

OPEN Kennisdocument

Wat weten we over...

Het betrekken van de patiënt, de familie en/of nabestaanden bij de calamiteitenanalyse?

Wat weten we over... de toegevoegde waarde van het patiëntenperspectief?

Patiënten willen na een medisch incident zien dat de zorgaanbieder/verlener betrokkenheid toont. Ook willen patiënten direct op de hoogte worden gesteld van een medisch incident, de aard en de toedracht van het incident en welke verbetermaatregelen worden doorgevoerd om te voorkomen dat een vergelijkbaar incident nog een keer voorkomt. Als er over het ontstaan van het incident nog niets bekend is, willen patiënten van de zorgaanbieder horen welke stappen er gezet worden om de aard en oorzaak van het incident te achterhalen (Smeehuijzen et al. 2013). Patiënten, hun familie en/of nabestaanden willen hun visie kunnen geven op wat er mis is gegaan (Iedema et al. 2011). Dat draagt ook bij aan de verwerking van wat er is gebeurd. Het horen van de patiënt is een middel om het gezamenlijk belang te vinden: voorkomen dat het incident nog een keer kan gebeuren. Daarnaast bieden de ervaringen van patiënten een aanvullend perspectief op de calamiteit (Grissinger 2011). Het bespreken van de rapportage is een kans om de patiënt te laten zien dat de zorginstelling open en eerlijk is over wat er is gebeurd, en welke stappen er worden gezet ter verbetering. De calamiteitenanalyse kan een instrument zijn in het voldoen aan de 5 E's van patiëntenbehoeften: Empathie, Erkenning, Explicatie, Excuses en Ertoe doen.

Wat weten we over... good practices?

OPEN Practice: de klachtenfunctionaris treedt standaard op als patiëntencontactpersoon in het geval van een calamiteit en kan de patiënt gedurende dit traject ondersteunen. In het eerste gesprek met de patiënt wordt de rol van de klachtenfunctionaris als patiëntencontactpersoon goed uitgelegd.

OPEN practice: het eerste contact wordt gelegd door de verantwoordelijke zorgverlener, die begeleiding door de patiëntencontactpersoon aanbiedt. Als de patiënt dat wil wordt deze verder door de patiëntencontactpersoon begeleid.

1. De patiënt krijgt duidelijke uitleg over procedures en tijdspad

Voor patiënten en hun familie en/of naasten is het onderscheid tussen verschillende procedures en waar die toe dienen namelijk vaak onduidelijk. Er moet goed worden uitgelegd hoe het onderzoek verloopt en wat hun rol daarin kan zijn. Het onderscheid tussen de klachtenprocedure, een claimprocedure en de calamiteitenanalyse moet goed worden uitgelegd.

2. De patiënt wordt gehoord en begeleid tijdens het onderzoek

Uit onderzoek blijkt dat patiënten het waarderen dat naar hun meningen en behoeften gevraagd wordt (Moore and Mello 2017). De calamiteitenanalyse dient primair kwaliteitsverbetering. Dat sluit echter niet uit dat in het onderzoek aandacht wordt besteed aan aspecten die die patiënt als belangrijk ervaart. Het is dan ook belangrijk patiënten en hun familie en/of naasten te vragen of zij betrokken willen worden bij de calamiteitenanalyse en op welke manier. Daarbij moet het horen in het kader van het calamiteitenonderzoek goed worden afgebakend van een klachtenprocedure. Daarnaast is het van belang de patiënt en/of zijn naasten zo vroeg mogelijk in het onderzoek te horen, niet alleen als bijdrage aan het feitenonderzoek, maar ook om in het onderzoek aandacht te kunnen geven aan aspecten die de patiënt belangrijk vindt (voor zover passend binnen het doel van het onderzoek). Gedurende het onderzoek is het belangrijk dat patiënten op de hoogte worden gehouden, ook als er even geen vorderingen zijn.

OPEN Practice: bij het horen van de patiënt kan een hiërarchie in vragen worden aangebracht. Het ligt voor de hand eerst de vragen van de patiënt zelf over de calamiteit te inventariseren daarna kunnen andere met de calamiteit samenhangende vragen aan de orde komen, en indien de patiënt een klacht heeft wordt die behandeld in het klachtentraject.

OPEN Practice: in de meeste OPEN ziekenhuizen bestaat consensus dat de hoofdbehandelaar bij het gesprek met de patiënt aanwezig moet zijn. Dat stemt overeen met consensus uit de wetenschappelijke literatuur.[7] Daarnaast zijn er regelmatig kwaliteitsfunctionarissen, leden van de Raad van Bestuur, of een klachtenfunctionaris aanwezig om het gesprek in goede banen te leiden.

3. De patiënt krijgt de rapportage na een uitgebreide uitleg mee naar huis

OPEN ziekenhuizen delen in toenemende mate de calamiteitenrapportage met de patiënt, omdat het voor de hand ligt over calamiteiten zo open mogelijk te zijn. Het delen van de integrale rapportage kan wantrouwen bij patiënten voorkomen. Bovendien ervaren patiënten het als positief dat hun casus niet geïsoleerd, maar in een bredere context wordt onderzocht. Door het delen van de rapportage laten ziekenhuizen aan patiënten zien dat zij proberen te leren. Wel moeten ziekenhuizen een duidelijke procedure opstellen over het delen van de rapportage. Dat moet gepaard gaan met een grondige uitleg. Ook moeten o.a. afspraken worden gemaakt wie daarbij aanwezig is en waar het gesprek plaatsvindt (Laarman et al. 2016).

OPEN Practice: Als het rapport is afgerond wordt de patiënt uitgenodigd voor een gesprek waarin het rapport wordt besproken. Daarna krijgt de patiënt het rapport mee naar huis. Er wordt aangeboden bij aanvullende vragen een vervolgesprek te organiseren.

OPEN Practice: voor patiënten kan het prettig zijn als er iemand aanwezig is die hen kan helpen de rapportage goed te begrijpen, of die achteraf aanvullende vragen kan beantwoorden. De huisarts kan de patiënt hierin goed ondersteunen en achteraf de rapportage met de patiënt nog eens door nemen.

4. De zorgverlener wordt begeleid

Ook voor zorgverleners is het meemaken van een incident doorgaans een ingrijpende gebeurtenis (Van Gerven 2016). Angst voor de mogelijke (juridische) gevolgen kan ervoor zorgen dat de zorgverlener terughoudend is in het geven van openheid, zowel in het onderzoek als naar de patiënt. Daarom kan het belangrijk zijn ook de zorgverlener te begeleiden. Dit kan ook bijdragen aan een betere communicatie met de patiënt.

OPEN Practice: zorgverleners worden begeleid door daartoe getrainde *peer supporters* die proactief op betrokken zorgverleners afstappen als er een (ernstig) incident heeft plaatsgevonden.

OPEN Practice: verslagen van interviews met betrokken zorgverleners worden nooit in de calamiteitenrapportage opgenomen.

Hoe zat het ook alweer... de Wkkgz, de IGZ en de betrokkenheid van patiënten

Begrippenkader

Een **incident** is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en die heeft geleid, had kunnen leiden, of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt (art. 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). Een **calamiteit** verschilt van een incident in de ernst van de afloop: namelijk overlijden van de patiënt of een ernstig schadelijk gevolg (art. 1 lid 1 Wkkgz). Bij een **complicatie** is er ook sprake van een onbedoelde of ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, maar is die uitkomst niet het gevolg van een tekortkoming in de kwaliteit van zorg, maar een ingecalculeerd risico inherent aan de behandeling.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorginstellingen om calamiteiten binnen 3 dagen te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Als zich een (mogelijke) calamiteit voordoet, hebben zorginstellingen 6 weken de tijd om te onderzoeken of er al of niet sprake is van een calamiteit die gemeld moet worden. Als een calamiteit gemeld wordt, is de zorginstelling wettelijk verplicht de calamiteit te onderzoeken. Daarom gaan de meeste zorginstellingen direct over tot onderzoek. De IGZ hecht er waarde aan dat het perspectief van de patiënt, diens familie en/of nabestaanden in het onderzoek wordt betrokken. Daarom wordt in de Leidraad calamiteitenonderzoek gevraagd op welke wijze de zorginstelling de patiënt, diens familie en/of nabestaanden om hun visie heeft gevraagd. Als de rapportage afgerond is, moeten de patiënt, diens familie en/of nabestaanden van de conclusies op de hoogte worden gesteld.

Literatuur

- Grissinger, Matthew. 2011. 'Including patients on root cause analysis teams: pros and cons', *Pharmacy and Therapeutics*, 36: 778.
- Iedema, R., S. Allen, K. Britton, D. Piper, A. Baker, C. Grbich, A. Allan, L. Jones, A. Tuckett, and A. Williams. 2011. 'Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the "100 patient stories" qualitative study', *BMJ: British Medical Journal*, 343.
- Laarman, B.S., M.C. Bomhoff, R. Friele, A.J. Akkermans, and J. Legemaate. 2016. "OPEN: Open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis, schriftelijk verslag van het eerste jaar OPEN." In: Utrecht: NIVEL.
- Moore, Jennifer, and Michelle M Mello. 2017. 'Improving reconciliation following medical injury:

d.d. 21-9-2017

a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand', *BMJ Qual Saf*, 26: 788-98.

Smeehuijzen, JL, KAPC Van Wees, AJ Akkermans, J Legemaate, S van Buschbach, and JE Hulst. 2013. 'Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen'.

Van Gerven, E. 2016. *Health professionals as second victims of patient safety incidents: impact on functioning and well-being (PhD diss.)* (KU Leuven: Leuven).