



**Verslag Expertmeeting GOMA 2.0.**  
**Omgaan met incidenten in de ziekenhuiszorg**  
**d.d. 22 juni 2015**

|           |  |
|-----------|--|
| Aanwezig: | de heer K.C.B. Roes (UMC Utrecht)<br>de heer A. Santen (CentraMed)<br>mevrouw M. Beugel (Verbond van Verzekeraars)<br>de heer G. Beydals (Balans Letselschade Advocaten - LSA)<br>de heer Van Dun (NIAZ)<br>de heer T. Groot (MediRisk)<br>mevrouw G. de Groot-Draisma (Isala Klinieken - VKIG)<br>mevrouw M. Hengeveld (Alrijne Ziekenhuis – locatie Leiden)<br>mevrouw E. Mattern (Medas - GAV)<br>mevrouw C. Poorthuis (Training in Praktijk WMM)<br>mevrouw A. van Reenen-ten Kate (Hofmans Associates - NIS)<br>de heer A. Rittersma (Balans Letselschade Advocaten - ASP)<br>de heer M. Ruinard (DAS)<br>mevrouw L. 't Sas (VUMC Amsterdam)<br>mevrouw M. van der Staak (Twee Stedenziekenhuis - VKIG)<br>mevrouw J.E.M. Vernooij (Rijstate Ziekenhuis)<br>de heer M. Wichers (Univé)<br>de heer T. Zürcher (gynaecoloog)<br>mevrouw D. Lauria (DLR)<br>mevrouw H. van der Meer (KNMG)<br>mevrouw M. Peters (LSA)<br>mevrouw M. Roosink (WMM)<br>de heer A. van Kampen<br>de heer H. Henschen (MediRisk)<br>mevrouw T. Lekkerkerk (NPCF)<br>mevrouw N.F.M. ten Grotenhuis (Reinier de Graaf Groep) |
| Verslag:  | mevrouw M. Geurts (Secretary for You)  |
| Afwezig:  | de heer A. Akkermans (VU Amsterdam)<br>mevrouw B. Heuvel-Stoop (Heuvel Mediation)  |

### **1. Welkom en korte toelichting**

De voorzitter, professor K.C.B. Roes (directeur Kwaliteit Patiënt Veiligheid van het UMC Utrecht) opent de vergadering en heet iedereen van harte welkom. Hij is verheugd deze expertmeeting te mogen voorzitten mede omdat hij in zijn functie te maken heeft met de gedragscode ten aanzien van het proces rondom het melden en analyseren van incidenten, het zorgen voor een vervolg tot en met de interactie met patiënten en hun naasten.



Mevrouw Lauria, directeur van De Letselschade Raad, stelt zich kort voor. Zij geeft aan dat deze bijeenkomst bedoeld is om te spreken over de GOMA en de wens tot een herziening daarvan. Doelstelling is om te komen tot een betere aansluiting met de zorgsector (niet alleen de ziekenhuizen maar ook eerstelijnszorg) en tevens meer good practices in de GOMA op te nemen zodat er concrete handvatten kunnen worden geboden aan het werkveld.

Mevrouw Van der Meer (KNMG) is aangesteld als projectsecretaris voor het project GOMA 2.0 en stelt zich eveneens kort voor.

## **2. Voorstelronde deelnemers**

Er volgt een korte voorstelronde van de deelnemers.

## **3. Korte films 5 jaar GOMA**

In twee korte filmpjes wordt gepresenteerd wat de GOMA volgens een aantal professionals heeft opgeleverd en wat een nieuwe versie van de Code zou moeten bevatten.

## **4. Start discussie aan de hand van stellingen**

Aan de hand van onderstaande stellingen wordt gediscussieerd over de GOMA 2.0.

### *Stelling 1 De GOMA moet zorgverleners meer handvatten bieden over hoe zij na een incident het gesprek met de patiënt moeten aangaan (aanbeveling 3 en aanbeveling 8)*

Om de eerste fase te laten slagen is het van belang dat de arts goed begeleid wordt en goed voorbereid het gesprek aangaat met het slachtoffer. Een arts heeft behoefte aan duidelijke handvatten voor het voeren van een gesprek met de patiënt (bijvoorbeeld een chronologische afvinklijst) maar heeft tegelijkertijd ook behoefte aan coaching en begeleiding in dit traject. Wat ontbreekt in deze aanbeveling in de huidige GOMA zijn concrete aanbevelingen over de interactie met de patiënt; het “wat” wordt wel benoemd maar niet het “hoe”.

Wenselijk is om zorginstelling en zorgverlener apart te benoemen en niet onder één noemer van zorgaanbieder te scharen. De aanbevelingen dienen specifiek op deze aparte doelgroepen te worden afgestemd zodat duidelijk is van welke partij actie wordt verwacht. Tevens wordt opgemerkt dat in de GOMA wisselend wordt gesproken over fout en incident. Op voorhand kun je niet spreken over een fout omdat dat niet in alle gevallen al duidelijk is. Het spreken over een fout werkt ook drempelverhogend. Er wordt de voorkeur aangegeven om te spreken over een incident. Wel moet je dan ook goed kijken naar de definitie van het begrip incident. Daarnaast wordt aangegeven goed te kijken naar de chronologische volgorde van de aanbevelingen.

Bij de Isala Klinieken is een protocol is opgesteld waarin precies is vastgelegd langs welke stappen men moet handelen. De klachtenfunctionaris wordt aangesteld als neutraal persoon en is aanspreekpunt voor zowel de patiënt als de hulpverlener. Voor de hulpverlener is er dus ook ondersteuning vanuit de klachtenfunctionaris en tevens is er een commissie die ondersteuning kan bieden. Een good practice zou kunnen zijn dat de arts direct na het ontvangen van de brief contact opneemt met het slachtoffer. Soms hebben slachtoffers daar nog geen behoefte aan en dan zou er op een later moment alsnog contact op moeten worden genomen wanneer het slachtoffer daar aan toe is.



In de praktijk komt het voor dat artsen, afhankelijk van hetgeen is voorgevallen, het moeilijk vinden om een incident te delen binnen de organisatie. Dit is vaak mede afhankelijk van de cultuur binnen een organisatie. Openheid van het incident is in alle gevallen van belang omdat er dan ondersteuning kan worden geboden aan zowel de arts als de patiënt. Bij het VUMC staat expliciet in het stappenplan opgenomen om het incident bespreekbaar te maken binnen de organisatie. De klachtenfunctionaris wordt in het VUMC pas actief betrokken op het moment dat er daadwerkelijk sprake is van een klacht.

Een belangenbehartiger van slachtoffers merkt op dat de winst van de GOMA is dat er een brede discussie op gang is gekomen. Echter is hij van mening dat de GOMA een eerste aanzet is tot een adequate omgang met medische incidenten en voorkomen dient te worden dat de schaderegeling te gedetailleerd wordt weergegeven. Hij vraagt zich af of belangenbehartigers en schadeverzekeraars wel zo nauw betrokken moeten zijn bij het eerste deel van de GOMA.. Vanuit zowel De Letselschade Raad als de KNMG wordt aangegeven dat men juist bewust kiest voor een Gedragscode van alle betrokken partijen: bij een incident zijn zoveel partijen betrokken dat het van belang is om deze partijen bij elkaar te brengen en over het proces na een incident goede afspraken te maken. De GOMA betreft niet alleen de schadeclaim, maar ook juist deel A; de communicatie tussen arts en patiënt. Het is wel een terechte vraag om te kijken tot in welke mate van detail zaken moeten worden vastgelegd in een code, juist omdat er zoveel verschillende instellingen bij betrokken zijn en niet alles voor iedereen van toepassing is.

Verder dient veel duidelijker aan de patiënt te worden uitgelegd wat hij kan verwachten en waar de patiënt terecht kan. Ook dient duidelijker aan de patiënt te worden uitgelegd dat met het erkennen van een fout er tegelijkertijd geen sprake is van het erkennen van de aansprakelijkheid. In aanbeveling 8 staat 'erken de fout' terwijl een betere suggestie is 'de arts neemt de verantwoordelijkheid voor het feit dat het niet is gegaan zoals het had moeten gaan'. Het woord fout wekt verwarring op.

Expliciet dient te worden vermeld dat de zorgaanbieder/instelling haar verantwoordelijkheid dient te nemen. De zorgaanbieder/instelling moet altijd worden betrokken op het moment dat zich een grote calamiteit heeft voorgedaan of op het moment dat naar aanleiding van een incident de noodzaak ontstaat om protocollen aan te passen. Een deelnemer vanuit de hoek van medische aansprakelijkheidsverzekeraars pleit ervoor om bij elk willekeurig incident, vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg, de zorgaanbieder/instelling te betrekken. Als good practice wordt een case geschetst waarbij door ouders van een overleden kindje, zorgverleners en zorginstelling gesproken is over wat er is misgegaan en hoe dat in de toekomst voorkomen kan worden. Dit is naar tevredenheid van alle partijen goed afgerond.

Naar aanleiding hiervan wordt voorgesteld om met zorgverzekeraars en het ministerie te spreken over een vergoeding voor het voeren van een gesprek met een patiënt naar aanleiding van een incident. Het voeren van dit soort gesprekken kost tijd en meestal is de werkdruk juist veel te hoog om voor dergelijke gesprekken tijd vrij te maken. In het wetsvoorstel wkkgz wordt een tijdsfad van zes weken voorgesteld voor de afhandeling van klachten; dat is soms te krap.



De aanbeveling “24 uur na het incident moet contact worden opgenomen met de patiënt” dient te worden gewijzigd; de formulering moet meer ruimte laten voor maatwerk, bijvoorbeeld door op te nemen “liefst binnen 24 uur”. Patiënten hechten minder waarde aan deze termijn ; belangrijker is dat er contact wordt opgenomen dan dat dit binnen 24 uur plaatsvindt. Bij dit contactmoment is het van belang dat het op het juiste moment plaatsvindt en door de juiste persoon.

In deel A kan door middel van best practices aangegeven worden dat het ook in het belang van de arts is om de GOMA te volgen. Verder wordt opgemerkt dat er steeds meer aandacht is voor second victims en dat mogelijk hierbij kan worden aangehaakt. Als laatste wordt gesproken over een onderzoek in Amerika (sorry works) waaruit blijkt dat openheid voor iedereen van toegevoegde waarde is, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de arts en dat dit leidt tot een afname van 60% van de claims.

Ook wordt gesuggereerd dat de GOMA explicieter zou kunnen aangeven dat het – in alle fases- goed kan zijn een neutrale derde/ mediator in te schakelen om een drie-gesprek te creëren. Dat wordt in de praktijk nog vaak over het hoofd gezien. Een klachtenfunctionaris geeft aan dat zij in de praktijk ziet dat ook vaak gedacht wordt dat de klachtenfunctionaris geen rol meer heeft op het moment dat een advocaat is ingeschakeld. Zij ziet dat als een gemiste kans.

Stelling 2 Sociaal emotionele opvang voor zorgverleners na een ernstig incident maakt dat een zorgverlener beter in staat is het gesprek met de patiënt of zijn familie aan te gaan. De vraag is waar een zorgverlener terecht kan voor ondersteuning. Uit de ervaring blijkt dat zorgverleners niet snel uit zichzelf contact op zullen nemen naar aanleiding van een incident. Noodzakelijk is dus dat een incident wordt gemeld en bekend is binnen de organisatie om de gewenste ondersteuning proactief aan te kunnen bieden. Bij de Isala Klinieken wordt er op het moment dat er sprake is van een melding van een incident bij de MIP-commissie actief contact opgenomen met de zorgverlener om te informeren hoe het met de betrokken zorgverlener gaat en vervolgens wordt er een paar weken later wederom contact gezocht. Daarnaast is er nog een vangnet van artsen en klinisch psychologen waar de zorgverlener contact mee kan opnemen. Ook bij het UMCU wordt hieraan aandacht besteed, doordat dit via de afdeling wordt gesignaleerd en besproken. Als voorbeelden van lopende projecten van ondersteuning aan zorgverleners worden ook genoemd het project in het UMCG (peer-to-peer-support) en de coach-telefoon van arbeidsongeschiktheidverzekeraar MOVIR. Aandacht wordt ook gevraagd voor de huisartsen en andere eerste lijn zorgverleners omdat er aan deze groep weinig ondersteuning wordt geboden. Voorgesteld wordt om een inventarisatie te houden van de manieren waarop in de verschillende instellingen in de opvang van zorgverleners is voorzien. Good practices in dit verband zouden kunnen worden gebruikt voor de GOMA. Voor de inventarisatie zou eventueel gebruik gemaakt kunnen worden van netwerk medisch specialisten patiëntveiligheid (NMSP), dat is opgezet binnen de Federatie van Medisch Specialisten. Opgemerkt wordt nog dat de praktijk laat zien dat de behoefte aan ondersteuning bij verpleegkundigen vaak heel anders is dan bij medisch specialisten. Ook tussen verschillende specialismen bestaat verschil.



Als laatste wordt opgemerkt dat de gezondheidszorg wellicht minder de indruk zou moeten wekken dat 100% veiligheid mogelijk is in de gezondheidszorg. Een behandelingsovereenkomst is een inspanningsverplicht, geen resultaatsverplichting. Richting patiënt is een duidelijk verwachtingsmanagement cruciaal ook in het kader van 'samen beslissen' en informed consent..

Stelling 3 De GOMA is voldoende duidelijk over wat van de zorgaanbieder/zorgverlener na een incident wordt verwacht ter zake van de vaststelling van de toedracht van het incident. Vanuit de ASP wordt aangegeven dat een verbetering mogelijk is ten aanzien van dit punt. Belangenbehartigers krijgen vanuit verzekeraars onvoldoende inzicht in het dossier. Gevolg is dat dit moet worden afgedwongen, wat meer tijd kost, of er wordt geprocedeerd op basis van een onvolledig dossier. In de GOMA mag scherper worden geformuleerd dat de verzekeraar de belangenbehartiger informeert over de aard en toedracht van het incident en dat er openheid moet worden geboden ten aanzien van het analyserapport van het incident. Ten aanzien van de aanbeveling 'verzamel gegevens en verklaringen' worden vraagtekens gesteld. De vraag is in hoeverre dat een rol moet zijn voor de zorgaanbieder. Aanbeveling 7 vindt een aantal deelnemers in dit verband veel te scherp geformuleerd.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg adviseert om bij ernstige incidenten, waarbij sprake is van een overlijden, het analyserapport naar buiten te brengen. Dit is echter een aanbeveling maar geen harde eis. Voorgesteld wordt om het analyserapport geanonimiseerd naar buiten te brengen. Het desnoods geanonimiseerd delen van calamiteitenrapporten met de patiënt/nabestaanden, voorziet in een behoefte om opheldering en kan juist de-escalerend werken, aldus een belangenbehartiger.

Gesteld wordt dat de patiënt recht heeft op inzage in zijn dossier. Vervolgens dient te worden geregeld dat dit recht zo goed mogelijk kan worden uitgevoerd. Gesproken wordt om de MIP-uitkomsten te delen met de patiënt, de patiënt online toegang te geven tot zijn dossier of de patiënt uit te nodigen om gezamenlijk het dossier in te kijken. Verder wordt voorgesteld om te inventariseren hoe ziekenhuizen omgaan met het aanleveren van een dossier, een termijn te stellen aan die aanlevering (4 tot 6 weken), een basischecklist te maken van de gegevens die in ieder geval in het dossier opgenomen moeten worden en een standaardindeling van het dossier op te stellen. Dit alles om te bevorderen dat het dossier zo goed mogelijk wordt bijgehouden en de patiënt binnen een redelijke termijn inzage krijgt in het dossier. Bij de genoemde oplossingen worden wel vraagtekens gesteld omtrent de werkbaarheid hiervan in de praktijk. Breed gedeeld wordt dat de patiënt op zijn minst recht heeft op een terugkoppeling van de MIP- c.q. de calamiteitenanalyse op hoofdlijnen.

Van de zijde van belangenbehartiger van slachtoffers wordt naar voren gebracht dat te vaak een beschrijving van wat er feitelijk is gebeurd mist in het dossier.

Na een uitvoerige discussie wordt geconstateerd dat er voor alle partijen een voordeel te behalen is als er openheid van zaken wordt gegeven en dat openheid de dossiervorming zal bevorderen. Van belang is wel dat de overdracht van zorgverlener naar zorgverlener niet wordt belemmerd en dat de zorgverlener zich vrij voelt om zaken in het dossier te melden. Aanwezig zijn er geen voorstander van om hiervoor een apart werkblad in het dossier te maken. Verder wordt voorgesteld om de klachtenbehandelaar in fase A een actievere rol te laten spelen bij het verkrijgen van inzage in – en afschrift van het dossier, bijvoorbeeld bij de dossiervorming (denk aan het opnemen van feitelijke gebeurtenissen). Een





klachtenfunctionaris zou in dit verband meer ingezet kunnen worden als case manager. Nadrukkelijker dient te worden opgenomen dat de patiënt toegang moet krijgen tot zijn dossier en dat de drempel om dat dossier te verkrijgen zo laag mogelijk moet zijn.

*Stelling 4 Het verstrekken van informatie over een klacht- of claimprocedure is geen taak van de zorgverlener. De zorgverlener verwijst de patiënt hiervoor naar de klachtenfunctionaris.*

De aanwezigen zijn het eens met deze stelling; het is geen taak van de zorgverlener maar mogelijk wel een taak van de zorgaanbieder. Aanbeveling 9 is te rigide geformuleerd; van belang is om patiënten te helpen gemakkelijk hun weg te vinden op het moment dat een klacht- of claimprocedure aan de orde is (zo laagdrempelig mogelijk). Op de vraag of een door de DLR ontwikkelde wegwijzer gewenst is, wordt geantwoord dat de NPCF al een wegwijzer heeft ontwikkeld en tevens heeft elke zorgverlener al een eigen klachtenreglement. Verder verschilt de klachtenprocedure ook per zorgverlener; bij een huisarts is dit weer anders geregeld dan bij een instelling waardoor het lastig is een eenduidige wegwijzer op te stellen. Tevens zal er met de komst van de nieuwe wet het een en ander gaan wijzigen. Als best practice wordt genoemd dat de VU het protocol heeft dat er op de plaats waar het incident ontstaan is, een gesprek wordt gevoerd en er vervolgens, indien nodig, naar de klachtenfunctionaris kan worden verwezen. Voorkomen dient te worden dat de patiënt moeite moet doen om zijn klacht te melden. Aanbeveling 9 zou vervolgd kunnen worden met inschakelen van een vertrouwenspersoon voor de begeleiding van patiënten.

## **5. Afronding, samenvatting, vervolg**

Bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) zijn de ethische kaders waarbinnen de gedragsregels zich bevinden weergegeven. Gevraagd wordt of dit ook terug dient te komen in de GOMA. De aanwezigen zijn daar unaniem een voorstaander van, evenals van de suggestie om expliciete aandacht te besteden aan herstelgerichte dienstverlening richting de patiënt, zowel in deel A als deel B van de GOMA.

Mevrouw Lauria verzoekt allen om goede praktijken te mailen naar

[goma@deletselschaderaad.nl](mailto:goma@deletselschaderaad.nl)

De voorzitter sluit de vergadering om 18.20 uur en dankt iedereen voor hun aanwezigheid en inbreng.