bpost
PB-PP | B-2/3974
BELGIE(N)-BELGIQUE

SAMENSPRAAK

DE NIEUWSBRIEF VAN HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW I Nr. 109 SEPT 2021

THEMANUMMER
Alles wat je moet weten over
patiëntveiligheid

Vlaams patiënten platform
Samen sterker

v.u. Ulrike Pypops, Kouterstraat 1, 3150 Tildonk I nummer 109 september 2021 – verschijnt per jaar in jan - mrt - jun - sept en nov I Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail

INHOUD

P3 — OPENER: OPEN COMMUNICATIE

P4 — IN GESPREK MET HET TEAM 'OPEN DISCLOSURE'

P10 — IN 'T KORT

P14 — HET VERHAAL VAN KAREL HENDERICKX

P18 — ZOOM IN: 13 TIPS VOOR EEN VEILIG VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS

P21 — AGENDA

P22 — VRAGEN AAN HET VPP

Op de cover

Karel Henderickx, bestuurder van het Vlaams Patiëntenplatform

Deze nieuwsbrief bevat veel verwijzingen naar websites. Bekijk hem daarom ook online via http://vlaamspatientenplatform.be/lijst/nieuwsbrieven. Wil je graag artikels overnemen in jouw tijdschrift of nieuwsbrief? Dat mag zeker, mits bronvermelding. Wil je graag de word-documenten van de artikels ontvangen? Stuur een mailtje naar lise.dehouwer@vlaamspatientenplatform.be.

Ilse Weeghmans
Directeur Vlaams Patiëntenplatform

Open communicatie

Een medisch ongeval in de volksmond of met een sjieker woord een patiëntveiligheidsincident… het zal je maar overkomen. Als Vlaams Patiëntenplatform krijgen we helaas geregeld telefoon van mensen die het slachtoffer zijn geworden van zo'n incident en het gevoel hebben moederziel alleen op de wereld te staan. Vaak schrijnende verhalen. Wij trachten dan om zo goed mogelijk te informeren en de (juiste) weg te wijzen, zonder valse hoop of gefrustreerde doorverwijzingen.

Patiëntveiligheid staat dan ook al heel wat jaren als belangrijk thema op onze radar. We proberen na te gaan hoe we het beleid, maar ook ziekenhuizen, artsen, verpleegkundigen,… kunnen aanzetten tot veiligere zorg. Daarnaast kijken we ook naar gepaste zorg voor patiënten die helaas al slachtoffer zijn geworden. Dit alles maakte dat we ons onderdompelden in een open communicatiebeleid zodat je als patiënt ten minste een sorry te horen krijgt. Ook uitleg, info over mogelijke vervolgstappen (op medisch, administratief en juridisch vlak indien nodig), horen daarbij! Het maakte dat we samen met het Leuvens Instituut voor Gezondheid en Beleid een raamwerk ontwikkelden: een houvast voor zorgverleners en ziekenhuizen om het open gesprek aan te gaan.

Een praktische, maar ontzettend belangrijke tip is, dat het voor patiënten belangrijk is om "sorry" te horen. En ja, dat mag van verzekeraars en ja, dat leidt tot veel meer bemiddeling en openheid om samen tot een oplossing te komen. Een tweede tip gaat erover dat zorgverleners zo snel als mogelijk moeten informeren. Kunnen we daar een tijdstip opplakken? Neen, maar zorg dat patiënten nergens zelf moeten achter komen… Communicatie speelt dus een sleutelrol om hier goede nazorg te geven. Een derde tip is om je goed te laten omringen zodat je letterlijk die arm om je schouder voelt. Dat geldt in de eerste plaats voor patiënten maar ook voor zorgverleners. Ook zij hebben nood aan ondersteuning en begeleiding.

Het instrument of de leiddraad die het VPP samen met het LIGB maar ook met alle stakeholders (Assuralia, Zorgnet Icuro, Orde der artsen, Vereniging van Hoofdartsen en de koepel van de verpleegkundigen) opmaakte is dan ook een belangrijke stap om dit samen toe te passen in de zorg van elke dag. Het is een gratis instrument dat terug te vinden is op onze website en die van het LIGB. In deze nieuwsbrief nemen we je graag mee in alles wat je moet weten over open communicatie.

Dit is een belangrijke steen die hopelijk wat golven kan veroorzaken zodat de kwaliteit van zorg kan stijgen. Want helaas is er nog heel wat werk op vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid. Zonder cijfers in ons land is het gokken en afleiden uit buitenlandse studies hoeveel incidenten wij hier zouden hebben.

"Een patientveiligheidsincident maakt veel slachtoffers."

Prof. Dr. Kris Vanhaecht (LIGB)

Het team achter het raamwerk open disclosure

"Wij vragen vanuit het VPP al langer om open communicatie na een patientveiligheidsincident te stimuleren, het komt immers vaak ter sprake bij onze leden. "

In mei dit jaar stelden het LIGB (Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid) en het VPP hun raamwerk open disclosure voor. Een raamwerk dat houvast geeft aan zorgorganisaties wanneer de zorg voor een patiënt niet loopt zoals verwacht, namelijk wanneer er een patiëntveiligheidsincident optreedt. In totaal werkten 8 verschillende organisaties samen aan deze leidraad. Maar wat is open disclosure? Wat is een patiëntveiligheidsincident? En waarom is het belangrijk voor jou, als patiënt? We vroegen het aan Prof. Dr. Kris Vanhaecht (LIGB), Prof. Dr. Steven Lierman (LIGB) en beleidsmedewerker Jeroen Brouwers (VPP).

Wat is een patiëntveiligheidsincident?

Prof. Vanhaecht: Met een patiëntveiligheidsincident bedoelen we zaken die gebeuren in de patiëntenzorg die hebben geleid tot schade, kunnen leiden tot schade of in de toekomst zouden kunnen leiden tot schade. De eventuele schade is altijd onbedoeld en zorggerelateerd. De "onbedoeld" is hier heel belangrijk. De betrokken zorgverlener had immers geen kwaad opzet. Daarnaast kan je patiëntveiligheidsincidenten ook opsplitsen in 2 categorieën: een handeling die plaats vond terwijl dat niet had gemogen of omgekeerd, iets wat moest gedaan worden werd niet gedaan. Een voorbeeld van dat laatste is het laattijdig opmerken van alarmsignalen of ziektesymptomen. Een handeling die niet had mogen plaats vinden is bijvoorbeeld het toedienen van medicatie die niet voor die patiënt bedoeld was. Onderzoek wijst uit dat ongeveer 1 op 10 patiënten iets meemaakt dat ze niet hoeven mee te maken tijdens een opname. Ongeveer de helft van de patiëntveiligheidsincidenten is te voorkomen.

Kan u kort uitleggen wat open disclosure is?

Prof. Lierman: Open disclosure draait om de open en transparante communicatie na een patiëntveiligheidsincident tussen een patiënt en zijn naasten enerzijds en de zorgverlener(s) anderzijds. Het is geen éénmalig iets, maar een proces, dat grondig moet worden voorbereid. De patiënt krijgt daarbij op een begrijpelijke, waarheidsgetrouwe manier uitgelegd wat er is gebeurd en wat de gevolgen daarvan zijn. De patiënt en zijn naasten moeten ook de kans krijgen om hun bekommernissen, verlangens en emoties te delen. De communicatie moet dus in twee richtingen gaan. Belangrijk is ook dat er een spijtbetuiging wordt geformuleerd. Ten slotte moet er ook aandacht gaan naar de lessen die uit het voorval getrokken kunnen worden. Hoe zorgen we ervoor dat dit in de toekomst niet meer kan gebeuren?

Van waar kwam de nood om een dergelijk raamwerk op te stellen?

Jeroen: Op basis van de verhalen en klachten die wij bij het VPP te horen krijgen, stellen wij vast dat open disclosure in het verleden te weinig werd toegepast. Nochtans heeft het een grote invloed op hoe de patiënt een patiëntveiligheidsincident verwerkt. Als het niet wordt toegepast, dan staat de patiënt er alleen voor en voelt hij zich niet gehoord. Zulke situaties zetten patiënten aan om juridische stappen

te ondernemen, wat vaak niet de eenvoudigste of minst pijnlijke weg is. De patiënt verliest zijn vertrouwen in de zorg, blijft achter met vraagtekens en voelt zich onbegrepen.

Prof. Vanhaecht: Een patiëntveiligheidsincident maakt veel slachtoffers. In de eerste plaats uiteraard de patiënt en zijn naasten, maar ook de betrokken zorgverleners lijden eronder. Hen noemen we met een wetenschappelijke term "Second victims". De patiënt en zijn naasten zijn uiteraard "First victims". Reeds 10 jaar doen we onderzoek naar de impact van patiëntveiligheidsincidenten op medewerkers en die blijkt enorm.

"Als open disclosure niet wordt toegepast, dan staat de patiënt er alleen voor."

Jeroen Brouwers (VPP)

Zorgverleners die een patiëntveiligheidsincident meemaakten, blijven er vaak mee in hun maag zitten en kunnen gaan twijfelen aan hun kennis en kunde. Twee keer nadenken als zorgverlener is een goede reflex, maar ik zou niet graag een zorgverlener aan mijn bed hebben die twijfelt aan zichzelf. Onderzoek toont aan dat de kans om opnieuw fouten te maken stijgt in zulke gevallen. In de voorbije jaren hebben we ook veel zorgverleners gesproken die betrokken waren bij een patiëntveiligheidsincident. Heel vaak geven zij zelf aan dat ze niets liever willen dan te kunnen praten over wat er gebeurd is en te kunnen zeggen dat het onbedoeld was. Dat is dan ook een belangrijk onderdeel van open disclosure, kunnen zeggen dat het je spijt. Daarbij hoort ook vergeving krijgen en uiteindelijk jezelf vergeven. Pas dan kan je zoiets plaatsen. Net hierin zijn we weinig getraind. Hoe pak je zo'n gesprek aan op een manier die goed is voor de zorgverlener, goed voor de patiënt en die daarbovenop ook juridisch in orde is? Daarin ligt de sterkte van het raamwerk.

Prof. Lierman: Er was een duidelijke vraag vanuit zorginstellingen naar meer houvast, een leidraad voor lastige gesprekken als het ware. In het buitenland (Australië, het Verenigd Koninkrijk, Canada) heeft men al jarenlange ervaring met een raamwerk voor open disclosure en daardoor ging het idee bij ons ook groeien om iets dergelijks te maken voor België. Het idee ontstond zowel binnen het LIGB als het VPP en het leek ons logisch om de krachten te bundelen.

Waarom is open disclosure zo belangrijk?

Jeroen: Open disclosure maakt dat een patiënt erkenning krijgt voor wat er gebeurd is, dat hij zich gerespecteerd voelt en dat hij alle nodige info krijgt om te begrijpen wat er gebeurd is. Dat alles maakt dat het voorval en het gevoel van teleurstelling minder zwaar worden om te dragen. Op die manier kan een juridisch gevecht vaak vermeden worden. Aan de andere kant voelen zorgverleners zich beter ondersteund, ervaren ze minder schuldgevoelens en krijgen ze de kans om uit het incident te leren. Ook begrijpen ze het standpunt van de patiënt beter en dat heeft dan weer een positieve invloed op hun relatie met de patiënt. Zorginstellingen creëren zo een reputatie van respect en vertrouwen en een sterke cultuur van openheid en veiligheid.

Hoe kijkt het VPP naar open disclosure?

Jeroen: Wij vragen vanuit het VPP al langer om open communicatie na een patiëntveiligheidsincident te stimuleren, het komt immers vaak ter sprake bij onze leden. We hechten dan ook veel belang aan het proces en hebben hard gewerkt aan het raamwerk. We zijn blij dat we met zo veel organisaties hebben kunnen samenwerken, waardoor het resultaat breed gedragen wordt.

Voor wie is het raamwerk bedoeld?

Prof. Lierman: Het raamwerk richt zich in eerste plaats tot zorginstellingen. Maar het kan uiteraard ook nuttig zijn daar buiten. In de toekomst zou bijvoorbeeld een uitbreiding naar de geestelijke gezondheidszorg of naar de eerstelijnszorg mogelijk zijn.

Prof. Vanhaecht: Het doelpubliek is niet zozeer de individuele gezondheidszorgbeoefenaar, maar eerder de organisatie. Zij moeten nu het raamwerk vertalen binnen hun organisatie. Als open disclosure in het verleden werd toegepast, dan gebeurde dat vaak op een individueel initiatief. Het was (of is) dus nog niet ingebed in het beleid van een instelling. Dit raamwerk heeft als doelstelling om open disclosure te laten opnemen in het beleid van zorginstellingen, zodat het met regelmaat kan worden toegepast.

Hoe zorg je ervoor dat zo'n raamwerk niet bij theorie blijft, maar ook wordt omgezet in praktijk?

Prof. Lierman: Bij het opstellen van het raamwerk zijn we vanaf de start op zoek gegaan naar aansluiting bij de praktijk. Dat is fundamenteel. We zijn dan ook heel blij dat zo veel verschil-

"Het woordje sorry is een belangrijk element voor de patiënt"

Jeroen Brouwers, beleidsmedewerker VPP

lende koepelorganisaties wilden meewerken. Elke koepelorganisatie kan het raamwerk nu uitdragen naar zijn achterban en dat is van grote waarde. Het raamwerk is namelijk een vertrekpunt en geen eindpunt. De instellingen moeten nu zelf het raamwerk implementeren in hun organisatie, want elke organisatie is anders. Wat volgt zal een leerproces zijn, want een veilige cultuur voor open en transparante communicatie creëer je niet zonder slag of stoot. We zijn dus heel benieuwd naar het vervolg.

Wat zijn de belangrijkste elementen van open disclosure?

Prof. Lierman: Centraal staat de dialoog. Binnen die dialoog moet open, transparante, begrijpelijke en waarheidsgetrouwe informatie gedeeld worden. Ook een spijtbetuiging en de lessen die worden geleerd uit het incident zijn belangrijke elementen. Informatie die nog niet voorhanden is, moet worden opgezocht en de patiënt moet weten dat men hiermee bezig is. Vaak zal één gesprek niet voldoende zijn, daarom spreken we van een proces. Een proces dat goed moet worden voorbereid.

Jeroen: Er is geen gouden standaard, verschillende factoren beïnvloeden hoe het proces zal verlopen. Onder andere de ernst van het incident en de persoonlijkheid van de patiënt. Elke patiënt is immers anders. Zoals professor Lierman net zei is het woordje "sorry" een belangrijk element.

Prof. Vanhaecht: De dialoog die Steven beschrijft gaat eigenlijk zelfs nog breder. In een ideale wereld krijgen we ook dialogen tussen verschillende organisaties. Grote ziekenhuizen die patiëntenverenigingen uitnodigen voor een uiteenzetting over open disclosure binnen hun organisatie, dat zou een grote stap vooruit zijn. Leden van het VPP zouden ook een trekkende rol kunnen opnemen door organisaties waarmee ze een warm contact hebben te vragen naar een dergelijke uiteenzetting.

Wat zijn de voorwaarden voor open disclosure? En zijn er momenten waarop het niet aangewezen is open disclosure toe te passen?

Prof. Lierman: Wanneer de patiënt schade ondervindt van het incident, dan is open disclosure noodzakelijk. Daarover bestaat geen twijfel, dat blijkt ook uit de ervaringen in het buitenland. We hebben echter geen ondergrens willen aangeven in het raamwerk. Je kan je inderdaad de vraag stellen of het altijd nodig is. Wat bijvoorbeeld met een incident dat de patiënt wel bereikt, maar geen schade veroorzaakt? Of een incident dat bijna is gebeurd? Daarover doen wij geen uitspraak. Dat komt toe aan de instellingen. Hoewel het ook in die gevallen vaak wel aangewezen is. Bij zo'n beslissing moet de instelling rekening houden met de draagkracht van een patiënt en zijn omgeving: Hoe stressgevoelig is de patiënt? Welke schade berokken ik eventueel met het geven van deze info?

Prof. Vanhaecht: Ook met de draagkracht van de zorgverlener moeten we rekening houden. Het gesprek moet plaatsvinden op een moment dat hij of zij erover kan praten, al mag dat niet leiden tot uitstelgedrag. Het gesprek moet kunnen plaatsvinden in een rustige sfeer.

Jeroen: Er mag zeker niet te lang gewacht worden met de allereerste communicatie. Die moet gebeuren voor de patiënt zelf achterhaalt dat er iets niet klopt. Een eerste gesprek kan overigens heel eenvoudig zijn: "het spijt ons dat dit gebeurd is, we zitten nu onmiddellijk samen met het hele team om te bekijken hoe dit is kunnen gebeuren". Die eerste spijtbetuiging maakt al deel uit van het proces. Er kunnen dan vervolggesprekken worden gepland van zodra er meer informatie is en opnieuw wanneer er verbeteracties gepland zijn.

Hoe begin je aan open disclosure?

Prof. Lierman: Het hele proces start met een erkenning. Er moet erkend worden ten aanzien van de patiënt dat er onbedoelde zorggerelateerde schade is ontstaan. Daarna is het belangrijk dat de rest van het proces goed wordt voorbereid. Vertrek daarbij vanuit de behoeften van de patiënt. Zeg aan de patiënt dat hij of zij nog van je gaat horen en zit samen met het team om alle info te bundelen. Plan vervolggesprekken, duid een coördinator aan en beslis welke punten aandacht verdienen. Vraag aan de patiënt door wie hij zich graag wil laten bijstaan en betrek ook iemand om de zorgverlener te ondersteunen. Idealiter is dat iemand die ervaring heeft met dit soort gesprekken. Iemand die ervoor kan zorgen dat er ruimte is voor emoties, maar dat er ondanks de emoties een dialoog met wederzijds respect kan plaatsvinden.

Prof. Vanhaecht: Aan patiënten willen we absoluut aanraden om niet alleen naar zulke gesprekken te gaan. Neem iemand mee die je vertrouwt, dat kan een vriend zijn of iemand uit de familie. Vaak krijg je tijdens het gesprek veel informatie te verwerken en blijft er daarvan niet veel hangen. Het helpt dan om achteraf alles nog eens te kunnen overlopen met je vertrouwenspersoon.

> "Ook een spijtbetuiging en de lessen die worden geleerd uit het incident zijn belangrijke elementen."
>
> Prof. Dr. Steven Lierman (LIGB)

Hoe lang hebben jullie aan het raamwerk gewerkt en wat was het moeilijkste in heel het proces?

Jeroen: We zijn gestart in 2018. Door de COVID-19-crisis hebben we uiteraard wat vertraging opgelopen. Alle organisaties waarmee we samenwerkten, werken immers in de zorg en zij hadden toen andere prioriteiten. In mei 2021 hebben we het raamwerk voorgesteld. Omdat we alle partijen van in het begin betrokken hebben en hun input hebben meegenomen in het uiteindelijke werk is het hele proces eigenlijk vlot verlopen.

Zijn jullie zelf ooit al met een patiëntveiligheidsincident in aanraking gekomen?

Prof. Lierman: Jammer genoeg wel. Een paar jaar geleden werd mijn vader behandeld en trad er een complicatie op. Wanneer wij als familie dan vragen stelden, stootten we op een heel defensieve en soms zelfs agressieve zorgverlener. Je wordt dan als naaste heel argwanend: waar komt die reactie vandaan? Kort daarna werd mijn vader overgeplaatst naar een andere instelling, waar er heel open en transparant met ons werd gesproken. Onmiddellijk werd ons vertrouwen in de zorg hersteld. In contact komen met iemand die transparant en open communiceert is echt een zegen.

Wat is het belangrijkste dat onze lezers moeten onthouden na dit gesprek?

Prof. Vanhaecht: We mogen niet vergeten dat wij in Vlaanderen in een luxesituatie zitten, we kunnen rekenen op zeer goede zorg. Dat neemt echter niet weg dat het altijd beter kan. En het is onze plicht om de gezondheidszorg te helpen verbeteren. Elk patiëntveiligheidsincident is er één te veel. Dit raamwerk is één van de puzzelstukjes in het grotere geheel van het kwaliteitsbeleid van de toekomst.

Prof. Lierman: Onbedoelde zorg is niet noodzakelijk vermijdbaar of foutief. Maar als we ermee worden geconfronteerd is het belangrijk dat we er correct mee omgaan op een structurele manier. Het raamwerk omzetten in de praktijk zal een leerproces zijn en is voor elke instelling anders.

Jeroen: Mijn gouden tip voor onze leden is 'betrek ook iemand anders in geval van een patiëntveiligheidsincident en zorg ervoor dat je niet alleen staat'. Niemand zou zo'n proces alleen mogen doorlopen.

"Wat volgt zal een leerproces zijn."

Prof. Dr. Steven Lierman

Margot Cloet van Zorgnet-Icuro, Vlaams netwerk van zorg-organisaties

Professor **Michel Deneyer** van De Orde der Artsen

Dokter **Katrien Bervoets** van de Vlaamse Vereniging van Hoofdartsen

8 partners, 6 koepelorganisaties

Het initiatief om een raamwerk rond open disclosure op te stellen kwam er vanuit het Vlaams Patiëntenplatform en het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid. Ook 6 koepelorganisaties drukten hun engagement uit, zo werd het raamwerk een breed gedragen document.

De koepelorganisaties aan het woord:

Waarom vonden jullie het belangrijk het raamwerk mee te ondertekenen?

Margot Cloet: Open en transparante communicatie na een medische fout of een ander patiëntveiligheidsincident is cruciaal voor zorginstellingen. Het is ook een teken van respect naar de patiënt én de medewerkers in de zorg. Uit onze ervaring en de internationale literatuur blijkt dat patiënten en hun omgeving vaak teleurgesteld en boos zijn als ze geen verklaring krijgen voor iets wat zij als een 'medische fout' ervaren. Dankzij dit nieuw raamwerk rond open disclosure zijn er nu handvatten voor een correcte aanpak.

Prof. Michel Deneyer: Het raamwerk open disclosure is de praktische uitwerking van het artikel 9 in de nieuwe code van medische plichtenleer dat stipuleert: "De arts zorgt voor het welzijn en de veiligheid van de patiënt. De arts handelt adequaat en transparant bij incidenten. Hij bespreekt deze collegiaal met de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars om zo de kwaliteit en de veiligheid in de gezondheidszorg te verbeteren. De arts communiceert daarover objectief met de patiënt." Bovendien zorgt de vlotte leesbaarheid voor een ruime implementatie bij alle beroepsbeoefenaars.

Dr. Katrien Bervoets: Dit raamwerk vormt een basis om verdere stappen met patiënten te bespreken wanneer dingen anders verlopen zijn dan gepland. Dat willen wij vanuit de Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen graag onderschrijven.

Ellen De Wandeler: Bij het opstellen van een kader voor patiëntveiligheidsincidenten moeten we als zorgverleners onze eigen rol als (toekomstige) zorgvrager en/of mantelzorger durven aanspreken. Vroeg of laat hebben we allemaal een zorgvraag. Vanuit dat vertrekpunt kunnen we een juiste inschatting maken: wat zou ik als zorgvrager willen als mij een patiëntveiligheidsincident overkomt? Het NVKVV, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen, twijfelde dan ook geen seconde om mee te werken aan dit document, wat trouwens een zeer leerrijk proces was.

Ellen De Wandeler van het NVKVV, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen

Hein Lannoy van de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen

Johan Behaeghe en Ann Willemans van VVOVAZ, Vlaamse beroepsVereniging Ombudsdiensten van Alle Zorginstellingen

Hein Lannoy: Transparantie en communicatie zijn almaar belangrijker en kunnen zeker bijdragen tot het voorkomen van spanningen en geschillen tussen zorgverleners en patiënten.

De grote meerwaarde van open disclosure schuilt in de duidelijke beschrijving van alle principes en richtlijnen. Het document zal ook helpen bij het vermijden van misverstanden die soms nog bestaan. Zo is het absoluut toegelaten om feiten te erkennen zonder hierbij een fout of aansprakelijkheid te erkennen. Een goed gesprek en een grondige toelichting van de feiten kan de patiënt geruststellen en elke vorm van argwaan wegnemen. Als verzekeringssector zijn we sterk overtuigd van het belang van een open communicatie na een medisch incident om conflicten te vermijden. De patiënt moet weten wat er is gebeurd en hoe hieraan wordt verholpen. Te weinig of geremd communiceren na een incident is dus geen optie, het komt niemand ten goede. Assuralia gaat ervan uit dat open disclosure het aantal klachten en aanslepende, kostelijke procedures zal verminderen.

Johan Behaeghe en Ann Willemans: Vanuit VVOVAZ zijn we een absolute voorstander van open bespreking van alle aspecten van zorg met de betrokken patiënt, dus ook als er incidenten zijn waarbij een patiënt het slachtoffer is. Deelname aan het traject open disclosure was voor ons dan ook een evidentie. Als bemiddelaars staan we voor het aangaan van een rechtstreekse dialoog en weten we dat partijen mekaar kunnen vinden bij onderlinge respectvolle communicatie. Reeds vanaf de eerste verslagen van ombudsfuncties in zorginstellingen blijft één van onze belangrijkste signalen naar directies en overheden dat er meer communicatie nodig is tussen patiënt en zorgverlener en dat het verder inzetten op bijscholing in communicatie van zorgverleners op de agenda moet. “Wat zeg je wanneer en op welke manier” is een tool die klachten en zelfs juridische procedures kan vermijden en vertrouwen kan verstevigen, ook al moet je moeilijke boodschappen brengen.

Hoe zien jullie het verdere verloop, het verder uitrollen van het open disclosure raamwerk in de praktijk?

Margot Cloet: Er bestaan reeds heel wat goede praktijken, daar kunnen we op verder bouwen. Daarnaast blijft er werk aan de winkel om zorgondernemingen en medewerkers hierrond te ondersteunen.

Verder zal er nog verfijning van het raamwerk noodzakelijk zijn, heel concreet ook naar de geestelijke gezondheidszorg en incidenten waarbij bijvoorbeeld een minderjarige patiënt betrokken is of een patiënt met dementie..

> "Het is ook een teken van respect naar de patiënt en de medewerkers in de zorg."
>
> Margot Cloet (Zorgnet Icuro)

Prof. Michel Deneyer: Het document zal een prominente plaats krijgen op onze website www.ordomedic.be. De leden professoren van de nationale raad, zullen er in hun colleges deontologie de nodige aandacht aan schenken zodat deze materie als een vanzelfsprekende vaardigheid van bij de start van de praktijkvoering toegepast kan worden. De orde der artsen is bereid de verdere borging van dit onderwerp mee te ondersteunen.

Dr. Katrien Bervoets: We moeten nu eerst werken aan de borging van open disclosure in de procedures en veiligheidscultuur van ziekenhuizen. Daarna komen opleiding, training in communicatie, de uitwerking van ondersteuning en duidelijkheid verschaffen rond financiële implicaties aan de beurt. Naar de toekomst toe wensen wij nog een verdere verfijning van het juridisch kader voor artsen.

Ellen De Wandeler: Open disclosure kan pas slagen als we bij patiëntveiligheidsincidenten ons eigen handelen als verpleegkundige extra in vraag stellen en vervolgens de kritische vraag aan andere collega's durven te stellen. Dat is de manier om moeilijk bespreekbare onderwerpen aan te snijden. Veel zaken worden nu stilgezwegen door druk en gebrek aan ruimte in alle dimensies.

"Veel zaken worden nu stilgezwegen door druk en gebrek aan ruimte. "

Ellen De Wandeler

Vanuit het NVKVV willen we het opgezette raamwerk verder ondersteunen en verspreiden. Zo wordt het een gemeengoed van alle verpleegkundigen, ongeacht de sector en teamsamenstelling. Want aan het raamwerk is een bijzondere nood, zo stelt de juridische adviesgroep NVKVV maandelijks vast in de vraagstellingen van onze leden.

Hein Lannoy: De verzekeringssector juicht de toepassing van open disclosure toe, maar de concrete uitrol is eerder weggelegd voor de direct betrokken partijen. Hierbij hoort duidelijke informatie naar de zorgverleners. Mogelijk kunnen ook de ombudsdiensten van de ziekenhuizen bij de uitrol betrokken worden. Het gaat immers om het ontwikkelen of verder verfijnen van de juiste risicocultuur. De leidinggevenden in de zorginstellingen zullen die cultuur gepast moeten omkaderen en huisregels aannemen die zorgverstrekkers beschermen wanneer ze incidenten melden of deelnemen aan de analyse ervan.

Verschillende verzekeraars zullen wellicht het raamwerk onder de aandacht van hun verzekerden brengen. Assuralia zal via zijn kanalen het initiatief alvast in de kijker plaatsen.

Johan Behaeghe en Ann Willemans: In de uitrol van open disclosure binnen een instelling heeft de ombudspersoon geen leidingnemende rol. Deze taak hoort toe aan de beleidsmakers van zorginstellingen en hun verenigingen.

Wij zijn wel van mening dat er nog heel wat werk aan de winkel is om naar open disclosure te groeien. Aan zorgverleners de tijd geven om een incident in alle openheid te bespreken met de betrokkenen, het verder opvolgen van de genomen afspraken, zorgverleners opleiden om een dergelijke open communicatie te voeren en reacties op te vangen zal zowel voor de zorgverleners als voor de zorginstellingen nog een belangrijke uitdaging betekenen.

De ombudspersonen zijn vanuit een bemiddelende rol en daar waar onze bijdrage wordt gevraagd en verwacht, zeker bereid om ondersteuning te bieden. Zij kunnen eveneens hun expertise rond gespreksvoering en – technieken delen met collega's betrokken in deze open disclosure.

Tot slot hopen wij dat dit raamwerk mee kan bijdragen tot een grotere bereidheid tot vergoeding door de verzekeraars en het Fonds voor de Medische Ongevallen.

PATIËNTVEILIGHEIDSINCIDENT OF COMPLICATIE?

Vaak bestaat er verwarring over de termen patiëntveiligheidsincident en complicatie.

Een complicatie verschilt echter van een patiëntveiligheidsincident. Wanneer een medische behandeling volledig juist uitgevoerd wordt ("volgens het boekje"), kunnen er toch problemen ontstaan tijdens of door de behandeling. Deze problemen worden complicaties genoemd.

Elke medische ingreep heeft, ook bij correcte uitvoering, een zekere kans op falen, complicaties of bijwerkingen. Deze worden, afhankelijk van de ernst van het onderliggend lijden, tot op zekere hoogte geaccepteerd. De risico's van medische interventies kunnen immers niet geheel worden uitgesloten maar moeten zorgvuldig worden afgewogen voordat men besluit tot een medische handeling. Bij complicaties ontstaan er dus problemen ondanks de juiste behandeling.

5219 dossiers ingediend bij het FMO

Sinds de oprichting van het Fonds voor de Medische Ongevallen in 2010 werden er 5219 dossiers ingediend. In 2019 werden er 459 dossiers ingediend bij het FMO. Uit internationale literatuur blijkt echter dat er in ongeveer 10 procent van de ziekenhuisopnames iets mis loopt. Dat komt voor België neer op ongeveer 188 000 opnames per jaar waar iets verkeerd ging. (*bron: Knack – 28 Apr. 2021 – Pagina 33*)

Wil je meer informatie over het FMO?
Neem dan zeker een kijkje in hun jaarverslag:
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/fmo_jaarverslag_2019.pdf

5 STAPPEN VAN OPEN DISCLOSURE

Open disclosure na een patiëntveiligheidsincident bevat vijf stappen die doorlopen moeten worden.

Het proces start met een **inschatting** van de situatie, onmiddellijk nadat het patiëntveiligheidsincident heeft plaats gevonden. Daarna moet dit incident ook erkend worden ten opzichte van de patiënt en zijn omgeving. Dit **initiële gesprek met erkenning** moet zo snel mogelijk plaatsvinden. Als de patiënt de nodige zorg ontvangen heeft wordt de **verdere communicatie** voorbereid door het multidisciplinaire team. Nadien volgen verschillende gesprekken waarbij een **open communicatie** centraal staat. Nadat het incident onderzocht werd, de bevindingen gecommuniceerd werden naar de patiënt en zijn omgeving, en aan alle noden van de patiënt werden voldaan kan het proces **voltooid** worden.

"Elke activiteit die schade toebrengt aan een patiënt is een inbreuk op de patiëntveiligheid."

Karel Henderickx

“Binnenkijken bij het Fonds voor Medische Ongevallen”

Sinds 2012 bestaat er in België het Fonds voor de Medische Ongevallen. Karel Henderickx is naast bestuurder van het Vlaams Patiëntenplatform ook lid van het beheerscomité van deze organisatie. We gingen met Karel in gesprek over patiëntveiligheid en de rol van het Fonds voor de Medische Ongevallen.

Wat betekent patiëntveiligheid?

Elke activiteit die schade toebrengt aan een patiënt is een inbreuk op de patiëntveiligheid. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het achterlaten van een medisch instrument tijdens een operatie, fouten bij het toedienen van medicatie of een operatie van de linkerknie in plaats van de rechterknie. Iets waar we in de coronacrisis ook extra mee geconfronteerd werden, zijn infecties opgelopen binnen de ziekenhuismuren.

Hoe is het gesteld met de patiëntveiligheid in ons land?

Ik denk dat er nog veel bewustwording nodig is. In ziekenhuizen zijn er wel heel wat procedures die moeten garanderen dat patiënten kwaliteitsvolle en veilige zorg krijgen. Dat is uiteraard belangrijk, maar soms zorgt het er ook voor dat zorgverleners die procedures heel nauwkeurig volgen, waardoor er nog maar weinig oog is voor de patiënt.

Een familielid van mij was recent in het ziekenhuis voor een operatie. Toen verpleegkundigen haar verplaatsten, bleven de kabels van een sonde achter haar bed hangen. Het is begrijpelijk dat er af en toe iets misloopt maar eigenlijk zouden dit soort foutjes toch niet mogen gebeuren. Verder ben ik er ook van geschrokken dat er regelmatig in het nieuws verscheen dat patiënten in het ziekenhuis besmet geraakt zijn met COVID-19. Deze patiënten kwamen dan bijvoorbeeld naar het ziekenhuis voor een hartoperatie en kregen daar bovenop ook nog eens corona.

Je bent zelf lid van het beheerscomité van het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO). Waarom werd het opgericht?

Toen in 2002 de wet op de patiëntenrechten in het leven werd geroepen werd er door de overheid ook meteen een FMO beloofd. Helaas hebben we daar heel wat jaren op moeten wachten, dit was lang een strijdpunt van het VPP. Tot dan toe konden patiënten enkel naar de rechtbank stappen, wat vaak financieel en emotioneel een lijdensweg is. Vaak volgde er ook geen bevredigende oplossing. Zo gebeurde het bijvoorbeeld dat artsen ontkenden dat er iets was misgelopen of zeiden ze dat het niet hun fout was. Daardoor waren er toch wel wat patiënten die met zware schade geconfronteerd werden en geen vergoeding kregen. Het is namelijk erg moeilijk om te bewijzen dat schade veroorzaakt is door een fout van een zorgverlener. In sommige gevallen is het zelfs bijna onmogelijk om te bewijzen wie verantwoordelijk is voor de schade. Een voorbeeld hiervan is een ziekenhuisinfectie; achterhalen waar je die hebt opgelopen is bijna onbegonnen werk. Wie draait er dan op voor de gevolgen? Hoe wordt die schade vergoed? Om een antwoord te bieden op al deze vragen werd het FMO volgens mij opgericht. Het FMO wil dus een laagdrempelig alternatief aanbieden voor patiënten, naast de zware juridische procedures.

Kan je voor elk geval van medische schade aankloppen bij het Fonds voor de Medische Ongevallen?

Neen, het FMO komt enkel tussen als aan enkele voorwaarden voldaan is en als het gaat om ernstige schadegevallen.

Dat deze voorwaarden zo strikt zijn, zorgt soms voor onvrede. Als iemand bijvoorbeeld vier maanden arbeidsongeschikt is geweest ten gevolge van een medisch ongeval dan zal het FMO dat dossier niet kunnen behandelen. Het probleem is dat het soms ook niet meteen duidelijk is of een dossier aan alle voorwaarden voldoet. Het FMO zal dan eerst een aantal dingen moeten uitklaren: wat is de ernst van de schade? En is (de ernst van) de schade het gevolg van een bepaalde actie of fout in de zorg? Dat een patiënt na een knieoperatie bijvoorbeeld niet meer kan stappen kan het gevolg zijn van een fout, maar kan ook het gevolg zijn van de lichamelijke toestand van de patiënt. In zo'n gevallen moet het FMO zware onderzoeken voeren. Het fonds doet daarvoor beroep op medisch experten. Zij zullen een onderzoek voeren en daarna een advies formuleren.

Als blijkt dat er inderdaad ernstige schade is en dat die schade het gevolg is van een gebeurtenis in de zorg, wat gebeurt er dan?

Op basis van dat advies komt het FMO dan samen met juristen en een dossierbehandelaar tot een standpunt. Dat wordt vervolgens voorgesteld aan de betrokken partijen, waaronder dus ook aan de patiënt. Als de betrokken partijen akkoord zijn met de conclusie wordt vervolgens bekeken welke compensatie gegeven moet worden. Het FMO onderzoekt dan ook of de zorgverlener hiervoor verzekerd is en of die verzekering ook voldoende is. Als de arts onvoldoende verzekerd is, dan is het FMO bevoegd om tussen te komen zodat de patiënt wel vergoed kan worden. Ook in het geval dat er wel duidelijke schade is maar het onduidelijk blijft wat de oorzaak is, is het FMO bevoegd om de patiënt een uitkering te geven. Dit laatste noemen we medische ongevallen zonder aansprakelijkheid. Patiënten die niet akkoord zijn met de conclusie van het FMO kunnen eventueel nog naar de rechtbank stappen.

Wat is volgens jou voor patiënten het voordeel van het FMO ten opzichte van een procedure voor de rechtbank?

Ten eerste, als patiënt sta je voor de rechtbank in een minder voordelige positie. Jij bent immers de persoon die alle gerechtstukken moet bezorgen. Als je naar het FMO trekt, dan neemt het FMO een stuk van de dossieropbouw over van jou als patiënt. Ten tweede kan rechtspraak jaren aanslepen. Ook bij het FMO zijn er dossiers die lang aanslepen, maar gemiddeld gezien zal het toch sneller gaan. Een derde voordeel is dat het FMO als externe instantie ook een stuk erkenning kan geven aan patiënten. Voor zorgverleners zie je dan weer dat het zwaarder weegt om door een

Voorwaarden voor een tussenkomst van het Fonds voor de Medische Ongevallen

- De schade is het gevolg van een feit dat is voorgevallen sinds 2 april 2010 (niet vroeger).
- De schade is het gevolg van een geneeskundige verstrekking.
- De schade is het gevolg van:
  - een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener.
  - een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Schade wordt enkel gedekt indien ze voldoet aan één van de volgende criteria (ernstige schade):

- een blijvende invaliditeit van 25% of meer
- een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens 6 opeenvolgende maanden of 6 niet-opeenvolgende maanden over een periode van 12 maanden
- bijzonder zware schade, ook economisch, voor de levensomstandigheden van de patiënt
- overlijden van de patiënt

Bron: RIZIV

rechtbank veroordeeld te worden dan wanneer het FMO oordeelt dat er een verband is tussen een gebeurtenis in de zorg en de schade bij een patiënt.

"Ook durf ik vanuit patiëntenperspectief de vraag te stellen of de huidige criteria om bij het FMO terecht te kunnen versoepeld kunnen worden."

Wat moet je als patiënt doen wanneer je het slachtoffer denkt te zijn van een medisch ongeval en hiervoor beroep wil doen op het FMO?

Dan kan je een aanvraag indienen. Op de website van het RIZIV vind je een praktische gids met alle informatie over hoe je een aanvraag kan indienen en welke documenten je daarvoor nodig hebt. Je kan ook steeds terecht bij de dienst ledenverdediging van je mutualiteit. Zij kunnen je bijstaan bij het opstellen van je dossier.

Jij bent, samen met VPP-beleidsmedewerker Jeroen, lid van het beheerscomité van het FMO. Wat doet dat beheerscomité?

Het beheerscomité is in hoofdzaak een adviesorgaan. Als patiëntenvertegenwoordiger geven wij bijvoorbeeld advies op de aanvraagprocedure. Of we proberen erop toe te zien dat patiënten zeker voldoende tijd krijgen om te reageren op een besluit van het FMO. Een recente discussie ging over de vraag of het FMO een dossier kan behandelen wanneer er voor datzelfde dossier nog een strafproces loopt. Als het FMO dat dossier op hetzelfde moment zou behandelen bestaat het risico dat de rechtbank en het FMO tot een andere conclusie komen. Wij hebben toen gevraagd te overwegen dat het FMO dat dossier wel al zou behandelen want zo is de patiënt sneller geholpen. We verdedigen dus altijd de positie van de patiënt en gelukkig voelen we veel respect voor wat we zeggen en inbrengen.

Wie zit er nog in het beheerscomité van het FMO?

Alle partijen worden vertegenwoordigd in het beheerscomité. Zo zijn er vertegenwoordigers van de overheid, de vakbonden, de werkgevers, verzekeringsinstellingen, de beroepsbeoefenaars en twee experten medisch recht. Samen met la LUSS (de Franstalige tegenhanger van het VPP) vertegenwoordigen wij de patiënten.

Als je mag dromen, wat wens je dan voor het FMO zodat het nog beter zou kunnen functioneren?

In eerste instantie wens ik dat de bestaande procedures eenvoudiger worden gemaakt, al is dat niet gemakkelijk. Ten tweede vind ik het belangrijk dat het kader wordt opgevuld. Daarmee bedoel ik dat er voldoende personeel en middelen moeten zijn om alle dossiers tijdig te behandelen. Ook durf ik vanuit patiëntenperspectief de vraag te stellen of de huidige criteria om bij het FMO terecht te kunnen versoepeld kunnen worden. Wat doe je met personen die medische schade hebben opgelopen maar niet aan de criteria voldoen? Iemand die door een medisch ongeval 20% arbeidsongeschikt is, komt niet in aanmerking voor een vergoeding van het FMO. En toch kan ook deze persoon niet gewoon de draad van zijn oude leven weer oppakken. Vooral budgetbeperkingen maken zulke aanpassingen moeilijk.

Tot slot, in deze nieuwsbrief gaan we dieper in op het zogenaamde 'open disclosure' traject. Hoe kijk je daarnaar?

Ik denk dat dat heel belangrijk is. Hierdoor komt er meer erkenning voor patiënten. Dat de zorgverlener communiceert over het feit dat er iets is misgelopen, geeft erkenning aan patiënten. En het gaat verder dan dat. Je kan samen gaan nadenken over wat er is gebeurd, maar ook over hoe je het beter kan doen. Kunnen we dit in de toekomst voorkomen?

In het jaarverslag van het FMO doen wij voorstellen rond de verbetering van de patiëntveiligheid. Maar de dossiers die het FMO behandelt, zijn maar het topje van de ijsberg. Je kan daar geen grote conclusies uit trekken. Onze aanpak van patiëntveiligheid moet vanuit onze ziekenhuizen komen. Laat hen maar op basis van hun dossiers, hun kennis én in overleg met patiënten bekijken wat er gedaan kan worden om medische ongevallen te voorkomen.

Dat is een duidelijke boodschap. Bedankt voor het interview, Karel!

Zowel open-disclosure als het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO), verschijnen op het toneel wanneer er iets is misgelopen in een ziekenhuis of zorginstelling. Maar laten we ook eens kijken naar preventie.

13 tips voor een veilig verblijf in het ziekenhuis

Wat kunnen we doen om medische schade te voorkomen?

Ziekenhuizen en hun personeel bouwen veel preventieve maatregelen in om de patiëntveiligheid te verzekeren en dat is een goede zaak. Maar ook als patiënt kan je helpen om medische schade te voorkomen, hoewel de eindverantwoordelijkheid wel bij de instelling blijft liggen. Daarom hieronder een aantal tips, want een voorbereid man of vrouw is er twee waard!

Wanneer moet je waakzaam zijn?

Zowel **vóór, tijdens** als **na** je ziekenhuisverblijf zijn er een aantal punten waar je op kan letten om de kans op medische schade zo veel mogelijk te beperken. We hebben onze tips daarom onder deze 3 categorieën gebundeld.

1 Vóór je ziekenhuis bezoek

1 Vraag vooraf uitleg over de behandeling of het onderzoek dat je zal ondergaan.

Voorbeelden van vragen die je kan stellen :

- Hoe zal de behandeling of het onderzoek mijn gezondheidstoestand verbeteren of veranderen?
- Welke ongewenste effecten of risico's zijn eraan verbonden?
- Is het pijnlijk?
- Hoelang zal het duren?
- Zijn er alternatieven?
- Hoe dringend is het?

2 Informeer je grondig en beslis mee over je behandeling.

- Als je uit meerdere ziekenhuizen kan kiezen, vraag dan advies aan je huisdokter: welk ziekenhuis biedt de beste zorg voor jouw situatie?
- Je kan de kwaliteit van zorg per zorgvoorziening zelf opzoeken via www.zorgkwaliteit.be.
- Meer onderzoeken en meer behandelingen zijn niet altijd beter, durf ook daarover vragen te stellen.

3 Noteer belangrijke informatie over je gezondheid

zoals allergieën en vaccinaties en bezorg die aan je zorgverleners in je ziekenhuis.

4 Zorg er voor dat je een actueel overzicht van de medicatie die je neemt ter beschikking hebt.

Zo kan je de verpleegkundigen en artsen in het ziekenhuis makkelijk informeren. Je apotheker kan zo'n overzicht voor jou maken.

2 Tijdens je ziekenhuis bezoek

5 Laat van je horen!

Begrijp je iets niet helemaal, gebeurt er iets dat je niet verwachtte of loopt er iets anders dan afgesproken? Wees dan niet bang om vragen te stellen en je te laten horen. Vertel het ook als je pijn hebt of andere ongemakken ervaart. Uit onderzoek blijkt dat patiënten hun twijfels over zaken die ze horen of zien vaak voor zich houden. Helemaal niet nodig. Door de juiste vragen te stellen, kan je fouten helpen voorkomen.

6 Vraag een familielid of een vriend om je bij te staan.

Zij kunnen je helpen bij het onthouden van alle informatie die je krijgt of door vragen te stellen waar jij misschien niet aan denkt.

7 Laat je steeds identificeren en zorg dat je weet wie er aan je bed staat.

8 Word je geopereerd? Bespreek dan het verloop van je operatie.

Laat de dokter met een stift op je huid aanduiden waar je geopereerd zal worden.

9 Als je medicatie krijgt in het ziekenhuis, dan kan je onderstaande tips gebruiken.

- Controleer of het geneesmiddel dat je krijgt voor jou bedoeld is. Laat de zorgverlener die je het geneesmiddel bezorgt of toedient uitdrukkelijk je naam noemen.
- Verwittig een van je zorgverleners als het geneesmiddel er plots anders uitziet.
- Krijg je nieuwe geneesmiddelen? Vertel dan aan de zorgverlener welke allergieën of negatieve bijwerkingen je ervaren hebt bij andere geneesmiddelen.
- Vraag waarvoor geneesmiddelen dienen, maar ook hoe, wanneer en hoelang je ze moet innemen.
- Vraag naar bijwerkingen en eventuele zaken (voedingsmiddelen, drank of activiteiten) die je moet vermijden terwijl je de geneesmiddelen neemt.

3 Na je ziekenhuis bezoek

Hygiëne.

- Let er op dat zorgverleners en bezoekers steeds hun handen wassen of ontsmetten.
- Ook je eigen hygiëne is belangrijk. Pas daarom een goede lichaamshygiëne toe. Ontsmet en was geregeld je handen met water en zeep.

Valincidenten voorkomen.

- Meld gevaarlijke situaties die een val zouden kunnen veroorzaken aan één van de zorgverleners (natte of gladde vloeren, een kapotte infuushouder of rollator, loszittende vloerbekleding, oneffenheden, verlichting die niet werkt, enzovoort).
- Roep altijd de hulp in van het ziekenhuispersoneel als je te onzeker bent om te wandelen zonder ondersteuning. Beter een keer te veel hulp vragen, dan te weinig!

Super, je mag naar huis!

Zorg dat je weet wat je thuis te wachten staat, daarvoor kan je onderstaande vragen stellen:

- Hoelang zal het herstel duren?
- Is er nog nabehandeling nodig (bijvoorbeeld kinesitherapie, geneesmiddelen, verzorging van wonden, ...)?
- Zijn er signalen of symptomen waar ik op moet letten (bijvoorbeeld pijn, het opengaan van wonden, ...)? Wat moet ik doen als deze signalen optreden?
- Moet ik later nog eens op controle komen? Zo ja, waar, wanneer en bij wie? Moet ik een afspraak vastleggen voor de controle?
- Met wie kan ik contact opnemen als ik de resultaten van bv. onderzoeken of testen niet ontvang?

Doorligwonden voorkomen.

- Blijf niet te lang in dezelfde houding zitten of liggen zonder te bewegen.
- Inspecteer zelf of laat dagelijks je huid op roodheid inspecteren. Roodheid is een alarmsignaal en wijst op het mogelijk ontstaan van doorligwonden.
- Meer tips over het voorkomen van doorligwonden vind je op deze website https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/voorkomen-van-doorligwonden.

2 digitale hulpmiddelen die fouten kunnen helpen voorkomen

1. **Mijn Sumehr** (of mijn gezondheidssamenvatting, bereikbaar via www.mijngezondheid.be): Dit is de beknopte elektronische samenvatting van je gezondheidstoestand, aangemaakt door je huisarts die jouw Globaal Medisch Dossier beheert. Ze bevat de kerninformatie om jou als patiënt goed en veilig te verzorgen, bijvoorbeeld als je in het ziekenhuis belandt. Meer info vind je op onze website www.vlaamspatientenplatform.be/pagina/gezondheidssamenvatting
2. **Mijn medicatieschema** (of het geneesmiddelenoverzicht, bereikbaar via www.mijngezondheid.be): Hier vind je een overzicht van alle medicatie die je neemt, details over wanneer je ze moet innemen en uitleg over hoe je bijwerkingen kan melden. Je kan je apotheker vragen om hier een print van te maken voor een opname in het ziekenhuis.

ACTIVITEITEN

De komende maanden staan er verschillende VPP-activiteiten op de planning. We geven jullie graag een overzicht.

30 SEPT

Uitwisselingsmoment

- Uitwisselingsmoment patiëntenparticipatie in de eerstelijnszones.

Meer info volgt later

9 OKT

Bijzondere Algemene Vergadering

- Op de agenda staat de aanpassing van de statuten van onze vzw.

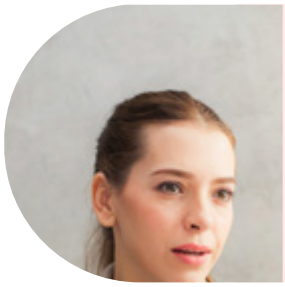
Meer info volgt later

21 OKT

Netwerkdag

- Netwerkdag OPGanG.

Deze activiteit is enkel toegankelijk voor leden van OPGanG. Info volgt later rechtstreeks aan de leden van OPGanG.



2 DEC

Uitwisselingsmoment

- Uitwisselingsmoment patiëntenparticipatie in de eerstelijnszones.

Meer info volgt later

Goed nieuws, infosessies kunnen vanaf nu opnieuw fysiek doorgaan!
Kijk zeker ons aanbod eens na via http://vlaamspatientenplatform.be/activiteiten/categorie/informatiesessie.

De activiteiten van het Vlaams Patiëntenplatform zijn enkel toegankelijk voor ledenverenigingen, tenzij anders vermeld. Ben je lid van een van de patiëntenverenigingen die aangesloten zijn bij het Vlaams Patiëntenplatform? Dan kan je deelnemen aan onze activiteiten. De uitnodigingen met meer informatie over het programma van de activiteit en de mogelijkheid om in te schrijven, volgen later via mail en vind je op onze website. Het meeste actuele aanbod van activiteiten lees je op onze website.

Wil je als patiëntenvereniging graag lid worden? Doe vrijblijvend een aanvraag via **info@vlaamspatiëntenplatform.be**.

Wat missen we in België op het vlak van patiëntveiligheid?

Deze vraag werd beantwoord door Marit Mellaerts van VPP

In de eerste plaats missen we nationale cijfergegevens: "meten is weten".

Buiten cijfers over ziekenhuisinfecties is er in België weinig tot niets geweten over het aantal en het soort patiëntveiligheidsincidenten die zich in onze gezondheidszorg voordoen. Het gebrek aan deze gegevens maakt het onmogelijk om te weten of het aantal incidenten in België daalt. Bovendien kan men zonder deze kennis ook geen maatregelen nemen om vaak voorkomende incidenten te vermijden.

Jaarlijks dienen wij een onderzoeksvoorstel in bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) om te vragen naar onderzoek rond patiëntveiligheidsincidenten in Belgische ziekenhuizen:

- Hoe vaak gebeuren incidenten?
- Welke soort incidenten?
- Wat zijn de gevolgen?

Dit voorstel werd jammer genoeg (nog) niet aanvaard omdat zo'n onderzoek moeilijk uit te voeren is. Daarom kaarten we deze noodzaak ook aan in gesprekken met de minister van Volksgezondheid. Uiteraard is dit ook buiten de zorginstellingen, bijvoorbeeld bij de huisarts, een belangrijk aspect.

Gelijkvormige meldsystemen voor Belgische ziekenhuizen en een centraal verzamelpunt.

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid moedigt ziekenhuizen sinds 2010 aan om over een meldsysteem te beschikken. Dit is een systeem waar zorgverleners (en soms ook patiënten) ervaringen met patiëntveiligheidsincidenten (of bijna incidenten) al dan niet anoniem kunnen melden. Het doel hiervan is om uit ervaringen te leren en veranderingen door te voeren die patiëntveiligheidsincidenten kunnen voorkomen. De overheid zegt echter niets over de vorm van dit meldsysteem, waardoor elke instelling met een ander systeem kan werken en dat bemoeilijkt het samenbrengen van deze informatie in een centraal verzamelpunt.

Momenteel is er nog geen centraal verzamelpunt. Dankzij zo'n centraal verzamelpunt zou de overheid lessen kunnen trekken uit incidenten van over het hele land. Hierbij mag men ook onderstaande zaken niet vergeten:

- Klachten over medische incidenten die bij de ombudsdiensten van de ziekenhuizen terechtkomen;
- Informatie vanuit het Fonds voor de medische ongevallen;
- Incidenten die buiten de ziekenhuizen plaats hebben gevonden (bijvoorbeeld bij de huisarts of in een woonzorgcentrum).

Open communicatie na een medisch incident

In de rubriek "In gesprek met" hadden we het al over het raamwerk rond open communicatie na een patiëntveiligheidsincident (in het Engels 'open disclosure' genoemd) ontwikkeld door het VPP en het LIGB. Dit is een eerste stap richting open disclosure. Een volgende stap is de toepassing van dit raamwerk in de Vlaamse zorginstellingen. De verschillende betrokken koepelorganisaties toonden hun engagement en verspreiden dit raamwerk naar hun achterban. Ook wij blijven verder inzetten op de bekendheid en het gebruik hiervan bij de betrokken partners (o.a. zorgverleners, zorginstellingen, verzekeringsmaatschappijen, overheidsinstellingen, patiëntenvertegenwoordigers ...).

"Dankzij een centraal verzamelpunt zou de overheid lessen kunnen trekken uit incidenten van over het hele land."

Ambitieus en meer afdwingbaar beleid

Zowel op federaal als op Vlaams niveau onderneemt het beleid acties om de veiligheid van zorg te verbeteren. De federale overheid heeft de taak om kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen op te volgen. Daarnaast stellen ze meerjarige programma's op om de patiëntveiligheid te verbeteren. Deze programma's zijn echter niet verplicht voor ziekenhuizen.

Op Vlaams niveau heb je de Vlaamse Zorginspectie en het Vlaams Indicatorenproject. De zorginspectie inspecteert verschillende zorginstellingen en rapporteert hierover, maar zij beslist echter niet over de erkenning en/of subsidiëring van een zorginstelling. Het Vlaams Indicatorenproject meet de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en woonzorgcentra. Elke instelling kiest echter zelf of en welke indicatoren ze meten.

OPROEP

Heb jij zelf een vraag voor het VPP? Bezorg ze ons via *info@vlaamspatientenplatform.be*

SAMEN
STERKER

Contacteer SamenSpraak

Schriftelijk

Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP), Groenveldstraat 15, 3001 Heverlee
Ondernemingsnummer: 0470.448.218, RPR – Leuven

Bel naar

+32 (16) 23 05 26

Mail naar

info@vlaamspatientenplatform.be

Surf naar

www.vlaamspatientenplatform.be

Volg ons

www.twitter.com/VPPvzw
www.facebook.com/vlaamspatientenplatform

Vlaams patiëntenplatform

© Foto's in deze Samenspraak: Els Van Bosbeke, Sophie Nuytten, Pexels