

'Verbeteren van zorg leidt niet tot minder claims'

Dr Judith Clark, medisch-juridisch adviseur en klinisch risicomanager van de Medical Defence Union (MDU), de aansprakelijkheidsverzekeraar van een groot aantal ziekenhuizen in Groot-Brittannië.

Een meer effectieve, veiliger gezondheidszorg leidt niet tot minder schadeclaims. Met die conclusie trapte dr. Judith Clark het GOMA-symposium Just Trust af, dat op 12 mei in het Hilversumse theater Gooiland werd gehouden.

In Engeland zijn artsen in ziekenhuizen van de NHS (National Health Service), waar de zorg gratis is, door de staat verzekerd voor medische aansprakelijkheid. Artsen in particuliere ziekenhuizen en veel huisartsen zijn bij de MDU verzekerd. Voor een reguliere huisartsenpraktijk liggen de premies rond de 12.000 euro per jaar, maar premies voor andere artsen kunnen oplopen tot € 80.000.

Met 10.000 schadeclaims per jaar is de inflatie van de kosten voor medische aansprakelijkheid de hoogste in Groot-Brittannië, ze vervijfvoudigde ruimschoots tussen 1990 en 2014.

Clark noemde de stijging en hoogte van schadeclaims een zorgwekkende ontwikkeling. Deze heeft een negatief effect op het aantal inschrijvingen bij de MDU en op het tijdsbeslag, de emotionele schade en op de kosten voor artsen. Daarnaast zijn er ook gevolgen voor de maatschappij omdat artsen worden ontmoedigd disciplines te kiezen en werkzaamheden uit te voeren waarvoor potentiële schadevergoedingsbedragen hoog zijn. Door hun claimedrag 'schieten patiënten zichzelf in de voet', waarschuwde Clark.

Tussen 2010 en 2014 werd 80 procent van de claims door de MDU succesvol weerlegd. 'Veel patiënten proberen het gewoon', zei Clark. Hoewel deze claims niet door de procedures heen kwamen, was met de behandeling ervan veel geld gemoeid.

Een simpele verklaring voor de stijging van het aantal claims is niet voor handen, bleek uit haar presentatie. Het ligt in ieder geval niet aan een verslechtering van professionele richtlijnen en standaarden. Ook zijn de geneeskunde en medische resultaten verbeterd. Dat heeft wel tot hogere verwachtingen van de patiënt geleid. Daar komt bij dat het rechtssysteem van Engeland procederen bevordert.

Voor de NHS was de situatie aanleiding tot een naams- en beleidswijziging. Het onderdeel dat zich met medische aansprakelijkheid bezighoudt, heet niet meer NHS Litigation, maar NHS Resolution. Het verlegt zijn focus van de (juridische) verdediging tegen schadeclaims naar het in een vroeg stadium tot een vergelijk komen en leren en voorkomen van fouten, onder meer door mediation.

Ook wordt getracht de juridische kosten en de hoogte van schadevergoedingen terug te dringen. Die laatste zijn nog eens extra gestegen vanwege een politieke beslissing over de doorberekening van de huidige lage rentestand. Een schadevergoeding kan daardoor meer dan 100 procent hoger uitvallen. 'Ik hoop dat ik u niet al te zeer heb gedeprimeerd', zo besloot Clark haar presentatie.

'Samenwerking in elke stap van schadeafhandeling'

Mr Annemiek van Reenen-ten Kate, jurist, register-expert personenschade en adjunct-directeur bij Hofmans Letselschade.

In elke stap van de afhandeling van een schadeclaim bij een medisch incident is goede samenwerking van belang en die is gebaseerd op vertrouwen, zo luidde de boodschap van mr. Annemiek van Reenen-ten Kate. Het betreft samenwerking met spelers in het veld als zorgverleners, rechtshulpverleners, klachtenfunctionaris en jurist in het ziekenhuis, schaderegelaar en –behandelaar, medisch adviseur en arbeidsdeskundige. Ze illustreerde dit aan de hand van de casus van Maria, een meisje dat op haar vierde met pijn in ribben en bovenbuik bij de huisarts en later kinderarts kwam en bij wie tien maanden later een zeldzame bottumor werd geconstateerd. Na twaalf jaar overleed zij aan de gevolgen ervan, twee maanden nadat voor haar een mantelzorgunit bij de ouderlijke woning was gebouwd.

Van Reenen-ten Kate gebruikte dit verdrietige voorbeeld ook om te laten zien hoe belangrijk snelle duidelijkheid, een persoonlijke behandeling en erkenning van het incident en de schade voor een cliënt is. En hoe onder meer samenwerking en zorgvuldigheid ertoe kunnen bijdragen dat er geen ‘second victims’ (de betrokken zorgverleners) ontstaan. Afwikkeling van letselschade is maatwerk en zonder samenwerking is geen goede oplossing mogelijk, concludeerde Van Reenen-ten Kate. Ze sloot haar presentatie af met verbetertips. Zo benadrukte ze het belang van een goed onderbouwde aansprakelijkstelling, zoals in artikel 12 van de GOMA wordt omschreven. Ze adviseerde communicatie bij voorkeur per mail of telefoon te laten plaatsvinden en duidelijke termijnen af te spreken. En, zei ze: ‘sympathy works’. ‘Erken, al is het maar in één zin, dat er iets vervelends is gebeurd.’

‘Peer support: wie zou u in vertrouwen nemen?’

Prof. dr Hanneke Kluin-Nelemans, emeritus hoogleraar Hematoloog en voormalig voorzitter Calamiteitencommissie Patiëntenzorg in het UMCG.

Op verzoek van de Raad van Bestuur richtte Hanneke Kluin-Nelemans vijf jaar geleden een Peer Support-programma in het UMCG op. Het programma was onderdeel van een structurele verbeterslag voor de aanpak rond calamiteiten.

Artsen zijn niet onfeilbaar en complicaties zijn ‘all in the game’, maar artsen ‘horen geen fouten te maken’. Doe je dat wel, dan is de schaamte groot, vertelde Kluin-Nelemans. Dat leidt soms tijdelijk tot suboptimaal functioneren en in een enkel geval tot despressie, burn-out of zelfs suicide.

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de artsen die een fout hebben gemaakt (90 procent), dat het liefst bespreekt met een andere arts, een peer. In het UMCG werd voor peer support gekozen mede omdat was gebleken dat steun van non-peers, zoals maatschappelijk werk of arbodienst, niet werkte.

In mei 2013 verzorgde de Amerikaanse KNO-arts Jo Shapiro, directeur van het Center for Professionalism and Peer Support in Boston en later parttime bijzonder hoogleraar bij het UMCG, de aftrap voor de werving van peer supporters. Dat zijn bij voorkeur geen vrijwilligers, die zichzelf aanmelden als peer supporter, had ze geadviseerd, ‘want daar is vaak iets mee’.

Kluin-Nelemans verduidelijkte: 'Ze hebben vaak zelf iets soortgelijks meegemaakt en zijn daar nog te veel mee bezig. Daarom hebben we alle beroepsgroepen in het ziekenhuis benaderd met de vraag: wie zou u in vertrouwen nemen?'

Dat leidde tot een lijst met namen, waaruit het peer support-team werd samengesteld. Op dit moment zijn er 37 artsen, 29 verpleegkundigen en 14 overige zorgverleners getraind om collega's peer support te verlenen. Bij ongeveer de helft van de circa 130 meldingen per jaar geven de betrokken zorgverleners aan dat zij geen hulp nodig hebben. Aan de andere helft wordt peer support aangeboden, waarvan 35 procent deze ondersteuning accepteert. 'En die mensen vinden die steun erg nuttig en prettig', aldus Kluin-Nelemans.

Na vier jaar ervaring kunnen enkele conclusies worden getrokken. Zo kan peer support het beste worden gegeven door de eigen beroepsgroep en werkt het alleen in een veilig klimaat. Belangrijk is het om alle betrokken zorgverleners standaard proactief te benaderen en niet te wachten op een hulpvraag. Het UMCG heeft inmiddels besloten peer support ook aan te bieden bij alle decentrale incidentmeldingen (DIM).

'Dokter zijn heeft alles te maken met vertrouwen'

Drs Mariska Scheuer, chirurg en medisch adviseur op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid.

De artsenij is een mooi en zwaar vak. Het speelt zich af op een schouwtoneel, waar anderen de arts op de vingers kijken en leren van wat er fout gaat, zo demonstreerde Mariska Scheuer aan de hand van een indrukwekkend fragment uit de Amerikaanse ziekenhuisserie *The Knick*, waarin een keizersnede resulteert in de dood van moeder en kind.

Dokter zijn heeft alles te maken met vertrouwen: in jezelf, van de patiënt, de opleider, collega-zorgverleners, het ziekenhuis, de vakgroep en de zorgverzekeraar. Vertrouwen in jezelf ontstaat onder meer door te leren van je fouten. In de opleiding wordt vertrouwen langzaam opgebouwd, met behulp van de CanMEDS-systematiek en het aanleren van competenties. In de persoonlijke interactie met de patiënt wordt vertrouwen onder meer bevorderd door een goede presentatie, interesse en respect, begrip en eerlijkheid, zo hield Scheuer haar gehoor voor.

Ook binnen een team speelt vertrouwen een rol. Bijvoorbeeld wanneer een arts een nieuwe operatietechniek wil uitproberen en collega's vraagt patiënten over te dragen. Op grotere schaal, in een ziekenhuis, is vertrouwen eveneens van vitaal belang. Scheuer haalde het voorbeeld van haar eigen ziekenhuis aan, waar de directeur dat vertrouwen onder meer had weten te bevorderen door 'disfunctioneerders' de wacht aan te zeggen. Als het om vertrouwen gaat, doen artsen het niet slecht. Scheuer stelde dat huisartsen een 8,0 voor vakkennis en een 8,2 voor sociale vaardigheden scoren, bij medisch specialisten is dat respectievelijk een 8,3 en een 8,1. Als voorbeelden van gedrag dat vertrouwen ondermijnt noemde Scheuer horkerigheid, afspraken niet nakomen en arrogantie. Een snelle respons bij calamiteiten is juist een manier om verloren vertrouwen te herstellen.

'Transparantie en vertrouwen in het toezicht'

Dr Marina Eckenhausen, manager Medisch Specialistische Zorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Met haar presentatie streefde Marina Eckenhausen ernaar het algemene (soms negatieve) beeld van de IGZ te nuanceren en van een feitelijke context te voorzien. Missie van de IGZ is het bewaken en bevorderen van de veiligheid en kwaliteit van zorg en er zo toe bij te dragen dat mensen op goede zorg kunnen vertrouwen. Zelf vertrouwt de IGZ daarbij onder meer op de motivatie van zorgverleners en streeft zij naar een evenwicht tussen ruimte bieden om te leren enerzijds en maatregelen nemen anderzijds. Gezond vertrouwen vergt openheid van zorginstellingen, stelde Eckenhausen. Maar, waarschuwde ze, 'gezond vertrouwen is niet: blind vertrouwen.' Eckenhausen schetste wat die grondhouding in het toezicht van besturen van zorginstellingen betekent. Goed bestuur vereist randvoorwaarden als openheid, integriteit, lerend en zelfreinigend vermogen. De beoordeling daarvan is soms best een worsteling. 'Want wat is openheid precies en hoe open moet je zijn?' Goed bestuur vraagt tevens om een gedrag en een cultuur waarin van fouten wordt geleerd en waarin wordt gezorgd voor slachtoffers en 'second victims'.

Transparantie en vertrouwen in het toezicht op calamiteiten betekent dat de IGZ elke gemelde calamiteit als topje van de ijsberg beschouwt: ze representeert zo'n drie zeer ernstige incidenten, dertig incidenten en driehonderd bijna-incidenten. De IGZ vraagt van zorgverleners en -instellingen dat zij ook dáárvan leren. De vraag wanneer iets als een calamiteit, incident of complicatie moet worden beoordeeld, is overigens niet altijd eenvoudig te beantwoorden.

Eckenhausen constateerde dat sinds de introductie van de Kwaliteitswet in 1995 'enorme stappen' zijn gezet en dat de focus van het toezicht tegenwoordig ligt op leren van calamiteiten om herhaling te voorkomen. De IGZ stimuleert dat onder meer door het lerend vermogen van instellingen te stimuleren en trends te signaleren.

Dat ziekenhuizen een grote leercurve hebben gemaakt, blijkt onder meer uit de groei van het percentage dat patiënten en familieleden bij een melding betreft en dat nazorg verleent.

Het uitgangspunt van vertrouwen en transparantie betekent voor de toezichthouder zelf dat hij open is over de uitkomsten van het toezicht en daarover communiceert met alle partijen. Daarbij worstelt de IGZ wel met een paradox. Populair gezegd: hoe beter de uitkomsten van het toezicht, hoe groter het vertrouwen in de zorginstellingen, maar hoe kleiner het vertrouwen in de IGZ. En vice versa.

In de nabije toekomst, zo schetste Eckenhausen tot slot, zullen zorgaanbieders zelf meer informatie gaan delen over calamiteiten en zal de IGZ meer openbaar maken en nog meer openheid betrachten. Ondanks dat negatieve situaties in de zorg worden uitvergroot in de media, 'zijn we op de goede weg', concludeerde ze.

'Transparantie, een morele kwestie'

Dr Erna Scholtes, bestuursadviseur bij Twynstra Gudde.

Op verzoek van De Letselschade Raad schreef Erna Scholtes in de opmaat naar de GOMA2.0 een essay over transparantie, dat als boekje aan de symposiumbezoekers werd uitgereikt.

Voor haar promotieonderzoek spitte Scholtes maar liefst vijfduizend Kamerstukken door op zoek naar slechts één enkel woord: transparantie. Transparantie gaat over informatie: we willen weten, we kunnen weten en we zullen weten, zo stelde Scholtes. Maar er zijn erkende redenen om niet transparant te zijn, redeneerde de Engelse jurist en filosoof Jeremy Bentham al in de negentiende eeuw. Als je met informatie de vijand bevoordeelt, wanneer schadelijke effecten voor onschuldigen kunnen ontstaan of schuldigen er onnodig zwaar door gestraft worden. Scholtes voegde daar nog drie redenen aan toe: ter bescherming van professionals, van de privacy en voor de effectiviteit van bestuurlijk handelen.

Transparantie is een dynamisch concept, onderstreepte ze, dat verandert onder invloed van de tijdgeest. Ze noemde daarbij als voorbeeld de publieke opinie over het bankgeheim. Transparantie is er in 'soorten en maten', stelde Scholtes. In de politiek bleek transparantie als 'rationeel paradigma' dominant: transparant zijn vanuit de gedachte dat veel weten leidt tot 'alles onder controle' hebben en daardoor betere besluiten kunnen nemen.

Maar zo werkt het niet, concludeerde Scholtes. Het rationele paradigma had zo'n grote hoeveelheid controle-indicatoren tot gevolg dat het 'een beetje teveel van het goede werd' en vereenvoudiging nodig bleek. 'Het is zoeken naar het juiste evenwicht, een simpel antwoord is er niet.'

Wellicht beter is het om transparantie te zien vanuit een relationeel paradigma, vindt Scholtes. Daarbij komt transparantie voort uit een houding van 'open kaart spelen', vertrouwen hebben, houden en krijgen en van begrip in plaats van grip. 'In de kern is het een morele kwestie. Het slechte nieuws is dat dat niet te regelen valt, het goede is dat ieder mens ertoe kan besluiten.'

Voor de doorontwikkeling van de GOMA stelde Scholtes dan ook dat het rationele paradigma belangrijk, maar niet toereikend is. 'Laten we het relationele, de houding en het gedrag, vooral niet vergeten.'

Ontwikkelingen bij De Letselschade Raad

Drs Deborah Lauria, directeur De Letselschade Raad.

Tot slot was Deborah Lauria aan het woord, zij ging kort in op twee recente ontwikkelingen bij De Letselschade Raad. De eerste betrof de fusie per 1 januari jl. tussen De Letselschade Raad en de Stichting Keurmerk Letselschade. Met de fusie is onlangs het nieuwe Register Letselschade geïntroduceerd, ter vervanging van de registers GBL en GOMA en het Keurmerk Letselschade.

De tweede was de benoeming per 1 mei jl. van een nieuwe voorzitter van zowel Bestuur als Platformoverleg van De Letselschade Raad: de heer Tjibbe Joustra. Hij is de opvolger van Aleid Wolfsen, die de functie van Platform-voorzitter acht jaar bekleedde.