

Verslag
OPEN III Netwerkbijeenkomst 6: 'Zelf schade regelen'
18 september, 14.00-17.00
Zoom

Op vrijdag 18 september kwam het OPEN Leernetwerk digitaal bijeen om van gedachten te wisselen over 'zelf schade regelen'. Naziha Abachri (klachtenfunctionaris in het Zaans Medisch Centrum) vertelde over informele tegemoetkomingen tijdens het klachttraject. Anne van Veen en Deborah Gribling (juristen in het Amsterdam UMC, locatie AMC) reageerden vanuit het perspectief van een groot academisch ziekenhuis. Ook waren Joanne Vos (Andriessen Expertise) en Corinne Jeekel (ACE advocaten) te gast om te delen hoe op informelere wijze schade kan worden afgewikkeld. De Netwerkbijeenkomst werd afgetrapt met een korte terugblik.

Terugblik laatste bijeenkomst

Roland Friele blikt terug op de vorige netwerkbijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst is naar voren gekomen dat de manier van klachtenbehandelingen aangepast werd in verband met COVID-19. Sommige ziekenhuizen hadden klachtenbehandelingen op pauze gezet, terwijl andere juist meer focussten op klachtenbehandelingen. Roland vraagt zich af, welke oplossingen achteraf gezien het meest verstandig waren. Het viel twee deelnemers op dat de klachten aanvankelijk stilvielen. Ondertussen nemen de klachten gestaag weer toe. Klachten hangen vaak samen met COVID-19 en de daarmee samenhangende problemen, zoals de langere wachttijden.

Lees het hele verslag

Snel en efficiënt claims afhandelen in het Zaans medisch centrum

Naziha Abachri vertelt over snel en efficiënt tegemoetkomen aan de behoeften van patiënten in het klachttraject. Zij merkt dat schadebehandelingen in het algemeen juridisch en onpersoonlijk zijn. Zelf hanteert zij een andere aanpak.

Naziha vertelt dat zij bij een klacht meteen een laagdrempelig bemiddelingsgesprek organiseert. Hierbij zijn de patiënt, de behandelaar en mogelijke andere betrokkenen uitgenodigd, zoals een klachtenfunctionaris, advocaat, verzekeraar, belangenbehartiger, etc. De kern van dit gesprek is dat de patiënt zijn of haar verhaal kan doen en dat de behoefte van de patiënt duidelijk wordt. Dit zorgt ervoor dat de verschillende partijen elkaar begrijpen en kan er snel op zoek gegaan worden naar pragmatische oplossingen. Tot een bedrag van € 2.500 per patiënt heeft Naziha de bevoegdheid om naar eigen oordeel vergoedingen toe te kennen. Zij levert daarbij 'maatwerk' in die zin dat zij vergoedingen gebruikt als een onderdeel van de oplossing waar de patiënt behoefte aan heeft. Juridische criteria zoals aansprakelijkheid en causaliteit staan daar niet bij op de voorgrond. Bij claims die hoger uitvallen verwijst Naziha de patiënt door. Het voordeel van deze aanpak is dat er een betere

communicatie tussen de verschillende partijen is. De patiënt voelt zich gehoord, en de zorgverlener kan zich beter inleven in de situatie van de patiënt en waar nodig ook zijn of haar kant toelichten en zijn of haar ervaringen inbrengen. Naziha merkt dat advocaten haar, minder juridische, aanpak soms lastig vinden en soms juist prettig. Verzekeraars vinden het vaak spannend om zichzelf te verantwoorden en commentaar te geven tijdens het bemiddelingsgesprek. Het is belangrijk dat er goed naar de verschillende partijen geluisterd wordt en dat de bemiddelaar een open houding aanneemt. Dit kan helpen om de vraag snel en compleet in kaart te brengen. Hier zijn alle betrokken partijen bij gebaat.

Een deelnemer vraagt of dit bemiddelingsgesprek niet teveel tijd kost. Naziha antwoordt dat een succesvol overleg juist tijdswinst oplevert en dat het nodeloze juridische kosten kan voorkomen. Naziha vertelt over een patiënt die na een behandeling een aantal EMDR-sessie nodig had ten gevolge van de behandeling. Tijdens het bemiddelingsgesprek is afgesproken dat het ziekenhuis deze EMDR-sessies vergoed zonder dat er een claim ter sprake is gekomen. In dit voorbeeld heeft Naziha geluisterd naar de behoefte van de patiënt. Ze concludeert dat de meeste patiënten niet uit zijn op een claim. Vaak draait het om het krijgen van erkenning vanuit het ziekenhuis. Zelfs als ze wel een claim indienen, gaat het hen niet per definitie over een financiële vergoeding. Het is vaak een combinatie van een klacht, het gevoel krijgen dat het ziekenhuis leert van de fout, erkenning en de behoefte van de patiënt, reflecteren enkele deelnemers. “De hoofdzaak van het bemiddelingsgesprek is het luisteren naar de behoefte van de patiënt en hier passend maatwerk te leveren”, vult Naziha aan. Als voorbeeld vertelt Naziha over een mevrouw die haar moeder verloor aan longkanker. Mevrouw was ontevreden, omdat zij geen waardig afscheid had kunnen nemen van haar moeder. Tijdens het bemiddelingsgesprek zijn de betrokken partijen tot de oplossing gekomen om een herdenkingsbankje te plaatsen. “Dit is een mooiere oplossing dan een heel juridisch proces,” aldus Naziha.

Een reactie: Deborah Gribling en Anna van Veen reageren vanuit hun ervaringen als jurist in het Amsterdam UMC, locatie AMC

Deborah Gribling en Anna van Veen zijn juristen in het Amsterdams medische centrum. Zij reageren vanuit hun eigen ervaring, waarin zij veel claims zelf (en dus laagdrempelig) afhandelen, op het verhaal van Naziha. Zij zijn onder de indruk van de werkwijze van Naziha. Wel vragen zij zich af of deze werkwijze ook realistisch is wanneer het over hoge bedragen en complexe zaken gaat. Het is ook voor patiënten belangrijk om rechtsgelijkheid en rechtszekerheid te bieden. Wanneer patiënten eenmaal bij juridische zaken aankloppen zien Deborah en Anna vaak dat het wel degelijk de bedoeling is een schadeclaim in te dienen, met als uitkomst een financiële vergoeding. Rechtsgelijkheid en rechtszekerheid vragen om een meer formele en juridische benadering. De zaken die zij meemaken bevatten over het algemeen veel verschillende belangen wat het vaak een ingewikkeld proces maakt. Maar, zeggen Deborah en Anna, dat betekent niet dat er geen mogelijkheden zijn om ook op immateriële behoeften in te spelen, o.m. door samenwerking met de klachtenfunctionaris.

Discussie

In het begin is het vaak nog niet duidelijk wat de ernst van de klacht is en wat de kosten hiervan worden. Daar komt bij dat de ernst van een klacht geen relatie heeft met de kosten van een klacht. Zo is een sterftegeval zeer ernstig maar de financiële kosten zijn meestal beperkt in vergelijking met letsel waar een patiënt voor de rest van zijn leven last van heeft. Sommige ziekenhuizen stellen veel tijd, mankracht en energie beschikbaar voor persoonlijk contact bij een klacht, terwijl andere ziekenhuizen dit minder hoog in het vaandel hebben.

Roland Friele merkt dat er verschil is vanuit welk perspectief de claim bekeken wordt. Zo lijkt het of Naziha voornamelijk kijkt vanuit het patiënten perspectief en Deborah en Anna meer vanuit het perspectief van de behandelaren. Naziha antwoordt dat zij in het bemiddelingsgesprek ook naar de behoeften van de behandelaren kijkt, maar dat vooral bemiddeling het belangrijkste is. Zij heeft pas één keer meegemaakt dat een behandelaar het niet eens was met een vergoeding die aan een patiënt gegeven was. Naziha heeft hiervan geleerd om altijd eerst te overleggen met een behandelaar voordat ze een vergoeding aan een patiënt toezegt. Het is belangrijk goed te bemiddelen, zodat de behandelaar de patiënt begrijpt.

Een deelnemer merkt op dat Anne en Debora op een andere plek in het traject werkzaam zijn dan Naziha. Naziha is werkzaam in het begin van het klachtentraject, terwijl Anne en Deborah pas veel later in beeld komen. Deze deelnemer merkt dat sommige patiënten op zoek zijn naar een vergoeding, maar dat hoeft niet altijd om geld te gaan. Het kan ook gaan om een gebaar of om erkenning, maar niet alle patiënten zijn even duidelijk over wat ze precies willen. Een eerste gesprek is dan belangrijk om uit te zoeken wat de claim of de klacht precies inhoudt en wat de behoefte van de patiënt is. Dit kan op de lange termijn verwarring voorkomen.

Er zijn ook situaties waarin een informele werkwijze zoals die van Naziha minder goed past. Wanneer de patiënt niet open staat voor een bemiddelingsgesprek dan wordt hij of zij doorverwezen naar een belangenbehartiger. Een andere reden om de schade 'juridischer' af te wikkelen is schade bij kinderen. Het is namelijk onmogelijk te voorspellen hoeveel last een kind gaat hebben van de geleden schade. Als het leed uiteindelijk hoger uitvalt, kan het kind wrok naar zijn ouders gaan koesteren. Zoals gezegd heeft Naziha een limiet van € 2.500 per patiënt. Tot dat bedrag is Naziha vrij om maatwerk te leveren voor haar patiënten. Bij claims die hoger uitvallen verwijst ze de patiënt door. Een deelnemer vraagt zich af wat er gebeurt als de patiënt na zo'n vergoeding van onder de € 2.500 alsnog om meer vraagt? Naziha geeft aan dat de vergoeding vrijblijvend is voor de patiënt. Het is mogelijk dat een patiënt jaren na de oplossing alsnog een tweede claim indient, al gebeurt dit zelden volgens Naziha. De ernst van een klacht kan soms pas jaren na het incident duidelijk zijn. Daarom hebben zij en het ZMC besloten om de patiënten het respect en de mogelijkheid te geven om alsnog een claim te doen. "Dit creëert 'redelijke patiënten'", sluit Naziha af. Een andere deelnemer vult haar aan: "Wanneer patiënten niet goed worden meegenomen (in het proces) dan veranderen ze vaak in 'onredelijke patiënten'".

Een perspectief op sneller en informeler schade regelen vanuit de letselschadepraktijk.

Corinne Jeekel, werkzaam bij ACE advocaten letselschadeadvocaat en Joanne Vos, werkzaam als schaderegelaar bij Andriessen expertise vertellen over hoe zij naar de omgang met schadeclaims kijken. Zij merkten dat patiënten regelmatig ontevreden waren ondanks dat ziekenhuizen hun uiterste best deden om trajecten soepel te laten verlopen. Corinne en Joanne hebben een 'Trechter-methode' ontwikkeld. Dit is een hulpmiddel dat kan helpen om het traject van een schadeclaim te versoepelen. Om uit te leggen hoe de Trechter-methode werkt vertellen Corinne en Joanne over twee casus uit hun eigen praktijk.

Casus 1: Een vrouwelijke cliënte was bij het ziekenhuis aangemeld met een hernia. Hier kon ze niet goed terecht en ze werd doorverwezen naar een tweede ziekenhuis, wat veel tijd kostte. De cliënte werd onvoldoende opgevangen en heeft lang gewacht op haar behandeling, wat heeft geleid tot een dwarslaesie. Na het ongeval heeft zij een schadeclaim ingediend, waaruit een tien jaar lang traject is ontstaan. Tijdens het traject is er een juridisch gevecht ontstaan over welk ziekenhuis aansprakelijk is en wat aan mevrouw toekomt. Het traject is uitgerekt, traag, kostbaar en de patiënt voelt zich verloren en in de steek gelaten. Dit is een goed voorbeeld van een traject met alleen maar verliezers.

Casus 2: Een vrouwelijke cliënte kreeg bestraling voor baarmoederhalskanker. Door een fout van de anesthesist kreeg zij een overdosis morfine toegediend, waardoor ze in een coma raakte. Het resultaat is een slechte conditie, cognitieve klachten en een trekkend been. Na het ongeval heeft het ziekenhuis snel contact gezocht met de cliënte, waarna een calamiteitenonderzoek is gestart. Bijzonder in deze zaak, was dat Corinne heeft gevraagd of zij bij het eerste gesprek met de calamiteitencommissie aanwezig mocht zijn. Het doel van haar aanwezigheid was niet om de calamiteitencommissie te controleren, of haar cliënte bij te staan, maar puur om te luisteren zodat cliënte het verhaal niet steeds opnieuw hoefde te vertellen. Het ziekenhuis heeft dit goedgekeurd, waarna dit gesprek de basis is geweest voor de verdere afhandeling en contact. Het traject is pas 6 maanden op gang, maar loopt al bijna af. Mevrouw was ontroerd door de fijne ondersteuning en toonde empathie voor de anesthesist die de fout had gemaakt.

De twee voorbeelden laten goed zien dat een open beleid een positieve invloed heeft en het traject goedkoper, makkelijker, sneller en persoonlijker te maakt. In de meeste gevallen is dit beter voor alle belanghebbende partijen.

“Voorkom de gang naar de rechter, gebruik de Trechter”

Corinne vertelt dat de Trechtermethode, waarbij in een breed overleg een Plan van aanpak wordt opgesteld, een manier van werken is in het Leernetwerk onder 'Bureau OPEN' wordt verstaan.

Bij de start van de Trechter nemen Corinne en Joanna, de arts en de patiënt als een centraal punt in de situatie en brengen ze de behoeften en wensen van beide partijen in kaart. Daarbij wordt rekening gehouden met de mogelijke impact van het gebeurde op de behandelaar. De behandelaar wordt begeleid in wat van hem wordt verwacht. Ook alle andere betrokkenen worden vanaf het begin meegenomen, denk hierbij aan: de patiënt, de arts, de klachtenfunctionaris, de belangenbehartiger, de schade-expert / verzekeraar, etc. Tijdens het startgesprek en de daaropvolgende gesprekken zullen alle aanwezigen een Plan van aanpak opstellen. In dit plan zijn de behoefte van de patiënt, de visie van de behandelaar en de eventuele opties opgesteld. In dit plan komt te staan wie de betrokken deelnemers zijn, hoe de financiële tegemoetkoming tot stand komt, of er een vergoeding komt en wie dit bekostigt en afhandelt. De verzekeraar stemt mee in het plan van aanpak en gaat over de bekostiging van de vergoeding. Dit zorgt er tevens voor dat de verwachtingen van iedereen duidelijk zijn. Dat zorgt voor een breed gedragen, informed consent over het plan.

Bij de Trechter-methode blijft het ziekenhuis verantwoordelijk voor de AFhandeling en de BEhandeling. Het voordeel van de Trechter is dat de patiënt voelt dat hij serieus wordt genomen en dat eraan gewerkt wordt. Het schept duidelijkheid tussen de belanghebbende, het is oplossingsgericht, het creëert een harmonie tussen verschillende partijen en dit leidt tot meer betrokkenheid, een kortere doorlooptijd en een kostenbesparing. Dit zorgt er tevens voor dat het proces niet schadelijker is dan het ongeval zelf.

Discussie

Het kan soms zijn dat een startgesprek een “groot circus” is, dit gebeurt vooral bij grote claims waar veel partijen zijn betrokken. Het is dan prettig voor de patiënt als er een belangenbehartiger bij is, deze kan al vroeg het verhaal van de behandelaar horen en zorgt voor “equality of arms”. Dit is anders dan een klachtenfunctionaris aangezien die onafhankelijk is en ook met andere aspecten bezig is, zoals het overzicht houden, de focus van de groep scherp houden en ruimte geven voor de verschillende belangen.

Hoe ervaren ziekenhuizen het als er iemand “van buitenaf betrokken is?”, vraagt Roland zich af.

Een deelnemer vertelt dat het juist prettig werkt als het vanaf het begin al vlot verloopt. Dit willen verzekeraars en ziekenhuizen zelf ook. Hierbij is het fijn wanneer er een belangenbehartiger bij is die ook meteen het verhaal van de artsen hoort. Betreffende deelnemer geeft aan nieuwsgierig te zijn over de grootte van “het gezelschap”. Hij vraagt zich af of dit alleen voor grote zaken geldt, waar het potentieel over veel geld of grote letsels gaat. Zelf vindt hij het voor de kleine claims af en toe wel meteen “een heel groot circus”. Joanne geeft aan, dat een grote groep kan helpen bij het vinden van een betere oplossing en dit helpt om een claim sneller en beter af te wikkelen. Daarnaast is het lastig om vooraf een splitsing te maken tussen grote en kleine claims. Dit kan namelijk verschillen in de beleving van een ziekenhuis en de patiënt, vertelt Joanne.

Het Plan van aanpak is een product waarin alle visies samen komen. Corinne concludeert dat het Plan van aanpak als doel heeft om al deze verschillende visies samen te laten komen, zodat de verschillende partijen makkelijker tot elkaar in contact komen. Een andere deelnemer geeft aan dat behandelaars het soms als onveilig ervaren wanneer een patiënt een advocaat meeneemt tijdens het gesprek. Corinne beaamt dit en antwoordt dat het belangrijk is dat veiligheid van de aanwezigen gewaarborgd blijft tijdens de verschillende gesprekken. Joanne en Corinne geven aan dat het helpt om de gesprekken goed voor te bereiden en de advocaten in te laten zien dat deze gesprekken een hulpmiddel zijn om een uitkomst te vinden die ook goed en duidelijk voor de patiënt is. De advocaat kan in het proces helpen bij het managen van de verwachtingen van de patiënt. Wanneer dit duidelijk is bij de behandelaars dan zal hen gevoel van onveiligheid afnemen.

Onduidelijkheid

Bert vertelt dat de timing van het gesprek soms lastig kan zijn, doordat het in het begin nog niet duidelijk is wat er precies aan de hand is. Dit weet de zorgverlener en de patiënt op dit moment vaak nog niet. Zeker bij ernstige situaties waar een claim op kan volgen. Hier is het ongelofelijk belangrijk dat een calamiteiten onderzoek goed is verricht en dat er geen ruis is tussen de verschillende partijen. Corinne pleit toch voor een goede start, ook als er nog informatie mist. Hierin kan het ziekenhuis al veel betekenen alvorens het calamiteitenonderzoek gedaan is.

Financiën

Betreffende deelnemer begrijpt dat goed begincontact belangrijk is, maar geeft aan dat het in dit gesprek niet per definitie over geldbedragen moet gaan. Hij begrijpt dat een voorschot soms heel belangrijk is, maar het gaat wel om maatwerk. Het moet namelijk niet zo zijn dat de gesprekken ervoor zorgen dat patiënten meer vergoed krijgen. Vooral niet wanneer het ziekenhuis uiteindelijk niet aansprakelijk blijkt te zijn voor het ongeval. Corinne maakt de afweging dat dit soort situaties voor gaan komen en ziekenhuizen soms geld geven, wanneer zij dit eigenlijk niet hoeven. Daartegenover staat dat het goede begincontact van de Trechter een groot aantal verharde en moeizame trajecten voorkomt, dit bespaart het ziekenhuis veel geld. Als bijkomstigheid behoudt de patiënt zijn vertrouwen in de gezondheidszorg, het ziekenhuis, de arts en behoudt het ziekenhuis de goede naam.

Een andere deelnemer is zeer te spreken over de aanpak van de Trechter. Ze kan zich ook vinden in de zorgen over de voorschotten tijdens de verschillende gesprekken van het plan van aanpak, voornamelijk wanneer het nog niet duidelijk is wie er aansprakelijk is voor het ongeval. Ze vertelt over een grote zaak, waarbij ook een mediator betrokken was. Tijdens het begingesprek vroeg de patiënt of het ziekenhuis haar kan ondersteunen met een aantal kosten die ze maakt door de calamiteit. Het ziekenhuis stemde in en bood een voorschot van 25.000 euro. Naderhand bleek het ziekenhuis niet aansprakelijk te zijn voor de calamiteit. Dit roept vragen op, "Hoe valt dit te verantwoorden door het ziekenhuis?" Daarnaast, vindt ze, is het ook willekeurig. "Deze

mevrouw krijgt een groot voorschot, maar iemand die hier niet om vraagt krijgt geen voorschot. Dat lijkt niet eerlijk”, reflecteert ze. “Hoe reageerde die mevrouw nadat er duidelijk werd dat het ziekenhuis niet aansprakelijk was?” vraagt Corinne. “Het nieuws kwam minder hard aan, doordat ze al een voorschot had gekregen”. Roland concludeert dat er een gevoel van ongemak heerst doordat in deze benadering de ziekenhuizen soms een vergoeding bieden, terwijl achteraf blijkt dat het ziekenhuis niet aansprakelijk is. Daar staat tegenover dat het nog meer ongemak brengt, wanneer een ziekenhuis wel aansprakelijk blijkt te zijn, terwijl ze de patiënt hebben laten sukkelen tijdens het wachten op de vraag of er aansprakelijkheid is.


Arno sluit deze netwerkbijeenkomst af: Het eerste deel van de bijeenkomst ging vooral over de kleine zaken en het tweede deel ging over de grote (in financiële zin) zaken. Hij merkt dat iedereen die met claims te maken heeft met de beste intenties werkt. Maar iedereen zit in het eigen systeem en heeft het idee dat ze hier niet uit kunnen. Daardoor is het de vraag in hoeverre het lukt om maatwerk toe te passen in de manier waarop iedereen reageert binnen zo'n systeem. Tijdens de bijeenkomst is er gediscussieerd over dat een startgesprek het risico kan geven dat er vroegtijdig over geld gesproken wordt. Volgens Arno is het enige risico dat de relatie tussen patiënt en ziekenhuis verpest kan worden. Hij beargumenteert dat een gesprek er niet voor kan zorgen dat de patiënt een sterkere juridische claim krijgt. De juridische claim is namelijk gebaseerd op een objectief onderzoek. Hij geeft aan dat het handig zou zijn om claims te categoriseren. Dan zouden ziekenhuizen een aanpak per categorie kunnen ontwikkelen aan de hand van welke aanpak het meest succesvol is. De grootste angst van ziekenhuizen is namelijk dat ze kosten maken, wanneer zij niet aansprakelijk zijn. Meer inzicht in de verschillende typen claims kan eraan bijdragen dat initiatieven zoals de Trechter en Bureau OPEN echt van de grond komen.

Hoe nu verder met OPEN?

De bijeenkomst sluit af met een reflectie over de toekomst van OPEN.

Volgens een deelnemer is het belangrijk dat OPEN aansluit met de werkzaamheden en de inhoud op het werkveld, omdat het nu geld kost om hieraan mee te doen. Tot nu toe is dit het geval. Een andere deelnemer geeft aan dat het fijn is dat in de aankondigingen van de bijeenkomsten duidelijk omschreven staat wat er besproken gaat worden. Het is namelijk lastig om collega's mee te krijgen wanneer zij niet weten wat zij er zelf uit kunnen halen, terwijl het OPEN netwerkbijeenkomst een handige manier is om informatie uit te wisselen met collega's van andere ziekenhuizen. Zo leren deelnemers hoe andere ziekenhuizen omgaan en worden best practices uitgewisseld met elkaar. Dit is uitermate handig met dit soort onderwerpen die altijd in ontwikkeling blijven. Andere deelnemers sluiten zich hierbij aan.

De netwerkbijeenkomsten dragen eraan bij dat men in de praktijk beter in staat is adequaat te handelen bij nieuwe problemen. Dit komt deels omdat de problemen al besproken zijn, maar ook doordat het leernetwerk een aantal “deliverables” oplevert. Dit creëert een “wij-gevoel”, ondanks dat het nu allemaal wat lastiger is met



de corona-maatregelen. Een ander voegt hieraan toe dat het belangrijk is dat de aanwezigen de bijeenkomsten blijven aandragen binnen hun organisatie. Dit blijft een lastig punt, voornamelijk in grotere organisaties. Als laatste stelt een deelnemer dat de kern van de bijeenkomsten is dat alle aanwezigen hier iets uit halen voor de dagelijkse werkzaamheden. Daarom is de wetenschappelijke opzet van OPEN zo interessant. Dit geeft een houvast om op terug te vallen.