



Congres ' Krijg nou de GOMA!; verantwoorde zorg is transparante zorg'

Datum : 31 mei 2013

Tijdstip : 13.00 – 16.30 uur

Locatie : Gooiland in Hilversum

Opening

Dagvoorzitter, prof. mr. Johan Legemaate van de Universiteit van Amsterdam en voormalig juridisch adviseur van de KNMG, staat bij de opening van het congres stil bij de ontstaansgeschiedenis van de GOMA. Het besluit tot de ontwikkeling van de gedragscode viel mede naar aanleiding van rapporten van de NPCF en de Ombudsman over negatieve ervaringen van patiënten na een medisch incident. De Letselschade Raad heeft veel partijen betrokken bij de totstandkoming van de GOMA en dat heeft gezorgd voor een breed draagvlak. De projectorganisatie bestond uit vertegenwoordigers van de NPCF, de KNMG, Centramed, MediRisk, PIV, de rechtsbijstandverzekeraars, de vereniging van medisch adviseurs GAV, de Vrije Universiteit en de Erasmus Universiteit. Als adviseurs waren het Ministerie van Justitie en de advocatenorganisaties ASP en LSA betrokken. De GOMA bestaat uit twee delen. Deel A geeft aanbevelingen voor het omgaan met incidenten en Deel B bevat aanbevelingen voor het afhandelen van schadeclaims.

Het bewezen nut van gedragscodes

drs. Deborah Lauria, directeur De Letselschade Raad

De voorzitter van het Platformoverleg van De Letselschade Raad, Aleid Wolfsen, is helaas verhinderd. Daarom neemt drs. Deborah Lauria, directeur van De Letselschade Raad, het woord. Zij memoreert aan de totstandkoming van De Letselschade Raad. In de jaren '90 was er veel ophef over de afwikkeling van letselschade zaken. Dat leidde ertoe dat in 1998 vier partijen - de ANWB, Slachtofferhulp Nederland, het Verbond van Verzekeraars en de vereniging van Letselschade Advocaten LSA - een overlegorgaan oprichten onder de naam Nationaal Platform Personenschade. In 2009 wijzigde deze naam in De Letselschade Raad.

De Letselschade Raad heeft onder meer gewerkt aan gedragscodes en richtlijnen. De resultaten zijn positief; dat blijkt eens te meer uit een recent onderzoek naar de besteding van de vijfjarige projectsubsidie van de overheid. Het onderzoek is uitgevoerd door de Universiteit van Groningen in opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

Met de publicatie van de GOMA en de lancering van het Register GOMA wil De Letselschade Raad de samenwerking met de medische sector intensiveren. Positief is dat de NFU en de NVZ de GOMA vorig jaar hebben omarmd. Te veel patiënten hebben negatieve ervaringen met de communicatie na een medisch incident en met de afwikkeling van medische aansprakelijkheidszaken. De GOMA kan zeker bijdragen tot verandering en verbetering.

Verantwoorde zorg is transparante zorg; over het belang van transparant handelen en open communiceren

prof. dr. Rutger Jan van der Gaag, voorzitter KNMG

Bij medische incidenten zijn openheid en heldere communicatie noodzakelijk voor de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt, zo benadrukt Van der Gaag. De patiënt heeft recht op alle informatie, inclusief de informatie over wat er tijdens de behandeling verkeerd is gegaan of - achteraf gezien - verkeerd is gedaan. Van der Gaag vindt het onderscheid tussen 'verkeerd gedaan' of 'verkeerd gegaan' belangrijk. Het uitblijven van herstel na een medische behandeling duidt niet



automatisch op een medische fout. Er kunnen complicaties optreden en aan elke ingreep zijn risico's verbonden. Goede voorlichting voorafgaand aan een behandeling is daarom van belang. Excuses maken, of sorry zeggen, is op zijn plaats als een arts of team verkeerd heeft gehandeld, aldus Van der Gaag. "Patiënten hebben vaker begrip voor fouten, als je er geen doekjes om windt, medewerking verleent aan afwikkeling financiële schade en inspanningen levert om te voorkomen dat het gebeurde nogmaals plaatsvindt." Het aanbieden van excuses betekent overigens niet dat de arts aansprakelijkheid erkent in juridische zin. Als een behandeling fout is gegaan door bijvoorbeeld complicaties zonder dat de arts verkeerd heeft gehandeld, dan kan een arts volgens de voorzitter zeggen te betreuren dat het resultaat anders is dan gehoopt. Zowel bij verkeerd gegaan als bij verkeerd gedaan mag van de arts openheid worden verwacht. Binnen 24 uur behoort er contact te zijn met de patiënt, volgens de GOMA. Ook moet de arts onderzoeken hoe een en ander heeft plaatsgevonden en hoe herhaling kan worden voorkomen. Leren van fouten, niet-verwijtbare complicaties, incidenten en calamiteiten is belangrijk. De KNMG pleit ervoor dat artsen elkaar aanspreken bij (dreigende) problemen. Ook is een goed systeem van veilig melden nodig. Dat is niet alleen belangrijk voor de patiënt, maar ook voor de kwaliteit van de zorg. Ook in de opleiding moet meer aandacht zijn voor communicatie.

Toch is er ook een kritische noot vanuit de KNMG. Van der Gaag is niet gerust op de toekomst van de GOMA. De KNMG ziet geen heil in het vermengen van klachtrecht, gericht op het bevorderen van kwaliteit en het wegnemen van onvrede bij de patiënt, en aansprakelijkstelling, zoals de minister Schippers in het wetsvoorstel 'Kwaliteit, klachten en geschillen zorg' doet. Dit zal enerzijds leiden tot juridisering en anderzijds zorgverleners huiverig maken voor het openlijk bespreken van problemen. De KNMG pleit voor een aanpassing van de bestaande Wet klachtrecht cliënten zorgsector, waardoor hogere eisen worden gesteld aan de huidige klachtencommissies. Het zou een slechte zaak zijn als de GOMA door nieuwe wetgeving in onbruik raakt, voordat de aanbevelingen uit de gedragscode zijn geïmplementeerd. De KNMG wil dat artsen en andere zorgaanbieders met en volgens de GOMA blijven werken. De GOMA draagt bij aan openheid, oprechtheid en een goede communicatie tussen arts en patiënt.

Patiëntveiligheid: kans of risico?!

mr. Anton Westerlaken, bestuursvoorzitter Maasstad Ziekenhuis

Twee jaar geleden kreeg het Rotterdamse Maasstad Ziekenhuis te maken met een uitbraak van de multiresistente Klebsiella-bacterie. Als gevolg van de infectie met de gevaarlijke bacterie overleden ten minste drie patiënten. Ook bij de medewerkers van het ziekenhuis kwam het incident keihard aan. De uitbraak leidde tot een golf aan negatieve publiciteit.

Het Rotterdamse ziekenhuis startte een project met als doel alle betrokkenen maximaal te informeren over de uitkomsten van het onderzoek. De nazorg werd geregeld. Slachtoffers en nabestaanden kregen een vaste contactpersoon die voortdurend voor hen bereikbaar was. Ook zorgde het ziekenhuis voor juridische begeleiding en voor rouwbegeleiding. Westerlaken benadrukt dat deze elementen cruciaal zijn geweest na de uitbraak.

De inhoud van de GOMA is te beperkt voor een crisissituatie zoals het Maasstad kende. Wel heeft het ziekenhuis de GOMA gebruikt als fundament voor de inrichting van de communicatie. Met name de bejegening van betrokkenen is belangrijk. Het onderzoek naar de uitbraak, de oorzaak en de gevolgen duurde lang en dat gaf onduidelijkheid en onzekerheid. Als gevolg daarvan brokkelde het vertrouwen af. Er was een explosie van claims.



Het Maasstad Ziekenhuis heeft veel energie besteed aan de nazorg. Rouwbegeleiding bleek soms belangrijker dan wat dan ook. Men kan namelijk niet genoeg stilstaan bij de impact van het verlies van een dierbare, stelt Westerlaken. Vanuit dat besef moet worden gekeken naar ontwikkelingen en oplossingen in de zorg.

Als tegenwicht voor de onduidelijkheid en onzekerheid bij slachtoffers en nabestaanden besloot het Maasstad Ziekenhuis een basiszekerheid te regelen. Het Maasstad richtte een werkproces in voor de behandeling van claims, zorgde voor een steunfonds en bood een oplossing voor de buitengerechtigde kosten. Het ziekenhuis belegde een bijeenkomst om de uitkomsten van het onderzoek naar de besmetting bekend te maken. Juist doordat het ziekenhuis zaken goed had geregeld, volledige openheid gaf en basiszekerheid bood, is er vrij weinig gebruik gemaakt van de in het leven geroepen voorzieningen.

Westerlaken benadrukt het belang van reële verwachtingen. Het is een serieuze denkfout om te verwachten dat een ziekenhuis bacterievrij is. Ook daarover gaat de GOMA wat hem betreft: over het omgaan met irreële verwachtingen.

De besmetting heeft binnen het Maasstad Ziekenhuis geleid tot een verscherpte kwaliteitscultuur. De inhoudelijke ambitie is versterkt. Het Maasstad heeft alle aanbevelingen uit de rapportages van de inspectie en de onderzoekscommissie naar aanleiding van de uitbraak toegepast. De relaties in de regio zijn vernieuwd. Men is zich bewuster geworden van de onderlinge afhankelijkheid. Daardoor is het vertrouwen bij doorverwijzende huisartsen en andere zorgverleners teruggekeerd. Herstel van het vertrouwen kost grote moeite. Westerlaken hoopt dat de GOMA daaraan een bijdrage zal leveren.

Westerlaken rondt zijn betoog af met een parabel. Een man met posttraumatische stress was in zijn dagelijkse functioneren sterk beperkt doordat hij elke seconde op scherp stond voor mogelijk gevaar. Deze man kreeg een begeleidingshond die samen met hem waakte en kon toen wat meer ontspannen. Voor zorgsector kan de GOMA de rol van begeleidingshond vervullen en zorgen dat men alert is en blijft op een goede nazorg bij medische incidenten.

Eerste hulp voor zorgverleners bij medische incidenten **Marjoleine van der Zwan, MC's MBA, directeur MediRisk**

De cultuur binnen ziekenhuizen is veranderd. Niet langer de arts, maar de patiënt staat centraal. De medische aansprakelijkheidsverzekeraars bekijken of ook zij een cultuuromslag kunnen bewerkstelligen. In 2011 heeft MediRisk de missie, de visie en de waarden opnieuw vastgesteld. De verzekeraar stelt de patiënt centraal en heeft zich ten doel gesteld om medische risico's te reduceren.

Voor de ziekenhuizen heeft MediRisk de 'gouden GOMA standaard' geïntroduceerd. Daardoor heeft MediRisk 57% meer patiënten kunnen helpen, ook als hun claims langer dan 3 jaar liepen. Volgens Van der Zwan honoreert MediRisk tegenwoordig een hoger percentage van de claims dan in andere landen. De GOMA draagt bij aan duidelijkheid en geeft richting. Van der Zwan doet daarom een oproep aan alle belangenbehartigers: sluit je aan bij de GOMA.

Om patiënten meer duidelijkheid te bieden, heeft MediRisk een applicatie laten ontwikkelen. De patiënt kan via de applicatie alle informatie over de behandeling van zijn verzoek om schadevergoeding terugvinden. Verder heeft MediRisk voor medisch specialisten flyers laten maken, waarop de aanbevelingen van de GOMA staan.



Van de totale jaarlijkse schade heeft ongeveer 18 miljoen euro te maken met medische incidenten in de operatiekamer. MediRisk heeft een preventieprogramma ziekenhuizen opgezet. Aangesloten ziekenhuizen moeten werken met de door MediRisk ontwikkelde ok-vangnetten. Deze uitgebreide checklists moeten fouten, zoals verwisselingen, voorkomen. De inhoud van de vangnetten is gebaseerd op bestaande richtlijnen en kennis die naar voren komt uit analyse van schadegevallen. Verder voert MediRisk met de aangesloten leden audits uit. Sinds de introductie van het vangnet op de operatiekamer lijkt het aantal incidenten af te nemen. Het aantal meldingen van verwisselingen op de operatiekamer is gedaald van jaarlijks gemiddeld 29 meldingen in de periode 2003-2007, naar gemiddeld 22 in de periode 2008 tot en met 2012. In die laatste periode daalde het aantal claims verder, terwijl de totale productie op de operatiekamers steeg. Preventie loont dus; voorkomen is beter dan genezen en iedere claim is er een te veel aldus Van der Zwan.

Krijg nou de GOMA; de resultaten van onderzoek drs. Deborah Lauria en prof. mr. Arno Akkermans

Directeur Deborah Lauria van De Letselschade Raad vertelt over de meldingen bij het Bemiddelingsloket. Het Bemiddelingsloket is er voor vragen, neutrale voorlichting, algemeen juridisch advies of hulp bij een dreigend conflict. Niet alleen slachtoffers van letselschade door een ongeval of medisch incident kunnen een beroep doen op het Bemiddelingsloket, maar ook alle andere betrokkenen, zoals verzekeraars, belangenbehartigers en zorgverleners. Het Bemiddelingsloket bestaat inmiddels 5 jaar. Een derde van de meldingen heeft betrekking op medische incidenten.

Top 5 van de vragen over medische incidenten:

- Er is een medische fout gemaakt en nu?
- Heb ik recht om te weten wat er is gebeurd?
- De aansprakelijkheid wordt niet erkend. Wat kan ik doen?
- Doet de zorgaanbieder er wel alles aan om dezelfde fout te voorkomen?
- Wie betaalt de kosten?

Top 5 van klachten over verzekeraars m.b.t. medische incidenten:

- Het duurt lang!
- De verzekeraar erkent de aansprakelijkheid niet, terwijl de klachtencommissie van het ziekenhuis de fout toegeeft.
- De medische gegevens worden niet overlegd. (Een projectgroep van De Letselschade Raad werkt aan concretere aanbevelingen om het overleggen van medische informatie beter te stroomlijnen)
- Er is discussie over het verstrekken van het medisch advies
- Ik voel me niet prettig behandeld/niet serieus genomen



Top 5 van klachten over zorgaanbieders m.b.t. medische incidenten:

- Het dossier is niet op orde
- Medische informatie wordt niet beschikbaar gesteld
- De communicatie verloopt moeizaam
- Het lijkt alsof het hun niets kan schelen
- Kan ik hen wel vertrouwen (de klachtenfunctionaris is toch een functionaris van het ziekenhuis - is deze wel onafhankelijk?)

Top 5 van klachten over belangenbehartigers m.b.t. medische incidenten:

- Ik hoor nooit (meer) wat, ik moet er steeds zelf achteraan
- De communicatie verloopt niet plezierig
- Onduidelijkheid over kosten/discussie over BGK
- Er was mij meer beloofd
- Poging tot second opinion door DLR

Arno Akkermans, hoogleraar aan de VU Amsterdam, geeft een toelichting op het rapport 'Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen'. Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de schadeafwikkeling niet steeds van het gewenste niveau is. Mensen ervaren de procedure als heel zwaar, psychisch belastend en soms letterlijk ziekmakend.

Door de feitelijke complexiteit van medische zaken is het voor patiënten veel moeilijker om claims toegewezen te krijgen dan in andere letselschadezaken. Wie procedeert over de schadevergoeding na een medische incident, bevindt zich in een kwetsbare positie. De belasting overstijgt het alledaagse niveau van ergernis en kan zelfs het herstel vertragen. Het schadevergoedingsrecht, met zijn focus op financiële compensatie, regelt vaak niet waaraan de patiënt (ook) behoefte heeft, namelijk erkenning van de fout en het maken van excuses, het geven van informatie en het nemen van maatregelen om herhaling te voorkomen.

Uit het onderzoek blijkt dat als het in de eerste fase (opvang en bejegening) niet goed gaat, er weinig kans is op een goed verloop van de tweede fase. Mensen dienen een claim in vanuit oneigenlijk motieven: boosheid, gekrenkte eigenwaarde, behoefte aan erkenning van gemaakte fouten of de wens de zorgverlener te straffen. Een nodeloze verzuring van het proces treedt op. De oorzaken van problemen in het claimbeoordelingsproces liggen dus in belangrijke mate in de eerste fase. Meer aandacht moet uitgaan naar 'open disclosure' na een incident.

Akkermans komt met een serie voorstellen voor verbetering:

- de toegang tot retrospectieve second opinion
- bemiddeling op verschillende niveaus
- ziekenhuizen doen afwikkeling tot een hoger bedrag zelf
- bij beoordeling van schadeclaims moet sprake zijn van geïntegreerde deskundigheid
- de geschilleninstantie uit het Wetsvoorstel 'Kwaliteit, klachten en geschillen zorg' moet er inderdaad komen.
- Artsen hebben coaching nodig bij het omgaan met patiënten na een incident; hier is een rol weggelegd voor de klachtenfunctionaris (een upgrade van deze functie).

Akkermans deelt de zorgen van de KNMG ten aanzien van de Wet Cliëntenrechten zorg. Ook hij vindt het samenvoegen van het klachtentraject en het aansprakelijkheidstraject niet wenselijk. Wel is hij van mening dat er een alternatieve geschilleninstantie moet komen. Het rapport 'Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen' is te downloaden via de website van de VU.



Directeur Barbara Stam van CentraMed heeft in vervolg op de film 'Met Lood in de schoenen' een mobiele applicatie (app) voor artsen laten ontwikkelen. De app geeft tips en aanbevelingen voor de communicatie met de patiënt na een incident. Ook kan de arts via de app een samenvatting van de GOMA raadplegen. De GOMA app is op korte termijn beschikbaar en gratis te downloaden.

Paneldiscussie o.l.v. dagvoorzitter Johan Legemaate

Aan de discussie nemen deel: Rutger Jan van der Gaag (voorzitter KNMG), Gerda de Groot (bestuurslid VKIG), Alice Hamersma (beleidsmedewerker NPCF), Auko Scholten (voorzitter Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg), Margot van der Starre (directeur NVZ), Albert Vermaas (lid Board of Directors NFU) en Barbara Stam (directeur Centramed)

De panelleden zijn blij met de GOMA. De GOMA kan helpen bij het verbeteren van de transparantie in de zorg, om de dialoog beter te kunnen voeren en bij terugwinnen van het vertrouwen in de zorg, aldus Margot van der Starre. De NPCF is blij met de GOMA, maar wel van mening dat er nog verbeterpunten zijn, zoals het borgen van de openheid in de zorg. Daarnaast is er nog onduidelijkheid over wat kan de patiënt verwachten nadat de aansprakelijkheid is erkend. Alice Hamersma is dan ook tevreden dat er een deel C van de GOMA gaat komen, waarin dit aan bod komt.

Ook volgens Auko Scholten is er nog veel werk aan de winkel. Hij kan zich vinden in het idee van de VU om een coach aan te stellen, al vraagt hij zich af of artsen daar wel voor open staan. Een aandachtspunt is dat niet alle artsen bereid zijn mee te werken. Hier ligt nog veel te winnen. Gerda de Groot benadrukt dat de klachtenfunctionaris een onafhankelijke rol heeft en daardoor veel kan betekenen in de nazorg na incidenten. De onafhankelijkheid is gewaarborgd in het beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris.

Albert Vermaas deelt het standpunt van de VU en de KNMG over de komst van de nieuwe wet. In de GOMA staat dat de aansprakelijkheidsverzekeraar binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling een onderbouwd standpunt moet innemen. In de nieuwe wet staat een termijn van zes weken. Volgens Albert Vermaas is dat niet haalbaar omdat er in deze fase veel zaken moeten worden uitgezocht en dat kost tijd.

Vraag uit de zaal: Wordt er in de opleiding van artsen voldoende aandacht besteed aan de communicatie met patiënten na een incident?

Volgens Rutger Jan van der Gaag (KNMG) moet er in de vervolgoopleidingen meer aandacht worden besteed aan de praktijk. Hoe richt je een praktijk in? Hoe zit het met kwaliteitsvisitatie en zelfcontrole? Nu komt deze onderwerpen pas aan de orde op het moment dat een arts is geregistreerd. Margot van der Starre meldt dat de NVZ een ziekenhuisbreed veiligheidsprogramma heeft. Een onderdeel daarvan is bijscholing voor werkzame artsen. De ontwikkelingen zijn positief, maar er valt nog het een en ander te verbeteren aan de reactie na een medisch incident.

Albert Vermaas (NVZ) geeft aan dat er bij de verplichte introductie van medewerkers in het UMCU aandacht wordt besteed aan openheid bij medische incidenten.

Vraag uit de zaal: In de praktijk doen verschillende instanties - klachtencommissie, tuchtcommissie enz. - verschillende uitspraken. Voor de patiënt of nabestaanden kan dit onduidelijk scheppen. Auko Scholten vindt dat het beter moet worden geregeld, zodat het niet meer nodig is om allerlei commissies te raadplegen.



De NPCF is van mening dat de patiënt ergens terecht moet kunnen en het liefst zo dicht mogelijk bij de bron. De geschillencommissie kan van toegevoegde waarde zijn omdat er een bindende uitspraak wordt gedaan en dat is belangrijk voor de patiënt. De NPCF is voorstander van de geschillencommissie als hiermee kwaliteitsverbetering wordt bereikt.

Gerda de Groot zou het jammer vinden als de klachtenfunctionaris verdwijnt. Bij klachten die niet direct te maken hebben met een claim, speelt de klachtenfunctionaris een belangrijke rol. De klachtenfunctionaris laagdrempelig, staat dicht bij de instelling, maar opereert wel onafhankelijk. In de Isala kliniek in Zwolle bemiddelt de klachtenfunctionaris jaarlijks in 600 tot 700 klachten, waarvan er uiteindelijk maar 15 bij de klachtencommissie terecht komen.

Vraag uit de zaal: Artsen kunnen begeleiding gebruiken bij hun communicatie met een boze patiënt. Kan de klachtenfunctionaris daarbij een rol spelen? Volgens Gerda de Groot is de klachtenfunctionaris prima in staat artsen op dit punt te ondersteunen. In de Isalakliniek bereidt zij gesprekken met patiënten soms met de arts voor. Soms gaat zij mee naar het gesprek tussen de arts en de patiënt.

Vraag uit de zaal: Het is belangrijk in een zo vroeg mogelijk stadium aandacht geven aan het slachtoffer. Zou het toewijzen van een counselor aan de patiënt binnen 48 uur na het incident een oplossing kunnen zijn?

Barbara Stam heeft gemerkt hoe belangrijk het is om kort na een incident contact te hebben met de patiënt. Hoe eerder er contact is, hoe meer positieve effecten dat oplevert. CentraMed stimuleert artsen om zo snel mogelijk in contact te treden met de patiënt.

Rutger Jan van der Gaag vertelt over de 'bijna- foutenbespreking' in het AMC. Tijdens de bespreking worden fouten en bijna-fouten op een veilige manier met elkaar besproken, zodat men daaruit lering kan trekken. Binnen de zorgsector is een cultuuromslag nodig met als doel openheid onderling en in het contact met de patiënt. Ook in de opleiding moet meer aandacht komen aan de communicatie met de patiënt.

Stelling: De arts moet bewijzen dat het medisch incident geen fout is.

De dagvoorzitter vraagt de aanwezigen in de zaal met behulp van stemkaarten hun standpunt kenbaar te maken. De meerderheid is het eens met de stelling. Wettelijke maatregelen zijn nodig. De gebrekkigheid van medische dossier is in de praktijk een veelvoorkomend iets, aldus Auko Scholten. Volgens Margot van der Starre moet worden gekeken hoe het bijhouden van dossiers kan worden verbeterd, maar zij heeft bezwaar tegen het omkeren van de bewijslast in alle gevallen. Dit zou neerkomen op een resultaatverplichting van de arts.

Ook Barbara Stam is daar geen voorstander van.

Rutger Jan van de Gaag vindt het voor de patiënt van belang dat het dossier op orde is.

De dagvoorzitter vraagt de panelleden naar hun ambitie ten aanzien van de GOMA.

Barbara Stam: "Alle partijen moeten de GOMA onderschrijven."

Gerda de Groot: "Iedereen in het ziekenhuis moet bekend zijn met de GOMA."

Alice Hamersma: "Iedereen moet de GOMA onderschrijven en naleven."

Albert Vermaas: "Compliance met systemen is van belang."

Auko Scholten: "Rechters dienen de GOMA in hun hoofd te hebben en in hun oordeel rekening houden met de gedragscode."

Margot van der Starre: "Leden dienen bekend te zijn met de GOMA."

Rutger Jan van der Gaag: "De GOMA moet worden gehandhaafd."



Lancering Register GOMA drs. Ruby Hoogerboord

Drs. Ruby Hoogerboord, directeur Consument en Markt bij het ministerie van VWS, lanceert het Register GOMA. Namens minister Edith Schippers gaat zij in op het belang van openheid in de zorg. De kritische kanttekeningen bij het nieuwe wetsvoorstel heeft zij vernomen en zij geeft aan dat een belangrijk deel van de geuite zorgen te zijner tijd kunnen worden weggenomen. Het ministerie wil in elk geval een vermindering van de bureaucratie na een incident bewerkstelligen. Voorkomen moet worden dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd.

Met een druk op een grote rode knop lanceert Ruby Hoogerboord vervolgens het Register GOMA.

Deborah Lauria vertelt dat patiënten en alle andere betrokkenen het register kunnen raadplegen op de website van De Letselschade Raad. Zorgaanbieder, belangenbehartigers en verzekeraars kunnen door inschrijving in het register kenbaar maken dat zij de aanbevelingen uit de GOMA zullen naleven. Inschrijving is mogelijk met behulp van het inschrijvingsformulier op de website of door contact op te nemen met De Letselschade Raad.

Trots presenteert Deborah Lauria de eerste zes aanmelders bij het GOMA Register. Persoonlijk vertelt ieder van hen in één zin wat hun inschrijving heeft gemotiveerd:

Albert Vermaas (NVZ): “Wij staan achter de GOMA.”

Marjoleine van der Zwan (MediRisk): “De GOMA is een leidend principe en daarom ondersteunen wij dit initiatief.”

Jan Boogaard (CentraMed): “Wij willen van harte ons uiterste best doen voor de GOMA. Als mede initiatiefnemer van de gedragscode willen we het waarmaken en ons ernaar gedragen.”

Harry Henschen (VvAA): “De VvAA onderschrijft de GOMA. Het belangrijkste is de patiënt centraal staat. De VvAA wil recht doen aan dat wat de patiënt is overkomen.”

Jeroen Filarski (DAS): “Bij verzoeken om rechtshulp voor zaken waarin misschien sprake is van een medische misser, is communicatie vaak de kern van de klacht. De GOMA is nodig om patiënten een betere nazorg te bieden. Goede nazorg is de beste voorzorg om extra trauma bij de patiënt en schadeclaims te voorkomen.”

Annemiek van Reenen-ten Kate (Hofmans Associates): “Hofmans Associates onderschrijft de GOMA van harte. De GOMA biedt heldere spelregels. Samen is men verantwoordelijk voor het oplossen van de medische aansprakelijkheidskwesties en daarbij staat de patiënt centraal.”

Deborah Lauria bedankt het ministerie van VWS voor de aanwezigheid en de steun. Ook het Fonds Slachtofferhulp wordt uitdrukkelijk bedankt voor de subsidiebijdrage sinds 2010 voor het meldpunt GOMA en voor de verschillende activiteiten ten behoeve van de implementatie van de Code. Tot slot dankt zij alle deelnemers voor hun aanwezigheid en inbreng.