Wkkgz voor de melding van een calamiteit. In sommige ziekenhuizen is de GOMA zelf integraal op intranet gepubliceerd of zijn de aanbevelingen verwerkt in beleid, maar ook anderszins hebben ziekenhuizen in het geval van een calamiteit of een klacht vaak een uitgekristalliseerd beleid. Dat is anders wanneer een gebeurtenis als een complicatie wordt gemeld of helemaal niet wordt gemeld. Patiënten die een incident meemaken en daarover een klacht indienen kunnen op die manier zorgen dat het incident bekend raakt in het ziekenhuis. Daarvoor is wel vereist dat de klacht en het daaraan ten grondslag liggende incident in bredere context besproken wordt en niet uitsluitend in de 'koker' klachtafhandeling blijft hangen.

Er zijn ook patiënten die een incident meemaken, maar daarvan niet op de hoogte zijn. Ook zijn er patiënten die wel vragen of zorgen hebben maar geen 'klager' willen zijn en daarom geen klacht indienen. Voor deze patiënten bestaat (meestal) geen vangnet. Uit onderzoek is bekend dat patiënten die geen ingang kunnen vinden zich tot andere, belastende procedures wenden, zoals het tuchtrecht of het aansprakelijkheidsrecht (Vincent, Phillips et al. 1994, Smeehuijzen, Van Wees et al. 2013). In de gesprekken zijn daarom vragen gesteld over de manier waarop verschillende functionarissen met elkaar samenwerken en of afspraken hieromtrent zijn vastgelegd.

Deelnemers dachten verschillend over het risico van verkokering. In sommige ziekenhuizen is sprake van structureel overleg om die verkokering actief tegen te gaan. Bij dat overleg zijn bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris en de jurist betrokken. In sommige ziekenhuizen worden hierbij ook zorgverleners betrokken die zich met calamiteiten bezighouden. In andere ziekenhuizen gaat het vooral om informele contacten, terwijl weer anderen zich realiseren dat het probleem van verkokering bestaat, maar er niet direct actie op ondernemen. In een aantal ziekenhuizen is sprake van structureel overleg tussen zorgverleners met verschillende rollen. Dit om voornoemde verkokering te voorkomen.

Continu hebben wij overleg. Met de Patiëntveiligheidscommissie [PVC] hebben wij; op het moment dat er een calamiteitenmelding is, dat wij de naam doorkrijgen van de PVC, zodat we ook daar alert op zijn. Dat als wij iets moeten doen of als de persoon zichzelf bij ons meldt, dat we dat in ieder geval weten en ook als ik dingen binnenkrijg, dan met name bij die medische aansprakelijkheid, dan kijk ik ook altijd van: 'is het iets wat absoluut door de PVC onderzocht moet worden of nog niet?' Dus daar zijn die lijntjes wel korter van geworden het afgelopen jaar ongeveer.

Staffunctionaris claims/voorzitter klachtencommissie (opname 1, p. 16)

Maar we hebben een lijst, een Excel-bestand. Dat wordt de dag voordat het overleg er is; dus altijd op een woensdag krijgen we het overzicht. Dingen die dan al bekend zijn, die de afgelopen week

gepasseerd zijn staan er dan al in. De dingen die op die lijst staan zijn de claims die binnenkomen, dat zijn de calamiteiten die gemeld zijn, dat zijn de ernstige klachten die bij ons binnenkomen, waarvan wij denken dat die eigenlijk gemeld moeten worden, waarbij we ons afvragen: moet hier een calamiteitenonderzoek of een SIRE-onderzoek gedaan worden om te kijken of het een calamiteit is? Dat komt dus allemaal bij elkaar en dat is helemaal niet lang, dat is maar een half uur, maar omdat het iedere week is, komt dat daar bij elkaar en kunnen we er daar ook met elkaar over spreken.
Klachtenfunctionaris (opname 3, p.2-3)

Er bestaan verschillen in opvatting over de vraag of borging van die samenwerking nodig is. In de interviews werd aangegeven dat het ziekenhuis niet zo groot is of 'de lijntjes kort zijn' waardoor men elkaar goed weet te vinden wanneer dat nodig is. De medewerkers die zich bezighouden met klachten, calamiteiten en claims zitten bijvoorbeeld bij elkaar op de kamer of op dezelfde afdeling.

We zijn wel vast van plan om ook echt zoiets te gaan invoeren, maar in het geval van een soort samenloop, dat er een calamiteit is die ook een klacht is, dan overleggen we wel hoor. We zitten allemaal op dezelfde vloer, dus er wordt wel laagdrempelig overlegd. Maar ja, soms kan je een signaal missen natuurlijk.
Jurist (opname 6, p.5)

In veel ziekenhuizen worden ad hoc afspraken gemaakt voor overleg. In een enkel ziekenhuis zijn afspraken schriftelijk vastgelegd en werd daarvan ook uitdrukkelijk het belang benadrukt.

We hebben daar geen schriftelijke afspraken over. Ik denk ook omdat elk incident echt wel anders is. Je moet natuurlijk wel per geval bekijken, wie doet wat en op welk moment, maar dat hebben we niet vooraf ergens vastgelegd.
Jurist (opname 11, p. 6)

Ja, we hebben niet vastgelegd in een protocol, dan die, dan die en dan samen, maar er is wel gewoon... Er zijn hele korte lijnen bij ons, waardoor we heel laagdrempelig met elkaar overleggen. [...] Dus dat werkt wel goed samen. Maar het is niet vastgelegd in een procedure.
Jurist (opname 10, p.6)

Als we het hebben over een calamiteit; we bespreken elke week de calamiteiten en de voortgang. Ja, dan zorgen we echt wel dat dat allemaal afgewerkt is. Dus we hebben gewoon een to do list met de secretaresse van de Raad van Bestuur die dat waarborgt. Maar dan hebben we het alleen maar over calamiteiten. [...] Dan kan er best iets tussendoor slippen. [...] als er geen klacht is en we vinden dat het een complicatie is, maar geen calamiteit, dan kan het best zijn dat daar nog mensen tussen de wal en het schip vallen.
Medisch specialist patiëntveiligheid en manager kwaliteit (opname 8, p. 9)

Nou ja, voor wat betreft calamiteiten ligt dat vast, heel gedetailleerd vast, wie wat doet, wie welke rol heeft. Maar ook wel voor wat betreft taken van een klachtenfunctionaris, dat ligt ook wel heel gestructureerd vast, wat zij wel doen en niet doen en wanneer.
Jurist (opname 10, p. 4)

6 Discussie

Deze evaluatie richtte zich op deel A van de GOMA. Dit rapport brengt in kaart wat de problemen zijn die ziekenhuizen ervaren in het organiseren van een open beleid en welke oplossingen zij daarvoor aandragen. De evaluatie had een kwalitatief en verkennend karakter en geeft niet de actuele stand van zaken weer. In deze discussie lichten we kort de belangrijkste bevinding per hoofdstuk toe en geven we aangrijpingspunten voor vervolgonderzoek en GOMA 2.0.

Hoe borgen ziekenhuizen de GOMA en het achterliggende gedachtengoed?

Ziekenhuizen geven uiteenlopend vorm aan een open beleid. De deelnemende ziekenhuizen verschillen in grootte, cultuur, en samenwerkingsprocessen. Soms is dat historisch zo gegroeid maar vaak stoelt beleid ook op sterke overtuigingen over hoe bepaalde problemen benaderd moeten worden. In de gesprekken werd vaak, al dan niet expliciet, gerefereerd aan de rol die cultuur speelt in de manier waarop met klachten en incidenten wordt omgegaan en de 'eigenheid' die ziekenhuizen daarin willen handhaven. *'Bij ons in huis...'* Dat ziekenhuizen zelf opnieuw het wiel uitvinden hoeft geen probleem te zijn. Maar het moet wel gebeuren: een open cultuur ontstaat niet vanzelf, maar moet worden georganiseerd. Daarvoor is beleid nodig op vier door ons geformuleerde thema's die aansluiten bij de aanbevelingen van de GOMA: de begeleiding van zorgverleners; de begeleiding van patiënten, meerwaarde geven aan klachten en incidenten en het organiseren van een open beleid. Deze thema's worden hieronder nog een keer kort toegelicht en samengevat.

Begeleiding van zorgverleners

Een open cultuur ontstaat niet vanzelf. Daarom kwamen in dit hoofdstuk activiteiten die zorgverleners moeten helpen om openheid in de praktijk te brengen aan de orde. Daarbij valt te denken aan scholing, voorlichting, opvang en ondersteuning in het gesprek met de patiënt. Door sommige deelnemers werd aangegeven dat eenmalig informatie verschaffen over openheid niet volstaat. Het lijkt van belang om bij herhaling aandacht te besteden aan openheid en eerlijkheid, waarbij wellicht niet beklijft welke stappen de zorgverlener allemaal moet zetten, maar wel wie hij daarvoor met vragen kan benaderen. Ook het integreren van de mogelijkheid tot opvang en ondersteuning in meldsystemen kan een goede geheugensteun zijn.

In veel ziekenhuizen bestaat een vorm van opvang voor zorgverleners. In de meeste ziekenhuizen is dat peer support en lijkt beleid redelijk uitgekristalliseerd. Begeleiding in het gesprek met de patiënt lijkt zeldzamer. Dat is opvallend. Het is bekend dat een incident een grote impact kan hebben op het functioneren van de zorgverlener. Het lijkt veilig om aan te nemen dat deze impact ook zijn weerslag heeft op de manier waarop een zorgverlener communiceert. In sommige gesprekken werd benoemd dat zorgverleners soms nog wel wat aanmoediging kunnen gebruiken; zo blijft het aanbieden van excuses een heikel punt. In eerder onderzoek is gepleit voor de inzet van een disclosure coach, een persoon die de zorgverlener begeleidt in het gesprek met de patiënt (Smeehuijzen, Van Wees et al. 2013).

Begeleiding van patiënten

Er bestaan verschillende visies op de rol van een klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris kan proactief worden ingezet. In dat geval wordt de klachtenfunctionaris als patiëntencontactpersoon ingezet als er een calamiteit heeft plaatsgevonden en treedt deze op als centraal aanspreekpunt. Het is bekend dat patiënten behoefte hebben aan dergelijke begeleiding. Ook is gebleken dat een 'klachtenregeling' niet altijd even toegankelijk is en bovendien hoeft de patiënt geen 'klacht' te hebben om begeleid te willen worden. Het proactief inzetten van een patiëntencontactpersoon kan in

die behoefte van patiënten voorzien. Niet alle ziekenhuizen voorzien in een contactpersoon voor de patiënt. De verschillen in werkwijze suggereren dat de ene manier beter is dan de andere. Onderzoek naar de ervaringen van patiënten en zorgverleners kan hierin meer duidelijkheid scheppen.

Meerwaarde geven aan klachten en incidenten

Ziekenhuizen zijn op zoek naar manieren om te kunnen leren van klachten en incidenten. In sommige deelnemende ziekenhuizen wordt structureel over klachten gerapporteerd. Sommige deelnemers vertelden dat daar verbetermaatregelen aan worden gekoppeld. Als een incident als calamiteit wordt gemeld is een ziekenhuis verplicht om de calamiteit te onderzoeken en verbetermaatregelen op te stellen. De deelnemende ziekenhuizen betrekken de patiënt en diens naasten in het onderzoek, maar de mate waarin het perspectief van patiënten en naasten daadwerkelijk wordt meegenomen in onderzoek verschilt.

Het organiseren van een open beleid

Er is veel aandacht voor de manier waarop ziekenhuizen zouden moeten omgaan met een calamiteit. Als een incident als calamiteit wordt gemeld bestaan er structuren die de zorgverlener helpen om open en eerlijk te zijn en wordt er op die open houding ook toegezien. Voor gebeurtenissen die geen calamiteit zijn is die aandacht veel geringer. Dit is een voorbeeld van de verkokering die wij in dit rapport op meerdere plekken hebben benoemd.

Verkokering van procedures is onwenselijk omdat ook klachten en ernstige complicaties voor de patiënt en zorgverlener ingrijpende gebeurtenissen kunnen zijn. Ten tweede vergroot verkokering van procedures het risico dat een patiënt tussen de wal en het schip valt wanneer een incident niet als calamiteit of klacht bekend wordt en een patiënt zich voor informatie of erkenning tot het tuchtrecht of het aansprakelijkheidsrecht wendt.

Sommige deelnemers gaven expliciet aan op zoek te zijn naar manieren om de kloof in beleid tussen calamiteit en incident te dichten. Eén manier om dat te doen is door samenwerkingsafspraken te maken tussen de verschillende personen die bij 'gebeurtenissen' betrokken kunnen zijn. Deze samenwerking wordt in het kader van project OPEN ook wel aangeduid als een 'Bureau OPEN' (Laarman and Akkermans 2017). Er bestaat groot meningsverschil over de zin of onzin van het vastleggen van deze afspraken. Onderzoek waarin de ervaringen van patiënten en zorgverleners worden gekoppeld aan organisatiestructuren kan duidelijkheid bieden of het varen op informele afspraken voldoende waarborg biedt.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat de verkokering van procedures er toe kan leiden dat er binnen één ziekenhuis verschillend wordt omgegaan met het beleid omtrent openheid, afhankelijk van de 'koker' waarin een probleem terecht komt. Er lijken zelfs 'kokers' te zijn waarbij de aandacht voor het perspectief van de patiënt ontbreekt, bijvoorbeeld in situaties waarin een incident wel wordt gesignaleerd, maar niet wordt opgepakt als calamiteit noch als klacht. Nagegaan zou moeten worden of het probleem van verkokering in de nieuwe GOMA geadresseerd zou kunnen worden. Ook zou nagedacht kunnen worden over de vraag of de klachtenfunctionaris of een andere functionaris niet vaker de rol van patiëntencontactpersoon op zich zou kunnen nemen, ook als er geen sprake is van een klacht. Tot slot speelt er de vraag of, hoe en door wie zorgverleners moeten worden begeleid in het gesprek met patiënten – ook als het onderwerp van gesprek géén calamiteit is. Dat leidt ons tot de volgende aangrijpingspunten voor een discussie over GOMA 2.0:

- Wat zijn manieren om de kloof in beleid tussen calamiteit en incident te dichten?
- Wat is de rol van een 'klachtenfunctionaris' na een medisch incident?
- Hoe kunnen zorgverleners worden begeleid in het gesprek met patiënten over incidenten?

Literatuurlijst

- Bouwman, R., v. Gennip, I. and R. Friele (2017). Monitor Wkkgz: Stand van zaken implementatie "Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling". Utrecht, NIVEL.
- Dijk, J. v., S. v. d. Aa, R. v. Loon and C. Heusschen (2016). Focus op klachtenfunctionarissen; een onderzoek naar de informele klachtafhandeling in de zorg. Intervict. Tilburg, Tilburg University.
- Dutch Hospital Data (2016). "Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2014."
- Iedema, R., S. Allen, K. Britton, D. Piper, A. Baker, C. Grbich, A. Allan, L. Jones, A. Tuckett, A. Williams, E. Manias and T. H. Gallagher (2011). "Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the "100 patient stories" qualitative study." *Bmj* 343: d4423.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). In openheid leren van meldingen. Meldingen medisch specialistische zorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg in 2016 en eerste helft 2017, en boetebesluiten en tuchtklachten in 2016. Utrecht, IGJ.
- KNMG (2007). Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht? .
- KNMG (2016). Openheid na medische incidenten.
- Kok, J., I. Leistikow and R. Bal (2017). "Patient and family engagement in incident investigations: exploring hospitals' experiences and challenges. ." Accepted in *Health Services Research*.
- Laarman, B. and A. 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* 2017(3): 57-79.
- Laarman, B., 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 verrichtingen van de Wkkgz-geschilleninstanties." *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade* 2017(3): 57-79.
- Laarman, B., Bomhoff, M.C., Friele, R., Akkermans, A.J., Legemaate, J. (2016). OPEN: Open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis, schriftelijk verslag van het eerste jaar OPEN. Utrecht, NIVEL.
- Laarman, B., S. v. Schoten and R. Friele (2016). "Nulmeting: Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)."
- Laarman, B. S., M. C. Bomhoff, R. Friele, A. J. Akkermans and J. Legemaate (2016). OPEN: Open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis, schriftelijk verslag van het eerste jaar OPEN. Utrecht, NIVEL.
- Laarman, B. S., S. v. Schoten and R. Friele (2016). "Nulmeting: Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)."
- Sijmons, J. and J. Hubben (2014). "De Tweede Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg." *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 38(4): 264-281.

Smeehuijzen, J., K. Van Wees, A. Akkermans, J. Legemaate, S. v. Buschbach and J. Hulst (2013). "Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen."

Vincent, C., A. Phillips and M. Young (1994). "Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action." *The Lancet* 343(8913): 1609-1613.

Wu, A. W. (2000). "Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too." *BMJ: British Medical Journal* 320(7237): 726.

Zwart-Hink, A. (2017). "Moet wie excuses aanbiedt ook schade vergoeden?: Mythe en werkelijkheid over het verband tussen excuses en aansprakelijkheid." *Nederlands Juristenblad* 92: 2800-2808.

Bijlage A Methoden

A.1 Selectie van ziekenhuizen

In totaal zijn 27 ziekenhuizen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Er is gekozen voor een verdeling naar grootte en regio om een goede afspiegeling te geven van de stand van zaken in ziekenhuizen in Nederland. Wij hebben onderscheiden naar groot, middelgroot en klein op basis van een publicatie van de Stichting Dutch Hospital Data (DHD) (Dutch Hospital Data 2016). Deze publicatie brengt de capaciteit van Nederlandse ziekenhuizen in kaart naar aantal bedden. DHD hanteert 5 categorieën: kleiner dan 300 bedden, 300 tot 400 bedden, 400 tot 600 bedden, meer dan 600 bedden en UMC's. Er zijn in totaal 13 interviews afgenomen, waarvan twee bij één ziekenhuis. Er is gesproken met 3 kleine ziekenhuizen, 2 middelgroot ziekenhuis, 4 grote ziekenhuizen en 3 UMC's in uiteenlopende regio's.⁴ In totaal zijn 5 (42%) van de 12 geïnterviewde ziekenhuizen aangesloten bij het OPEN netwerk, zie tabel 1 (<http://www.openindezorg.nl>).

Binnen het OPEN netwerk zijn 20 ziekenhuizen actief, van de in totaal rond de 90 ziekenhuizen in Nederland. Dit betekent dat de OPEN ziekenhuizen licht oververtegenwoordigd zijn in dit onderzoek. Daarom hebben we de respons van de OPEN ziekenhuizen op een aantal kenmerken, zoals het hebben van peer support, of het hebben van een centrale contactpersoon voor patiënten, vergeleken met de respons van de andere ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat de OPEN ziekenhuizen op het ene punt iets vaker en op het andere punt juist iets minder vaak concreet beleid voerden. Dit leidt tot onze conclusie dat de lichte oververtegenwoordiging van OPEN ziekenhuizen geen grote bias zal hebben opgeleverd.

A.2 Interviews

In overeenstemming tussen de onderzoekers is een topic lijst ontwikkeld, zie bijlage 2. Deze lijst diende als basis voor de interviews. Er zijn in totaal 13 interviews afgenomen, waarvan twee bij één ziekenhuis. Er is gesproken met 2 kleine ziekenhuizen, 1 middelgroot ziekenhuis, 6 grote ziekenhuizen en 3 UMC's. Vaak werd gesproken met meerdere personen tegelijk, zie tabel 2.

Tabel 2: Geïnterviewde personen

Gesproken functionarissen	Aantal
Klachtenfunctionaris/klachtenbemiddelaar/zorgverlener	7
klachtencommissie	
Adviseur/manager/zorgverlener Kwaliteit en (patiënt)Veiligheid	5
Jurist	6

De interviews zijn opgenomen na instemming van de respondenten. Deze audio-opnamen zijn verbatim, en geanonimiseerd, getranscribeerd. Deze transcripten zijn vervolgens door drie onderzoekers inductief geanalyseerd. De onderzoeksvragen zijn als startpunt genomen om de gegevens te analyseren.

⁴ Aantallen bedden via: <http://brvnederland.nl/overzicht-ziekenhuizen>.

A.3 Toegankelijkheid van websites

De websites van de deelnemende ziekenhuizen zijn bezocht om te onderzoeken of informatie over klacht-, claim- en calamiteitenprocedures eenvoudig vindbaar zijn. De homepages zijn onderzocht en de zoekfuncties van de websites zijn uitgeprobeerd door te zoeken op de termen 'klacht', 'incident', 'calamiteit', 'misser' en 'fout'. Het resultaat hiervan wordt beschreven aan het einde van hoofdstuk 6 op pagina 28 en 29.

Bijlage B Topiclijst

De verwachting is dat zorgverleners in grote lijnen bekend zijn met de aanbevelingen en doelen van de GOMA, maar daar niet altijd het etiket 'GOMA' opplakken. Daarom wordt doorgevraagd naar specifieke onderdelen van de GOMA.

Voorafgaand aan gesprek: wie is de persoon die we interviewen, functie, nevenfuncties.

1. Bent u bekend met de GOMA?
2. Wordt de implementatie van de GOMA/openheid omtrent incidenten belangrijk gevonden in uw ziekenhuis?
3. Wordt er expliciet aandacht gegeven aan de implementatie en borging van de GOMA/openheid?
4. Hoe wordt er voor gezorgd dat zorgverleners open en eerlijk zijn?
5. Hoe worden patiënten ondersteund?
6. Afsluitende open vragen