Prismagister, een tool voor de patiënt en zorgverlener
De evaluatie van een casusmodel voor incidentafhandeling

Drs. Wim van der Pol, AMIZ, e-mail info@amiz.nl

Samenvatting

De bekende Route Cause Analyse systemen zijn ontwikkeld door en voor het bedrijfsleven en de laatste jaren voor Zorginstellingen en houden onvoldoende rekening met het perspectief van de gedupeerden. Prismagister gaat wel uit van dat perspectief. Hierdoor wordt het vertrouwen in het systeem vergroot en stijgt de acceptatiegraad voor de ernst van de incidenten en de gevolgen daarvan. Hoe zorgverleners dit uitgangspunt ervaren is bepaald door middel van evaluaties naar tevredenheid aan eind van een tiental trainingen. Die tevredenheid scoort gemiddeld 80%. Voor patiënten is de tevredenheid 100%. Dit uit zich in het achterwege laten van het indienen van een klacht.

Keywords

Route Cause Analysis, patiëntperspectief, prismagister, tevredenheid, klacht.

Inleiding

Sinds het begrip veiligheid als patientveiligheid in 2002 haar intrede heeft gedaan in de Gezondheidszorg is veelvuldig gekeken naar methodieken in het Bedrijfsleven. Daarbij springen methodes uit de petrochemische en luchtvaartindustrie in het oog. Diverse methoden zijn in de zorg uitgetest (1). Daarbij komt de PRISMA methode (2) naar voren als goed bruikbaar en is het best uitgewerkt. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert de Prisma methode, afkomstig van de TU Eindhoven (prof Dr. van der Schaaf). Het kenmerk van de methode berust op het systematisch traceren en monitoren van basisoorzaken van (bijna) ongelukken en is bedoeld voor preventie. Prisma is echter maar een onderdeel van het gehele traject van incidentafhandeling. Daarvoor is Prismagister opgericht, als begeleidingsmethodiek van organisatie (instelling), professional (zorgverlener) en patiënt (familie). Dergelijke methodiek van analyse- en registratie (Prisma) naar afhandeling en begeleiding (Prismagister) nog niet geëvalueerd. Alvorens een wetenschappelijke opzet te kiezen is een evaluatie gedaan van trainingen uit de laatste 5 jaar en tevredenheidscores van patiënten en familie.

Methoden

Methodiek van Prismagister
De Prisma methode is als analyseplan geïncorporeerd in Prismagister®. Prismagister is een trainingsmodule welke gebruikt maakt van een casusmodel.

Het casusmodel bestaat uit totaal 7 onderdelen, zie tabel 2.

Onderdeel	**Aantal uur na de ontdekking van het incident, waarop het onderdeel in werking treedt**
Herstelplan	0-24 uur
Begeleidingsplan	4-24 uur
Meldplan	6-24 uur
Analyseplan	24-48 uur
Behandelplan	24-48 uur
Klachtplan	36-48 uur
Veranderplan	72 uur

Tabel 2

In zorginstellingen is het gebruikelijk dat genoemde onderdelen op verschillende tijdstippen door verschillende functionarissen, door verschillende werkgroepen worden uitgewerkt. De samenhang ontbreekt vaak en de werkgroepen werken in veel gevallen langs elkaar heen. Prismagister voorziet in een samenhangend geheel, hetgeen voor de patiënt veel inzichtelijker is.

Het casusmodel focust op drie doelgroepen, zie tabel 3.

Focus op:	**Verantwoordelijk**
Organisatie, zorginstelling	Raad van Bestuur
Zorgverlener, professional, behandelaar	Individuele specialist, maatschap
Patiënt, familie	Patiënt, vertegenwoordiger

Tabel 3 focus van het casusmodel met de eigen verantwoordelijkheid

De doelgroepen uit tabel hebben een onderlinge relatie met elkaar; de benaderingswijze van de behandeling verschilt op cruciale punten, omdat de drie groepen wel eenzelfde doelstelling hebben (het geven en ontvangen van goede zorg), maar redeneren van een verschillend perspectief. Zeker wanneer het gaat om zorg, welke niet goed is verleend. Dit uit zich bijvoorbeeld in afhandelingtermijnen en impactbeleven

Prismagister is mogelijk door de combinatie van kennis; naast zorgorganisatorische kennis en vakinhoudelijke kennis (zoals medische en farmaceutische) is ook psychotherapeutische kennis vereist van vooral het beleven van incident door de patiënt en familieleden, evenals van het beleven door de zorgverleners, die bij het incident betrokken zijn.

Methodiek van evaluatie

De evaluatie vond tussen door het geven trainingen aan zorgverleners (deels als nascholing, deels in werkomgeving, on the job), en door het begeleiden van patiënten en familieleden.
Aan de cursisten is na afloop een uitgebreide schriftelijke evaluatie voorgelegd; bij de patiënten en/of familieleden is uitgebreid stilgestaan bij de ervaring van de afhandelinginterventies. Bij deze laatste categorie is na 1 en na 2 jaar opnieuw gevraagd wat de ervaringen op die termijnen waren.

Resultaten

De evaluatie vond plaats tussen 2004 en 2009. De trainingen werden door de auteur landelijk gehouden met ondersteuning van gecertificeerde opleidingsbureaus. De begeleiding van de patiënten vond plaats in de regio Zuid Holland, deels op eigen initiatief door middel van directe benadering van de patiënt vanuit mijn functie als apotheker, deels onder verantwoordelijkheid van de toetsingscommissie van een algemeen ziekenhuis.

De aantallen en gegevens van de cursisten en patiënten staan vermeld in tabel 1.

	cursisten	**patiënten**
aantal deelnemers	120	6
aantal respondenten	84	6
leeftijd (jaar)	21-60	19-78
man/vrouw (%)	30/70	2/4
opleidingsniveau (MBO/HBO/VWO) (%)	78/2/20	84/16/-

Tabel 1

De cursisten (120), met een respons van 70% (84) beoordeelden in 80% van de gevallen de trainingen met een 8 (schaal 1-10; 10 is goed); in 20% van de gevallen werd het resultaat van de training als onvoldoende of niet relevant aangemerkt. Onder relevantie werd verstaan dat de casussen niet aansloten op hun eigen praktijksituatie. De personen (8), die negatief waren, gaven geen nadere uitleg.

Alle patiënten (6) beoordeelden de interventies volgens Prismagister als zeer doeltreffend en accuraat. Na 1 jaar kwam daar het goed gevoel van berusting bij en na 2 jaar een vorm van acceptatie. Geen van de patiënten gaf aan spijt te hebben van het verloop van de afhandeling en het anders te willen. De meesten bleven wel boos over het feit, dan de organisaties niets van zich lieten horen over eventuele verbeteringen. Het gevoel overheerste, dat het incident ”voor niets” was gebeurd. De kwaliteitsrapportage van het voorval is echter voornamelijk bedoeld voor intern gebruik (3). Dit bleek nog te weinig naar patiënten gecommuniceerd te worden.

In 1 patiëntcasus zijn ook andere zorgverleners getraind, die bij het incident betrokken waren. Hiervan is geen evaluatie opgesteld.

Discussie

Het bleek mogelijk om met een vast stramien van afhandeling zowel patiënten als zorgverleners tevreden te stellen en zekerheid te geven zowel in lesomgeving met waargebeurde casussen als met patiënten, die gedupeerd waren en benaderd waren om hun voorval volgens het stramien af te handelen. Omdat de afhandeling zowel een vakinhoudelijke, gericht op het voorval zelf, als een psychologische component kent, was van te voren een lagere tevredenheidscore geschat, tussen 50-70%. Het resultaat was echter beter (80-100%). Daardoor kon in de huidige opzet het resultaat als effectvol aangemerkt worden.

De evaluatievragen voor de cursisten en tevredenheidvragen voor de patiënten zijn niet van te voren gevalideerd door deze eerst voor te leggen aan onderwijskundigen en een panel van

deskundigen respectievelijk. De vragen zijn betrokken uit een eerder onderzoek naar cultuurveranderingen (4). Het aantal trainingen is beperkt tot 8 in 5 jaar tijd met een gemiddelde deelname van 15 cursisten per training. Opvallend was de 80-20 verhouding, waarbij de cursisten, die de training met een onvoldoende beoordeelden, niet nader konden worden geïnterviewd, omdat men had aangegeven, geen contact meer te willen onderhouden.

Bij de patiënten en de familieleden speelden emoties een grote rol. Toch wisten de meesten heel rationeel hun (on)tevredenheid aan te geven. Opvallend bij deze groep is het nuttigheidsgevoel. Pa of ma is niet voor niets gestorven, want deze medische fout kan gelukkig niet meer gebeuren. Aan dit punt dient veel meer aandacht te worden geschonken, vooral door de Inspectie van Gezondheidszorg. De Inspectie kijkt daarbij vaak naar de statistiek, in plaats van de individuele schrijnende gevallen. Daarbij kan opgemerkt worden, dat de individuele gevallen juist de BIG geregistreerde professionals zijn die als voorbeeld van kwaliteitsverbetering worden gesteld (in tuchtzaken), waarbij vele andere zorgverleners niet in beeld komen. Bovendien worden alleen aangeklaagden berecht, terwijl vaak meerdere professionals bij een incident betrokken zijn.

Conclusies

Prismagister is een beproefde afhandelingmethode van (ernstige) incidenten in de zorg.
De resultaten van Prismagister zijn goed meetbaar in trainingen en in de praktijk. Prismagister vergt ervaring in zowel de brede vakinhoudelijke gezondheidszorg als in de juiste psychotherapeutische benadering.

Bronnen

R. Willems, november 2004, Hier werk je veilig, of je werkt hier niet

T.W. van der Schaaf, M.M.P. Habraken, Prisma methode, medische versie, korte omschrijving http://www.zorgvoorveilig.nl/FTP_NHG/3/PRISMA_methode,%20medische%20versie%20jun05.pdf (internet link)

Uitspraak gerechtshof Leeuwarden, 8 december 2008, zie internetlink: http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/Veilig-melden-vereist-wetgeving.htm

www.nivel.nl; CQ-index (consumer quality index).