

# Notitie speerpunt ‘Verbeteren positie van slachtoffers in de zorg’

Januari 2017

**Slachtofferschap speelt in vele sectoren een rol, ook in de zorgsector. Slachtofferschap in de zorg brengt daarbij specifieke vragen met zich mee. Daarom initieert en financiert Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving (SASS) projecten die gericht zijn op verdieping van de kennis over slachtoffers in de zorg, met als doel hun positie te verbeteren. Het bestuur van SASS nodigt organisaties van harte uit om met voorstellen rond dit speerpunt te komen.**

In de afgelopen 20 jaar heeft SASS zeer uiteenlopende projecten op het gebied van slachtofferschap financieel ondersteund. Voor de komende jaren wil SASS een scherpere focus aanbrengen in de ondersteunde projecten. Eén van de speerpunten daarbij is het verbeteren van de positie van slachtoffers in de zorg.

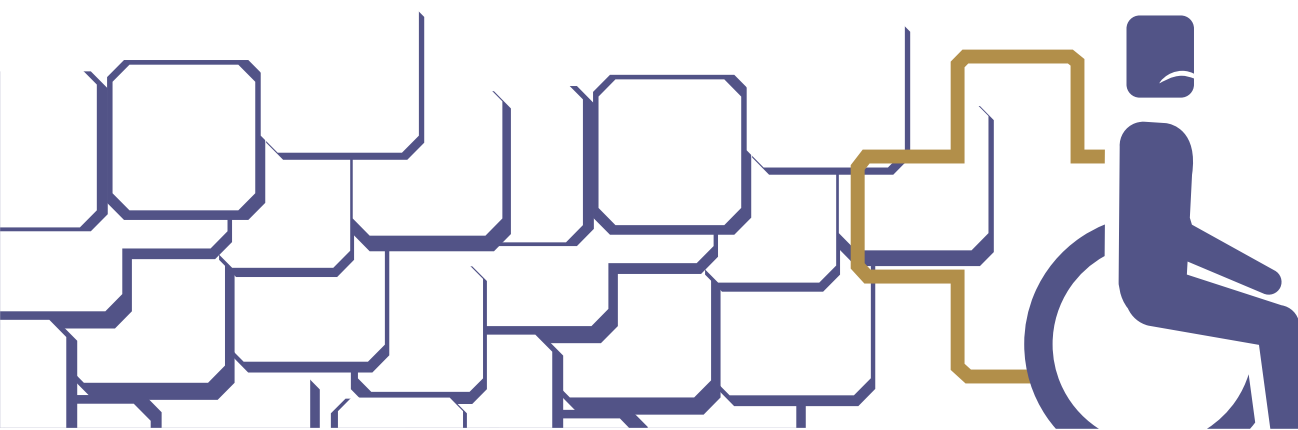
Om het speerpunt verder uit te werken heeft SASS gesprekken gevoerd met een aantal stakeholders. Daarnaast was er in september 2016 een bijeenkomst rond het speerpunt. Uit de gesprekken en de bijeenkomst kwam een aantal thema's naar voren waarvan het bestuur van SASS er drie heeft geprioriteerd. Deze thema's worden hieronder beschreven met aanvullend suggesties voor onderzoek en voorbeelden en concretisering van de onderzoeksthema's.

Het bestuur van SASS nodigt organisaties van harte uit om met voorstellen rond de drie thema's te komen. Meer informatie over de manier waarop u uw voorstel kunt indienen, vindt u op [www.sass.nl](http://www.sass.nl). Geeft u daarbij expliciet aan of het onderzoek plaatsvindt vanuit het perspectief van de patiënt, de professional of zorgorganisatie. Wij zien uw voorstel graag tegemoet.

## Thema's rond slachtofferschap in de zorg

### 1. Is het huidige juridische kader rond slachtofferschap in de zorg wat slachtoffers willen?

Uit gesprekken met deskundigen komt naar voren dat het juridische kader rond slachtofferschap in de zorg duidelijk is. Afgebakend is wanneer er sprake is van slachtofferschap in de zorg. Daarnaast is er een leidraad voor goede communicatie met de patiënt en de familie, de Gedragscode Openheid medische incidenten. De vraag is alleen: is dit ook wat slachtoffers willen en nodig hebben?



‘Slachtoffer’ is een zware term en als zodanig een formele rol in juridische procedures. Het is de meest negatieve klantervaring in de zorg, de uiterste op een glijdende schaal van klantervaringen die gaat van “Het ging anders dan ik had verwacht” tot een klacht, claim of zelfs calamiteit.

Slachtofferschap in de zorg moet gezien worden in het rijtje van ervaringen en uitingen die omgeven zijn met juridische procedures, protocollen en functionarissen. In elke variant is de positie van het slachtoffer anders. Het juridisch kader bepaalt hoe er omgegaan wordt met patiënt. In opzet is dit kader gericht op het slachtoffer, maar in de uitwerking draait het vooral om verdediging van de belangen van de zorgverlener, aldus de geraadpleegde experts. Welke aanpak sluit wel aan bij de behoeften van de slachtoffers?

Uit de gesprekken komt naar voren dat er twee kernelementen zijn van een succesvolle aanpak: ‘proactief’ en ‘ontkokerd’. ‘Proactief’ wil zeggen dat er niet gewacht wordt tot een patiënt zich meldt met een klacht, maar dat de organisatie zelf patiënten actief opzoekt. ‘Ontkokerd’ wil zeggen dat er met een open vizier naar de patiënt met een negatieve zorgervaring wordt gekeken. Het gaat er niet om de juiste juridische procedure op te starten, maar om een open gesprek aan te gaan over wat de behoefte is van de patiënt. Soms willen slachtoffers vooral gehoord worden, de betrokken hulpverlener spreken, empathie ervaren en excuses krijgen voor de gang van zaken. Een goede klachtenopvang begint met vraagverheldering om zo inzichtelijk te krijgen wat de patiënt en zijn familie verwacht. Als de patiënt toch een formele klacht wil indienen, dan moet die procedure opgestart worden.

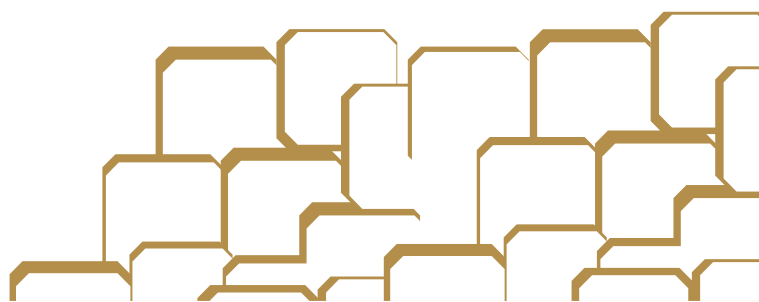
Dat roept de vraag op hoe een klachtenfunctionaris zich kenbaar maakt in een zorginstelling. Is deze pas zichtbaar als er een klacht is of al in de fase ervoor? Is deze zelfstandig en proactief of afwachtend? De vergelijking met vertrouwenspersonen in de GGZ dient zich aan. Deze hebben een veel bredere taakopvatting. Ze komen overal en zijn dus bekend met wat er speelt op de werkvloer. Dat is weliswaar een veel arbeidsintensievere werkwijze, maar deze leidt wel tot een goede klachtenopvang. Is deze werkwijze ook toepasbaar bij andere zorginstellingen?

Mogelijk onderzoek bij dit thema:

- a. Onderzoek naar best practices van een open en proactieve aanpak in zorginstellingen
- b. Onderzoek naar werkwijze en houding van klachtenfunctionarissen als onderdeel daarvan

## **2. Hoe creëer je een open cultuur in het melden en leren van fouten?**

De positie van slachtoffers in de zorg krijgt steeds meer aandacht. Duidelijk is dat een open cultuur belangrijk is. Deze openheid heeft tot doel om te zorgen dat incidenten gemeld worden, dat zorgverleners negatieve ervaringen proactief benaderen en bevredigend afhandelen en dat verbeteringen worden gerealiseerd. Om dat laatste gaat het slachtoffers veelal. Ze willen dat er van de fout geleerd wordt en dat deze niet meer voorkomt. De realiteit is dat het voor slachtoffers vaak onduidelijk is of er iets verandert na het incident. Dat is frustrerend voor ze. Niet terugkoppelen vergroot de lijdensdruk en is vaak de basis voor zwaardere juridische procedures, zo kwam naar voren in de gesprekken. Veel zorgverleners en zorgbestuurders realiseren zich dat niet of onvoldoende.



Duidelijk is dat de visie van het bestuur hierbij cruciaal is. Zien zij klachten als incident of als iets waarvan de organisatie kan leren? Worden bij fouten alleen procedures op papier aangepast en blijft alles bij hetzelfde of is er een cultuur van leren? De kunst is om openheid naar de patiënt te combineren met een gevoel van veiligheid om (als collega) incidenten te melden. Het normatieve kader moet duidelijk zijn, voor zowel de zorgprofessionals als het bestuur, en niet leiden tot 'blaming en shaming'. Angst voor imagoschade mag nooit een reden zijn om incidenten niet te melden of te bagatelliseren. Maar hoe bereik je zo'n open cultuur? Externe begeleiding en het delen van ervaringen tussen zorginstellingen is effectief, maar het blijft een lokaal proces om een cultuur van openheid te creëren.

Mogelijk onderzoek bij dit thema:

- a. Onderzoek naar het versterken van een bestuurlijke visie als kader
  - voor de organisatie van de opvang van klachten en alle procedures die erbij horen
  - voor het leren van incidenten en fouten
- b. Onderzoek naar de mate en effecten van terugkoppeling van verbeteringen aan slachtoffers

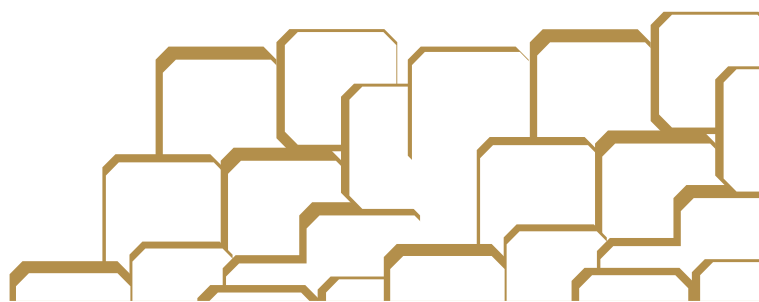
### 3. Wat kunnen ziekenhuizen leren van andere zorginstellingen?

Het is begrijpelijk dat slachtoffers in ziekenhuizen veel aandacht krijgen. In ziekenhuizen vinden veel ingrepen plaats waarbij de relatie met schade of nadeel van die ingreep duidelijk is. Maar wat is de situatie in andere zorgsectoren? Is daar een andere insteek en kunnen ziekenhuizen daarvan leren?

De huisarts heeft een bijzondere positie als het gaat om slachtofferschap. Hij is behandelaar en vertrouwenspersoon tegelijk. Idealiter is de vertrouwensband zodanig dat de patiënt de huisarts zelf aanspreekt als deze een negatieve ervaring heeft bij de behandeling. De laagdrempeligheid van de huisarts om onderwerpen te bespreken en feedback te geven of een klacht te uiten, hangt nauw samen met hoe de arts zich opstelt. Als de huisarts zelf periodiek via tevredenheidsonderzoek of kringgesprekken om feedback vraagt over zijn functioneren, verlaagt hij de drempel om klachten te uiten.

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking worden cliënten en hun familie zoveel mogelijk betrokken bij het maken van het individueel begeleidingsplan, de begeleiding in de groep en zelfs bij het instellingsbeleid. Zo creëren deze instellingen niet alleen een open dialoog tussen cliënten en professionals, maar voorkomen zij ook klachten. Het betrekken van cliënt en familie hangt dus nauw samen met het omgaan met klachten en incidenten op verschillende niveaus.

Bijzonder is de situatie in de (intramurale) ouderenzorg. Uit verpleeghuizen komen ongeveer evenveel meldingen bij de inspectie binnen als uit ziekenhuizen. Er zijn echter veel minder klachten van patiënten. Dat komt omdat het moeilijker is om te klagen, maar ook om te bepalen welke klachten terecht zijn en of er sprake is van slachtofferschap. In ouderenzorg zijn mensen eerder slachtoffer van het systeem dan van een duidelijk af te bakenen interventie of handeling. Grote vraag bij de ouderenzorg is dan ook wanneer iemand slachtoffer is. Wanneer is er sprake van benadeling?



Eerder is gewezen op het belang van een proactieve en open houding van de zorginstelling. Het belang hiervan wordt bevestigd door de ervaringen in andere sectoren. Daar wordt de behandelrelatie centraal gesteld in plaats van de behandeling an sich. Ook wordt die relatie binnen een breder kader geplaatst van invloed op het beleid in het algemeen. De vraag is of in ziekenhuizen patiënten(raden) even systematisch en zichtbaar bij de beleidsontwikkeling betrokken worden. Shared decision making is belangrijk. Als dat systematisch en oprecht gebeurt om de zorg aan te laten sluiten bij klantpreferenties, draagt dat bij aan het voorkomen van klachten en aan een cultuur van dialoog.



# BIJLAGE

## Geraadpleegde experts

| <b>Namen geraadpleegde experts</b> | <b>Organisatie</b>            |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Titia Lekkerkerk                   | Patiënten Federatie NPCF      |
| Wim Schellekens                    |                               |
| Arno Akkermans                     | Vrije Universiteit            |
| Johan Legemaate                    | AMC                           |
| Jan Klein                          | TU Delft                      |
| Jaap Dijkstra                      | Verzekerenraad Zilveren Kruis |
| Josephine Kan                      | Huisarts in IJmuiden          |
| Daniëlle Immers                    | 's Heerenloo                  |
| Ivo Giesen                         | Universiteit Utrecht          |
| Roland Friele                      | NIVEL                         |
| Berber Laarman                     |                               |

