

Preventie moet lagere aansprakelijkheidskosten opleveren

Patiënten lopen minder risico en premies kunnen omlaag

Lucas van der Hoeven

"Medicare"; eerste jrg.; nr. 4/5; juni 1996; p. 25-27.

MediRisk is in 1994 opgericht als een onderlinge verzekering van ziekenhuizen met betrekking tot de aansprakelijkheid', zo opent Reddering het gesprek. MediRisk is ondergebracht bij de VVAA, een verzekeringsbedrijf dat vooral in de gezondheidszorg actief is. 'Momenteel participeren vijfenveertig algemene en enkele categorale ziekenhuizen in deze onderlinge. Eigenlijk streven wij naar een omvang van vijftig deelnemers en dat is goeddeels bereikt. Door fusies, zoals het Andreas- met het Lucas-ziekenhuis in Amsterdam, is het aantal feitelijk verzekerde hospitalen groter dan het aantal leden.'

Waarom doen academische centra eigenlijk niet mee? 'Uit gesprekken met hen bleek dat zij al veel kwaliteitsverbeterprojecten op de rails hebben gezet. Bovendien schatte het bestuur van MediRisk de risico's van deze zorginstellingen, gelet op hun andere cultuur en complexe organisatiestructuur, anders in. Het gaat immers om grotere organisaties en waarschijnlijk hogere claims. Neem bijvoorbeeld de Hepatitis-B-infectie in het Dijkzigt en de Aids-besmetting in het AMC. Blijkbaar verzekeren universitaire centra zich vooral in het buitenland via Lloyds.

'Als MediRisk-bestuur hebben wij besloten ons te beperken tot algemene en categorale ziekenhuizen, zo is bijvoorbeeld het Rotterdamse oogziekenhuis bij ons verzekerd. Ook verpleeghuizen kunnen als een onderdeel van een stichting deelnemen, waarin tevens

'Het management in ziekenhuizen werd de laatste dertig jaar steeds professioneler. Toch zou vooral op het gebied van risk-management nog veel meer moeten gebeuren, ook door medisch specialisten.' Een gesprek met **mr F.H. Reddering, directeur van onderlinge aansprakelijkheidsverzekeraar MediRisk en haar medisch adviseur drs. R. Andriess. MediRisk is gevestigd in het kantoor van de VVAA (Nederlandse Vereniging van Artsen) op het industrieterrein Lage Weide te Utrecht.**

een regionaal ziekenhuis is ondergebracht.'

Wat vormde de aanleiding? 'Aan onze oprichting gingen jarenlange verhogingen van de wettelijke aansprakelijkheidspremie vooraf. Deze kosten dreigde uit de hand te gaan lopen. Door een onderlinge risicospreiding en verbeterprogramma's af te spreken, worden de uitgaven beter beheersbaar.'

Schade

'De hoogste reële claim die wij tot heden ontvingen bedraagt driehonderduizend gulden,' zegt Reddering. 'De patiënt in kwestie was slachtoffer van een ernstig verkeersongeval. De artsen concentreerden zich op allerlei kwetsuren, maar vergaten de letsels aan zijn hoofd. Dat leidde tot ernstige complica-

ties, waardoor arbeidsongeschiktheid ontstond. Niet de aard van de verwondingen echter, maar vooral de levensfase — zoals leeftijd, gezondheidstoestand en kostwinnerschap — van patiënten bepalen de hoogte van de claim. Dus jongere kostwinnaars hebben recht op een grotere compensatie dan oudere, gepensioneerden. Ouderen krijgen meestal geen smartegeld, want hun nazaten leiden feitelijk geen schade.'

Premie

'De kosten van een dergelijke verzekering bepalen we onder meer aan de hand van de netto exploitatie en de indeling op specialismenrisico's,' vervolgt Reddering. 'De premies lopen uiteen tussen de honderdduizend en driehonderdvijftigduizend gulden voor ziekenhuizen met tweehonderd tot achthonderd bedden. Ook kijken we naar de schade-historie, alhoewel we daar voorzichtig mee zijn. In onze startfase werd van twee ziekenhuizen gezegd dat zij een "slecht risico" vormden. Er waren managementproblemen en niet-functionerende specialismen. Al voor de deelname werden reorganisatieprojecten in gang gezet. Weldra daalde dan ook de schadelast. Ook hanteren we een schadenorm voor nieuwe participanten. Tenslotte richten wij ons op preventieactiviteiten. Overigens wordt van de verkregen premies vijftien procent aan verbeterprojecten uitgegeven. 'De algemene ledenvergadering stelt vooraf de hoogte van de premie vast. We hebben slechts éénmaal de premie

extra hoeven te verhogen en wel met tien procent in 1995. Overigens heeft de invoering van de kwaliteitswet, de Wet BIG en de WGBO nog niet geleid tot een stijging van de omvang van de toegewezen schadeclaims.

'Traditionele verzekeraars doen eigenlijk niets om schades te voorkomen,' vervolgt Reddering. 'Maar zij werken dan ook veelal met tussenpersonen en dat maakt het niet eenvoudiger. Daarentegen is MediRisk een non-profit organisatie, waarbij de algemene ledenvergadering het beleid bepaalt. Wij zijn dan ook een zeer open organisatie. Wij vinden dat door riskmanagement-projecten de premies op termijn beheersbaar is te houden. Overigens vinden er nog te weinig van dit soort onderzoeken als een gestructureerd onderdeel van het preventiebeleid plaats. Ziekenhuizen zouden veel meer moeten investeren in dergelijke projecten. Neem bijvoorbeeld de VS. Daar wordt preventie beloond ingeval van een lage schade-historie. In België worden links-rechts verwisselingen van verzekeringen uitgesloten, omdat deze fouten zeer basaal en dus te voorkomen zijn.

'Toch is de omvang van het aantal medische missers in Nederland volgens hoogleraar Hubben niet alarmerend groot, ook niet in vergelijking tot elders. Bovendien wordt zestig procent van de klachten zowel in de VS als in Nederland afgewezen. Alleen bedragen de toegekende schadevergoedingen in de VS wel het honderdvoudige van die in ons land. Daarom stellen Noord-amerikaanse ziekenhuizen zich ook

minder vrijblijvend op ingeval van *untoward incident reporting*. Bovendien hebben zij ook een behoorlijk budget voor preventie-uitgaven.

'Dat MediRisk het goed doet blijkt wel uit reacties van de aangesloten ziekenhuizen. De continuïteit is dus groot.'

Preventie

'Overigens is het statistisch niet te bewijzen of preventieprojecten succes opleveren of niet,' vult Andriesse aan. 'Er zijn te weinig gegevens beschikbaar om de effecten aan te tonen. Van grote

Effecten van riskmanagement:

- toenemende veiligheid en service voor patiënten
- toenemende tevredenheid bij cliëntèle
- inzicht in potentiële risicogebieden
- minder aansprakelijkheidsrisico's en claims
- imago-versterking van ziekenhuizen

aantallen ingrepen is het risico-percentage onbekend. Sommigen menen dat het erg laag ligt, maar het is nog niet in cijfers te vatten. De kern van het probleem is dat niet helder is aan welke standaard afdelingen moeten voldoen. De overheid geeft slechts globale richtlijnen. De precieze invulling ervan moet vanuit de beroepsgroepen of via projecten worden ingevuld. Zo staan de Pace en MediRisk-projecten nog in de kinderschoenen. MediRisk besteedt vijftien

procent van de premie-inkomsten aan klachtenbehandeling, patiëntenvoorlichting en riskmanagement.'

Projecten

'Mede door het toepassen van riskmanagement principes is een ziekenhuis dat tot voor kort de eenentwintigste plaats bezette, nu op plaats negen van de lijst van minst schade claimende hospitalen beland,' zegt Reddering. 'Voor ons riskmanagement onderzoek heeft het systeem van de Medical Defense Union model gestaan. Dat hebben wij vervolgens aan de Nederlandse situatie aangepast. Zij hanteren een model waarbij onderzoeks- of riskmanagement-teams met behulp van checklisten over de schouders van onder meer medisch specialisten, verpleegkundigen en laboranten meekijken. Vooral de afdelingen waar een hoger risico bestaat, zoals de OK, verkoevertuimten, intensive care units, hartbewakings-, spoedeisende-hulp- en centrale sterilisatie afdelingen worden onder de loep genomen. Ook de raakvlakken met andere afdelingen worden in het onderzoek betrokken, zoals het onderhoud van de medisch elektronische apparatuur, beveiliging en brandpreventie, ziekenhuishygiëne en de interne rapportering.

'Zo moet bijvoorbeeld na een operatie altijd het aantal gebruikte verbandgazen worden geteld,' vult Andriesse aan. 'Daarbij is vooral de gevolgde procedure voor ons van belang. Steriele tafeltjes dienen op een bepaalde manier door verpleegkundigen te worden behandeld. Onveilige situaties worden geïnventariseerd door de visitatiecommissies en aan het managementteam gerapporteerd. Zo trof de visitatiecommissie van MediRisk bijvoorbeeld onvoldoende personele bezetting op een afdeling spoedeisende hulp aan. De jongste assistent met de minste ervaring liep er rond, bijna zonder enige begeleiding. In een ander hospitaal beschikten verpleegkundigen over zes verschillende typen infuuspompen, die zij allemaal anders moeten instellen. Dergelijke voorvallen vragen eenvoudig om ongelukken!

Uit het jaarverslag van MediRisk (1994)

	1993/21 zkh	1994/29 zkh	1995/41 zkh	Totaal
Schade-meldingen 1993	151	-	-	151
" 1994	101	206	-	307
" 1995*	47	173	306	526
+				
Totaal aantal meldingen	299	379	306	984
Afgesloten	190	131	29	350
-/-				
Openstaande meldingen	109	248	277	634
Gemiddelde per instelling/pj	4,7	6,5	7,4	10,8

* Situatie per 31/12/1995



F. Reddering: 'Ziekenhuizen zouden veel meer moeten investeren in riskmanagement.'

'Op basis van onze waarnemingen worden verbeterprogramma's opgesteld en de procedures aangescherpt. Overigens zijn ziekenhuizen slecht voorzien van protocollen en richtlijnen. Vaak beschikken instellingen alleen maar over hun eigen interne protocollering. Eigenlijk stimuleren koepelorganisaties de ontwikkeling en toepassing van de nationaal aanvaarde richtlijnen onvoldoende. Desondanks laat MediRisk het medisch professioneel handelen toch buiten beschouwing. Want zij vindt dat een uitgesproken taak voor de beroepsverenigingen. Wel wil MediRisk via het aanscherpen van richtlijnen en protocollen de zorgkwaliteit helpen te verbeteren.'

Medici

'Nog nooit heb ik medisch specialisten ontmoet die weigerden om aan dergelijke verbeterprojecten deel te nemen,' zegt Reddering. 'Ook zijn er nooit experimenten stilgelegd of afgeblazen. Vrijwel alle deelnemende artsen kunnen door het managementteam worden overtuigd om gezamenlijk de problemen aan te pakken.'

'Vanuit de verzekeraar kunnen géén richtlijnen aan specialisten worden opgelegd,' meent Andriess. 'Wij willen hooguit de claims per specialisme bekijken en vergelijken met landelijke trends. We letten dus niet op de afzonderlijke claims, noch op de individuele behandelaars. Maatschappen dienen naar onze opvatting te worden gecontroleerd door hun eigen beroepsgroepen. Die laatste moeten de minder goed functionerende collega's maar uit de mand halen! Bovendien zou het inschatten van risico-factoren en het veranderen van het zorgproces ook via de beroepsgroepen haar beslag moeten krijgen. Die dienen hun eigen normen en een accreditatiesysteem te ontwikkelen. Overigens is het met het in de praktijk brengen daarvan slecht gesteld. Nog steeds vinden er onjuiste ingrepen plaats. Zo komen zelfs links-rechts verwisselingen nog wel eens voor. Voor artsen is het uiteraard niet gemakkelijk daarvan de schuld te erkennen.'

Lucas van der Hoeven is sociaal wetenschapper en free-lance journalist te Nijmegen

Kwaliteitsnormen in vliegtuig- en ziekte-industrie

Van vrijwel alle vliegtuigen, die verongelukkig worden alle vluchtgegevens — onder meer de *flight recorder* — uitvoerig geanalyseerd. Alle noodzakelijke maatregelen ter voorkoming van een soortgelijk risico worden op korte termijn doorgevoerd. Zo zijn inmiddels alle ophangbouten van Boeing 747's vervangen, na het tragische El-Al ongeval in de Bijlmermeer. Deze bedrijfstak probeert de veiligheid te bevorderen door strikte normering van de technische en kwalitatieve vereisten van het materiaal. Bovendien proberen luchtvaartmaatschappijen de kansen op menselijke fouten te verkleinen door procedures vast te leggen. Het handhaven van de naleving van protocollen is daarvan een essentieel onderdeel.

In ziekenhuizen is het besef over gevaren, risico's en het voorkomen ervan nog onvoldoende ontwikkeld. Nonchalance en geringe belangstelling van personeelsleden voor deze onderwerpen bevorderen niet bepaald de bereidheid om noodzakelijke veranderingen door te voeren. Zij vergen immers inzet, tijd en geld waar geen beloningen tegenover staan. Vervolgens dienen medewerkers voortdurend hun werkwijze aan de standaarden te toetsen en alert te blijven op de consequenties van hun gedragingen.

De ontwikkeling van protocollen van medisch specialisten loopt achter bij die van de huisartsen. Bovendien blijkt uit onderzoek dat slechts 25% van de huisartsen zich eraan houden. Het ontwikkelen van normen leidt nog niet automatisch tot een naleving ervan. Blijkbaar dienen artsen vaker hierop te worden gecontroleerd en zo nodig zich te verantwoorden, zoals bijvoorbeeld ingeval van de Medische Tucht Raad. Tevens zouden afdelingen die een laag risicoprofiel handhaven daarvoor moeten worden beloond, bijvoorbeeld door inzet van extra personeel of middelen