

OPEN: open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis

Schriftelijk verslag van project OPEN

Mr. B.S. Laarman
Dr. M.C. Bomhoff
Prof. dr. ir. R. Friele
Prof. dr. mr. A.J. Akkermans
Prof. dr. mr. J. Legemaate

978-94-6122-386-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Netwerk OPEN	5
Voorwoord	7
1 Samenvatting	9
1.1 Hoofdboodschap	9
1.2 Deelconclusies	10
1.2.1 <i>Patiënt</i>	10
1.2.2 <i>Zorgverlener</i>	10
1.2.3 <i>Leidinggevend</i>	11
2 Inleiding	13
2.1 Aanleiding van dit onderzoek	13
2.2 Onderzoeksactiviteiten in het leernetwerk OPEN	15
2.3 Activiteiten in het leernetwerk	16
2.4 Leeswijzer voor dit rapport	17
2.5 Het normatieve kader	18
3 In gesprek met de patiënt	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Nationale en internationale aanknopingspunten: wat zijn de stadia in het contact met de patiënt?	19
3.3 Het eerste gesprek	20
3.3.1 Wie voert het woord?	20
3.3.2 Wat wordt er verteld?	21
3.4 In het geval van een (mogelijke) calamiteit	24
3.4.1 Het calamiteitenrapport	24
3.4.2 Wie bespreekt de rapportage met de patiënt?	25
3.4.3 Integraal verstrekken van de rapportage aan de patiënt	26
3.4.4 Verstrekking van een samenvatting van de rapportage	28
3.4.5 Mondelinge bespreking van de rapportage	28
3.4.6 Wanneer wordt de rapportage met de patiënt besproken?	28
3.4.7 Bemiddeling bij calamiteiten	29
3.4.8 Begeleiding voor patiënten	30
3.5 Conclusies	31

4	Ondersteuning van zorgverleners na een medisch incident	35
4.1	Inleiding	35
4.2	De impact op de zorgverlener als barrière naar openheid	36
4.3	Bewustwording van de mogelijke impact van een incident	36
4.4	Vormen van opvang	37
	4.4.1 Gefaseerde opvang	37
	4.4.2 Peer support	38
	4.4.3 Vertrouwenspersoon	41
	4.4.4 Nazorg in groepsverband	42
4.5	Proactief aanbieden	43
4.6	In welke situatie?	43
4.7	Conclusies	43
5	De rol van leidinggevenden	45
5.1	Inleiding	45
5.2	Tijd en geld	45
5.3	Uitdragen	47
5.4	Het goede voorbeeld geven	48
5.5	Snel schakelen	48
5.6	Opvang en begeleiding voor zorgverleners	50
5.7	Toezicht en evaluatie	50
5.8	Conclusies	52
6	Discussie	53
6.1	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	55
	Literatuur	57

Netwerk OPEN

Er is gesproken met vertegenwoordigers van dertien ziekenhuizen. Van deze dertien hebben de volgende, in alfabetische volgorde, er voor gekozen op de website www.openindezorg.nl vermeld te staan:

- Amphia Ziekenhuis (Breda)
- Bronovo (Den Haag)
- De Isala Klinieken (Zwolle)
- Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn)
- Het Elkerliek Ziekenhuis (Helmond)
- Martini Ziekenhuis (Groningen)
- Máxima Medisch Centrum (Eindhoven)
- Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag)
- OLVG (Amsterdam)
- UMCG (Groningen)



Voorwoord

Voor u ligt het eerste rapport over het project OPEN. Samen met 11 ziekenhuizen hebben we onderzocht op welke manier zij vormgeven aan hun streven naar meer openheid bij incidenten. Dit rapport doet verslag van onze eerste bevindingen.

Openheid bij incidenten is al jaren de professionele norm, en sinds 1 januari 2016 ook een wettelijke eis, maar de praktijk blijkt weerbarstig. De ziekenhuizen die samen werken in OPEN willen hier verandering in brengen. De aanpak in de OPEN ziekenhuizen is divers, er zijn grote verschillen. Dit betekent dat er veel van elkaar te leren valt.

Patiënten mogen van ziekenhuizen en zorgverleners verwachten dat zij professioneel reageren als er iets mis is gegaan. Dat gebeurt niet vanzelf. Menselijkerwijs is de eerste reactie van een zorgverlener die geconfronteerd wordt met een incident nog vaak zich te rechtvaardigen en terug te trekken. Begrijpelijk, maar het moet echt anders. Dit vraagt een systematische en georganiseerde aanpak, die niet alleen beter tegemoet komt aan de wensen en behoeften van patiënten, maar die ook voorziet in ondersteuning van de zorgverlener, zodat hij/zij actief en open kan communiceren met de patiënt, professioneel en zo snel mogelijk. Klachtenprocedures, procedures voor veilig incident melden, root cause analysis, calamiteitenrapportages en tuchtrecht leiden maar zelden tot echte openheid, en als het al gebeurt, veel te laat. Ook dat moet anders. De wil is er wel, maar waar is precies de weg? In OPEN leren we daarover van elkaar.

Direct na een incident hebben zowel zorgprofessionals en patiënten behoefte aan goede informatie en ondersteuning. Dit rapport laat zien dat die ondersteuning georganiseerd moet worden en wat er georganiseerd moet worden. Over de manier waarop dat precies moet gebeuren verschillen de meningen. De OPEN ziekenhuizen hopen, zo mogelijk ook met anderen, snel vervolgstappen te kunnen zetten zodat er meer bekend wordt over de meest effectieve aanpak.

De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek hebben we vormgegeven in een infographic, die ook te downloaden is op de website www.openindezorg.nl. We hopen dat hier veel gebruik van zal worden gemaakt.

Berber Laarman
Manja Bomhoff
Roland Friele
Arno Akkermans
Johan Legemaate

1 Samenvatting

1.1 Hoofdboodschap

Als er iets mis gaat in de behandeling van een patiënt, is het van groot belang dat daar door de zorgaanbieder openheid over wordt gegeven. Niet alleen hebben patiënten er recht op te weten wat er in hun behandeling is mis gegaan, zij hebben informatie ook nodig om het incident te verwerken en adequaat te reageren op de mogelijke gevolgen. Bovendien is het belangrijk dat er openheid wordt gegeven om van incidenten te kunnen leren. Er zijn aanwijzingen dat dit in de praktijk nog niet altijd gebeurt. Zo blijkt dat slechts een kwart van geïnterviewde artsen zegt dat men open is in de gezondheidszorg als er iets is misgegaan (Reitsma, Brabers, Wigersma, & De Jong, 2012). Dit terwijl openheid als norm al jaren geldt, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de KNMG richtlijn van 2007: *Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van een arts worden verwacht*.

Om hier verbetering in te brengen is het project OPEN gestart. Dit project moet inzicht opleveren en veranderingen in de manier waarop zorgaanbieders voorzien in openheid na medische incidenten. In het voorjaar van 2015 is onder de vlag van OPEN is begonnen met het opzetten van een leernetwerk van ziekenhuizen die openheid hoog op de agenda hebben staan. Deze ziekenhuizen hebben elkaar en de onderzoekers van OPEN inzicht gegeven in hun werkwijze gericht op openheid na medische incidenten, de door hen ervaren problemen en de daarvoor bedachte oplossingen.

De belangrijkste bevinding is dat openheid alleen tot stand komt als in een ziekenhuis op drie verschillende niveaus maatregelen worden genomen: op het niveau van de patiënt, de zorgverlener en leidinggevenden. De op deze niveaus afzonderlijk te nemen maatregelen kunnen in samenhang leiden tot een omgeving waarin openheid de norm is. Wat er op de drie afzonderlijke niveaus georganiseerd moet worden zal hieronder in de deelconclusies uitgebreider aan bod komen.

In de aanpak van ziekenhuizen bleek grote diversiteit te bestaan. Die diversiteit is waarschijnlijk te verklaren door de specifieke ontstaansgeschiedenis van openheid in een ziekenhuis en de route waarlangs het onderwerp op de agenda is komen te staan. Het keerpunt is in veel ziekenhuizen hetzelfde: een ernstige calamiteit, met negatieve media aandacht. Wat vervolgens verschilt, is wie op zich genomen heeft nieuw beleid te ontwikkelen. Daardoor zijn er verschillen tussen ziekenhuizen in wie zich over het thema 'openheid' ontfermt. Veel lijkt bovendien afhankelijk te zijn van de persoonlijkheid van *champions*, wat de vraag opwerpt wat er gebeurt als een dergelijke persoon uit het ziekenhuis weggaat.

Er is ook grote diversiteit te zien in de speerpunten waar het beleid in het ziekenhuis aan wordt opgehangen. Zoals hierboven werd genoemd is het van belang dat er op verschillende niveaus maatregelen genomen worden. Het beleid in de OPEN ziekenhuizen bleek echter vaak gefragmenteerd. De maatregelen die naar aanleiding van een incident genomen worden hangen vaak af van het label wat het incident krijgt: calamiteit, complicatie of klacht.

Daarbij viel op dat wanneer er over openheid gesproken wordt, dat heel vaak in de sleutel van een calamiteit gebeurt. Veel van de in dit rapport besproken resultaten zullen daarom beleid na calamiteiten beschrijven. Daarnaast is het beleid in ziekenhuizen afhankelijk van welke van de drie niveaus het sterkst ontwikkeld is. In OPEN bleek dat, hoewel veel van de deelnemers ver ontwikkeld zijn op één van de niveaus, er van een echt alomvattende aanpak nog weinig sprake blijkt. Tot slot viel op dat in alle ziekenhuizen maatregelen worden genomen ten behoeve van de patiënt, maar begeleiding van de patiënt zelf in veel gevallen nog ontbreekt.

1.2 Deelconclusies

1.2.1 Patiënt

Door deelnemers wordt aangegeven dat er bij patiënten behoefte bestaat aan begeleiding en één aanspreekpunt. In het typische traject na een medisch incident doen zich nu verschillende contactmomenten voor, waar op verschillende momenten andere informatie beschikbaar is. Patiënten willen echter vanaf het begin en doorlopend op de hoogte worden gehouden van de procedure die gevolgd wordt en de vorderingen die worden gemaakt. Het kan hierbij helpen om iemand aan te stellen die de patiënt begeleidt en op de hoogte houdt. Begeleiding voor patiënten wordt nog niet door alle deelnemers structureel aangeboden. Soms wordt dit op informele wijze door de klachtenfunctionaris opgepakt en in een enkel ziekenhuis bestaat beleid op dit vlak.

Bij patiënten bestaat ook behoefte om de rapportage naar aanleiding van de calamiteitenanalyse te ontvangen. Het blijkt dat over het verstrekken van de rapportage verschillende opvattingen bestaan. Veel van de deelnemende ziekenhuizen verstrekken de rapportage aan de patiënt. Het verstrekken van de rapportage dient volgens OPEN deelnemers gepaard te gaan met een uitgebreide uitleg. Daarvoor moet bij de bespreking iemand, zij dat de hoofdbehandelaar zelf of iemand anders, aanwezig zijn die zowel communicatief vaardig is, als vergaande medisch inhoudelijke kennis bezit. Als de calamiteitenrapportage integraal aan de patiënt wordt verstrekt, moet aandacht worden besteed aan de leesbaarheid en het format van het rapport.

1.2.2 Zorgverlener

Om openheid te kunnen waarborgen moet er ook op het niveau van de zorgverlener een aantal zaken worden geregeld. Naast de patiënt kan ook de betrokken zorgverlener lijden onder de impact van een medisch incident. Bovendien is niet iedere zorgverlener communicatief vaardig genoeg om het gesprek met de patiënt op de juiste manier aan te gaan. Het kan daarom voor zorgverleners moeilijk zijn om de patiënt open en eerlijk tegemoet te treden. Opvang en begeleiding voor zorgverleners betrokken bij een medisch incident kan hierbij helpen. Het verbeteren van de positie van patiënten en de opvang voor zorgverleners na een medisch incident moeten daarom in samenhang worden georganiseerd. Een patiënt heeft belang bij een zorgverlener die goed en open communiceert als er iets mis is gegaan. Zorgverleners vinden dit niet altijd even makkelijk.

Het is belangrijk dat het ziekenhuis hen ondersteunt, en tegelijk duidelijk maakt dat openheid de norm is. Er zijn verschillende wijzen om aan opvang vorm te geven, waarbij de voorkeur in wetenschap en praktijk uit gaat naar *peer support* met de mogelijkheid om naar professionele hulpverlening door te verwijzen.

1.2.3 Leidinggeevenden

Ten slotte spelen leidinggeevenden een cruciale rol. Het geven van openheid na incidenten kan een tijdrovend proces zijn, waar personeel, tijd en geld voor moet worden vrijgemaakt. De Raad van Bestuur heeft in een ziekenhuis de mogelijkheden om ervoor te zorgen dat daaraan tegemoet wordt gekomen. Leidinggeevenden spelen echter niet enkel een faciliterende rol. Voor leidinggeevenden ligt ook de taak weggelegd om openheid als norm in de organisatie uit te dragen. Deze boodschap kan bijvoorbeeld worden uitgedragen op voorlichtingsbijeenkomsten of themamiddagen.

Ook het moment dat de betrokken zorgverlener een calamiteit bij de Raad van Bestuur komt melden is cruciaal. Voor het optimaal gedijen van openheid moet in een zorginstelling een goede voedingsbodem bestaan. Een omgeving waarin onderling kritiek kan worden gegeven, waarin zorgverleners naar buiten durven te treden met door hen gemaakte fouten en onzekerheden, en waarin het leren van incidenten voorop staat. Openheid naar de patiënt kan alleen worden bereikt wanneer dit ook bij zorgverleners onderling de normale gang van zaken is. De wijze waarop vanuit leidinggeevenden op een melding wordt gereageerd, bepaalt voor een groot deel de omgeving in de zorginstelling: het moet niet gaan om het vinden van schuldigen, maar om leren van incidenten, en dus goede patiëntenzorg.

2 Inleiding

2.1 Aanleiding van dit onderzoek

“Als je het goed aanvliegt, blijkt het onverzoenbare verzoenbaar. Maar dat vereist wel dat je volkomen transparant bent.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

“Mensen zijn ongelooflijk vergevingsgezind.”

- Klachtenfunctionaris

Door de VU is in samenwerking met de UvA/AMC in 2013 onderzoek gedaan naar manieren om de positie van patiënten na een medisch incident te verbeteren. Uit het rapport ‘Opvang en schadeafhandeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen’ bleek onder andere dat het voor patiënten van het grootste belang is om na een incident informatie te krijgen over de aard en toedracht van het incident, maar dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt. De behoeften van patiënten na een medisch incident laten zich als volgt samenvatten (Smeehuijzen e.a., 2013):

- 1) Informatie en goede communicatie. Dat wil zeggen openheid over het incident, wat is er gebeurd, hoe is het gebeurd, en voor zover nog niet alles bekend is, wanneer is die duidelijkheid er wel, hoe wordt het uitgezocht;
- 2) Als er een fout is gemaakt: erkenning van die fout, het nemen van verantwoordelijkheid daarvoor, het maken van excuses;
- 3) Duidelijkheid over de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, de mogelijkheden voor herstelbehandelingen;
- 4) Maatregelen ter voorkoming van de fout in de toekomst;
- 5) Vergoeding van eventuele financiële schade.

Het krijgen van voldoende informatie is voor patiënten essentieel om het incident te verwerken. Als er openheid van zaken gegeven wordt kan dat de emotionele en mogelijk zelfs de fysieke impact van het incident beperken. Enerzijds omdat de psychische gesteldheid van de patiënt invloed heeft op zijn fysieke herstel (Elbers, 2013) maar ook omdat dit tijdige en adequate herstelbehandelingen mogelijk maakt. Openheid wordt in de literatuur nadrukkelijk als een proces gedefinieerd. Openheid is niet een eenmalig gesprek, maar een dialoog die voortduurt tot de patiënt aangeeft daar geen behoefte meer aan te hebben (Iedema e.a., 2011).

Hoewel de plicht tot openheid jegens patiënten breed gedragen wordt, lijkt het er op dat deze openheid in de praktijk regelmatig tekort schiet. In de literatuur wordt dit aangeduid als de ‘disclosure gap’: er bestaat een kloof tussen wat patiënten van hun zorgverlener verwachten of verlangen na een medisch incident en wat er door zorgverleners geboden wordt. Voor het ontbreken van openheid na medische incidenten worden verschillende oorzaken aangewezen.

Voorop mag worden gesteld dat het bespreken dan wel toegeven van een incident of fout gewoon moeilijk is. Daar komt bij dat de medische wereld bekend staat als gesloten en hiërarchisch. De cultuur in ziekenhuizen wordt vaak genoemd als belangrijke barrière naar openheid. Die wordt wel omschreven als *blame-culture*: een omgeving waarin incidenten door de angst voor consequenties eerder worden verzwegen dan openlijk besproken. Zorgverleners zijn bijvoorbeeld bang voor schade aan hun carrière of reputatie. De heersende hiërarchie en autoriteitsverhoudingen tussen zorgverleners die verschillen in ervaring of specialisme leidt tot een gebrek aan bereidheid elkaar op fouten, vergissingen of disfunctioneren aan te spreken (Aasland & Forde, 2005).

Medische incidenten kunnen bovendien, behalve voor de patiënt, óók voor de betrokken zorgverlener een traumatische ervaring zijn. Veel medisch specialisten ervaren van het meemaken van een medisch incident negatieve effecten. Dat kan variëren van kortdurende klachten tot op PTSS lijkende symptomen. De ernst van de gevolgen van een medisch incident voor de betrokken zorgverlener zijn aanleiding geweest de medisch specialist als ‘tweede slachtoffer van het medisch incident’ aan te duiden (Wu, 2000). Het ernstige effect dat een medisch incident op de betrokken zorgverlener kan hebben, kan o.a. leiden tot een gebrekkige communicatie jegens de patiënt. Dit ‘tweede slachtofferschap’ wordt dan ook als een belangrijke barrière naar openheid genoemd (Smeehuijzen e.a., 2013).

Ook is het voor veel zorgverleners onduidelijk hoe openheid het beste in de praktijk kan worden gebracht. Zorgverleners kunnen onzeker zijn over de eigen communicatieve vaardigheden, of zij zijn bang voor de reactie van de patiënt. (Smeehuijzen e.a., 2013) Bovendien zijn sommige zorgverleners van mening dat openheid in voorkomende gevallen schadelijk kan zijn voor de patiënt. Zij zijn bijvoorbeeld bang dat het geven van openheid het vertrouwen van de patiënt in het ziekenhuis of de zorgverlener te veel zal beschadigen (Birks e.a., 2014).

In ziekenhuizen leeft ten slotte de vrees dat het geven van openheid een aanzuigende werking zal hebben op het medisch aansprakelijkheidsrecht. Over het daadwerkelijke verband tussen openheid en een toename van claims is weinig concrete data beschikbaar. Wel wijst de beschikbare literatuur eerder op de mogelijkheid dat het aantal claims door het geven van openheid kan afnemen (Boothman, Blackwell, Campbell, Commiskey, & Anderson, 2009; Kachalia & Bates, 2014; Kraman & Hamm, 1999).

Om tot een scherper inzicht te komen wat de maatregelen zijn die zorginstellingen moeten nemen om openheid te kunnen waarborgen is onder de vlag van OPEN een leernetwerk opgezet van Nederlandse ziekenhuizen die openheid na medische incidenten hoog op het programma hebben staan. Het leernetwerk heeft tot doel samen inzicht te verkrijgen waar een adequate reactie na een medisch incident aan moet voldoen. In leernetwerk OPEN hebben ziekenhuizen de onderzoekers van OPEN en elkaar daartoe inzicht geboden in de wijze waarop zij vormgeven aan openheid na klachten en incidenten, de problemen waar zij tegenaan lopen, en de wijze waarop zij op zoek zijn naar verdere verbeteringen (voor meer informatie over het leernetwerk zie paragraaf 2.4). De Wkkgz heeft openheid na incidenten opnieuw hoog op de agenda gezet. Het doel van deze rapportage is te inventariseren wat condities zijn die aan openheid na medische incidenten kunnen bijdragen.

2.2 Onderzoeksactiviteiten in het leernetwerk OPEN

Gedurende de looptijd van OPEN is eerst literatuuronderzoek verricht. Het literatuuronderzoek beoogt niet volledig te zijn.¹ Voor een goed begrip is gezocht naar de meest recente en relevante internationale wetenschappelijke literatuur. Verder wordt aansluiting gezocht bij de Engelse *Being open framework* en *The Australian Open Disclosure Framework*. Dit zijn niet de enige internationale richtlijnen. Deze twee richtlijnen zijn wel het meest uitgebreid, het meest bekend en bovendien beiden al eens uitgebreid geëvalueerd en herzien, namelijk in 2009, respectievelijk 2013.

De nadruk in dit rapport ligt op de inventarisatie van de werkwijzen van aan OPEN deelnemende ziekenhuizen. De werkwijzen van 12 ziekenhuizen is geanalyseerd, gebundeld en uitgewisseld. Deze 12 ziekenhuizen hebben elk op hun eigen wijze ervaring opgedaan met het invullen van een open werkwijze. Zie www.openindezorg.nl voor de deelnemende ziekenhuizen. Het feit dat deze ziekenhuizen in zijn gegaan op de uitnodiging tot deelname aan het OPEN netwerk, inzage hebben gegeven in hun eigen werkprocessen, ideeën en vragen maakt hen in onze ogen tot voorlopers. Zoals eerder aangegeven is in de wetenschappelijke literatuur, noch in de praktijk, overeenstemming over wat de beste praktijk inhoudt. Aandacht voor de materie, en bereidwilligheid om met openheid en in OPEN met ons en elkaar aan de slag te gaan zijn belangrijke voorwaarden om op dit onderwerp vooruitgang te kunnen boeken.

De selectie van deelnemers en de daar gesproken werknemers verliep grotendeels via de sneeuwbalmethode. Medische incidenten zijn een gevoelig thema. Sommige ziekenhuizen staan bekend om de wijze waarop zij handelen na incidenten. Aan hen is o.a. de vraag gesteld wie nog meer geschikte gesprekspartners zouden zijn. De werving van ziekenhuizen was een intensief proces. Eerder is al genoemd dat het onderwerp medische incidenten gevoelig ligt. Daarom is in ieder deelnemend ziekenhuis eerst een introducerend gesprek gevoerd. In die gesprekken werd het doel van OPEN uiteengezet, de wijze waarop het onderzoek zou worden uitgevoerd, wat er van de deelnemende ziekenhuizen werd verwacht en wat OPEN voor hen aan toegevoegde waarde zou hebben. In alle ziekenhuizen was goedkeuring van de Raad van Bestuur vereist voor deelname.

Na die goedkeuring werden er interviews gehouden om meer te weten te komen over het beleid en de praktijk na incidenten en klachten. Die gesprekken waren met veel verschillende soorten medewerkers. Deels heeft dit te maken gehad met de wijze waarop beleid omtrent openheid is ontstaan. In de meeste ziekenhuizen is naar aanleiding van een specifiek incident besloten het over een andere boeg te gooien. Opvallend is vervolgens dat er in bijna alle gevallen één of twee personen zijn geweest die nieuw beleid hebben bedacht, ingevoerd of gestimuleerd. Dit kan een klachtenfunctionaris zijn geweest, een medewerker van de traumaopvang, een lid van de Raad van Bestuur of een kwaliteitsfunctionaris. Ieder ziekenhuis kent zijn eigen specifieke beleid, aangepast dan wel opgesteld rond specifieke

¹ Voor een uitgebreid literatuuronderzoek verwijzen wij graag naar Smeehuijzen e.a., 'Opvang en schadeafwikkeling na onbedoelde gevolgen van medisch handelen', Amsterdam: Vrije Universiteit, 2013, en de review van het *Being open framework* van Birks e.a., 'An exploration of the implementation of open disclosure of adverse events in the UK: a scoping review and qualitative exploration', *Health Serv Deliv Res* 2014;2(20), waar een niet te overtreffen overzicht van de relevante literatuur is opgenomen.

personen. Ook is hier sprake geweest van voortschrijdend inzicht. Naarmate er bij ons meer kennis ontstond omtrent de handelswijze van de door ons gesproken medewerkers in de deelnemende ziekenhuizen, werd het ook helderder wie we in andere ziekenhuizen het beste konden benaderen.

Functie	Aantal gesproken
Klachtenfunctionaris	9
Medewerker Kwaliteit & Veiligheid	5
Lid Raad van Bestuur	4
Medisch specialist	5
Jurist	3
Voorzitter klachtencommissie	1
Coördinator traumaopvang	1
Coördinator medische zaken	1
(Voormalig medisch specialist) Klachtenbemiddelaar	1

In totaal zijn in 13 ziekenhuizen 20 gesprekken gevoerd met uiteenlopende functionarissen. Velen van hen vervullen meerdere functies. Ook bestaan voor op elkaar lijkende functies verschillende titels. Daarom is er hier voor gekozen om de voor dit rapport meest relevante functie in de tabel op te nemen, en sommige functies te clusteren. Onder 'klachtenfunctionaris' valt bijvoorbeeld zowel 'ombudsfunctionaris' als 'hoofd cliëntenbelangen' en onder de categorie 'medewerker kwaliteit en veiligheid' zijn alle managers of beleidsmakers op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid geschaard.

De interviews zijn opgenomen en woordelijk uitgetypt. Omdat openheid na medische incidenten een gefragmenteerd proces kan zijn, zijn de meeste interviews met twee of meer personen in het ziekenhuis uitgevoerd. In sommige gevallen werd met vier of vijf personen tegelijk gesproken.

In deze fase van OPEN is nog niet gesproken met patiënten of individuele zorgverleners. De prioriteit lag bij het in kaart brengen van de werkwijze van de ziekenhuizen. Een noodzakelijke vervolgstap is natuurlijk dat ook de ervaringen van patiënten en individuele zorgverleners de nodige aandacht krijgen.

2.3 Activiteiten in het leernetwerk

In het leernetwerk werken onderzoekers en ziekenhuizen samen. Zo ontstaat een beeld van de maatregelen die ziekenhuizen kunnen nemen om openheid na incidenten te waarborgen. De onderzoeksgroep heeft doorlopend contact gehad met twee projectadviseurs die werkzaam zijn in de praktijk, Inge Mulders en Katrijn Broekman. Verder zijn, naast de interviews in de ziekenhuizen, in de looptijd van het eerste jaar van OPEN twee

Netwerkbijeenkomsten georganiseerd. Op deze bijeenkomsten is door onderzoekers en deelnemers gereflecteerd op belangrijke thema's rondom openheid na medische incidenten en getracht tezamen tot dieper inzicht te komen. Door deelnemers zijn presentaties gehouden waarin zij inzicht hebben geboden in de door hen gehanteerde werkwijze.

Daarnaast is de OPEN website ontwikkeld op www.openindezorg.nl. Hier worden de deelnemende ziekenhuizen gepresenteerd. Op de website zijn met regelmaat blogs gepubliceerd waarin de ontwikkelingen en eerste bevindingen uit het project door de onderzoekers worden gedeeld. De website is bovendien een kennisbron voor diegenen die geïnteresseerd zijn in openheid na medische incidenten. Wetenschappelijke artikelen, in de media verschenen artikelen omtrent openheid na medische incidenten en internationale voorbeelden zoals *open disclosure* richtlijnen zijn met een korte toelichting op de website geplaatst.

Naast deze activiteiten met de ziekenhuizen is er ook aandacht gegeven aan het naar buiten treden met dit onderwerp en dit project.

- Friele, R.D., 'Klachtrecht: het recht op een luisterend oor', Tijdschrift Gezondheidsrecht, 2016, nr. 2, p. 92-102.
- Legemaate, J., Akkermans, A.J., Friele, R.D., 'Openheid na medische fouten: waar staan we?' Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2015, nr. 38, p. 1617-1620.
- Legemaate, J., 'Wees open over calamiteitenonderzoek', Medisch Contact, 2015;70:338-339.
- Legemaate J., 'De melding en afhandeling van calamiteiten', Tijdschrift Gezondheidsrecht, 2015, nr. 39, p. 120-131.

2.4 Leeswijzer voor dit rapport

In bovenstaande is kort uiteengezet wat de behoeften zijn van patiënten na een medisch incident, en een aantal redenen waarom hier volgens de literatuur in de praktijk niet altijd aan tegemoet gekomen wordt. Dit rapport spitst zich toe op de vraag wat de randvoorwaarden zijn waar een zorginstelling aandacht aan moet besteden om openheid na medische incidenten te kunnen waarborgen. Voor openheid is het nodig om op verschillende niveaus te handelen:

- De patiënt en diens naasten;
- De zorgverlener;
- Leidinggevenden.

Op deze drie niveaus moet een aantal zaken geregeld worden, waardoor in samenhang een open omgeving kan worden gecreëerd. Dit rapport is dan ook opgedeeld in drie hoofdstukken waarin de drie niveaus, en de elementen waar aandacht aan besteed moet worden, worden uiteengezet. Het rapport is geschreven zodat elk hoofdstuk zelfstandig leesbaar is. Daardoor wordt in sommige gevallen informatie herhaald, die ook in een ander hoofdstuk is beschreven.

Per onderwerp wordt eerst de relevante literatuur en kennis uit internationale richtlijnen besproken. Na het scheppen van een theoretisch kader wordt teruggekoppeld naar de ervaringen in OPEN. Er is ons uit de Nederlandse praktijk zeer waardevolle informatie aangereikt. Wij laten dan ook zoveel mogelijk de door ons gesproken personen aan het woord.

2.5 Het normatieve kader

Er wordt al langere tijd aandacht besteedt aan manieren om openheid na incidenten te bevorderen. In 2007 publiceerde artsenorganisatie KNMG de richtlijn *Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van een arts worden verwacht*. Hierin wordt het verschaffen van informatie aan de patiënt als gedragsregel geformuleerd. In 2012 ontwikkelde de Letselschaderaad² de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische aansprakelijkheid (GOMA). Ook in de GOMA is openheid als norm opgenomen.

Op 1 januari 2016 is bovendien de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking getreden. In de nieuwe wet is in artikel 10 lid 3 voor het eerst een wettelijke plicht tot het verschaffen van openheid opgenomen. Het wetsartikel verplicht de zorgverlener om “onverwijld mededeling te doen van de aard en toedracht van incidenten die voor de cliënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben”. Een incident wordt door het uitvoeringsbesluit Wkkgz gedefinieerd als “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt”. De wettelijke normering van openheid na incidenten onderstreept nog eens het belang van dit onderzoek.

Soms is een incident ook een calamiteit. *Een calamiteit wordt in de Wkkgz geformuleerd als een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.*

² De GOMA is ontwikkeld in samenwerking met vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs (GAV), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Verbond van Verzekeraars (Centramed, MediRisk, PIV, Rechtsbijstandsverzekeraars), Vrije Universiteit en Erasmus Universiteit.

3 In gesprek met de patiënt

3.1 Inleiding

Na een medisch incident zijn er verschillende contactmomenten tussen het ziekenhuis en de patiënt. In dat traject is meestal sprake van voortschrijdend inzicht over de aard en toedracht van het incident. Met het van kracht worden van de Wkkgz is het ziekenhuis op grond van art. 10 lid 3 Wkkgz verplicht de patiënt zo snel mogelijk na het incident op de hoogte te brengen. Als het ziekenhuis ertoe over gaat het incident te analyseren door middel van een calamiteitenanalyse, moet de patiënt op de hoogte te worden gehouden van de vorderingen. Na afloop van de analyse moet de patiënt geïnformeerd worden over de uitkomsten. In dit hoofdstuk zullen de verschillende gespreksmomenten tussen ziekenhuis en patiënt worden omschreven, waarbij de beschikbare wetenschappelijke inzichten over de beste wijze om deze gesprekken te voeren worden toegelicht. Er wordt daartoe aansluiting gezocht bij de aanbevelingen in (inter)nationale richtlijnen, zoals de GOMA, het *Australian Open Disclosure Framework* en het Engelse *Being open*. Per onderwerp zal worden teruggekoppeld naar de ervaringen in OPEN.

3.2 Nationale en internationale aanknopingspunten: wat zijn de stadia in het contact met de patiënt?

In januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz) van kracht geworden. In artikel 10 lid 3 van dit wetsvoorstel is onder meer bepaald dat de zorgaanbieder “onverwijld mededeling van de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening doet”. Wat “onverwijld” is, wordt niet geëxpliciteerd. Wel is in Nederland enige jaren geleden de Gedragscode Openheid na Medische incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) opgesteld. De GOMA bevat aanbevelingen aan zorgverleners, zorgaanbieders, aansprakelijkheidsverzekeraars van zorgaanbieders en belangenbehartigers van patiënten over de wijze van handelen na medische incidenten. In de GOMA is opgenomen dat de zorgaanbieder binnen uiterlijk 24 uur na het ontdekken van het incident contact met de patiënt moet opnemen om deze te informeren over het incident en de mogelijke gevolgen.

Bij een incident dat zich acuut voordoet ligt informeren van de patiënt op zo kort mogelijke termijn voor de hand. Het kan echter ook zo zijn, dat pas na langere tijd blijkt dat er iets in de behandeling is mis gegaan. Er bestaat in de praktijk verschil van mening of de patiënt ook dan direct op de hoogte gesteld moet worden, of dat er in sommige gevallen ook gewacht kan of moet worden tot er meer informatie beschikbaar is. Zorgverleners zouden geneigd kunnen zijn om te wachten, zodat ze de patiënt zo volledig mogelijk kunnen informeren. De GOMA is echter ondubbelzinnig: ook in dergelijke gevallen zijn de aanbevelingen uit de GOMA van toepassing en dient de patiënt binnen uiterlijk 24 uur geïnformeerd te worden. Ook patiënten zijn van mening dat *disclosure* direct na bekend worden van het incident zou moeten beginnen. Patiënten wensen van begin af aan betrokken worden, ook als nog niet alle feiten bekend zijn (Birks e.a., 2014).

Het *Australian Open Disclosure Framework* noch het Engelse *Being open framework* geeft een expliciet tijdframe waarbinnen het eerste gesprek plaats moet vinden. Het Engelse *Being open framework* noemt wel enkele overwegingen in het timen van het eerste gesprek. Factoren waarmee rekening moet worden gehouden zijn de conditie van de patiënt, diens voorkeuren, privacy en comfort, en de mogelijkheid voor familie en/of verzorgers om aanwezig te zijn. Ook is van belang dat de zorgverleners die bij het incident betrokken zijn geweest beschikbaar zijn op het geplande tijdstip, dat er eventueel ondersteunend personeel aanwezig kan zijn (te denken valt aan een tolk), en dat er op het geplande tijdstip een geschikte ruimte beschikbaar is. Voor zorgverleners moet voorafgaand aan het gesprek begeleiding dan wel training aanwezig zijn om dit eerste contactmoment zo goed mogelijk te laten verlopen. In de praktijk is goed voor te stellen dat het in acht nemen van de genoemde factoren in het *Being open framework* tot vertraging kan leiden.

Is er sprake van een calamiteit, dan is het ziekenhuis op grond van art. 8.7 lid 3 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz verplicht de patiënt te betrekken in de calamiteitenanalyse. De calamiteitenrapportage vermeldt hoe de patiënt is geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek en de verbetermaatregelen die de zorginstelling gaat doorvoeren.

3.3 Het eerste gesprek

3.3.1 Wie voert het woord?

Medische incidenten vinden hun oorzaak vaak in een samenloop van omstandigheden (Wagner et al., 2008). In de meeste gevallen wordt een incident niet veroorzaakt door het handelen van één individu, maar door een reeks van beslissingen of fouten in het systeem van de zorg. Het kan daardoor onduidelijk zijn wie of welke groep zorgverleners voor het incident verantwoordelijk is of de verantwoordelijkheid zou moeten nemen, en dus wie naar de patiënt het woord moet voeren. Het eerste contactmoment tussen zorgverlener en patiënt is wel van cruciaal belang voor een goed verloop van het resterende traject na een medisch incident. Tegelijkertijd is niet iedere zorgverlener even goed in staat om goed te communiceren in dit soort situaties. In de literatuur wordt er daarom door sommigen voor gepleit om een speciaal hiervoor aangesteld persoon met de patiënt in gesprek te laten gaan (Liang, 2002).

Anderen menen dat het gesprek met de patiënt therapeutisch kan zijn voor zowel patiënt als zorgverlener. Het delegeren van deze taak zou volgens hen de uitzondering moeten zijn (Birks e.a., 2014). In de regel wordt aanbevolen het eerste gesprek te laten voeren door de hoofdbehandelaar, of de arts die de behandeling heeft voorgesteld (Bon & Molendijk, 2009; "When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals," 2006). Uit onderzoek blijkt dat zorgverleners geneigd kunnen zijn om zogenaamde *partial disclosure* uit te oefenen (Truog, Browning D.M., Johnson, & Gallagher). Bij *partial disclosure* vertelt de zorgverlener bijvoorbeeld wel dat er iets in de behandeling niet is gelopen zoals verwacht, maar vertelt daarbij niet dat de achterliggende oorzaak vermijdbaar of verwijtbaar was. Ook de stress die de zorgverlener ervaart ten gevolge van het incident kan ervoor zorgen dat de communicatie gebrekkig verloopt, of de zorgverlener

zelfs in conflict brengen met de patiënt (Birks e.a., 2014). Door OPEN deelnemers wordt benadrukt dat de communicatie tussen zorgverlener en patiënt na een incident sterk afhankelijk is van de competenties van de specifieke zorgverlener.

“Er lopen hier artsen rond, dat zijn pareltjes, die kunnen dat geweldig goed, daar hoef ik niet bij te zitten. En er zijn artsen voor wie dat lastiger is, en die daardoor extra schade veroorzaken omdat ze zo’n gesprek niet goed doen.”

- Klachtenfunctionaris

In gevallen waarin te verwachten is dat zorgverleners problemen zullen ervaren in het bespreken van het incident, of wanneer zij hierover onzeker zijn, wordt in de literatuur en (inter)nationale richtlijnen aanbevolen een coach in te zetten om hen hierop te voorbereiden of bij het gesprek te begeleiden ("The Australian Open Disclosure Framework," 2013; "Being open: communicating patient safety incidents with patients, their families and carers," 2009). In gesprekken met de OPEN ziekenhuizen werd aangegeven dat het voeren van het eerste gesprek met de patiënt de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar van de patiënt is. Er is voor dit moment meestal geen begeleiding geformaliseerd. Het is opvallend dat er enerzijds veel belang wordt gehecht aan het juiste verloop van het eerste contactmoment tussen zorgverlener en patiënt na een incident, maar dat er tegelijkertijd nauwelijks beleid is geformaliseerd waarin de zorgverlener hierbij wordt begeleid.

Het eerste gesprek na het optreden van een medisch incident wordt in veel van de door ons gevoerde gesprekken onder de noemer ‘slechtnieuwsgesprek’ gebracht, waarbij er vanuit wordt gegaan dat de betrokken zorgverlener in de regel competent en professioneel genoeg is om dergelijke gesprekken zelfstandig op de juiste wijze te voeren. Ook werd benoemd dat hier in de opleiding aandacht aan wordt besteed. Desgevraagd gaven deelnemers aan dat zorgverleners voor hulp of begeleiding kunnen aankloppen bij de klachtenfunctionaris of de vertrouwenspersoon. Verder wordt verondersteld dat zorgverleners elkaar hierbij helpen. Gezien de aandacht in de literatuur voor de problemen die zorgverleners ervaren na een medisch incident (waarover meer in hoofdstuk vier) wekt dit verbazing.

Tegelijkertijd speelt mee dat zorgverleners patiënten op korte termijn moeten informeren. In sommige gevallen is er ook geen andere optie: als een patiënt van de OK komt als het mis is gegaan, moet er op dát moment iets aan de patiënt of diens familie verteld worden. Het lijkt erop dat hier een spanning zit tussen zorgvuldigheid – het op de juiste manier informeren van de patiënt – en de noodzaak snel te handelen. Het kan daardoor voorkomen dat er geen tijd is om dergelijke gesprekken voor te bereiden of de hulp van een coach in te roepen.

3.3.2 Wat wordt er verteld?

Art.10 Wkkgz verplicht de zorgaanbieder onverwijld mededeling te doen van de aard en toedracht van incidenten, evenals de mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken. Kort na het incident is de kans groot dat de zorgaanbieder nog niet al deze informatie heeft. Wat er in het eerste gesprek met de patiënt aan de orde moet komen

wordt in de Wkkgz, noch de GOMA of de KNMG richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten' verder geëxpliciteerd dan 'open en eerlijk' zijn over het incident.

Op de vraag of er in OPEN ziekenhuizen zicht is hoe deze gesprekken verlopen, wordt verschillend geantwoord. In meerdere OPEN ziekenhuizen wordt in het vervolgtraject (als er sprake is van een calamiteit) bij de patiënt of bij de zorgverlener nagevraagd hoe de betrokken zorgverlener over het incident heeft gecommuniceerd. Het is uit de interviews niet duidelijk geworden wat er gebeurt als er geen sprake is van een calamiteit. Het fenomeen *partial disclosure* werd door sommige geïnterviewde OPEN deelnemers wel herkend.

"Niets menselijks is ons vreemd. Denk aan mensen die op een parkeerterrein tegen een andere auto aan botsen. De meeste mensen rijden toch stiekem weg. Het vereist een bepaalde morele standaard om te denken, ik schuif een briefje onder de ruitenwisher. Terwijl natuurlijk iedereen begrijpt dat je het moet vertellen."

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

Daarbij speelt volgens deelnemers een rol dat voor sommige zorgverleners het onderscheid tussen fout gedaan en fout gegaan niet helder te maken is. Dit werkt door in de definitie van een calamiteit, die in veel gevallen voor verwarring zorgt.

"Soms denk ik dat artsen misschien te snel zeggen dat het een complicatie is geweest. Dan geven ze in de melding wel aan dat het niet goed is gedaan, maar dan geven ze bij de patiënt niet aan dat het een fout is geweest."

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

"Dat hoor je wel, dat op zich de meeste dokters wel vertellen dat iets niet goed is gegaan, soms is de schade natuurlijk evident en dan kun je er niet echt omheen, maar dat stapje maken om te kwalificeren wát er fout is gegaan dat is nog lastig. Niet het technische, maar dat menselijke eromheen en het toegeven van echt een fout is waar de winst ligt."

- Klachtenfunctionaris

Tegelijkertijd kan hierdoor ook het omgekeerde spelen:

"Laatst had een arts al direct tegen de nabestaande gezegd, 'dit gaan we onderzoeken, want het is een calamiteit'. Maar het was een complicatie, er was niks fout gegaan."

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

Het voornaamste probleem dat in OPEN ziekenhuizen in deze fase wordt ervaren is niet zozeer dat de patiënt geïnformeerd moet worden, maar wat de betrokken zorgverlener precies aan de patiënt moet vertellen. In 'Being open process, stage 3' van *Being Open* en de aanbeveling 8.1 van de *Australian Open Disclosure Framework* zijn enkele aanbevelingen geformuleerd. Het incident moet erkend worden, er moet uitleg worden gegeven over de mogelijke gevolgen en over de mogelijkheden om door vervolg- of herstelbehandelingen de

schade te beperken. Ook moet de patiënt geïnformeerd worden over de procedures die in gang zullen worden gezet om het incident te onderzoeken. Als er een onderzoek wordt opgestart, moet de patiënt informatie worden verschaft omtrent doel en verloop van de analyse. Het is ten slotte van belang dat er medeleven wordt geuit, en dat excuses worden aangeboden als deze op hun plek zijn. Als nog niet bekend is wat de aard en toedracht van het incident is, hoeft de kwalificatie van het incident op dat moment nog niet aan de orde te komen.

“We zullen mensen een sjabloon moeten gaan bieden: hoe moet dat eerste gesprek inhoud krijgen. Maar het grappige is, dat heel veel artsen dat ook al wel in zich hebben hoe dat moet. De enige vraag waar mensen mee worstelen is: moet ik zeggen dat er een fout is gemaakt of niet.”

- Coördinator medische zaken

Uit sommige gesprekken kwam naar voren dat dit probleem wordt ondervangen doordat zorgverleners in het ziekenhuis weten bij wie ze om hulp kunnen vragen. Zorgverleners benaderen bijvoorbeeld een juridisch medewerker, een klachtenfunctionaris of een lid van de calamiteitencommissie als ze twijfelen of ze een melding moeten doen, of bij twijfel wat ze aan de patiënten kunnen vertellen. Het is belangrijk dat zorgverleners goed op de hoogte zijn bij wie ze kunnen aankloppen voor advies.

“Als ze dat moeilijk vinden, dan kunnen ze erbij geholpen worden. Dan kunnen ze iemand meenemen. Het eerste gesprek is heel belangrijk, als je dat verprutst, is het hele traject kapot. Je moet je niet verstoppen. Dus daar worden ze in de opleiding in onderwezen. Als mensen er moeite mee hebben, dan kunnen ze ermee oefenen, of ze vragen aan mij hoe ze het moeten aanpakken. Ze kunnen ook hun opleider vragen.”

- Coördinator traumaopvang

Daarvoor is het belangrijk dat ervan tevoren voldoende voorlichting gegeven wordt over de rol van, bijvoorbeeld, de klachtenfunctionaris.

“Je kunt wel van alles bedenken vanuit je kantoor maar je moet het echt uitdragen, men moet jou zien. En het is ook wel prettig als iemand jou eerst ziet tijdens een voorlichting of informatiebijeenkomst. Men moet het niet lastig vinden om jou op te zoeken [als het mis gaat].”

- Klachtenfunctionaris

Ook het instellen van een calamiteitencommissie die beoordeelt of er sprake is van een calamiteit kan zorgverleners helpen.

“Er bestaat veel verwarring over de definitie van een calamiteit. Die lijkt simpel, maar er zit heel veel interpretatie in. Wij hebben een calamiteitencommissie die een oordeel velt over dat grijze gebied en wat de vervolgstappen zijn die gezet moeten worden. Je haalt dat dus weg bij de dokter, dat geeft rust.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

In één OPEN ziekenhuis wordt tijdens het schrijven van dit rapport gewerkt aan het opzetten van een team van *disclosure coaches* – coaches die de zorgverlener bij kunnen staan in de communicatie met de patiënt. Op dit moment is daar nog weinig meer over bekend dan dat het medici uit de calamiteitencommissie zullen zijn die tot *coach* getraind worden. Bijstand zal worden verleend naar behoefte van de zorgverlener. De begeleiding door een *coach* wordt niet verplicht gesteld. Ook hier werd als probleem benoemd dat het eerste gesprek tussen zorgverlener en patiënt vaak spontaan plaatsvindt. Als er op de OK iets mis gegaan is, 's nachts of in het weekend, is er vaak geen tijd om te plannen hoe dit gesprek moet verlopen en door wie het moet worden gevoerd. De coach zal dus vaak pas in beeld komen in een later stadium, als er in het geval van een calamiteit met de patiënt gesproken moet worden.

3.4 In het geval van een (mogelijke) calamiteit

3.4.1 Het calamiteitenrapport

Sinds in 2005 de melding van calamiteiten aan de IGZ verplicht is gesteld, staat ook de calamiteitanalyse en het daaruit voortvloeiende rapport in de belangstelling. De rapportage verloopt volgens een vast stramien. De voormalige IGZ Richtlijn hierover uit 2013 is op 1 januari 2016 vervangen door het Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

Verloop calamiteitanalyse, uitvoeringsbesluit Wkkgz

Artikel 8.2

Indien een verplichte melding betrekking heeft op een calamiteit, bevat de melding voorts:

- a. een feitelijke omschrijving van de calamiteit en de datum waarop deze heeft plaatsgehad;
- b. een beknopte omschrijving van de acties die door of namens de betrokken zorgaanbieder zijn en zullen worden ondernomen, en de termijn waarbinnen een en ander zal plaatsvinden:
 - 1°. om de calamiteit te onderzoeken;
 - 2°. ter beperking of tot bevordering van herstel van de gevolgen van de calamiteit;
 - 3°. om de cliënt, diens wettelijke vertegenwoordiger of diens nabestaanden in te lichten over de calamiteit, de maatregelen die de zorgaanbieder naar aanleiding van de calamiteit neemt of zal nemen en over de bij de zorgaanbieder aanwezige klachtbehandeling;
- c. of de calamiteit in verband met een redelijk vermoeden van het plegen van een strafbaar feit ter kennis is of zal worden gebracht van het openbaar ministerie.

Met betrekking tot de patiënt is bepaald dat ook de patiënt in de analyse betrokken moet worden, en dat de resultaten van de analyse achteraf met de patiënt besproken moeten worden. De betrokkenheid van patiënten leidt in toenemende mate tot de wens inzicht in de

rapportage te krijgen, dan wel tot overlegging van de rapportage. Het al of niet verschaffen van de rapportage is onderwerp van veel discussie (Legemaate, 2015). Tijdens de interviews en de OPEN Netwerkbijeenkomst kwamen meermaals overwegingen om de rapportage niet aan de patiënt te verstrekken aan de orde. De genoemde barrières zullen in het navolgende besproken worden, waarbij uiteen wordt gezet wat voor oplossingen OPEN deelnemers hebben bedacht om hiermee om te gaan.

3.4.2 Wie bespreekt de rapportage met de patiënt?

In alle OPEN ziekenhuizen worden de resultaten van de calamiteiten analyse met de patiënt besproken. Meestal vindt de bespreking in het ziekenhuis plaats, en is de behandelend zorgverlener aanwezig om de medisch inhoudelijke kwesties toe te kunnen lichten. Het verschilt wie er verder bij de bespreking aanwezig zijn. In sommige ziekenhuizen wordt de bespreking geleid door leden van de Raad van Bestuur, in aanwezigheid van de hoofdbehandelaar en eventueel ondersteunend personeel voor de zorgverlener dan wel patiënt in de persoon van coach of klachtenfunctionaris. In sommige OPEN ziekenhuizen wordt de uitleg gegeven door een kwaliteitsfunctionaris. Wie er bij het gesprek aanwezig is, kan in één ziekenhuis ook per patiënt verschillen. Door OPEN deelnemers wordt aangegeven dat dat maatwerk is.

“Het is ongelooflijk wisselend wat patiënten willen. Je kunt wel een mooi protocol hebben, maar je zult altijd zien dat een patiënt iets heel anders wil of aan iets anders behoefte heeft. Het is ontzettend belangrijk dat je daar flexibel op inspeelt. Wat willen zij nou?”

- Klachtenfunctionaris

In sommige OPEN ziekenhuizen ligt de verantwoordelijkheid om de rapportage met de patiënt te bespreken bij de behandelaar zelf, zonder dat daar verder iemand bij aanwezig is. Desgevraagd moet er bij de behandelaar nog wel eens op de bespreking van het rapport worden aangedrongen. In sommige OPEN ziekenhuizen is er daarom altijd iemand bij aanwezig.

“Als het echt een calamiteit is dan doe ik het altijd met hen samen. We zijn er dan bij om te zorgen dat het echt besproken wordt. [...] Dat stuk is te belangrijk om aan het toeval over te laten. Die zekerheid wil je.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

Ook kan de klachtenfunctionaris/coach een rol hebben in de voorbereiding van het gesprek, zonder bij het gesprek zelf aanwezig te zijn.

“Ik kan me voorstellen dat je er als coach bij bent, maar dat dat niet per se hoeft. Als je het goed voorbereukt.”

- Klachtenfunctionaris

3.4.3 Integraal verstrekken van de rapportage aan de patiënt

Niet alle OPEN ziekenhuizen kennen op dit punt een standaardbeleid. Soms wordt per zaak bezien wat de beste handelswijze is. Dat is afhankelijk van de betrokken patiënt en diens behoeften, maar ook van het eventuele juridische vervolgtraject. Loopt er eveneens een aansprakelijkstelling, dan wordt bijvoorbeeld met de jurist van het ziekenhuis afgestemd op de meer juridisch geladen details in de rapportage en of er wel of niet wordt overgegaan tot verstrekking van het rapport.

Sommige OPEN ziekenhuizen verstrekken de rapportage integraal aan de patiënt, diens familie of nabestaanden. Het ene ziekenhuis doet dit standaard, de ander enkel op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Eén van de redenen om de rapportage niet aan patiënten te verstrekken, is de angst dat hierdoor het aantal claims zal toenemen. Door verschillende deelnemers werd aangegeven dat het verstrekken van de rapportage geen invloed had op het aantal ingediende claims.

“Dat mensen alleen geld willen, dat is een zeldzaamheid.”

- Klachtenfunctionaris

“Heeft dit invloed op jullie schadelast?”

- Tot nu toe nauwelijks. Onze schadelast wordt door andere zaken belast.”
- Coördinator Medische Zaken

“In alle jaren dat ik calamiteiten gesprekken voer bij mensen thuis is er maar één claim uitgekomen. Dus de openheid die wij geven geeft geen toename in aansprakelijkheidsclaims. Daar zijn ook veel mensen bang voor.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

“Hebben jullie er ook wel eens nadeel van ondervangen?”

“Van open zijn? Nee. Echt niet.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

Deelnemers in OPEN zijn het erover eens dat het verstrekken van het rapport altijd gepaard moet gaan met een uitgebreide uitleg. Het rapport is gericht op interne kwaliteitsverbetering, en is (meestal) niet geschreven met het oog op een meelezende patiënt (waarover hieronder meer). Daarom moet de hoofdbehandelaar of iemand met veel medisch inhoudelijke kennis bij het gesprek aanwezig zijn. In het geval dat de patiënt vragen heeft is het belangrijk dat de aanwezigen goed in staat zijn deze te beantwoorden.

“Een patiënt die geen medische kennis heeft en geconfronteerd wordt met zo’n rapport, wat moet die daar mee. Dus je moet er goede uitleg bij geven. En je moet ook heel goed uitleggen dat zo’n rapport er niet op gericht is dat je aansprakelijkheid erkent of wat dan ook. Je kunt natuurlijk als je een rapport goed leest zeggen, daar is het mis gegaan. Maar het doel van het rapport is niet om dat boven tafel te krijgen maar wat je er van kunt leren. Dat moet je mensen uitleggen. Als ze het inbrengen in een schadeprocedure, prima, maar als je echt wilt weten of je de causaliteit kunt toerekenen, dat wordt niet door zo’n rapport afgedekt.”

- Coördinator medische zaken

“Je moet zo’n rapport natuurlijk niet zonder meer opsturen of overleggen. [Je moet] alsmaar proberen te kijken of die ander nog vragen heeft.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

“Natuurlijk denken mensen naar aanleiding van zo’n rapport dat er iets mis gegaan is. Als dat zo is, moet je heel goed kunnen uitleggen waarom het mis is gegaan. En als het niet zo is, dan moet je het ook goed kunnen uitleggen. Die angst dat er iets onder pet wordt gehouden moet je volledig kunnen wegnemen, je moet alles uitleggen. En als je het niet weet, moet je het uitzoeken.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

Een duidelijke uitleg waar de analyse van de calamiteit toe dient, kan bovendien helpen eventuele achterdocht over de objectiviteit van de rapportage weg te nemen:

“Een van de vragen die bijvoorbeeld een patiënt had was, jullie werken allemaal in dit ziekenhuis dan bent u toch bevooroordeeld. Ons standaard antwoord is, wij als ziekenhuis hebben een enorme interesse erin dat het niet nog een keer gebeurt. Dat heeft met reputatie te maken, met schadeafhandeling, met weet ik veel wat allemaal, wij willen gewoon niet, als we het kunnen voorkomen, dat het nog een keer gebeurt. Dus wij zitten heel open in zo’n onderzoek. Wij onderzoeken niet wat ons bevalt, we gaan echt onderzoeken wat er gebeurt is en we proberen daar iets aan te doen. En die verklaring, [daar] nemen mensen genoeg mee. Ik zou ook niet weten hoe je het anders zou moeten uitleggen.”

- Coördinator medische zaken

Zoals hierboven werd genoemd is de rapportage vaak niet geschreven op een manier die voor patiënten goed te begrijpen is. Bij overhandiging van de rapportage aan de patiënt is het dan ook belangrijk om aandacht te besteden aan de leesbaarheid van het rapport. Er wordt een rapport opgesteld voor de IGZ. Dat rapport kan ook aan de patiënt worden verstrekt. Het lijkt voor de hand liggend om op voorhand aandacht te besteden aan de vorm en inhoud van de rapportage, zodat deze met de nodige uitleg ook aan de patiënt kan worden meegegeven.

De bespreking van de rapportage vindt meestal in het ziekenhuis plaats. In sommige OPEN ziekenhuizen wordt in voorkomende gevallen, en in één OPEN ziekenhuis als standaard praktijk, de rapportage bij de patiënt thuis besproken. De belangrijkste overweging om de patiënt thuis te bezoeken is het bieden van maximaal comfort aan de patiënt.

“Ik vind dat huisbezoek erg belangrijk. Mensen zijn in hun eigen omgeving veel ontspannener dan in een directeurskamer. Ze moeten dan nog weer wachten op de gang... Je komt bovendien terug in een ziekenhuis waar iets akeligs is gebeurd. [...] Als je na een huisbezoek weg gaat, zit de familie nog in de huiskamer. Daar kunnen ze nog even bij elkaar zitten, en het een plek geven. Dat gaat niet in een ziekenhuis.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

3.4.4 Verstrekking van een samenvatting van de rapportage

Sommige OPEN ziekenhuizen zoeken de balans tussen openheid jegens de patiënt en de belangen van het ziekenhuis in de verstrekking van een versie van het rapport waarin niet aan het incident gerelateerde kwesties zijn weggelaten. De zogenoemde bijvangst (factoren die de onderzoekers zijn tegengekomen die niet direct aan het incident bijdragen, maar die wel belangrijk zijn ter overweging van verbetermaatregelen) wordt ten behoeve van kwaliteitsverbetering in een apart document aan de betrokkenen in het ziekenhuis verstrekt.

Voor sommige patiënten kan de rapportage, zo gaven zij aan, moeilijk te begrijpen zijn vanwege de veelheid aan medische termen. Er wordt daarom op verzoek van de patiënt door de hoofdbehandelaar ook wel een goed leesbare samenvatting van de rapportage geschreven. Daarbij wordt uitgelegd dat de calamiteitenanalyse primair de kwaliteitsverbetering in het ziekenhuis dient, en dat het daaruit resulterende rapport daarom moeilijk leesbaar kan zijn.

“De gesprekken die wij hebben gevoerd – patiënten begrepen dat wel. Als je de punten die voor hen van belang zijn goed op papier hebt gezet waren ze daar tevreden mee.”
- Jurist

Iets vergelijkbaars is gangbaar in sommige andere ziekenhuizen. Daar worden alleen de conclusies en aanbevelingen aan de patiënt ter beschikking gesteld. In het gesprek met de patiënt wordt toegelicht wat de maatregelen zijn die het ziekenhuis al heeft genomen of gaat nemen om een dergelijk incident in de toekomst te voorkomen.

“Wat men wel meekrijgt zijn de aanbevelingen. Dat vindt men ook prettig om te zien en om mee te krijgen. Maar de hele analyse krijgt men dus nog niet mee.”
“Waarom is dat?”
“Omdat dat vanuit een aantal jaar geleden not done was, alleen de rechter kon daar toe beslissen. Ik heb zoiets van, als je puur sec een analyse maakt, waarom zou de patiënt dat dan niet mogen hebben?”
- Klachtenfunctionaris

3.4.5 Mondelinge bespreking van de rapportage

In sommige OPEN ziekenhuizen wordt er voorsnog voor gekozen het rapport alleen mondeling toe te lichten zonder het rapport eveneens aan de patiënt te verstrekken. Bij deelnemers bestaat wel de wens om hier een meer open beleid in te voeren, maar slechte ervaringen met verstrekking van de rapportage in het verleden hebben hen doen terugschrikken.

3.4.6 Wanneer wordt de rapportage met de patiënt besproken?

De bespreking van het rapport vindt in sommige OPEN ziekenhuizen tegelijkertijd plaats met het versturen van het rapport naar de IGZ, in andere OPEN ziekenhuizen wordt er gewacht tot de IGZ de rapportage beoordeeld heeft. Ziekenhuizen die de rapportage tegelijkertijd

bespreken en opsturen naar de IGZ, geven hiervoor als voornaamste reden dat zij voortvarend te werk willen gaan. De calamiteiten analyse neemt zes weken in beslag, voor de IGZ een oordeel heeft geveld zijn er nog eens zes weken voorbij. De beoordeling door de IGZ wordt met de patiënt gedeeld zodra deze bekend is. Eerder kwam al aan de orde dat de onafhankelijkheid van een calamiteitencommissie nog wel eens ter discussie kan staan. Eén ziekenhuis dat wel op het oordeel van de IGZ wacht, geeft aan dat een positieve beoordeling van de IGZ patiënten de zekerheid geeft dat het onderzoek grondig uitgevoerd is. Bovendien benadrukt een positief oordeel van de IGZ de objectiviteit van de rapportage. Dat kan volgens hen bijdragen aan het herstel van het vertrouwen van de patient in het ziekenhuis.

“Wat belangrijk is, is dat men weet dat de Inspectie het ook getoetst heeft. Dat wordt nadrukkelijk gekoppeld aan de uitkomsten van het calamiteiten onderzoek. [...] Want de onafhankelijkheid komt altijd aan de orde: van ons, maar ook van de onderzoekers. [...] Dan is de uitleg en de rol van de Inspectie van groot belang om het gevoel van mensen op de goede plek te krijgen. Dat helpt om het een plekje te geven.”

- Klachtenfunctionaris

Al met al blijkt er nog geen helder uitgekristalliseerde werkwijze te zijn voor het informeren van patiënten over de calamiteitenrapportage. Vanuit het perspectief van openheid ligt het echter niet voor de hand om patiënten slechts een samenvatting van de rapportage te geven. Het is eerder vanzelfsprekend dat de versie die aan de IGZ wordt gegeven ook beschikbaar is voor de patiënt. Dat betekent dat hier bij het opstellen van de rapportage rekening mee moet worden gehouden en dat er voldoende gelegenheid moet zijn voor patiënten om een nadere toelichting te krijgen.

3.4.7 Bemiddeling bij calamiteiten

Wat in de loop van het onderzoek opviel, is dat bemiddeling tussen zorgverlener en patiënt in veruit de meeste gevallen alleen plaatsvindt in het klachtentraject. Is er sprake van een calamiteit, dan wordt er wel met de patiënt gesproken over de uitkomsten van de calamiteitenanalyse, maar vaak is daar voor de emotie van patiënt of zorgverlener niet veel plek. Het betreft primair een technische uitleg omtrent de aard en toedracht van het incident. Het is de vraag of er aan de zijde van de patiënt wel behoefte zou bestaan om nogmaals met de zorgverlener om de tafel te gaan zitten om te bespreken wat er is gebeurd en hoe dat is ervaren. In één OPEN instelling is sprake van een dergelijke vorm van bemiddeling bij calamiteiten.

Box 1 Bemiddeling bij calamiteiten

In één OPEN ziekenhuis wordt na calamiteiten door het hoofd cliëntenbelangen (klachtenfunctionaris en vertrouwenspersoon van de medische staf) bemiddeld tussen de zorgverlener en de patiënt, diens familie of nabestaanden. Voorafgaand aan bemiddeling gaat de bemiddelaar afzonderlijk in gesprek met de betrokken zorgverlener en de patiënt en familie/nabestaanden. In dit gesprek wordt onder meer gevraagd naar wat er volgens de betrokken persoon gebeurd is, naar gedachten, gevoelens, normen en waarden, overtuigingen en context. Ook wordt gevraagd of de betrokkenen ergens tegenop zien. Zo kan de zorgverlener bang zijn voor de wijze waarop de patiënt zal reageren, of kan de patiënt bang zijn om boos of emotioneel te worden. Vervolgens worden er vijf afspraken gemaakt:

1. Het is vertrouwelijk
2. Het is vrijwillig
3. Totdat we afspraken maken kan alles worden gezegd
4. Iedereen gedraagt zich fatsoenlijk
5. Iedereen doet zijn best

In het begin van het bemiddelingsgesprek wordt aangegeven wat ieders doelen zijn, de aanleiding van het gesprek en het gezamenlijk belang. Het gezamenlijk belang bij een calamiteit is altijd “het gebeurde een plaats kunnen geven.”

3.4.8 Begeleiding voor patiënten

In het voorgaande is de nadruk gelegd op manieren om te waarborgen dat de patiënt wordt ingelicht. Daarbij is uitgegaan van de barrières naar openheid en manieren om deze barrières weg te nemen of op zijn minst te verkleinen. Als vanzelf wordt daardoor de focus gelegd op de problematiek vanuit de zorgverlener of ziekenhuis. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling de patiënt uit het oog te verliezen. Voor patiënten, familie en nabestaanden is de periode na een medisch incident vaak ingrijpend op emotioneel vlak. Tegelijkertijd zijn veel patiënten niet goed op de hoogte van de procedure die gevolgd zal worden, welke procedure zij moeten volgen, en wie zij moeten of kunnen benaderen om hier meer informatie over in te winnen. Het ziekenhuis kan voor patiënten nog wel eens een oerwoud zijn. In verschillende gesprekken werd erkend dat er bij patiënten behoefte bestaat aan één aanspreekpunt. Patiënten hebben er baat bij als er één persoon beschikbaar is die hen kan bijstaan in het maken van afspraken met de zorgverlener, begeleidt bij de betrokkenheid in de calamiteiten analyse of die hen de weg wijst in het geval dat er een claimprocedure moet worden ingezet.

In sommige ziekenhuizen wordt een dergelijke rol vervuld door de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris wordt ingezet om te helpen bij het gesprek met de zorgverlener, maar ook om nazorg aan de patiënt te verlenen en om praktische zaken te helpen organiseren. Soms is dit standaardbeleid, maar door sommige OPEN deelnemers werd aangegeven dat de inzet van de klachtenfunctionaris afhankelijk is van toeval. Te denken is dan aan gevallen waarin de klachtenfunctionaris vanuit het klachtentraject al betrokken was bij een incident

waar eveneens een calamiteitenonderzoek is ingesteld, en de klachtenfunctionaris betrokken blijft om de communicatie met de patiënt te onderhouden. Bij één OPEN deelnemer wordt sinds kort de klachtenfunctionaris als *disclosure coach* ingezet. Deze neemt bij de melding van een calamiteit contact op met de betrokken zorgverlener en brengt patiënt en zorgverlener (opnieuw) met elkaar in gesprek. Ook onderhoudt de klachtenfunctionaris als coach het contact met de familie en houdt zij hen op de hoogte van de voortgang van het onderzoek. Dit beleid wordt tijdens het schrijven van deze rapportage geformaliseerd.

In één van de ziekenhuizen waar wij mee hebben gesproken werd de behoefte aan begeleiding, gecombineerd met de vanuit de IGZ opgelegde plicht om de patiënt te betrekken bij de calamiteitanalyse, als aanleiding gezien om een pilot *casemanagement* te starten.

Box 2 Casemanagement voor patiënten

In het geval van een calamiteit krijgt de *casemanager* van de afdeling juridische zaken een melding. De casemanager wordt ingelicht over de details van de melding. De patiënt en diens familie of nabestaanden wordt door juridische zaken opgeroepen, waarna deze contact opneemt met de *casemanager*. Er wordt een afspraak gemaakt met de betrokken zorgverlener, de patiënt en de familie en/of nabestaanden. Het gesprek wordt geleid door de *casemanager*. Het doel van het gesprek is het geven van uitleg door de betrokken zorgverlener. De *casemanager* is in de rest van het traject het centrale aanspreekpunt voor patiënten. Zo beoogt het ziekenhuis te voorkomen dat patiënten van loket naar loket worden gestuurd.

Een zelfde soort begeleiding wordt in een van de OPEN deelnemers geboden vanuit het hoofd cliëntenbelangen. Na het optreden van een calamiteit neemt zij contact op met de patiënt, diens familie of nabestaanden om zich voor te stellen en te informeren of er op dat moment behoeften zijn die zij kan vervullen. Gedurende de analyse onderhoudt zij het contact met de patiënt. Bovendien bemiddelt zij tussen de patiënt (zie box 1) en de betrokken zorgverlener, indien daar vanuit de patiënt behoefte aan bestaat. Na afloop van de analyse informeert zij, ook weer naar behoefte van de patiënt, regelmatig hoe het met de patiënt, diens familie of nabestaanden gaat.

3.5 Conclusies

Na een medisch incident vinden er in de meeste gevallen meerdere gesprekken plaats tussen zorgverlener/zorgaanbieder en de betrokken patiënt. De zorgverlener is op basis van de aanbevelingen in de GOMA gehouden om binnen uiterlijk 24 uur de patiënt in te lichten. Inlichtingen betreffen het feit dat er iets mis gegaan is, het tonen van medeleven, en uitleg over de te volgen procedures. Is er vervolgens sprake van een (mogelijke) calamiteit, dan wordt er met de patiënt gesproken om diens perspectief mee te nemen in de analyse. Na afloop van de analyse wordt de patiënt op de hoogte gebracht van de resultaten van het onderzoek en eventuele verbetermaatregelen die zullen worden doorgevoerd om een zelfde

soort incident in de toekomst te voorkomen.

Opvallend in de OPEN ziekenhuizen was dat er enerzijds een groot belang werd gehecht aan een goed verloop van het eerste gesprek tussen zorgverlener en patiënt, maar dat er voor dit gesprek bijna nooit begeleiding beschikbaar is. Onder de vlag van 'slechtnieuwsgesprek' wordt er vanuit gegaan dat zorgverleners zelfstandig in staat zijn deze taak op adequate wijze uit te voeren. Het is de vraag of dat terecht is. Niet alleen is een slecht nieuwsgesprek niet hetzelfde als een gesprek naar aanleiding van een incident, maar ook omdat de ene zorgverlener communicatief sterker is dan de ander. Daar komt nog bij dat er sprake kan zijn van de zogenaamde tweede slachtofferproblematiek bij de zorgverlener, wat het voor deze zorgverleners moeilijker maakt open te communiceren.

Er is bovendien weinig zicht op het verloop van deze eerste gesprekken tussen zorgverlener en patiënt. In het kader van de calamiteitenanalyse wordt bij de patiënt dan wel de zorgverlener nagevraagd wat er met de patiënt gecommuniceerd is. Is er geen sprake van een calamiteit, dan wordt de communicatie tussen zorgverlener en patiënt meestal niet nader onderzocht. In hoeverre patiënten adequaat worden ingelicht en de mate waarin informatie op een later tijdstip met hen teruggekoppeld wordt bij de incidenten die géén calamiteiten zijn, blijft hierdoor onduidelijk. Het verdient aanbeveling nader te onderzoeken of begeleiding hier noodzakelijk zou kunnen zijn, of dat in sommige gevallen iemand anders dan de hoofdbehandelaar de patiënt zou moeten inlichten. Binnen OPEN wordt in één ziekenhuis gewerkt aan het opzetten van een team van disclosure coaches. Wij kijken uit naar de ervaringen die daarmee worden opgedaan.

Het al of niet verschaffen van het calamiteitenrapport is onder deelnemers in OPEN een veelbesproken onderwerp. Enkele OPEN deelnemers verschaffen de rapportage altijd integraal aan de patiënt. Daarbij wordt benadrukt dat het essentieel is om verstrekking van de rapportage te begeleiden met een grondige uitleg. Eén van de belangrijkste barrières tot het verstrekken van de rapportage is de angst voor een toename in claims en reputatieschade doordat patiënten de rapportage naar buiten brengen. Er zijn aanwijzingen dat een open houding en het geven van adequate uitleg juist kan bijdragen aan het voorkomen van claims, wat overeenstemt met de ervaringen van sommige OPEN ziekenhuizen. Zonder een diepgaander onderzoek kunnen hieromtrent in dit rapport echter geen harde conclusies worden getrokken.

Tegelijkertijd werd ons op het hart gedrukt dat het voorkomen van claims niet het doel is van het verstrekken van de rapportage. Het geven van volledige openheid wordt gedreven door de wens de vertrouwensrelatie met de patiënt te herstellen of te behouden. Het voorkomen van claims door middel van openheid zou geen drijfveer moeten zijn. Het wegnemen van de angst dat openheid per definitie tot meer claims leidt, zou evenwel kunnen helpen in het bereiken van algehele openheid na incidenten. Daarvoor is echter meer informatie uit de praktijk nodig.

Ook de bemiddeling naar aanleiding van calamiteiten (box 1) heeft ten doel de relatie tussen zorgverlener en patiënt te herstellen. Een dergelijke geformaliseerde vorm van bemiddeling is, voor zover de onderzoekers bekend, uniek. Bemiddeling komt bijna uitsluitend ter sprake

binnen het klachtentraject. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of er vanuit patiënten vaak behoefte bestaat aan een dergelijke vorm van bemiddeling, of dat de bespreking naar aanleiding van de calamiteitenanalyse voor de meeste patiënten voldoende is. Ten slotte wordt er vanuit de patiënt de behoefte gevoeld om gedurende de calamiteitenanalyse de beschikking te hebben tot één aanspreekpunt. Deze persoon kan ook bij de verschillende te voeren gesprekken aan de patiënt bijstand verlenen. Hier wordt op dit moment door één OPEN ziekenhuis in een pilot ervaring mee opgedaan, waar vooralsnog weinig resultaten van bekend zijn. Er zijn echter aanwijzingen dat patiënten deze vorm van begeleiding als zeer positief ervaren.

Een belangrijke observatie is dat veel in de reactie van het ziekenhuis afhangt van hoe het incident wordt gekwalificeerd. Of er sprake is van een klacht, een incident of een calamiteit bepaalt in hoge mate wat er voor procedure gevolgd wordt. Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat patiënten alleen maar behoefte hebben aan bemiddeling bij een klacht of een calamiteit. Binnen de ziekenhuizen krijgen de calamiteiten veel aandacht, wat ten koste lijkt te gaan van de aandacht voor incidenten die niet de status van calamiteit krijgen. Voor patiënten is dit een ongewenste zaak.

4 Ondersteuning van zorgverleners na een medisch incident

4.1 Inleiding

“We ervaren wel dat dokters alleen staan in de dingen die ze overkomen.”

- *Klachtenfunctionaris*

“Het heeft altijd impact, daar kun je niets aan doen. Maar de mate van impact, daar heb je wel controle over.”

- *Medewerker Kwaliteit & Veiligheid*

Een medisch incident kan ook voor de betrokken zorgverlener een ingrijpende gebeurtenis zijn. Als gevolgen van een medisch incident worden o.a. genoemd zorgen om de patiënt, ernstige schuldgevoelens, een gebrek aan zelfvertrouwen en angst voor reputatieschade (Van Gerven, 2016; Wu, 2000). Sommige zorgverleners kiezen er ten gevolge van een incident voor om een ander vak te gaan uitoefenen (Ullstrom, 2013). In ernstige gevallen kan het meemaken van een incident leiden tot op PTSS lijkende symptomen (Harrison, 2014). Op professioneel vlak kan het bovendien aanleiding zijn tot risico vermijdend gedrag of een verminderd inlevingsvermogen (Schwappach & Boluarte, 2008). Dit kan voor de patiënt, de zorgverlener en het ziekenhuis tot nadelige uitkomsten leiden. In de wetenschap zijn de ernstige gevolgen van een medisch incident aanleiding geweest de medisch specialist als tweede slachtoffer aan te merken (Wu, 2000).

De aandacht in de wetenschappelijke literatuur ten spijt, staan zorgverleners er in de praktijk vaak nog alleen voor. Vanuit de beroepsgroep bestaat wel behoefte aan opvang, zo blijkt uit meerdere (internationale) publicaties. Recentelijk verscheen in Nederland het resultaat van een onderzoek naar stress en trauma onder verloskundigen. Meer dan de helft van de deelnemers gaf in dit onderzoek aan betere opvang te wensen na het optreden van belastende gebeurtenissen. Daarbij wordt de voorkeur gegeven aan het bespreken van het incident met collega's of vakgenoten (Evers e.a., 2015). In de literatuur en in sommige OPEN ziekenhuizen zijn voorbeelden te vinden hoe opvang voor zorgverleners eruit zou moeten zien en hoe deze opvang aan een opener houding naar de patiënt zou kunnen bijdragen.

Onder leiding van Scott is aan het *University of Missouri Health Centre* (MUHC) uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar de vraag wat nazorg voor medisch specialisten zou moeten inhouden. Ook het *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) heeft in 2011 een aanbevelingsrapport uitgebracht, waarin staat geformuleerd hoe op een respectvolle wijze met medische incidenten moet worden omgegaan (IHI, 2010). In het Brigham Women's Hospital in Boston is het Centre for Professionalism and Peer Support (CPPS) opgezet. In Europa is aan de Katholieke Universiteit Leuven een onderzoeksgroep werkzaam die zich, in samenwerking met internationale wetenschappers exclusief op de opvang van zorgverleners na een medisch incident richt (zie www.secondvictim.be). De algemeen gevolgde lijn in de wetenschappelijke literatuur is het proactief aanbieden van een gefaseerde vorm van opvang, met de nadruk op opvang door middel van *peer support* door daarin getrainde collega's en de mogelijkheid om bij ernstige klachten naar professionele hulpverlening door

te verwijzen (Scott e.a., 2010). Professionele hulpverlening kan intern of extern plaatsvinden. De onderzoekers aan de KU Leuven geven aan externe ondersteuning de voorkeur om belangenverstremming te voorkomen (Van Gerven, 2013).

In dit hoofdstuk zal aan de hand van wetenschappelijke inzichten uit bovengenoemde literatuur uiteen worden gezet hoe opvang voor zorgverleners eruit zou kunnen zien. Per onderwerp wordt teruggekoppeld naar de ervaringen van ziekenhuizen in OPEN.

4.2 De impact op de zorgverlener als barrière naar openheid

Een medisch incident heeft vaak ook impact op de betrokken zorgverlener(s). Dit kan zorgverleners ervan weerhouden open te zijn naar de patiënt. Het kan voor zorgverleners mentaal lastig zijn een, ook voor hen, traumatisch incident open en eerlijk aan de betrokken patiënt uit te leggen (Smeehuijzen e.a., 2013). In verschillende internationale *open disclosure* richtlijnen wordt opvang en begeleiding voor betrokken zorgverleners geformuleerd als voorwaarde voor het bewerkstelligen van een open omgeving. Ook in de gesprekken in OPEN kwam opvang en begeleiding voor zorgverleners naar voren als een element van een open omgeving en als noodzakelijke voorwaarde voor het waarborgen van openheid naar de patiënt.¹

“We hebben hier peer support, openheid, calamiteitenonderzoek, dat is een complex van dingen. Je kunt niet zeggen, je begint met één en dan het andere, je moet van tevoren nadenken hoe je het doet.”

- Coördinator medische zaken

4.3 Bewustwording van de mogelijke impact van een incident

Scott e.a. ontwikkelden het *Scott Three-Tiered Interventional Model of Support* (hierna: het *Scott Model*) waarin uiteen wordt gezet wat de verschillende stappen zijn die moeten worden gezet om adequate opvang te verlenen (Scott e.a., 2010). De eerste stap in dit model is het geven van psycho-educatie. Zorgverleners moeten worden voorgelicht over de mogelijke impact en emotionele reacties op een medisch incident. Kennis over tweede slachtofferproblematiek kan bijdragen aan een grotere mate van zelfredzaamheid. Scott e.a. concluderen dat het zoeken van hulp voor veel zorgverleners nog een zwakgebied betekent. Volgens de onderzoekers helpt psycho-educatie het stigma wat (vaak nog) op tweede slachtoffers rust te verlichten en draagt het bij aan een sneller herstel, doordat zorgverleners beter in staat zijn hun eigen reactie op een incident te plaatsen (Hirschinger, 2015).

Ook OPEN deelnemers noemen voorlichting als eerste stap in het organiseren van opvang. In één ziekenhuis is bij het introduceren van een *peer support* programma (waarover later meer) een ziekenhuis-breed symposium georganiseerd waar Shapiro, oprichter van het Centre for Professionalism & Peer Support in Boston, een presentatie heeft gehouden over

¹ Aanbeveling 5 Australian Open Disclosure Framework, p. 32 Being Open, IHI White Paper, Respectvol omgaan met schokkende incidenten.

tweede-slachtofferschap en de mogelijkheden om de impact van een incident door opvang en begeleiding te verzachten. Sindsdien worden er in het ziekenhuis op regelmatige basis presentaties gehouden en themamiddagen georganiseerd.

“Daar presenteren we ook een echte calamiteit. Dat men ook ziet dat het heel naar is als het gebeurt, voor de patiënt maar ook voor de betrokken medewerker, en dat ze ook zien dat we er met zijn allen wat aan proberen te doen.”

- Coördinator medische zaken

Naast psycho-educatie moet er ook voorlichting gegeven worden over de wijzen van opvang die binnen het ziekenhuis beschikbaar zijn. Het gevaar bestaat dat opvang wel aanwezig is, maar men het niet weet te vinden.

“Je betaalt daar ook lesgeld in. Op ons meldformulier wordt nu verzocht de mensen die betrokken zijn te vertellen dat er peer support is. Want in de eerste maanden hoorden we terug dat mensen er nog nooit van hadden gehoord. Dat is een valse start. Dat schiet niet op. Dus, je moet het mensen van tevoren duidelijk maken. Ook dat is een langzaam proces. Ik heb de afgelopen tijd een paar keer een presentatie gehouden bij verschillende groepen. En langzamerhand weten steeds meer mensen het. Het zingt rond. Daarom probeer ik je ook uit te leggen, het is een complex van dingen die met elkaar samenhangen waarbij, nogmaals, de uitspraak van de Raad van Bestuur dat ze willen dat dit verandert heel belangrijk is. En verder, het verhaal maar blijven vertellen.”

- Coördinator medische zaken

4.4 Vormen van opvang

4.4.1 Gefaseerde opvang

De onderzoeksgroep aan de KU Leuven heeft het *IHI White Paper* vertaald naar de Vlaamse context. De richtlijn geeft een aantal handvatten in het opstellen van een Crisis Management Plan. In de richtlijn worden drie categorieën slachtoffers onderscheiden: in prioritaire volgorde benoemt de richtlijn de patiënt, de zorgverlener, en het ziekenhuis. Met betrekking tot de drie verschillende categorieën slachtoffers is in de richtlijn een aantal elementen benoemd waar een Crisis Management Plan aan zou moeten voldoen. Ten aanzien van de zorgverlener zou er te allen tijde een medewerker bereikbaar moeten zijn voor opvang en begeleiding na een incident. Leidinggevendenden moeten peilen of de betrokken zorgverleners veilig zijn. Het bestuur van de organisatie moet empathie tonen aan de betrokken zorgverleners, en moeten er zorg voor dragen dat zorgverleners bij elke vorm van onderzoek betrokken worden, inclusief de oorzakenanalyse van het incident. Voor het overige sluit de richtlijn expliciet aan bij het *Scott Model*, wat hieronder verder besproken zal worden.

Opvang volgens het *Scott Model* verloopt in drie fasen, waarbij het van de behoeften van de betrokken zorgverlener en de ernst van de impact van het incident afhankelijk is of deze één, of alle fasen doorloopt. De eerste fase bestaat uit *‘emotional first aid’*. De eerste vorm van

opvang vindt direct na het medisch incident plaats en wordt verleend door daarin getrainde leidinggevenden en/of *peers*. Volgens de onderzoekers zal het merendeel van de betrokken zorgverleners aan deze opvang voldoende steun beleven. In de tweede fase wordt *peer support* verleend. In het *Scott Model* worden *peer supporters* opgeleid tot leden van een *Rapid Response Team* om ondersteuning te kunnen verlenen aan zorgverleners die daaraan behoefte hebben. *Peer supporters* bezitten ook de vaardigheden om *group debriefings* en opvang in groepsverband te leiden. Op maandelijkse besprekingen worden door de leden van de *Rapid Response Teams* ervaringen en *best practices* uitgewisseld.

In veel Nederlandse ziekenhuizen is een Bedrijfsopvangteam (BOT) of Trauma Opvang Personeel (TOP) team opgezet waarvan de leden opvang kunnen verlenen na traumatische of schokkende gebeurtenissen. Dit zijn teams opgesteld uit medewerkers van verschillende afdelingen die opvang bieden aan collega's die een traumatische ervaring hebben meegemaakt. Teamleden hebben hiertoe een training gevolgd. Opvang vindt ook hier gefaseerd plaats. De eerste opvang wordt door de leidinggevende en collega's geboden. Het eerste gesprek met een lid van het BOT of TOP team vindt binnen 72 uur na het incident plaats. Een tweede en een derde gesprek vinden twee weken respectievelijk anderhalve maand na het incident plaats. Na het derde gesprek kan doorverwezen worden naar professionele hulpverlening. Inschakeling van het BOT of TOP team kan gebeuren door benadering van de hulpverlener zelf, of doordat het TOP of BOT team melding krijgt van het incident en contact opneemt (Protocol Bedrijfsopvangteam, 2014).

De praktijk lijkt erop te wijzen dat van opvang door BOT of TOP teams weinig gebruik wordt gemaakt. Vooral medisch specialisten zoeken geen hulp bij BOT of TOP teams. De achterliggende oorzaak is niet helemaal duidelijk. Wellicht zijn zorgverleners niet voldoende op de hoogte van de mogelijkheid zich tot deze teams te wenden, of wordt opvang niet expliciet genoeg aangeboden. Uit de literatuur, maar ook uit de gesprekken die in OPEN zijn gevoerd, blijkt dat opvang proactief moet worden aangeboden. Een andere mogelijkheid is dat medisch specialisten zich niet kunnen identificeren met de leden van dergelijke teams. Medisch specialisten wenden zich bij voorkeur tot *peers*. De samenstelling van een BOT of TOP team zou van invloed kunnen zijn op de mate waarin er gebruik van wordt gemaakt.

4.4.2 Peer support

In het algemeen is men het erover eens dat de opvang na een medisch incident het beste door daarin getrainde *peers* kan worden verleend. Shapiro is van mening dat het van belang is om opvang één op één te verlenen.² Zij stelt dat groepsdebriefing voor medisch specialisten in de meeste gevallen niet geschikt is. Dit heeft te maken met gevoelens van schuld en schaamte, en karaktereigenschappen die typerend zijn voor de medische beroepsgroep. In een aantal aan OPEN deelnemende ziekenhuizen wordt op verschillende wijzen gewerkt aan een *peer support* programma. Er bestaat pas sinds kort aandacht voor de medisch specialist na incidenten. Daarom staan *peer support* programma's, óók bij voorlopers op dit gebied, in de meeste gevallen nog in de kinderschoenen. Hier zal een

² BWH Peer Support Information and FAQ, beschikbaar op http://www.brighamandwomens.org/Medical_Professionals/career/CPSP/Documents/D&A_guide_electronic_July2015.pdf

omschrijving worden gegeven van drie ziekenhuizen die verder gevorderd zijn in de formalisering van *peer support*. Er wordt hier met opzet 'geformaliseerd' gezegd, omdat in verschillende gesprekken is benadrukt hoe medisch specialisten op informele wijze onderling opvang verlenen. Dat er in een ziekenhuis geen vastgelegd beleid bestaat, wil dus niet zeggen dat die opvang er niet is. Daar is voor ons echter weinig zicht op.

Box 1 Een kaartje met informatie

In één OPEN ziekenhuis is met de medische staf afgesproken dat als er zich een incident voordoet, één iemand per vakgroep de begeleiding van een medisch specialist op zich neemt. Deze persoon neemt zo snel mogelijk contact op met de betrokkene, ook in het weekend of 's nachts.

Verder zijn er in het ziekenhuis vier medisch specialisten als *peer supporters* aangesteld. Voorafgaand aan het gesprek wat in het kader van de analyse wordt gevoerd, wordt bij de leidinggevende of specialist manager nagevraagd of er aan de betrokkenen nazorg is verleend. Er is een kaartje gedrukt, met de volgende tekst.

“Het meemaken van een calamiteit of een ernstig incident kan een zorgverlener emotioneel sterk raken. Veel voorkomende reacties zijn angst voor nieuwe fouten, verlies van vertrouwen in eigen functioneren en slaapproblemen.

Dit zijn normale reacties. Vaak worden deze vanzelf minder. Soms is het fijn om dan even wat extra steun te ervaren en een luisterend oor te vinden. Binnen [ziekenhuis] zijn vertrouwenspersonen, bij wie je dan terecht kunt en die je graag helpen.”

Ook staan de telefoonnummers van de vertrouwenspersonen/*peer supporters* op het kaartje. De kaartjes worden na de calamiteitenanalyse aan betrokkenen overhandigd.

Box 2 Een peer-support netwerk

In twee OPEN ziekenhuizen (zie ook Box 2) is een *peer support* netwerk opgezet. De keuze voor *peer supporters* is in beide ziekenhuizen bepaald door zorgverleners de vraag te stellen naar wie zij toe zouden gaan voor steun in het geval hen iets zou overkomen.

In één OPEN ziekenhuis zijn op dit moment 30 medisch specialisten, en 30 verpleegkundigen getraind. Training vindt plaats in één dag, waar rollenspellen worden gedaan en gesprekstechnieken worden geoefend. Daarna vindt twee keer per jaar een terugkomdag plaats waar ervaringen worden uitgewisseld.

Peer support wordt proactief aangeboden. Op het meldingsformulier voor calamiteiten wordt de melder erop gewezen dat er voor de betrokkenen *peer support* beschikbaar is. Als de melding bij de calamiteitencommissie binnenkomt, worden er naar de betrokkenen *peer supporters* toegestuurd. Naar de calamiteitencommissie wordt vervolgens alleen teruggekoppeld of er contact met betrokkenen is geweest, de inhoud van de gesprekken is vertrouwelijk.

De rest van het opvangtraject is niet vastgelegd. De wijze waarop opvang wordt verleend is afhankelijk van de behoeften van de betrokken zorgverlener. Indien nodig wordt de zorgverlener doorverwezen naar professionele hulpverlening buiten het ziekenhuis. Als de nood acuut is, kan de zorgverlener naar de psychiater in huis worden doorverwezen.

Box 3 Opvang in drie gesprekken

In het tweede ziekenhuis waar een *peer support* netwerk bestaat zijn veel aios, SEH en verpleegkundigen getraind. Tijdens het schrijven van dit rapport heeft ook een trainingsdag exclusief voor medisch specialisten plaatsgevonden, waarvoor accreditatiepunten zijn verleend. Trainingen worden gegeven door de coördinator traumaopvang in het ziekenhuis.

Peer support vindt plaats volgens een vast stramien van drie gesprekken:

Gesprek 1: Het eerste gesprek vindt plaats vlak na het incident. Dit kan een calamiteit zijn, maar *peer support* kan ook in andere gevallen worden aangeboden. De zorgverlener wordt de kans geboden zijn verhaal te vertellen, zonder diep op emotie in te gaan. Gevraagd wordt bijvoorbeeld naar het sociale vangnet van de zorgverlener. In dit gesprek wordt psycho-informatie gegeven en tips hoe om te gaan met de reacties die de zorgverlener kan ervaren. Er wordt een afspraak gepland voor het tweede gesprek.

Gesprek 2: Het tweede gesprek vindt plaats twee weken na het incident. In dit gesprek wordt gevraagd of de zorgverlener problemen heeft ervaren en hoe hij of zij hiermee is omgegaan. De volgende afspraak wordt meteen ingepland.

Gesprek 3: Een maand na het incident wordt het derde gesprek gevoerd. De zorgverlener wordt opnieuw de kans geboden zijn verhaal te vertellen. Er wordt teruggekoppeld naar wat er in het tweede gesprek besproken is. Ten slotte wordt gevraagd hoe de opvang ervaren is. Als zorgverleners een terugval ervaren, kan opnieuw contact worden opgenomen.

Gedurende het opvangtraject kan worden doorverwezen naar de coördinator traumaopvang, die EMDR therapie kan verlenen. Indien nodig wordt doorverwezen naar een centrum voor traumaopvang. Is de ervaren problematiek werk gerelateerd, dan wordt de behandeling door het traumacentrum betaald vanuit het ziekenhuis.

Opvang kan ook vanaf het begin door de coördinator worden verleend. Zij vervult eveneens een vertrouwenspositie voor de medische staf. De coördinator is altijd bereikbaar voor het verlenen van opvang; afdelingshoofden kunnen contact met haar opnemen als er een ernstig incident heeft plaatsgevonden. De inhoud van de gesprekken is vertrouwelijk en de registratie wordt niet langer dan een jaar bewaard.

4.4.3 Vertrouwenspersoon

Box 4 Een vertrouwenspersoon voor de medische staf

Opvang kan ook, of naast peer support, worden verleend door vertrouwenspersonen. In één ziekenhuis hebben wij gesproken met het ‘hoofd cliëntenbelangen’, van oorsprong klachtenfunctionaris, zo genoemd omdat zij voor zowel de zorgverlener als voor de patiënt aanspreekpunt is. Zij vervult als zodanig ook een bemiddelende rol na calamiteiten. Als bemiddelaar entameert en begeleidt de vertrouwenspersoon bemiddelingsgesprekken tussen patiënt, familie en of nabestaanden en de zorgverlener.

Bij de melding van een calamiteit wordt de zorgverlener door de Raad van Bestuur gewezen op de mogelijkheid bij de vertrouwenspersoon aan te kloppen. Tegelijkertijd wordt zij door de Raad van Bestuur op de hoogte gebracht van de calamiteit. Zij kan dus ook zelf contact opnemen met de betrokken zorgverlener. De vertrouwenspersoon voert een opendeurbeleid, zorgverleners kunnen ieder moment bij haar aankloppen.

Het eerste gesprek na een calamiteit is een vorm van “emotionele EHBO”. De zorgverlener wordt de mogelijkheid geboden zijn verhaal te vertellen. Dit gesprek biedt de vertrouwenspersoon ook de mogelijkheid om angst voor ontslag of disciplinaire maatregelen bij de zorgverlener weg te nemen. Hierna wordt besproken wat de volgende stappen in het traject zijn, en wordt uitleg gegeven over het doel en de procedure van de calamiteiten analyse. De gesprekken met de zorgverlener vinden plaats zolang deze aangeeft hier behoefte aan te hebben.

In box 3 vervult de coördinator traumaopvang, naast *peer support* trainer en coördinator, een vertrouwenspositie jegens de medische staf. Door beide vertrouwenspersonen wordt benadrukt dat het verwerven van een vertrouwenspositie tijd en geduld kost. Zorgverleners moeten de betreffende functionaris gaan vertrouwen, en dat gaat niet over één nacht ijs. In de gesprekken viel de term “olievlekeffect”. Als één zorgverlener een positieve ervaring heeft gehad en deze deelt met zijn of haar collega’s, gaat de bal rollen. Ook in overige gesprekken werd gewaarschuwd dat het implementeren van opvang een lange adem vereist.

“Dat is cultuur, attitude, bewustwordingsprocessen. Dat duurt een tijdje.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

“Dat moet groeien. Als eenmaal de medisch specialisten getraind zijn dan vindt er ook een terugkoppeling plaats binnen de medische staf. En dan gaat er bekendheid komen. Je moet ze niet teveel pushen. Zo is het bij de arts assistenten gegaan, bij de verpleegkundigen. Het gaat stapje per stapje. Je moet niet iets koste wat kost willen doorvoeren. Je moet mensen de kans geven om het te leren kennen. Ze moeten het onderling tegen elkaar zeggen bijvoorbeeld.”

- Coördinator traumaopvang

“Ik hoorde van de voorzitter van de Raad van Bestuur, zij had een introductiebijeenkomst voor de nieuwe dokters, die noemde mijn naam en een van de dokters zei: ‘Ik heb al contact gehad met haar en dat heeft me heel erg geholpen’. Als dat wordt gezegd in zo’n groep, dan denken die andere dokters: ‘daar kan ik in ieder geval naar toe’. Ze weten dat ze hier naar toe kunnen.”

- Klachtenfunctionaris

Wij hebben de vraag gesteld hoe de door ons gesproken personen hun vertrouwenspositie hebben bewerkstelligd. Bekendheid in het ziekenhuis, maar ook persoonlijke integriteit en ervaring in het werkveld kwamen naar voren als belangrijke factoren. Eén van de gesproken vertrouwenspersonen is door de medische staf zelf benaderd om vertrouwenspersoon te zijn, naar aanleiding van de wijze waarop zij incidenten en calamiteiten afhandelde in haar functie als klachtenfunctionaris. In het voorbeeld van box 3 is de vertrouwenspersoon al geruime tijd werkzaam in het ziekenhuis en is als zodanig een bekende binnen het ziekenhuis. Bovendien heeft zij een medische achtergrond en heeft, zogezegd, zelf *“met de voeten in de klei gestaan”*. Dergelijke factoren lijken in belangrijke mate mee te spelen in de vraag of zorgverleners zich in crisissituaties op de vertrouwenspersoon zullen verlaten.

In beide gesprekken werd benadrukt dat vertrouwelijkheid van de gesprekken, en anonimiteit, essentieel is om te zorgen dat van de aangeboden opvang gebruik wordt gemaakt.

“Het is ook gewoon mijn werk. Als iemand hier iets zegt en ik ga dat elders vertellen dan houdt het natuurlijk op. Dus het heeft ook te maken met professionaliteit, integriteit, met de functie eisen van de functionaris.”

- Klachtenfunctionaris

Praktische zaken, zoals de locatie van het kantoor van de vertrouwenspersoon, kunnen ook een rol spelen. Zo heeft één van de door ons gesproken vertrouwenspersonen haar kantoor op een rustige plek in het ziekenhuis. Dit draagt bij aan de anonimiteit van zorgverleners die een afspraak met haar hebben.

“Sommige specialisten willen ’s avonds na zessen langskomen, dan is hier niemand meer op de gang.”

- Coördinator traumaopvang

4.4.4 Nazorg in groepsverband

Een laagdrempelige vorm van nazorg kan ook worden verleend bij de nabespreking van calamiteiten. Zo werd ons in één interview verteld hoe sinds een jaar bij de bespreking van calamiteiten met de betrokken zorgverleners per zorgverlener wordt nagevraagd of zij het gebeurde een plek hebben kunnen geven, of zij er gevolgen van ervaren en hoe zij hiermee om gaan. Na afloop worden sinds kort kaartjes uitgedeeld waar de contactgegevens van de vertrouwenspersonen in het ziekenhuis op staan. In hoeverre vertrouwenspersonen in dit ziekenhuis benaderd worden, bestaat desgevraagd weinig zicht op. Er wordt in desbetreffend ziekenhuis overwogen om over te gaan tot het proactief benaderen van betrokkenen.

“We vragen het heel nadrukkelijk aan iedereen die aanwezig is. En dan zie je aan de reactie hoe mensen daarmee om gaan. En als je twijfelt dan neem je ze nog even apart in een één op één gesprek.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

4.5 Proactief aanbieden

Uit verschillende wetenschappelijke studies blijkt dat zorgverleners, ook als opvang wél beschikbaar is, deze niet snel uit zichzelf zullen opzoeken. Zo heeft het *University of Missouri Health Care* (MUHC) in 2007 structurele opvang georganiseerd op basis van de principes van het *Scott Model: het forYOU Team*. Eén van de lessen die zij aan anderen wilden meegeven is het belang van pro-actief aanbieden van ondersteuning: *“At MUHC, we have found that clinicians often will not actively seek support but instead will suffer in silence or wait to be approached”* (Hirschinger, 2015).

Bij de start van het *peer support* programma als omschreven in box 1 bleek dat veel van de medisch specialisten, ondanks de uitgebreide voorlichting, niet van het bestaan van het programma op de hoogte waren. Daarom wordt nu bij melding van een calamiteit door de calamiteitencommissie een *peer supporter* naar de betrokken zorgverleners toegestuurd.

4.6 In welke situatie?

In de OPEN ziekenhuizen viel op dat opvang voor zorgverleners veel wordt genoemd in het kader van calamiteiten. *Peer support* wordt bijvoorbeeld aangeboden naar aanleiding van of gedurende de calamiteitenmelding dan wel –analyse. Dat beleid sterk afhankelijk is van hoe een incident wordt gekwalificeerd, viel ook op in voorgaand hoofdstuk. Er is echter onvoldoende grond om te stellen dat de incidenten die geen (mogelijke) calamiteit zijn geen aanleiding voor opvang zouden kunnen zijn. Het verdient de aandacht of *peer support* niet ook bij de minder ernstige incidenten, of bij klachten, aangeboden zou moeten worden, mogelijk in aangepaste vorm.

4.7 Conclusies

Het kan voor zorgverleners na een incident moeilijk zijn het gesprek met de patiënt aan te gaan. Bovendien kunnen zorgverleners die van een medisch incident nadelige gevolgen ondervinden hierdoor worden gehinderd in hun eigen functioneren. Het is daarom voor alle betrokken partijen van belang dat zorgverleners in het traject na een medisch incident worden opgevangen en begeleid in de communicatie met de patiënt.

Hoe zou opvang voor zorgverleners er uit moeten zien? In het algemeen wordt aangenomen dat *peer support* met de mogelijkheid om indien nodig naar professionelere hulp door te verwijzen, de meest effectieve vorm van opvang is. In meerdere OPEN instellingen wordt, meer of minder geformaliseerd, met een dergelijke vorm van opvang geëxperimenteerd.

Peer supporters worden benoemd op voordracht: aan collega's wordt de vraag gesteld wie zij zouden benaderen met hun problemen. Deze personen, die van nature een vertrouwenspositie bezitten, worden vervolgens als *peer supporter* getraind.

Er zijn uit de ervaringen van OPEN ziekenhuizen een aantal belangrijke lessen te trekken. Ten eerste moet er binnen een ziekenhuis uitgebreid voorlichting worden gegeven. De eerste stap is het geven van psycho-educatie. Psycho-educatie betreft de eventuele effecten van een medisch incident, welke daarvan normaal, en welke afwijkend zijn en aanleiding vormen voor het zoeken van professionele hulpverlening. Ook over de beschikbare vormen van opvang in het ziekenhuis moet voorlichting worden gegeven. Een bekende valkuil is dat er wel opvang beschikbaar is, maar hier geen gebruik van wordt gemaakt omdat men niet van die mogelijkheid op de hoogte is. Dit hangt samen met een ander belangrijk aandachtspunt. Opvang en begeleiding moet proactief worden aangeboden om te kunnen waarborgen dat zorgverleners van de mogelijkheid gebruik maken. Het lijkt erop dat de barrière voor zorgverleners om uit zichzelf hulp te zoeken vooralsnog te groot is. In OPEN wordt hieraan vorm gegeven door een *peer supporter* met de betrokkenen bij een calamiteit contact op te laten nemen. Ook wordt er bijvoorbeeld door de Raad van Bestuur, als die een melding binnenkrijgen, naar een vertrouwenspersoon doorverwezen.

5 De rol van leidinggeevenden

5.1 Inleiding

“Wat [ook] belangrijk is, is dat het begint met leiderschap. Een Raad van Bestuur, de medische staf, durven ze met openheid aan de slag? Daar begint het mee.”
- Klachtenfunctionaris

De inbedding van openheid begint bij leiderschap. In dit hoofdstuk wordt besproken op welke vlakken leidinggeevenden een doorslaggevende rol kunnen spelen. Leidinggeevenden spelen ten eerste een faciliterende rol, in het verschaffen van tijd en geld. Ook in het promoten van openheid als norm kunnen leidinggeevenden een belangrijke aanjager zijn van openheid. Er wordt in dit hoofdstuk aansluiting gezocht bij de conclusies en aanbevelingen uit de wetenschappelijke literatuur, internationale richtlijnen, zoals het *Australian Open Disclosure Framework* en het Engelse *Being open framework*. Per onderwerp zal worden teruggekoppeld naar de ervaringen in OPEN.

Er wordt hier met opzet de term ‘leidinggeevenden’ gehanteerd. Typisch voor Nederlandse ziekenhuizen, maar ook ziekenhuizen in het buitenland, is de diversiteit in bestuursstructuur. Veel medisch specialisten hebben zich verenigd in een onderneming binnen de muren van het ziekenhuis. Zij behouden daardoor hun vrij ondernemerschap. Deze ondernemingen hebben veelal een dagelijks bestuur en dragen aldus veel verantwoordelijkheden zelf. De zeggenschap van de Raad van Bestuur kan daardoor in het ene ziekenhuis veel groter zijn dan het andere.

Wie er formeel leidinggevende is, is voor dit hoofdstuk niet zozeer van belang. Het gaat erom te benadrukken dat die personen die de eindverantwoordelijkheid voor bepaalde zaken dragen een belangrijke rol spelen in het bevorderen van het geven van openheid na incidenten. Een leidinggevende kan in die context de Raad van Bestuur zijn, maar ook een afdelingshoofd of de directeur medische zaken. Als hier wel expliciet gesproken wordt over de Raad van Bestuur, dan gaat het om taken die de Raad van Bestuur exclusief toekomen.

5.2 Tijd en geld

Het verschaffen van openheid na incidenten kan een tijdrovend proces zijn. Het investeren van energie en politiek kapitaal is volgens voorlopers in de Verenigde Staten cruciaal in het bereiken van succes (Mello e.a. 2014; Mello e.a. 2014). Dit betekent dat leidinggeevenden van de noodzaak tot verandering overtuigd moeten zijn. Voor het succesvol invoeren of onderhouden van openheid moet tijd en personeel worden vrijgemaakt. Dit speelt ook in het verlenen van opvang en begeleiding aan zorgverleners: voor het invoeren dan wel aanbieden van adequate opvang aan patiënt en zorgverlener is de instemming van leidinggeevenden vereist. Het Australische *Framework* formuleert het ter beschikking stellen van voldoende middelen expliciet als een van de verantwoordelijkheden van leidinggeevenden: *“They should [also] ensure that those with operational responsibility for a*

health service organisation have the means to implement recommended changes.”

Hoe groot het belang van bestuurlijke ondersteuning is, blijkt ook uit het verslag van een implementatieproces in een aantal ziekenhuizen in New York (Mello e.a. 2014). In deze ziekenhuizen werd gedurende 22 maanden de implementatie van een *Communication-and-Resolve Programme* (CRP) gevolgd. Een CRP is een programma waarin het geven van openheid wordt gecombineerd met de mogelijkheid de zaak vroeg te schikken. Deze vorm van *open disclosure* is ontwikkeld aan het UMHS en op verschillende plekken in de Verenigde Staten als blauwdruk gebruikt. Zo ook in New York, met wisselend succes. Opvallend was de rol die bestuurlijke steun in dat succes heeft gespeeld. Daar waar bestuurlijke steun voor het CRP ontbrak, werd implementatie omschreven als een *uphill battle*. Daar waar implementatie wél succesvol was, was dit volgens de ondervraagden onder andere te danken aan de zeer enthousiaste CEO die tijd en geld vrijmaakte om aan de onder het CRP toegenomen werkdruk tegemoet te komen.

Ook in OPEN ziekenhuizen werd het goedkeuren en steunen van het beleid door de Raad van Bestuur als essentieel gezien in het geven van openheid na incidenten. Dit bleek al bij de werving van ziekenhuizen in OPEN. Goedkeuring van de Raad van Bestuur was altijd een vereiste voor deelname. Voor het invoeren van een beleid moet tijd en geld worden vrijgemaakt, en daarvoor is goedkeuring van de Raad van Bestuur nodig. Meer openheid kan bovendien ook heel goed leiden tot meer werk. In één van de door ons gesproken ziekenhuizen werd aangegeven dat ten gevolge van het creëren van een open omgeving, waar onder zorgverleners grote meldingsbereidheid bestaat, het aantal meldingen per jaar aan de IGZ vier tot vijf keer is toegenomen.

“Als je echt een open programma intern er in gooit, dan heeft dat direct effect. Dan moet je dus wel zorgen dat je bij je Raad van Bestuur voldoende formatie hebt want je bent zo de klos.”

- *Coördinator medische zaken*

In sommige OPEN ziekenhuizen wordt de financiële ruimte gegeven om in een vroeg stadium kosten voor de patiënt te vergoeden. Door snel met de patiënt in gesprek te gaan en op zoek te gaan naar een oplossing, wordt voorkomen dat het incident tot een conflict leidt.

“De meeste claims komen voort uit onvrede over de communicatie. En als het daarover gaat proberen we dat goed te maken. Er zijn natuurlijk mensen die echt kosten maken, daarvoor zijn we verzekerd. Er zijn mensen die acuut in geldnood komen. Dan betalen we een aantal dingen. We doen dat niet om af te kopen, maar om ellende te verminderen.”

- *Medewerker Kwaliteit & Veiligheid*

Door één OPEN deelnemer is de vraag gesteld hoe je leidinggevenden kunt overtuigen van de noodzaak tot verandering. In veel van de ziekenhuizen waar door ons gesprekken zijn gevoerd is er in het verleden een ernstige calamiteit geweest die als katalysator voor veranderingen heeft gewerkt. Een deelnemer omschreef de betreffende calamiteit als een hefboom voor verandering. De calamiteit deed de Raad van Bestuur beseffen dat er iets in huis moest veranderen. Er werd in het ziekenhuis vervolgens op verschillende niveaus

draagkracht en consensus gezocht. Deze deelnemer benoemde het betrekken van de afdelingshoofden van de medische staf, de ondernemingsraad en de cliëntenraad als een sleutel tot succes.

“Je moet dus als je iets wilt veranderen in een huis een aantal cruciale groepen meenemen in het proces. Want als je achteraf vraagt, het is klaar, wat denken jullie ervan, dan kun je het schrappen want ze hebben niet meegedacht.”

- Coördinator medische zaken

Dit werpt een belangrijke vraag op, want hoe trigger je een cultuuromslag zonder dat er eerst een ernstige calamiteit moet plaatsvinden?

5.3 Uitdragen

Door zichtbaar steun te verlenen aan een open beleid geven leidinggevenden aan dat openheid in het ziekenhuis de norm is. Zo laten leidinggevenden blijken dat van eenieder wordt verwacht zich aan openheid als norm te conformeren. *“This is the way to go, if you don’t like it, go somewhere else.”* (Boothman, 2011; Mello e.a., 2014).

Ook het Australische *Open Disclosure Framework* geeft leidinggevenden de taak *“[to] actively promote and disseminate information about open disclosure policy and procedures to all staff”*. Voorbeelden hoe hieraan vorm te geven worden in het *Framework* niet gegeven, maar handvatten zijn iets dichterbij huis wel te vinden. In de Handreiking VIM worden er meerdere voorbeelden gegeven van de manier waarop de Raad van Bestuur zijn toewijding aan nieuw beleid kan laten blijken. Te denken is aan het bespreken van openheid in managementoverleg, of door presentaties over open en eerlijk communiceren aan het management te geven. In de literatuur en richtlijnen wordt benadrukt dat leidinggevenden zich in het implementatieproces niet afzijdig moeten houden, maar toonbaar moeten maken dat het doorvoeren van openheid op alle niveaus in de organisatie een prioriteit is (VIM, 2012).

Het geschetste beeld in de door ons gevoerde gesprekken sluit aan bij wat in de literatuur wordt omschreven. Het belang van bestuurlijke ondersteuning werd door alle deelnemers benoemd.

“Je moet je key roleplayers mee krijgen, en dan draag je de boodschap uit in de grote massa. Dan gaat het rond zingen: ‘Het kan anders, en kennelijk wil onze Raad van Bestuur het ook anders hebben’. Dan kun je zaken gaan inrichten”.

- Coördinator medische zaken

Om een open omgeving tot stand te brengen moet het vertrouwen ontstaan dat het melden en bespreken van incidenten voor zorgverleners veilig is. Niet alleen moeten leidinggevenden uitdragen dat openheid de norm is, dit moet ook blijken op het moment dat er een incident door een zorgverlener gemeld wordt.

“De kern is om mee te geven: dit verwachten wij van jullie. Wij wijzen niet met vingers, wij veroordelen niet. [...] Wat belangrijk is aan melden, is de cultuur die je daardoor krijgt.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

In ziekenhuizen is het Veilig Incidenten Melden ingevoerd, een systeem gericht op interne kwaliteitsverbetering waarin zorgverleners anoniem incidenten kunnen melden. In de discussie over VIM ligt de nadruk vaak op het anonieme element. Eén OPEN deelnemer was uitgesproken over de rol van de Raad van Bestuur in het creëren van vertrouwen:

“Wij hebben recent een brief verstuurd dat de melding bij VIM niet meer na 72 uur, maar na 5 jaar anoniem wordt. Veilig melden houdt niet in dat je naam uit de melding wordt gehaald, veilig melden betekent dat je Raad van Bestuur accepteert dat mensen fouten maken en dat niet gelijk je kop eraf wordt gehakt. Dat er wordt gezegd: hoe kunnen we dit in de toekomst voorkomen. [...] Openheid betekent dat je mensen het idee moet geven dat je ze maximaal beschermt en alleen namen geeft als het echt nodig is. En de Inspectie accepteert dat ook.”

- Coördinator medische zaken

Een andere manier waarop gewerkt kan worden aan een omgeving waarin openheid de norm is het creëren van een ‘aanspreekcultuur’. In één OPEN ziekenhuis is daarom gewerkt aan het optimaliseren van medisch teamwork door middel van cockpittrainingen. Daarin wordt aandacht besteed aan de manier waarop in een medisch team wordt gecommuniceerd.

“Niet denken in hiërarchie, maar iedereen is een mens en maakt fouten, ziet niet alles, je kunt niet alles weten.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

5.4 Het goede voorbeeld geven

In wetenschappelijke literatuur wordt veel succes toegeschreven aan een ‘*institutional champion*’ (Mello e.a., 2014; Smeehuijzen e.a., 2013). Een *champion* is, bijvoorbeeld, een gerespecteerd medisch specialist die het goede voorbeeld geeft door over zijn eigen fouten en ervaringen te spreken. Hierdoor stimuleert een *champion* anderen om dat ook te doen. Zo kan een olievlekeffect ontstaan waardoor ook jongere, onzekere of onervaren artsen met incidenten of fouten naar buiten durven te treden.

5.5 Snel schakelen

Naast het creëren van draagvlak, kunnen leidinggevenden ook een belangrijke rol spelen in direct na het incident. In het geval van calamiteiten worden deze door de betrokken zorgverlener aan de Raad van Bestuur gemeld. Hier ligt voor de Raad van Bestuur de kans om te zorgen dat de juiste werkwijze in gang wordt gezet en dat sleutelfiguren worden ingezet die dat proces begeleiden.

In de door ons gevoerde gesprekken werd benoemd dat korte lijnen in het ziekenhuizen eraan bijdragen dat op het juiste moment, de juiste persoon wordt ingezet. In OPEN ziekenhuizen wordt hieraan door sommige van de deelnemende ziekenhuizen op simpele wijze vorm gegeven. Bij de melding van een calamiteit bij de Raad van Bestuur wordt de betrokken zorgverlener erop gewezen wat hij moet doen en waar hij of zij voor de eerste opvang terecht kan.

“Stel, iemand overlijdt op de operatietafel. De eerste impuls van een operateur is vaak om bij de Raad van Bestuur binnen te lopen. Dan is die eerste opvang cruciaal. Onze voorzitter doet dat heel goed. Die gaat eerst op de menselijke aspecten in voor hij op de medische kant in gaat. Maar hij eindigt altijd met, ‘Nou denk ik wel dat het belangrijk is voor het vervolg dat je een VIM melding doet en dan wordt je geholpen om de rest van het traject goed te doorlopen’. [...] Je kan ook als Raad van Bestuur zeggen, ‘ik ga die gesprekken uit de weg’. Maar dat doen ze echt zelf. Zij nemen die verantwoordelijkheid. Dat is een voorbeeld van leiderschap.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

In OPEN ziekenhuizen wordt dan ook door verschillende functionarissen op regelmatige basis informatie uitgewisseld.

“Elke klacht gaat in kopie naar de bedrijfsmanager en de medisch manager van het onderdeel. En het gaat geanonimiseerd naar de bestuurder die verantwoordelijk is voor dat onderdeel. Dat gebeurt meteen als het klacht wordt. Verder hebben wij een registratiesysteem. Daarover rapporteren wij ook weer naar het management, naar het bestuur en naar de medische staf.”

- Klachtenfunctionaris

Wat in de door ons gevoerde gesprekken opviel, was dat in ziekenhuizen waar een open beleid ver ontwikkeld was vaak een goede werkrelatie bestond tussen de betreffende verantwoordelijke, zij dat de kwaliteitsmanager, klachtenfunctionaris of jurist, en leden van de Raad van Bestuur. Dit zorgt er volgens de aldaar gesproken personen voor dat de lijnen kort zijn in het ziekenhuis, waardoor snel geschakeld kan worden.

Door sommigen werd benoemd dat het in voorkomende gevallen kan schorten aan dergelijke schakelmomenten. Zij vertelden dat leidinggevenden die over de verschillende klacht- en incident trajecten het overzicht hebben, hetzij de Raad van Bestuur, de kwaliteitsmanager, of de manager patiënt veiligheid, op het juiste moment snel moeten kunnen schakelen. Door de verschillende trajecten die patiënten in een ziekenhuis kunnen bewandelen (klacht, claim, of tuchtprocedure) bestaat het risico dat verschillende functionarissen in één dossier langs elkaar heen werken. Zo kan het voorkomen dat een patiënt zowel een klachtenprocedure doorloopt, als betrokken wordt in een calamiteitenanalyse. Het gevaar van een gebrek aan samenwerking schuilt erin, dat waar begeleiding voor patiënten wellicht wel aanwezig is, deze door het ontbreken van overleg niet wordt ingezet.

Samenwerking lijkt een voorwaarde om theorie in praktijk te brengen. Een andere

laagdrempelige manier waarop hieraan tegemoet kan worden gekomen is het plegen van regelmatig overleg tussen de verschillende afdelingen die zich met incidenten en klachten bezighouden. Uit de door ons gevoerde gesprekken kwam regelmatig naar voren dat tussen leidinggevenden en klachten- dan wel kwaliteitsmedewerkers of juristen overleg plaatsvindt. Zo kan in een vroeg stadium worden geschakeld als bijvoorbeeld blijkt dat een klacht ook een claim gaat worden, of een klacht ook een calamiteit blijkt te zijn. Het belang van samenwerking laat zich des te zwaarder wegen nu steeds meer ziekenhuizen fuseren, en de bij het incident betrokken personen in sommige gevallen op verschillende locaties werken en hierdoor zonder de nodige maatregelen niet of minder goed van elkaars werkzaamheden op de hoogte zijn.

“Wij weten elkaar goed te vinden. [...] Dat de klachtenfunctionarissen bijvoorbeeld al een vooraankondiging doen als er dingen spelen. Ik heb een hele dossierlijst met potentiële dingen waar ik al wat van weet dat als er iets voordoet dat ik dat al weet en de link kan leggen. Dat werkt goed.”

- Jurist

5.6 Opvang en begeleiding voor zorgverleners

In zowel de *Australian Open Disclosure Framework*, als *Being Open* wordt opvang voor zorgverleners als een onderdeel van een open omgeving geformuleerd.³ De vorm en inhoud die opvang en begeleiding voor zorgverleners zou moeten krijgen is in hoofdstuk 5 van dit rapport uitgebreid aan bod gekomen. Hier is van belang dat de mogelijkheid van het verkrijgen van begeleiding en opvang door leidinggevenden wordt gepromoot en actief wordt aangeboden in gevallen waarin dit nodig lijkt te zijn.

“Het is denk ik van belang dat je op dat moment gestuurd wordt. Dat iemand je bij de hand neemt en aangeeft je moet nu daar naar toe. En als ze niet uit zichzelf komen, dan bel ik ze op.”

- Klachtenfunctionaris

5.7 Toezicht en evaluatie

Ten slotte is het voor de hand liggend dat leidinggevenden er op toe zien dat de gewenste openheid ook daadwerkelijk gegeven wordt. In het kader van calamiteitenanalyse wordt nagevraagd of en zo ja wat de zorgverlener aan de patiënt heeft gevraagd. Zo wordt in OPEN ziekenhuizen bijvoorbeeld door de manager kwaliteit en veiligheid, of de voorzitter van de calamiteitencommissie aan de patiënt respectievelijk zorgverlener nagevraagd wat voor informatie aan de patiënt is verschaft. Bij de incidenten die niet als calamiteit worden aangemerkt lijkt hier evenwel minder zicht op te zijn.

³ Being Open, p.2, Open Disclosure Framework, pp. 32-34.

“Bij calamiteiten vraag ik heel erg door wat ze precies aan de patiënt hebben verteld. Bij de ernstige incidenten doe ik dat niet. Ik lees wel of ze het besproken hebben of niet, maar meer niet. Want die groep gaat écht over interne kwaliteitsverbetering. Dat zijn de MIP meldingen. Daarvan ben ik benieuwd hoe andere ziekenhuizen dat doen. Want dat gaat om de incidenten die niet bij klachtenfunctionaris, of jurist liggen.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

Het *Australian Open Disclosure Framework* noemt in dit kader het meten en evalueren van beleid als sleutelement van *risk management* en kwaliteitsverbetering:

“Measurement is a key component of clinical governance, risk management and quality improvement. Internal measurement and evaluation fosters and contributes to accountability and a performance culture. Health service organizations should evaluate open disclosure performance and integrate outcomes into quality improvement, clinical governance, and performance monitoring.” [Australian Open Disclosure Framework, par. 6.7]

Het bijhouden en delen van data kan nog een ander positief effect hebben. Het delen van positieve uitkomsten kan bijdragen aan een grotere bereidheid tot het geven van openheid door zorgverleners. Door zogenoemde *early adopters* van Communication-and-Resolve programma's in de Verenigde Staten werd aanbevolen positieve resultaten met zorgverleners te delen: *“clinicians respond favorably to data”* (Mello e.a., 2015).

Voor zover ons duidelijk is geworden wordt door deelnemers aan OPEN beleid met betrekking tot openheid niet geëvalueerd. Wel werd door deelnemers benoemd dat de terugkoppeling van de resultaten van de calamiteitenanalyse een positief effect kan hebben op de meldingsbereidheid. Het formuleren van verbetermaatregelen in de calamiteitenanalyse en de terugkoppeling hiervan aan medisch specialisten draagt bij aan de bereidheid openheid te betrachten. Op deze wijze kan duidelijk worden gemaakt dat het melden en bespreken van incidenten bijdraagt aan de veiligheid van zorg.

“Bij een analyse zijn ook artsen betrokken en dan zien ze van binnenuit wat de waarde ervan is. Waardoor die schroom en die angst om te melden, misschien wel tuchtrecht enzo, dat is het eerste waar ze aan denken, dat is er af.”

- Medewerker Kwaliteit & Veiligheid

Het is overigens nog de vraag hoe een open beleid gemeten zou moeten worden. Respondenten in Amerikaanse studies meten het effect van openheid veelal af aan de toediening van claims of de hoogte van schikkingsbedragen. Een andere maatstaf zou het aantal VIM-meldingen kunnen zijn (zijn zorgverleners bang om te melden?), of in hoeverre patiënten van zorgaanbieder wisselen na een klacht dan wel incident (is de vertrouwensrelatie hersteld?). In artikel 8.2 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz wordt gevraagd naar de reactie van de patiënt op de afhandeling van en nazorg na de calamiteit. Dit is een laagdrempelige wijze om de ervaring van de patiënt te evalueren. De hier genoemde meetinstrumenten zijn echter slechts aanzetten. Een adequate maatstaf om het effect van een open beleid op patiënttevredenheid en heling van zowel patiënt als zorgverlener moet in toekomstig onderzoek ontwikkeld worden.

5.8 Conclusies

Leidinggevendenden kunnen op een aantal fronten een belangrijke rol spelen in het bevorderen van openheid. Ten eerste op praktisch vlak: voor het beoefenen van openheid moet tijd en geld worden vrijgemaakt. Openheid geven na medische incidenten kan een tijdrovend proces zijn. De Raad van Bestuur heeft de mogelijkheden om ervoor te zorgen dat er aan de vereisten van openheid wordt tegemoet gekomen.

Vervolgens ligt bij leidinggevendenden de taak om openheid als norm uit te dragen. Dit kan bijvoorbeeld op introductiemiddagen voor nieuwe dokters, of op themamiddagen waar voorlichting wordt gegeven. Leidinggevendenden kunnen leden van de Raad van Bestuur zijn, maar ook opleiders of medisch specialist managers. Ook zij kunnen in de wijze waarop zij jongere dokters opleiden of begeleiden een bepalende rol spelen. In de literatuur wordt in dit kader wel gesproken van ‘champions’: invloedrijke personen die openheid stimuleren door zelf het goede voorbeeld te geven en de boodschap van openheid actief uit te dragen.

Leidinggevendenden kunnen ook direct na het incident een belangrijke rol spelen. Dit is het moment waarop leidinggevendenden kunnen laten blijken dat het veilig is om incidenten te melden en te bespreken, zonder dat daar voor de betrokken zorgverleners direct consequenties uit voortkomen. Ook is dit een moment waarop door leidinggevendenden snel geschakeld en samengewerkt dient te worden. Door de verschillende procedures binnen het ziekenhuis bestaat het gevaar dat het proces na een medisch incident gefragmenteerd raakt. Hierdoor kan het voorkomen dat verzuimd wordt de juiste procedures in gang te zetten, of de juiste medewerker in het traject te positioneren. Leidinggevendenden kunnen eraan bijdragen dat die fragmentatie wordt tegengegaan.

Ten slotte ligt het voor de hand dat voor leidinggevendenden de taak is weggelegd om gevoerd beleid te evalueren. Daar lijkt het in het algemeen aan te schorten. Evaluatie is echter wel van belang. Het implementeren van een beleid is één stap. Vooral nog is echter nog te weinig bekend over de verschillende effecten van openheid, wat werkt, en wat niet, en wat daar de oorzaken van zijn. Om tot een *best practice* te kunnen concluderen, is evaluatie van de verschillende werkwijzen essentieel.

6 Discussie

Openheid wordt in de literatuur geformuleerd als een voorwaarde, een praktijk en een doel. Openheid als voorwaarde is de openheid in het ziekenhuis – bijvoorbeeld tussen zorgverleners onderling. Openheid als doel is de openheid die wordt gegeven naar de patiënt. Open en eerlijk communiceren met de patiënt (openheid als doel) is alleen mogelijk wanneer er in het ziekenhuis een veilige omgeving is (openheid als voorwaarde). In een ziekenhuis waar de omgeving veilig is worden incidenten veilig gemeld. Veilig melden wordt vaak gedefinieerd als anoniem melden, maar de strekking van veilig melden is dat zorgverleners kunnen melden zonder angst voor repercussies. Veilig betekent tegelijkertijd niet straffeloos, de grenzen van acceptabel en onacceptabel gedrag zijn in een veilige omgeving duidelijk afgebakend.

Openheid als voorwaarde komt de laatste jaren meer van de grond, hoewel het in de praktijk nog geen gemeengoed is om open te zijn naar patiënten. Deelnemers in OPEN geven aan dat er goed gebruik wordt gemaakt van VIM, er is een hoge meldingsbereidheid. Zorgverleners melden calamiteiten, en er worden besprekingen georganiseerd waar incidenten besproken worden. In meerdere OPEN ziekenhuizen wordt gewerkt aan manieren om te voorkomen dat zorgverleners tweede slachtoffers worden. Dat is een positieve ontwikkeling: zoals in dit rapport is omschreven kan een zorgverlener ernstig lijden onder een incident, en kan dit ook zijn weerslag hebben op zijn functioneren als zorgverlener. Het is verleidelijk om opvang voor zorgverleners en het belang van de patiënt als tegenstrijdig te zien. In wetenschappelijke literatuur en in de gesprekken in OPEN wordt opvang voor zorgverleners echter nadrukkelijk als één van de bouwstenen van een open omgeving, en dus openheid naar de patiënt, genoemd.

Het is opvallend dat er in meerdere ziekenhuizen gewerkt wordt aan opvang voor zorgverleners, maar een intensievere begeleiding voor patiënten – waar wel behoefte aan bestaat – in de meeste gevallen slechts sporadisch wordt aangeboden. Dit wordt door sommige deelnemers in OPEN expliciet als tekortkoming genoemd. De laatste jaren is veel aandacht besteed aan het vergroten van patiëntveiligheid, het implementeren van VIM, en het verschuiven van de focus van *blame* naar leren van incidenten. De volgende stap is het vertalen van deze maatregelen naar de patiënt – een open en eerlijke houding, en begeleiding in het traject na een incident. Casemanagement of de begeleiding door een *disclosure coach* wordt door sommige ziekenhuizen in OPEN ingezet om aan de behoeften van de patiënt tegemoet te komen. Oftewel: er is en wordt hard gewerkt aan de fundamenten van openheid, maar er moet ook verder gebouwd worden.

“Het is allemaal erg gericht op de verbetering in het ziekenhuis. Hoe doe je nou aan vertel en herstel naar de patiënt, of het nou verwijtbaar is of pech, daar zit nog wel werk.”

- Klachtenfunctionaris

Daarvoor is een belangrijke taak weggelegd voor leidinggevenden in de zorg. In alle gesprekken in OPEN werd de steun van de Raad van Bestuur als cruciaal genoemd in het

bevorderen van openheid. Leidinggevendenden kunnen tijd en geld vrijmaken om aan de vereisten van openheid tegemoet te komen. De werkdruk kan onder openheid flink toenemen, en daar moet ruimte voor vrij worden gemaakt. Ook hebben leidinggevendenden een belangrijke taak in het uitdragen van openheid als norm. Dat kan tijdens introductie- en voorlichtingsbijeenkomsten (“je werkt hier veilig, of je werkt hier niet”), maar het is ook aan leidinggevendenden om op het moment dat er een calamiteit wordt gemeld de daad bij het woord te voegen en met een adequate reactie te laten zien dat het voor zorgverleners veilig is om open en eerlijk te zijn.

In gesprekken in OPEN, maar ook in de wetenschappelijke literatuur, wordt de vraag gesteld of er gevallen zijn waarin openheid begrensd zou moeten worden. Men is het erover eens dat in de gevallen waarin evident iets verkeerd is gegaan de patiënt altijd ingelicht moet worden. Ingewikkelder wordt het bij bijna-incidenten of in die gevallen dat er geen (echte) schade is. De angst dat openheid niet goed is voor patiënten is één van de redenen die zorgverleners zelf aandragen om geen openheid te geven. Deze angst moet er niet toe leiden dat openheid een wens is, maar geen werkelijkheid wordt.

Ten slotte was opvallend dat er op dit moment veel afhangt van hoe het incident wordt gekwalificeerd. Dat speelt al bij het eerste gesprek tussen zorgverlener en patiënt, waarover door deelnemers wordt aangegeven dat het voor hen moeilijk is hoe ze dat eerste gesprek inhoud moeten geven. Begeleiding is er in die fase nog niet: ook dat hangt vaak af van het label wat er aan het incident gehangen wordt. De kwalificatie van het incident blijft namelijk doorwerken in de reactie vanuit het ziekenhuis, in de keuze welke procedure wordt ingezet en wat daar voor opvang en begeleiding is georganiseerd. Zo worden concepten als *peer support* voor zorgverleners en *case management* voor patiënten tot nu toe uitsluitend in het kader van calamiteiten georganiseerd.

Het onderscheid tussen klachten, complicaties en calamiteiten is vanuit juridisch en bestuurlijk opzicht logisch om te maken. De aard van een incident is onder andere van belang voor het inzetten van interne procedures en of er al of niet een melding moet worden gedaan aan de IGZ. Voor patiënten is het onderscheid echter waarschijnlijk niet zo vanzelfsprekend. Het is goed voor te stellen dat zij ook in andere gevallen dan gedurende de calamiteitenanalyse prijs stellen op begeleiding. Ook aan de kant van de zorgverlener is er onvoldoende aanleiding om te denken dat zorgverleners goed in staat zijn het gesprek met de patiënt aan te gaan bij de kleinere incidenten, als er wordt verondersteld dat zij dat bij ernstige incidenten niet kunnen en daarin wel worden begeleid. Het lijkt wat gekunsteld om beleid te laten afhangen van de juridische kwalificatie van een incident. Logischer lijkt het om beleid in te zetten als er ‘iets is mis gegaan’, of dat nu een klacht, een complicatie of een calamiteit is.

6.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Onder de vlag van OPEN is een waardevol netwerk opgezet van ziekenhuizen die hard werken aan openheid in het ziekenhuis en openheid naar de patiënt. Deze ziekenhuizen hebben in de gevoerde interviews oplossingen, maar ook veel vragen opgeworpen. Het onderzoek zoals neergelegd in deze rapportage is verkennend van aard. Er is geïnventariseerd wat voor werkwijzen de OPEN deelnemers hanteren, wat de problemen zijn die zij tegenkomen en wat zij daar voor oplossingen voor hebben bedacht. In de praktijk blijkt, ook bij de voorlopers in OPEN, dat er nog veel twijfel bestaat over de beste aanpak. Bovendien is het beleid in de Nederlandse zorgsector zeer gefragmenteerd. Sommige ziekenhuizen hebben sterk ingezet op de opvang van tweede slachtoffers, anderen richten zich juist op de begeleiding van de patiënt, maar er is in OPEN nog geen ziekenhuis waar op alle domeinen een geformaliseerd beleid bestaat. Uitbreiding van het OPEN netwerk zou de kans bieden om uit de verschillende *practices één best practice* te destilleren. Daarnaast is het van groot belang om in vervolgonderzoek patiënten en zorgverleners aan het woord te laten.

Literatuur

- Aaasland, O. G., & Forde, R. G. (2005). Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care*, 14 (1), 13-17.
- Birks, Y., Harrison R., Bosanquet, K., Hall, J., Harden, M., Entwistle, V., . . . Iedema, R. (2014). An exploration of the implementation of open disclosure of adverse events in the UK: a scoping review and qualitative exploration. *Health Services and Delivery Research*, 2(20).
- Bon, A., & Molendijk, H. (2009). *Als het misgaat: openheid na incidenten*. Zwolle: Isala Klinieken.
- Boothman, R. (2011). Nurturing a Culture of Patient Safety and Achieving Lower Malpractice Risk Through Disclosure: Lessons Learned and Future Directions. *Frontiers of Health Services Management*, 28(3), 13-28.
- Boothman, R. C., Blackwell, A. C., Campbell, J., D.A., Commiskey, E., & Anderson, S. (2009). A Better Approach to Medical Malpractice Claims? The University of Michigan Experience. *Journal of Life and Health Sciences*, 2(2), 125-159.
- C. Wagner, M. Smits, I. van Wagtenonk, L. Zwaan, S. Lubberding, H. Merten, & Timmermans, D. R. M. (2008). *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen*. NIVEL/EMGO.
- Elbers, N. (2013). *Empowerment of injured claimants. Investigating claim factors, procedural justice, and e-health*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Evers, R., Zomer, S., Baas, M., Stramrood, C., Van Pampus, M., & Dijkman, L. (2015). Ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer. *Tijdschrift voor Verloskunde*, 4, 6-12.
- Friele, R.D., 'Klachtrecht: het recht op een luisterend oor', *Tijdschrift Gezondheidsrecht*, 2016, nr. 2, 92-102.
- Harrison, R. (2014). Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Clinical Medicine*, 14(6), 585-590.
- Hirschinger, L. E., Scott, S.D., Hahn-Cover, K.,. (2015). Clinician support: Five Years of Lessons Learned, beschikbaar op <http://psqh.com/march-april-2015>.
- Iedema, R., Allen, S., Britton, K., Piper, D., Baker, A., Grbich, C., . . . Gallagher, T. H. (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.
- Kachalia, A., & Bates, D. W. (2014). Disclosing medical errors: the view from the USA. *Surgeon*, 12(2), 64-67.
- Kraman, S. S., & Hamm, G. (1999). Risk management: extreme honesty may be the best option. *Annals of Internal Medicine*, 131(12), 963-967.
- Legemaate, J., Akkermans, A.J., Friele, R.D. (2015). 'Openheid na medische fouten: waar staan we?' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 38, 1617-1620.
- Legemaate, J. (2015). 'Wees open over calamiteitenonderzoek', *Medisch Contact* (70), 338-339.
- Legemaate, J. (2015). 'De melding en afhandeling van calamiteiten', *Tijdschrift Gezondheidsrecht*, 39, 120-131.
- Liang, B. A. (2002). A system of medical error disclosure. *BMJ Quality & Safety*, 11(1), 64-68.
- Mello, M. M., Boothman, R.C., McDonald, T., Driver, J., Lembitz, A., Bouwmeester, D., Dunlap, B., Gallagher, T., . (2014). Communication-And-Resolution Programs: the challenges and lessons learned from six early adopters. *Health Affairs*, 33 (1), 20-29.
- Mello, M. M., Senecal, S.K., Kuznetsov, Y., Cohn, J.S., . (2014). Implementing Hospital-Based Communication-and-Resolve Programs: lessons learned in New York City. *Health Affairs*, 33 (1), 30-38.
- Reitsma, M., Brabers, A. E. M., Wigtersma, L., & De Jong, J. (2012). *Zorggebruikers denken minder positief dan artsen over de afhandeling van klachten binnen de gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

- Schwappach, D. B. L., & Boluarte, T. A. (2008). The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly*, beschikbaar op: www.researchgate.net.
- Scott, S. D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCroig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K.M., Phillips, E.C., Hall, L.W., (2010). Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(5), 233-40.
- Smeehuijzen, J. L., Van Wees, K.A.P.C., Akkermans, A.J., Legemaate, J., Van Buschbach, S., Hulst, L. (2013). *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Truog, R. D., Browning D.M., Johnson, J. A., & Gallagher, T. H. *Talking with Patients and Families About Medical Error* (Vol. 2010). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ullstrom, S. e. a. (2013). Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *Quality and Safety First*, 23 (4), 325-331.
- Van Gerven, E. (2016). *Zorgverleners als second victims van patiëntveiligheidsincidenten: impact op functioneren en welzijn*. Leuven: KU Leuven.
- When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals., (2006).
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *West. J. Med*, 172(9), 726-727.

Richtlijnen

- Being open: communicating patient safety incidents with patients, their families and carers, (2009), National Patient Safety Agency, UK, beschikbaar op www.nrls.npsa.nhs.uk/beingopen.
- Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. (Available on www.IHI.org)
- Protocol Bedrijfsopvangteam (2014), Stichting Arbo Flexbranche, beschikbaar op www.arboflexbranche.nl.
- Praktijkids Veilig Incidenten Melden (VIM), VMS Veiligheidsprogramma (2009). Beschikbaar op: www.vmszorg.nl.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2013), *Australian Open Disclosure Framework*. ACSQHC, Sydney.
- Van Gerven E, V. L., Nelis T, Van Bauwel L, De Troyer V, Sermeus W, Vanhaecht K. (2013). *Richtlijn Respectvol Omgaan met Klinische Incidenten*, op te vragen via www.secondvictim.be.