2021

Verbetering claimant tevredenheid schadebehandelingsproces medische aansprakelijkheidsclaim

UNIVERSITY OF TWENTE.

MediRisk
samen alert op veiligheid

Bachelor Gezondheidswetenschappen
Bachelor opdracht: GZW-202018

Fleur Schapers

Begeleiders:
Prof.dr.ir. E.W. (Erwin) Hans
mr. R.C. (Renée) Dekker
mr. G. (Gert) Klay

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor scriptie 'Verbetering claimant tevredenheid schadebehandelingsproces medische aansprakelijkheidsclaim'. Deze scriptie is geschreven in het kader van de bachelor afstudeeropdracht voor de studie Gezondheidswetenschappen (GZW) aan de Universiteit Twente (UT). Deze bachelor scriptie is geschreven in de periode van februari tot juli 2021.

Als eerste wil ik graag mijn eerste begeleider, Erwin Hans, bedanken voor zijn hulp en goede feedback. Hij was altijd bereikbaar voor vragen en zijn enthousiasme was erg motiverend. Daarnaast wil ik graag Renée Dekker, mijn tweede begeleider, bedanken voor haar juridische blik en kennis van het gezondheidsrecht. Door al het meedenken en delen van haar ervaring ben ik nog enthousiaster geworden over het gezondheidsrecht en ga ik hier zeker mee verder! Ook wil ik graag mijn externe begeleider, Gert Klay, bedanken voor de fijne samenwerking en de leuke werkzaamheden die ik heb mogen doen. In de afgelopen paar maanden heb ik veel kunnen en mogen leren over MediRisk en het schadebehandelingsproces. Tot slot wil ik graag iedereen bij MediRisk bedanken voor het meedenken en alle hulp die ik gekregen hebben bij het zoeken naar de benodigde informatie. Zonder deze informatie had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Veel leesplezier,

Fleur Schapers

Breedenbroek, 2 juli 2021

Samenvatting

MediRisk is een onderlinge waarborgmaatschappij van een 45-tal algemene ziekenhuizen, aanverwante instellingen en huisartsenposten in Nederland. MediRisk verzekert daarmee ongeveer 50% van de algemene ziekenhuizen in Nederland voor het risico van medische aansprakelijkheid. Naast de claimbehandeling houdt MediRisk zich ook bezig met het medisch risicomanagement. Samen met de leden wordt gekeken hoe schade voorkomen kan worden en worden de claimkenmerken en claimdata gebruikt om kennis hierover te delen en daarvoor onder andere preventieprogramma's ontwikkeld en geïmplementeerd.

Verzekeraars beseffen dat medische incidenten een grote impact hebben op alle betrokkenen. Het medische incident kan een grote invloed hebben op de toekomst van een claimant/patiënt. Het behandelproces van een schadeclaim en alles wat daarna volgt is voor de claimant en zijn of haar naasten erg belastend. Het schadebehandelingsproces kan heel complex en enorm belastend zijn. Door sterk toegenomen informatiemogelijkheden als internet worden claimanten/patiënten mondiger. Daarnaast neemt de vertegenwoordiging door belangenbehartigers de laatste jaren sterk toe. Deze ontwikkelingen hebben niet altijd een positief effect op de doorlooptijd of al gegeven complexiteit van het schadebehandelingsproces.

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe de claimant tevredenheid over het schadebehandelingsproces verhoogd kan worden. MediRisk wil zich hierbij richten op het behoud van vertrouwen en het vinden van een oplossing. De hypothese van dit onderzoek is: *"Als de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces van MediRisk aangepakt worden, zal de claimant tevredenheid verbeteren".* De onderzoeksvragen zijn:

1. Wat zijn de huidige negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces?
2. Welke verwachtingen heeft de claimant van het schadebehandelingsproces en hoe wordt hij daarbij geïnformeerd en geholpen?
3. Welke interventie(s) zijn er nodig om de ervaring van de claimant te verbeteren?
   a. MediRisk overweegt om van een procesgerichte aanpak naar een casemanagement aanpak te gaan, maar wat houdt dit precies in?

Het onderzoek is uitgevoerd door gesprekken te voeren met de medewerkers van MediRisk. Daarnaast is het ervaringsonderzoek (wat gestart is op 1-1-2021) gebruikt om de verwachtingen en ervaringen van claimanten in kaart te brengen. Ook de beschikbare literatuur over het schadebehandelingsproces en de eerder uitgevoerde onderzoeken zijn gebruikt om tot een goed antwoord te komen.

Uit het onderzoek is gebleken dat de grootste negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces de doorlooptijd en informatievoorziening zijn. Daarnaast wordt het schadebehandelingsproces als zeer belastend ervaren. De mate waarin er door MediRisk begrip en medeleven is getoond scoort gemiddeld een 3.5, de duidelijkheid van de gegeven informatie scoort gemiddeld een 5.0 en de snelheid waarmee de informatie is ontvangen door de claimant scoort gemiddeld een 4.2. Alle scores zijn op een schaal van 0-10.0. Uit het onderzoek is ook gebleken dat de planning van het schadebehandelingsproces mede voor de langere doorlooptijd zorgt.

Om de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces te verbeteren, is er een aantal interventies dat moeten worden ingevoerd. Om de claimant tussentijds op de hoogte te houden van het schadebehandelingsproces moeten er meer 'status updates' verstuurd

worden. Zodra de status van een dossier verandert in VobeSoft zou er in MijnMediClaim.nl een informatiebrief moeten worden geüpload met welke stap er gezet is en wat er nu gaat komen. Op deze manier wordt de claimant meer betrokken bij en op de hoogte gehouden van het schadebehandelingsproces. Om van een procesgerichte aanpak over te gaan naar een casemanagement aanpak is het van belang dat er een casemanager wordt aangesteld. Dit moet iemand zijn die niet betrokken is bij het schadebehandelingsproces. De casemanager is het centrale aanspreekpunt voor zowel de claimant, de schadebehandelaar en de schaderegelaar. Ook moet de planning van de schadebehandelaars worden aangepast.

Om de doorlooptijd te verkorten moet er gebruikt gemaakt worden van het Pooling Principle. Er zijn verschillende mogelijkheden om invulling te geven aan het Pooling Principle. Er moet ook een flexibele schil toegevoegd worden aan het schadebehandelingsproces. Deze flexibele schil zorgt voor meer doorstroming en een reductie van de doorlooptijd.

De komende jaren moet MediRisk de resultaten van het ervaringsonderzoek blijven analyseren om mogelijk nieuwe verbeterpunten aan te kunnen pakken. Daarnaast is de aanbeveling om vervolgonderzoek te doen naar de mogelijkheid om het proces van de fast lane dossiers aan te passen. Mogelijk kunnen de zorginstellingen meer claims zelf afhandelen. Hierover moet MediRisk in gesprek gaan met de zorginstellingen. Daarnaast moeten de voor- en nadelen van de verschillende veranderingen van het schadebehandelingsproces besproken worden met de schadebehandelaars. Er moet een afweging gemaakt worden wat de beste werkwijze voor MediRisk is.

In dit onderzoek zijn de eerste stappen gezet naar een verbetering van de claimant tevredenheid door aanpassing(en) in het schadebehandelingsproces. Door andere negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces ook aan te pakken, kan MediRisk ervoor zorgen dat de claimant tevredenheid nog meer verbetert.

Begrippenlijst

Accounthouder = Elke zorginstelling heeft binnen MediRisk een eigen account verantwoordelijke. Dit kunnen meerdere personen zijn. Altijd een vast aanspreekpunt voor de zorginstelling.

AVG = Algemene verordening gegevensbescherming.

Belangenbehartiger = een persoon die de claimant bijstaat en vertegenwoordigt tijdens het schadebehandelingsproces.

Fast lane dossier = De schade valt onder het bedrag van 5.000 Euro. Het ziekenhuis handelt deze claim dan zelf af.

GOMA = Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid.

GBL = Gedragscode Behandeling Letselschade. Gedragsregels voor verzekeraars, belangenbehartigers en claimanten.

NKL = Nationaal Keurmerk Letselschade. Een Keurmerk van De Letselschade Raad voor de belangenbehartigers.

O.W.M. = Onderlinge waarborgmaatschappij.

Wkkgz = Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord **1**

Samenvatting **2**

Begrippenlijst **4**

Inhoudsopgave **5**

1 Inleiding **7**

1.1 Context *7*
1.1.1 MediRisk 7
1.1.2 Het schadebehandelingsproces 9

1.2 Probleemstelling *10*

1.3 Doel van het onderzoek met Onderzoeksvragen *11*

2 Diagnose **12**

2.1 Huidige situatie *12*
2.1.1 De stappen van het schadebehandelingsproces 12
2.1.2 Ervaringsonderzoek 14
2.1.3 Informatievoorziening 15
2.1.4 Belangenbehartigers 15
2.1.5 Schaderegelaars 16
2.1.6 Casemanagement 16
2.1.7 Wetgeving 17
2.1.8 De invloed van COVID-19 17

2.2 Besturing *18*
2.2.1 Belanghebbende(n) 19
2.2.2 Planning van het proces 19
2.2.3 Sturing 23
2.2.4 Safety II methodiek 23

2.3 Prestatie *24*
2.3.1 Doorlooptijd 24
2.3.2 Prestatie-indicatoren 26
2.3.3 Streefnormen 26
2.3.4 Uitkomsten ervaringsonderzoek 27
2.3.5 Onderzoek claimant ervaringen schadebehandelingsproces 28
2.3.6 Eerder onderzoek MediRisk 29
2.3.7 Wet van Little en Pooling Principle 30

2.4 Conclusie en afbakening van het onderzoek *32*
2.4.1 Antwoord op onderzoeksvraag 1 32
2.4.2 Antwoord op onderzoeksvraag 2 32
2.4.3 Antwoord op onderzoeksvraag 3 33
2.4.4 Afbakening van het onderzoek 33

3 Mogelijke interventies **34**

3.1 Casemanagement aanpak *34*

3.2 Planning *34*

3.3 Informatievoorziening *36*

4 Aanbeveling **37**

5 Conclusie **38**

6 Discussie **39**

Bijlage A Ervaringsonderzoek medische aansprakelijkheid **40**

Bijlage B Uitleg casemanagement uit jaarplan 2020 ..... **44**

Bijlage C Doorlooptijden **45**

Bijlage D Probleemkluwen **46**

Bijlage E Zoektabel **47**

Referenties **48**

1 Inleiding

Voor MediRisk is het noodzakelijk om haar schadebehandelingsproces continu te evalueren en te verbeteren. Hierbij is een claimant vriendelijke en open benadering het uitgangspunt. De ervaringen van claimanten spelen dus een belangrijke rol bij dat verbetertraject. Uit het onderzoek van de Universiteit van Utrecht [1] is gebleken dat het in het belang van de claimant is om letselschadezaken eerlijker, transparanter en sneller af te wikkelen. Heldere communicatie en verwachtingsmanagement helpen hier goed bij. Procedurele rechtvaardigheid, zoals een eerlijk en soepel traject waarin de claimant nog voldoende invloed kan uitoefenen, is een van de aspecten die naar voren komt in het onderzoek. Dit onderzoek maakt duidelijk dat er aan alle kanten van het proces werk aan de winkel is. Dr. Rianka Rijnhout (Universitair hoofddocent en onderzoekster aan de Universiteit van Utrecht, departement Rechtsgeleerdheid) stelt dat samenwerking erg belangrijk is. Zij zegt: “we moeten gezamenlijk zoeken naar een oplossing voor de claimanten met empathie” [1]. Voor iedere betrokken partij is het dus belangrijk om het proces te evalueren en verbeteren. Het toepassen van een casemanagement aanpak zou hierbij kunnen helpen.

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe de claimant tevredenheid over het schadebehandelingsproces verhoogd kan worden. MediRisk wil zich hierbij richten op het behoud van vertrouwen en het vinden van een oplossing. Dit wordt onder andere gedaan door de verwachtingen en ervaringen van claimanten in kaart te brengen door middel van het ervaringsonderzoek.

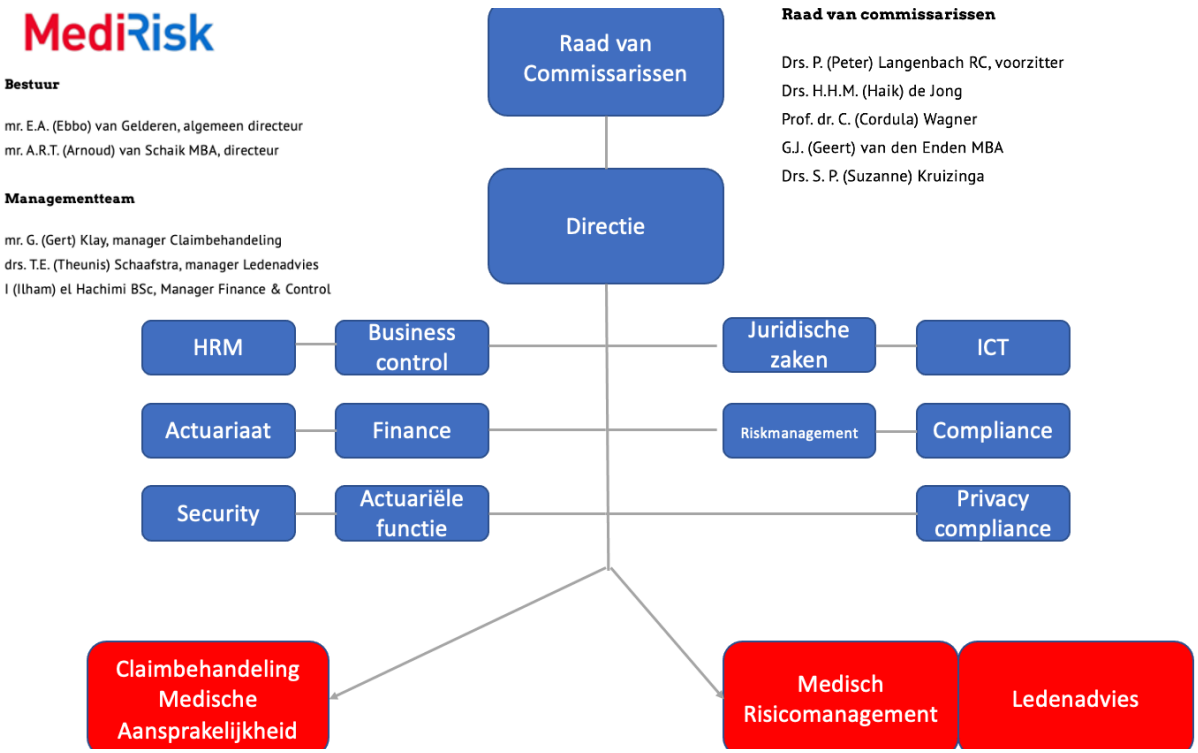
Sectie 1.1 behandelt de context van dit onderzoek. Sectie 1.2 bespreekt de probleemstelling en Sectie 1.3 gaat in op de doelstelling en onderzoeksvragen.

1.1 Context

1.1.1 MediRisk

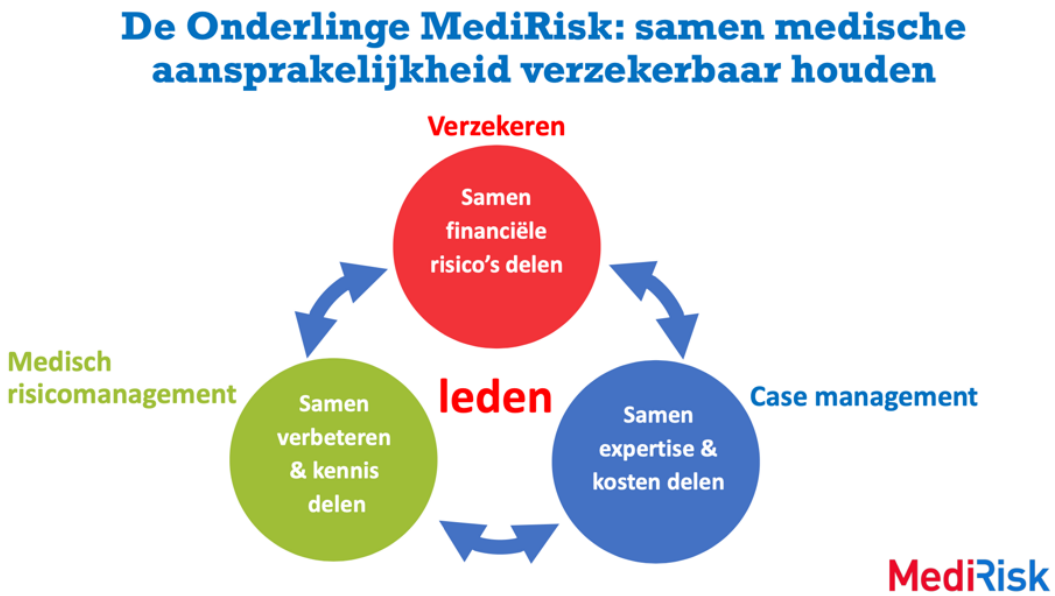
MediRisk is een onderlinge waarborgmaatschappij [2] van een 45-tal algemene ziekenhuizen, aanverwante instellingen en huisartsenposten in Nederland. MediRisk verzekert daarmee ongeveer 50% van de algemene ziekenhuizen in Nederland voor het risico van medische aansprakelijkheid. Academische ziekenhuizen zijn niet aangesloten bij MediRisk, omdat zij over het algemeen eigen risicodrager zijn. De andere 50% van de algemene ziekenhuizen is verzekerd bij een andere Onderlinge (Centramed) of elders (zoals VvAA voor zelfstandig gevestigde individuele zorgverleners). MediRisk, Centramed en VvAA zijn de drie Nederlandse verzekeraars voor medische aansprakelijkheid. Het kantoor van MediRisk is gevestigd in Utrecht.

Naast de claimbehandeling houdt MediRisk zich ook bezig met het Medisch Risicomanagement (zie afbeelding 1 voor een organigram van MediRisk). Samen met de leden wordt gekeken hoe schade voorkomen kan worden en worden de claimkenmerken en claimdata gebruikt om kennis hierover te delen en daarvoor onder andere preventieprogramma’s ontwikkeld en geïmplementeerd. De ziekenhuizen hebben zich verenigd om de (kennis over de) risico’s van het vak met elkaar te delen en de kosten te dragen en te beperken, alles gericht op verzekerbaarheid en het beperken van risico’s en claims, voorspelbaarheid en wendbaarheid. In O.W.M. MediRisk zijn de ziekenhuizen als leden vertegenwoordigd, zij werkt zonder winstoogmerk.



Afbeelding 1: Organigram MediRisk.

De missie van MediRisk is om er samen met de leden voor te zorgen dat de verzekering van de medische aansprakelijkheid van een zorginstelling betaalbaar blijft. Mede daardoor worden de risico's continu in kaart gebracht en teruggeven aan de leden. De leden van MediRisk leren van de ingediende claims, waarmee preventie en Medisch Risicomanagement kan worden ingezet. Mocht er een medisch incident ontstaan, zorgt MediRisk samen met het betreffende ziekenhuis dat de medische aansprakelijkheidsclaim zorgvuldig in behandeling wordt genomen en afgewikkeld. Afbeelding 2 geeft een schematische weergave van de activiteiten van de Onderlinge MediRisk.



Afbeelding 2: de Onderlinge MediRisk (via SharePoint MediRisk, uit jaarplan 2020)

1.1.2 Het schadebehandelingsproces

Om te bepalen of de zorgverlener aansprakelijk is voor het medisch incident, moeten er een aantal stappen worden doorlopen. Als er een schadecomponent is, kan er een medische aansprakelijkheidsclaim worden ingediend. Binnen deze processtappen zijn veel verschillende partijen betrokken, denk hierbij aan de zorgverleners van het ziekenhuis, de claimant (met of zonder belangenbehartiger) en een schadebehandelaar. Bij het vaststellen van de schade kan het noodzakelijk zijn om een medisch adviseur in te schakelen voor advies. Nadat een nieuwe claim ontvangen is bij MediRisk moeten de verstrekte gegevens worden gecontroleerd en de benodigde gegevens, zoals een medisch dossier, met toestemming van de betrokken claimant, worden opgevraagd. Pas als alle informatie binnen is kan een aanvraag voor medisch advies worden gedaan en met dit advies kan er een standpunt worden ingenomen. De claim kan worden erkend, afgewezen of er kan een minnelijke regeling worden getroffen, zonder erkenning van de aansprakelijkheid. Als de claimant het niet eens is met dit standpunt kan er (gezamenlijk) voor worden gekozen om een gerechtelijke procedure te starten of een onafhankelijk expert te vragen of er medisch zorgvuldig is gehandeld. Het gaat hier meestal om een deelgeschil om te komen tot expertise.

Het schadebehandelingsproces duurt in bijna alle gevallen ten minste een aantal maanden. Het totale proces van vaststelling van de schade na erkenning neemt vaak nog meer tijd in beslag. De mediaan van het schadebehandelingsproces is 2.3 jaar. Het proces kent veel stappen en betrokken partijen. Het opvragen van bijvoorbeeld het medisch dossier neemt veel tijd in beslag waardoor het gehele proces voor de inname van het standpunt lang kan duren. Na de standpuntinname gaat het grootste deel van de tijd naar het vaststellen van de (medische) gevolgen van de fout. Daarna wordt er gekeken naar de schade die daarmee samenhangt. Dit proces kan jaren duren, zeker als het gaat om de (medische) gevolgen van een fout bij een kind. De claimant is in veel gevallen afhankelijk van externe partijen. MediRisk is in het geval van een expertise traject of gerechtelijke procedure ook afhankelijk van externe actoren die het schadebehandelingsproces beïnvloeden.

De GOMA [3] is een gedragscode die in het leven is geroepen om de afhandeling van medische schade transparanter en sneller te maken. Door de GOMA is de positie van de claimant verbeterd. De GOMA [3] kent richtlijnen voor doorlooptijden en te nemen acties voor de verschillende processtappen om de positie van de claimant te verbeteren, dit is tot aan de standpuntinname. Het informeren van claimanten, de schade beperken en het uitwisselen en verzamelen van medische informatie zijn voorbeelden van de hoofdlijnen die in de GOMA worden benoemd [3]. Binnen de GOMA ligt de nadruk op de communicatie tussen de verschillende partijen. Het proces na de erkenning van de schade is onderhevig aan de GBL. De GBL is een gedragscode die door het Verbond van Verzekeraars bindend is verklaard voor alle leden. In de eerste 3 maanden van het schadebehandelingsproces moet de GOMA-intake plaatsvinden. Bij deze intake gaat de schaderegelaar in gesprek met de claimant over het medische incident en de persoonlijke situatie van de claimant.

Op dit moment werkt de Letselschade Raad aan een herziening van de GOMA [4]. De Letselschade Raad wil met deze herziening een gedragscode ontwikkelen die breed wordt ondersteund door alle beroepsbeoefenaren en organisaties. In de herziene versie zal onder andere de Wkkgz geïntegreerd worden en de GOMA zal beter toepasbaar zijn voor eerstelijns zorgverleners [4].

1.2 Probleemstelling

Verzekeraars beseffen dat medische incidenten een grote impact hebben op alle betrokkenen. Denk bijvoorbeeld eens aan het missen van een diagnose waardoor de kans op herstel lager is of het raken van een zenuw tijdens een operatie waardoor er blijvende schade zoals verlamming optreedt. Deze zaken kunnen een grote invloed hebben op de toekomst van een patiënt. Het behandelproces van een schadeclaim en alles wat daarna volgt is voor de claimant en zijn of haar naasten erg belastend. Het schadebehandelingsproces kan heel complex zijn. Wijzigingen in regelgeving en ontwikkelingen in de jurisprudentie zorgen daarnaast voor (verplichte) veranderingen in de aanpak. Door sterk toegenomen informatiemogelijkheden als internet worden claimanten/patiënten mondiger. Daarnaast neemt de vertegenwoordiging door belangenbehartigers de laatste jaren sterk toe. Deze ontwikkelingen kunnen enerzijds een positief effect hebben op de uitkomst van het proces voor de claimant, maar niet altijd op de doorlooptijd of al gegeven complexiteit van het schadebehandelingsproces.

Het schadebehandelingsproces is voor niet-deskundigen een complex en onduidelijk proces. Het proces wordt gekenmerkt door medisch-technische en juridische beslissingen en mijlpalen. Naast een medisch inhoudelijke beslissing over het medisch handelen vindt er een juridische beoordeling plaats of dit handelen onzorgvuldig is geweest. De vraag is of specifiek dit handelen heeft geleid tot schade en, zo ja, in welke mate. In medische zaken is dat extra lastig aangezien claimanten al met medische problemen kampten ten tijde van het medisch incident, zodat bepaald moet worden welke schade aan het onzorgvuldig handelen valt toe te wijzen. Dit hele proces is complex, voor claimanten vaak veel te technisch en te juridisch. Daarnaast vereist een goede beoordeling langdurig (extern en onafhankelijk) onderzoek. De belasting in tijd en emotie voor de claimant die ook al met de medische gevolgen kampt is groot.

Technische ontwikkelingen en toegenomen mondigheid bij claimanten en verzekerden dwingen de verzekeraar (en andere betrokken partijen) daarbij tot meer snelheid, meer claimant gerichtheid en meer proceseconomische afwegingen. Met het primaire belang van onze verzekerden voor ogen dient de behandeling dus zowel efficiënter, maar ook duidelijker, voortvarender en minder complex te worden.

De juridiserende en procesgerichte aanpak van afgelopen decennia verhoudt zich dus niet tot die efficiënte, voortvarende en claimant gerichte afwikkeling. De unieke kenmerken van de individuele claims binnen de medische aansprakelijkheid lenen zich echter ook niet voor een gestandaardiseerde, uniforme of geautomatiseerde aanpak zoals bij andere verzekeringsproducten. De eigenheid van de medische aansprakelijkheidsclaims is niet te vergelijken met de 'normale' letselschade. MediRisk wil daarom een casegerichte aanpak toe passen met een open en op herstel en compensatie van schade gerichte benadering (zie bijlagen B). Het verhogen van de claimant tevredenheid is een van de hoofdpunten binnen deze aanpak. De hypothese van dit onderzoek is: *"Als de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces van MediRisk aangepakt worden, zal de claimant tevredenheid verbeteren".*

1.3 Doel van het onderzoek met Onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om te bepalen hoe de claimant tevredenheid over het schadebehandelingsproces verhoogd kan worden. Dit doen we onder andere door de verwachtingen en ervaringen van claimanten in kaart te brengen. Het is van belang om tot een werkwijze te komen waarin de belangen van claimant en zorgaanbieder hand in hand gaan.

Om tot deze werkwijze te komen zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Wat zijn de huidige negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces?
2. Welke verwachtingen heeft de claimant van het schadebehandelingsproces en hoe wordt hij daarbij geïnformeerd en geholpen?
3. Welke interventie(s) zijn er nodig om de ervaring van de claimant te verbeteren?
    a. MediRisk overweegt om van een procesgerichte aanpak naar een casemanagement aanpak te gaan, maar wat houdt dit precies in?

Om bovenstaande vragen te beantwoorden, zullen er verschillende methoden worden gebruikt. De ervaring van de claimant wordt in kaart gebracht met behulp van het ervaringsonderzoek. Deze vragenlijst is te vinden in bijlagen A. De uitkomsten van deze vragenlijst zullen in hoofdstuk 2 Sectie 2.3.4 worden besproken. Met behulp van deze uitkomsten zal er een probleemkluwen worden opgesteld om de mogelijke verbeterpunten van het schadebehandelingsproces te bepalen. Met deze informatie kunnen onderzoeksvraag 1 & 2 worden beantwoord.

Om onderzoeksvraag 3 en subvraag 3a te beantwoorden zal er een diagnose worden gemaakt van de huidige situatie, besturing en prestatie van het schadebehandelingsproces van MediRisk om de mogelijke interventies en/of de negatieve aspecten in kaart te brengen. Er zal ook literatuuronderzoek worden gedaan naar het verschil tussen een procesgerichte en casegerichte aanpak. Daarnaast zullen er gesprekken worden gevoerd met medewerkers en leden van MediRisk om in kaart te brengen waar er knelpunten zitten en welke stappen er gezet moeten worden om dit op te lossen.

2 Diagnose

Het schadebehandelingsproces kan worden ervaren als een langdurig en complex proces [1]. Er zijn veel partijen bij betrokken, waarbij de claimant de belangrijkste belanghebbende is. Doordat er veel verschillende partijen betrokken zijn bij het proces kunnen er meerdere knelpunten ontstaan. Dit hoofdstuk bespreekt de huidige situatie, besturing en prestatie van het schadebehandelingsproces van MediRisk.

In Sectie 2.1 zal de huidige situatie van het schadebehandelingsproces worden besproken. Sectie 2.2 gaat in op de besturing van het schadebehandelingsproces. Sectie 2.3 bespreekt de huidige prestatie van MediRisk. Tot slot resumeren we in Sectie 2.4 en wordt de afbakening van het onderzoek bepaalt.

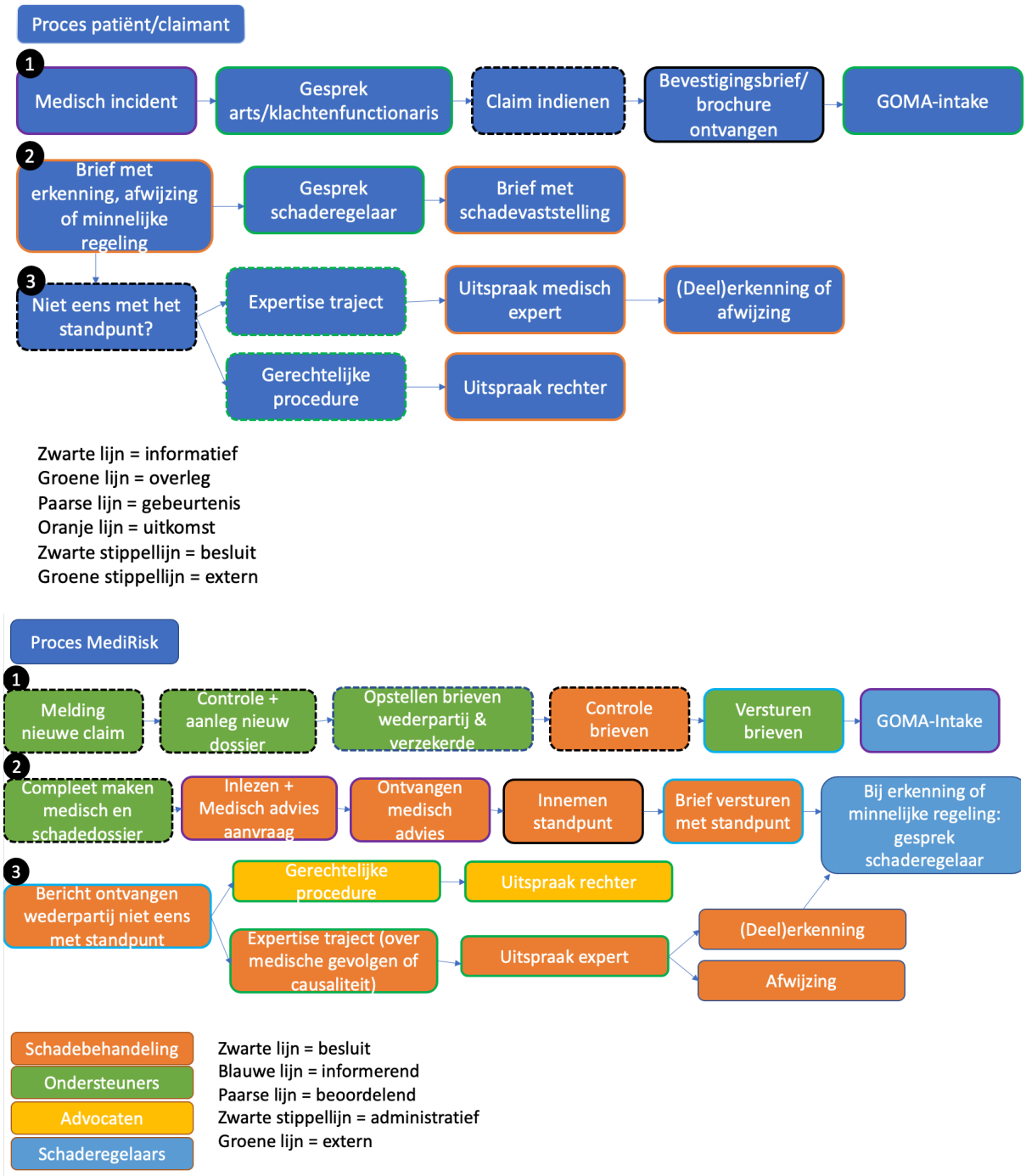
2.1 Huidige situatie

2.1.1 De stappen van het schadebehandelingsproces

In Sectie 1.1.2 is het schadebehandelingsproces al even kort besproken. Het is een erg complex proces door de vele stappen en betrokken partijen. Nadat een medisch incident heeft plaatsgevonden en de patiënt de betrokken arts en/of de klachtenfunctionaris heeft gesproken over de schadecomponent, wordt er een claim ingediend. In afbeelding 3 is te zien dat een nieuwe claim in ontvangst wordt genomen door de ondersteuners van MediRisk. De zorginstelling heeft deze claim geüpload in mijnMediRisk.nl en de ondersteuners krijgen een mail van deze nieuwe melding. Alle dossiers komen op dezelfde manier binnen. Er wordt geen onderscheidt gemaakt tussen lichte en zwaardere dossiers. De ondersteuners leggen het dossier aan, checken de gegevens, versturen de eerste brieven naar de wederpartij, starten het GOMA-proces en zetten het dossier op naam van de desbetreffende accounthouder van de zorginstelling. De accounthouder (een jurist-schadebehandelaar) gaat daarna met het dossier aan de slag. Er wordt vanuit MediRisk ook altijd een persoonlijk gesprek aangeboden met een schaderegelaar om informatie over het schadebehandelingsproces te verstrekken en om de visie en persoonlijke situatie van de claimant te bespreken. Dit gesprek kan geweigerd worden door de claimant of belangenbehartiger van de claimant. Afbeelding 3 geeft ook het proces vanuit de claimant weer.

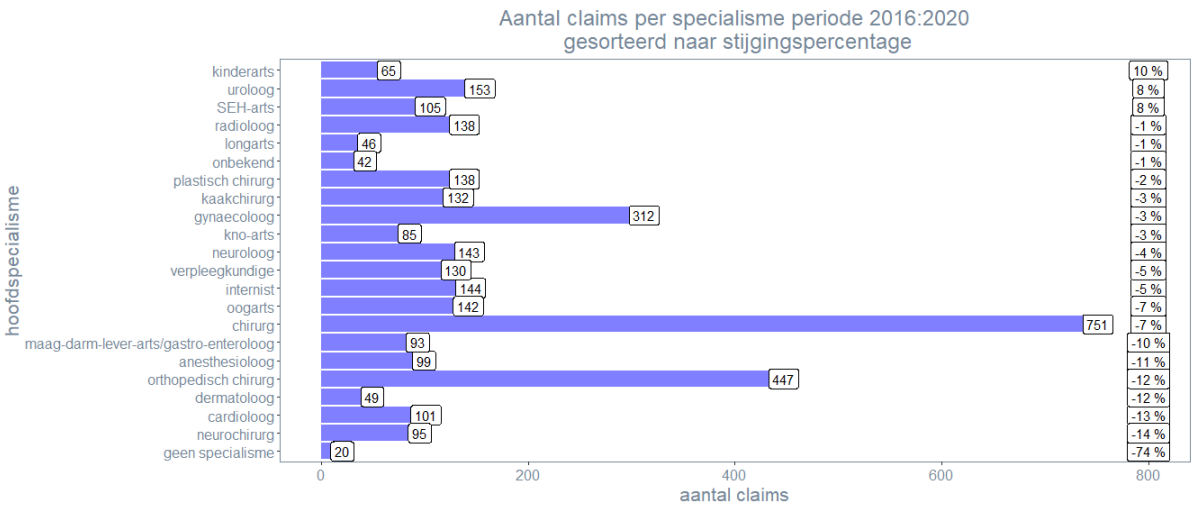
Om een standpunt in te nemen is het van belang dat de schadebehandelaar alle medische gegevens heeft. Deze gegevens moeten opgevraagd worden (na toestemming van de claimant) bij de desbetreffende zorginstelling en eventueel bij andere zorginstellingen en/of behandelaren. Zodra deze gegevens zijn ontvangen, wordt het dossier compleet gemaakt door de ondersteuners. Daarna kan de schadebehandelaar aan de slag met het dossier. De schadebehandelaar vraagt altijd eerst naar de visie van de betrokken arts. Als het mogelijk is wordt daarmee ook al een standpunt ingenomen. Als dit niet kan, of de visie van de betrokken arts alleen is niet genoeg, wordt er medisch advies ingewonnen.

Met behulp van het medische advies kan de schadebehandelaar een standpunt innemen. De medisch adviseur sluit altijd aan bij het specialisme van de claim. De claim kan worden erkend, afgewezen of er kan een minnelijke regeling worden getroffen. Als er wordt erkend of een minnelijke regeling wordt getroffen, komt de schaderegelaar weer in beeld om de schade te regelen. Mocht de claimant het niet eens zijn met het standpunt, dan kan er een gerechtelijke procedure of expertise traject worden gestart. Het expertise traject kan gaan over de medische gevolgen of de causaliteit. Door het starten van een gerechtelijke procedure of expertise traject neemt de doorlooptijd toe.



Afbeelding 3: procestappen schadeclaim.

In afbeelding 4 is het aantal claims per specialisme in de periode 2016 tot en met 2020 te zien. In deze afbeelding is te zien dat chirurgie, orthopedische chirurgie en gynaecologie de grootste groepen zijn. Het aantal claims binnen het specialisme van de kinderarts is het meeste toegenomen de afgelopen jaren. De specialismes zijn allemaal verschillend in omvang. Door het uitvoeren van meer ingrepen kunnen er ook meer claims gemeld worden. Door de ontwikkeling van het aantal claims per specialisme te monitoren, kan MediRisk inspelen op de trend die zich voordoet.



Afbeelding 4: Aantal claims per specialisme (via Data science MediRisk.

2.1.2 Ervaringsonderzoek

Om de ervaringen van claimanten in kaart te brengen is MediRisk (samen met Centramed en VvAA, onder leiding van Q-Consult Insurance) in januari 2021 gestart met het ervaringsonderzoek over het schadebehandelingsproces na het indienen van een medische aansprakelijkheidsclaim. De vragenlijst (zie bijlagen A) is uitgezet onder de claimanten die een claim hebben ingediend op of na 1 januari 2019. Maandelijks wordt er een nieuwe query gemaakt met de claimanten die op dat moment aan de selectiecriteria voldoen. Deze claimanten worden dan uitgenodigd voor het onderzoek. De selectiecriteria zijn:

- Gesloten claims: claims gesloten binnen 1 jaar (criteria 1).
- Gesloten claims: claims langer dan 1 jaar gelopen (criteria 2).
- Nog open claims: claims langer dan 1 jaar in behandeling (criteria 3).

De privacy van de claimant is gewaarborgd doordat de uitvoering van het onderzoek in handen ligt van een onafhankelijk onderzoeksbureau en het proces van vraagstelling en de beantwoording van vragen niet-herleidbaar is tot het claimdossier. De antwoorden zullen ook niet worden gebruikt in het claimdossier (voor zover nog lopend), daarmee heeft het wel of niet invullen van de vragenlijst ook geen effect op de afhandeling van de claim. Het invullen van de vragenlijst is vrijwillig en ingericht conform de eisen van de AVG.

Slachtofferhulp Nederland en Patiëntenfederatie Nederland zijn organisaties die opkomen voor de belangen van patiënten. Beide organisaties zijn betrokken bij het ervaringsonderzoek. De vragenlijst is voorafgaand aan het onderzoek met hen besproken en zij hebben, gebaseerd op hun ervaring, met betrekking tot het type vragen en de vraagstelling advies gegeven. Zij blijven betrokken bij het ervaringsonderzoek en worden op gezette tijden geïnformeerd over de resultaten en de voortgang.

In de eerste 5 maanden zijn er vanuit 173 claimanten uitgenodigd voor het ervaringsonderzoek. Tot nu toe hebben 44 claimanten (25%) de vragenlijst daadwerkelijk ingevuld. In totaal zijn er 568 claimanten uitgenodigd voor het ervaringsonderzoek. Van de 568 hebben 121 claimanten (21%) de vragenlijst ingevuld. Van de 44 claimanten van MediRisk is 64% vrouw en 36% man. De grootste groep (61%) valt in de leeftijdscategorie 51 tot en met 75 jaar. 27% is tussen de 25 en 50 jaar en 11% van de claimanten is ouder dan 75 jaar. Bij 30% van de claimanten was de behandeling van de schadeclaim afgerond. Bij 59% van de

claimanten was dit nog niet het geval. De overige 11% heeft voor de antwoordoptie ‘anders’ gekozen. Bij de antwoordoptie ‘anders’ kon de claimant een eigen antwoord invullen.

Een van de vragen in het onderzoek gaat over de belangrijkste redenen om een schadeclaim in te dienen. Hieronder volgt de top 5, 5 maanden na de start van het onderzoek, van de belangrijkste redenen. Er waren meerdere antwoordopties waarvan de claimant er 3 mocht kiezen.

1. Een vergoeding ontvangen voor de financiële gevolgen (68%)
2. Erkenning voor mijn leed (57%)
3. De kwaliteit en veiligheid van de zorg(instelling) verbeteren (43%)
4. Dat voorkomen kan worden dat het andere zal overkomen (36%)
5. Bereiken dat er naar me geluisterd zou worden (27%)

Uit de eerste resultaten van het ervaringsonderzoek is gebleken dat de claimant het meest ontevreden is over de doorlooptijd en informatievoorziening van het schadebehandelingsproces. Sectie 2.3.4 gaat verder in op de resultaten van het ervaringsonderzoek.

2.1.3 Informatievoorziening

Volgens de richtlijnen van de GOMA moet een claimant goed geïnformeerd zijn over het schadebehandelingsproces. De claimant ontvangt altijd een ontvangstbevestiging en een online brochure nadat de claim is ingediend. In deze brochure staat algemene informatie over MediRisk en het schadebehandelingsproces. Er wordt ook een persoonlijk gesprek aangeboden met een van de schaderegelaars. Dit is niet verplicht, maar laat wel zien dat MediRisk iets extra’s wil doen voor de claimant. Tijdens een persoonlijk gesprek wordt het hele schadebehandelingsproces uitgelegd en praat de schaderegelaar met de claimant over zijn/haar persoonlijke situatie. De claimant moet volgens de richtlijnen van de GOMA altijd op de hoogte gebracht worden gehouden van eventuele stappen die genomen zijn of wanneer het langer duurt dan verwacht of eerder gecommuniceerd. Deze communicatie verloopt schriftelijk dan wel telefonisch. De officiële besluiten en informatie worden altijd schriftelijk bevestigd. Als de claimant een belangenbehartiger heeft, is er geen directe communicatie tussen MediRisk en de claimant. MediRisk onderhoudt het contact met de belangenbehartiger en de belangenbehartiger wordt geacht dit door te geven aan zijn cliënt.

2.1.4 Belangenbehartigers

In de afgelopen jaren is het aantal claims waarin de claimant wordt vertegenwoordigd door een belangenbehartiger aanzienlijk gestegen. Op dit moment heeft ongeveer 80% van de dossiers een belangenbehartiger. Een belangenbehartiger kan een letselschadeadvocaat, letselschadejurist, letselschade expert, rechtsbijstandsverzekeraar of iemand anders zijn die de claimant gedurende het schadebehandelingsproces bijstaat. Om ervoor te zorgen dat de claimant verzekerd is van een klantgerichte en hoge kwaliteit dienstverlening van de belangenbehartiger, heeft De Letselschade Raad het Nationaal Keurmerk Letselschade (NKL) ingevoerd. Het NKL bevat alleen organisaties die bereid zijn om volgens kwaliteits- en gedragsregels binnen de letselschadebranche werkzaam te zijn. Deze gedragsregels zijn opgesteld door De Letselschade Raad. De aangesloten organisaties nemen deel aan een audittraject en staan hierbij open voor mogelijke verbeteringen. Voor de claimant is het, dankzij het NKL, makkelijker om een belangenbehartiger te kiezen waar de belangen van de claimant veilig zijn. Daarnaast zorgt het NKL ervoor dat er met een grote mate van zekerheid

gezegd kan worden dat de claimant wordt bijgestaan door een vakbekwame belangenbehartiger.

2.1.5 Schaderegelaars

Naast de schadebehandelaar is er de schaderegelaar. Aan het begin van het schadebehandelingsproces bieden zij een persoonlijk gesprek aan en doen ze de GOMA-intake. Tijdens deze intake bespreken ze de persoonlijke situatie en visie van de claimant. De schaderegelaar probeert de schade zo goed mogelijk in kaart te brengen. Daarnaast proberen de schaderegelaars zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de claimant. Dit bevordert de schadeafhandeling. Als de aansprakelijkheid is erkend of als er een minnelijke regeling wordt getroffen regelen de schaderegelaars de schade. Binnen MediRisk zijn er ook een aantal schadebehandelaars met een dubbelfunctie. Zij zijn schadebehandelaar en schaderegelaar. In sommige gevallen regelt de schadebehandelaar zelf de schade.

De schaderegelaars van MediRisk zien veel verschil tussen de verschillende belangenbehartigers. Er wordt goed samengewerkt of ze staan lijnrecht tegenover elkaar. In sommige gevallen ontstaat er echt een conflict. Er wordt dan ook geroepen dat MediRisk zeer slecht is en er alles aan doet om de aansprakelijkheid af te wijzen. Soms stapt de claimant zelfs naar de rechter. Met goed contact, en om los te komen van het conflictmodel, is het regelen van de schade over het algemeen makkelijker dan wanneer het contact erg stroef verloopt. Het is belangrijk dat de 2 partijen niet gaan zoeken naar tegenstellingen, maar praten vanuit de gezamenlijke belangen.

2.1.6 Casemanagement

Casemanagement wordt tegenwoordig steeds meer gebruikt in de gezondheidszorg in Nederland. Het is een bepaalde vorm van hulpverlening [5] (als het gaat over de gezondheidszorg) waarbij er wordt gekeken of de patiënt zoveel als mogelijk mee kan draaien in de maatschappij en wat voor hulp/ondersteuning diegene hierbij nodig heeft. Casemanagement wordt onder andere gebruikt bij patiënten met dementie en chronische aandoeningen. De nadruk ligt vaak meer op de begeleiding dan op de behandeling van deze patiënten. Er wordt een coördinator aangesteld die het aanspreekpunt van de patiënt(en) is. Deze coördinator zorgt ervoor dat alle hulpverlening op elkaar afgestemd is. Een van de kenmerken van casemanagement is dat de patiënt een sturende rol heeft in wat hij of zij nodig heeft. De coördinator gaat samen met de patiënt kijken naar wat er allemaal nodig is.

Casemanagement kan ook ingezet worden bij het schadebehandelingsproces. In 2019 is de pilot ‘Casemanagement medische incidenten’ van start gegaan [6]. Deze pilot is een samenwerking tussen Fonds Slachtofferhulp en zeven ziekenhuizen. Volgens Fonds Slachtofferhulp worden de mensen die te maken krijgen met een medisch incident niet goed bijgestaan, opgevangen en krijgen ze niet genoeg hulp aangeboden. In deze pilot zijn patiënten (en familie) bijgestaan door een casemanager. Deze casemanager biedt voornamelijk hulp bij praktische en juridische zaken en is volledig onafhankelijk van de aangesloten ziekenhuizen.

Het casemanagement waar MediRisk naartoe wil gaan richt zich voornamelijk op het unieke karakter van de claims en de samenwerking tussen de verschillende partijen. De verschillende partijen zijn de claimant (met of zonder belangenbehartiger), de zorginstelling en MediRisk als verzekeraar. Daarnaast moet het schadebehandelingsproces gericht zijn op het vinden van een oplossing in plaats van alleen het juridische proces. Doordat casemanagement, door het aanstellen van een casemanager, het waarschijnlijk mogelijk maakt om meer persoonlijk

contact te hebben met de claimant, zou de claimant tevredenheid kunnen stijgen. Bijlage B bevat een slide van het jaarplan van 2020 over het casemanagement.

2.1.7 Wetgeving

Wat is goede zorg? En waaraan moet goede zorg voldoen? De Nederlandse Grondwet, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst zijn voorbeelden van wetten die toezien op het leveren van goede zorg. De zorg moet bijvoorbeeld veilig en effectief zijn volgens de Nederlandse Grondwet. Daarnaast is het belangrijk dat alles omtrent de medische gegevens en privacy van de patiënten volgens de regels van AVG gaat. Wetgeving over de privacy van de patiënt staat niet alleen in de AVG, maar ook in de Nederlandse Grondwet. Persoonlijke gegevens mogen niet zomaar gedeeld worden, al helemaal niet zonder toestemming van de patiënt.

Het is van belang dat zorginstellingen goede zorg verlenen, maar wat is goede zorg? In artikel II-35 van de Nederlandse Grondwet staat dat iedereen recht heeft op preventieve gezondheidszorg en medische verzorging. De zorg moet veilig, effectief, doelmatig, cliëntgericht en beschikbaar zijn om te voldoen aan goede zorg. De Grondwet is echter geen beginsel waar een persoon zich op kan beroepen. Hiermee onderscheidt de Grondwet zich van andere wetgevingen. Volgens artikel 22 van de Nederlandse Grondwet moet de overheid ervoor zorgen dat er genoeg zorginstellingen en artsen beschikbaar zijn. Daarnaast moet de overheid maatregelen treffen om de volksgezondheid te bevorderen. Iedereen in Nederland heeft recht op gezondheidszorg.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) waarborgt het leveren van goede zorg. In artikel 2 van de Wkkgz staat dat de zorg van een goed niveau en goede kwaliteit moet zijn. In de Wkkgz staat onder andere dat patiënten recht hebben op informatie (artikel 10), incidenten moeten worden gemeld en opgenomen in het medisch dossier (artikel 9 en 11) en klachten moeten transparant en informeel worden afgehandeld (artikel 16 en 17). De IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz. Het principe van de fast lane dossiers sluit uit bij de Wkkgz. Deze manier van schadebehandeling is laagdrempeliger en er is meer aandacht voor de claimant. Door meer aandacht aan de claimant te besteden kan de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces echter toenemen. De doelstelling van MediRisk om de claimant tevredenheid te verhogen sluit mooi aan bij de Wkkgz.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt dat hulpverlener zelf de verantwoordelijkheid moet nemen voor zijn of haar handelen en te allen tijde moet handelen als goed hulpverlener (artikel 453). De handeling van de hulpverlener moet in overeenstemming zijn met de professionele standaard. Daarnaast staat er in de WGBO dat de hulpverlener de patiënt naar redelijkheid moet informeren (informatieplicht, artikel 448) en toestemming moet vragen voor een behandeling (toestemmingsvereiste, artikel 450). Daarnaast is het van belang dat er gehandeld wordt conform de regels van de AVG. Dit wil zeggen dat de privacy van de patiënt gewaarborgd moet zijn.

2.1.8 De invloed van COVID-19

2020 was een jaar dat we waarschijnlijk niet snel meer zullen vergeten; COVID-19 oftewel het Coronavirus hield ons in de greep. Het leek eerst zo ver weg, maar ook Nederland werd niet overgeslagen. Van 1.5 meter afstand houden tot een intelligente lockdown. Dit is iets wat we, hopelijk, niet vaak mee zullen maken. Mensen moesten vanuit huis werken, scholen gingen dicht, maar ook de geplande zorg werd uitgesteld en de IC’s kwamen overvol te liggen. Heeft

dit invloed gehad op het aantal medische claims dat werd ingediend? Binnen MediRisk zijn er tot nu toe 15 Corona gerelateerde claims [2] gemeld. Deze claims worden op dit moment onderzocht. Gelet op de omvang en de mogelijke claims die nog ingediend kunnen worden, kan hiermee in potentie een schadeomvang van vele miljoenen euro's gemoeid zijn.

Of die schadeclaims daadwerkelijk worden ingediend blijft onzeker, de ontwikkelingen op dit vlak worden door de verzekeraars in gezamenlijkheid gemonitord. Overigens hoeven deze claims niet direct gerelateerd te zijn aan zorg die verleend is tijdens de COVID-zorg periode. Het grootste deel van deze claims is, naar verwachting, het gevolg van uitgestelde zorg. Het uitstellen van de diagnostische zorg bijv. bij onderzoek naar kanker, zou mogelijk kunnen leiden tot delay-claims in verband met niet tijdige kankerdiagnose en behandeling bij in potentie enkele duizenden patiënten [7]. Daarnaast is gedurende de Coronacrisis veel zorg gemeden [7]. Veel patiënten waren bang om naar de huisarts of het ziekenhuis te gaan en Corona op te lopen of de zorg te overbelasten. Hierdoor werden symptomen genegeerd en gingen mensen niet naar een arts.

Naast de claims van claimanten tijdens de Coronacrisis is de verwachting dat er ook claims worden ingediend door zorgpersoneel [7]. Iedereen, en vooral de zorginstellingen als werkgevers, heeft ontzettend zijn best gedaan om het personeel zo veel als mogelijk te beschermen tegen het Coronavirus, maar dit is niet in alle gevallen tijdig of volledig gelukt. Als aangetoond kan worden dat de werkgever tekortgeschoten is in zijn zorg- en beschermingsplicht, kan een claim worden ingediend door een werknemer. Of het voor de werknemer een succesvolle claim zal zijn, wordt bepaald door de vraag of de werkgever voldoende beschermende maatregelen heeft genomen.

MediRisk ontvangt jaarlijks ongeveer 750 nieuwe medische claims [4]. Een van de mogelijke scenario's is dat vanaf 2022 de eerstkomende jaren als gevolg van de Coronacrisis hier mogelijk extra claims bovenop komen [2]. Deze extra claims zullen waarschijnlijk in 2022 pas worden gemeld bij het ziekenhuis, omdat het gemiddeld genomen lang duurt voordat er een medische claim wordt ingediend. In de toekomst kan MediRisk deze extra claims gaan verwachten. Door de noodzakelijke verbeteringen van het schadebehandelingsproces voor die tijd door te voeren, is het mogelijk dat de afhandeling van deze extra claims soepeler zal verlopen. De verwachting is namelijk dat de tevredenheid van de claimanten stijgt zodra de verbeteringen zijn doorgevoerd. Als er meer claims binnen komen is het voor MediRisk erg prettig als het overgrote deel van de claimanten hiervan tevreden is over het schadebehandelingsproces.

2.2 Besturing

Om het schadebehandelingsproces zo goed mogelijk te laten verlopen is het van belang dat de besturing en planning vooraf helder zijn. Het is essentieel dat alle medewerkers van MediRisk weten wat er van hem/haar verwacht wordt en wat de taken voor de komende week en lange termijn zijn. Een duidelijke planning zou ervoor kunnen zorgen dat de doorlooptijd afneemt.

In dit hoofdstuk worden de tactische en operationele planning besproken. Er wordt ook gekeken naar de besturing van het schadebehandelingsproces en er wordt ingegaan op de Safety-II methodiek.

2.2.1 Belanghebbende(n)

Bij het schadebehandelingsproces zijn meerdere partijen betrokken. Allereerst is dit MediRisk zelf. Er wordt regelmatig negatief gesproken over MediRisk in bijvoorbeeld het consumentenprogramma Radar. In dit tv-programma stellen de onderzoekers van Radar de werkwijze van MediRisk aan de orde. Door te starten met het ervaringsonderzoek laat MediRisk zien betrokken te zijn met de claimanten en kan zij het schadebehandelingsproces verbeteren met de input die verkregen wordt. De mogelijke verbeteringen van het schadebehandelingsproces worden voornamelijk gebaseerd op de ontwikkelingen in de claimbehandeling en de gedragsregels. De gedragsregels waar MediRisk zich aan moet houden worden mede beïnvloed door maatschappelijke ontwikkelingen die in het tv-programma Radar aan de orde komen.

De grote belanghebbende bij het schadebehandelingsproces is de claimant (en zijn of haar naasten), omdat door of namens hem of haar de claim is ingediend. Ook de zorginstellingen (leden) die bij MediRisk zijn aangesloten zijn een belangrijke partij, niet in de laatste plaats omdat een claim ook voor de betrokken arts of zorgverlener impactvol is. Uiteraard is het vervelend dat er een claim wordt ingediend als er iets fout gegaan of gedaan is, maar hier kan ook van geleerd worden. De verbetering van het schadebehandelingsproces kan bijdragen aan het leveren van goede zorg.

2.2.2 Planning van het proces

De schaderegelaars, schadebehandelaars en advocaten van MediRisk zijn ingedeeld in 3 behandelteams. De leden (zorginstellingen) die verzekerd zijn bij MediRisk zijn verdeeld over deze 3 teams, zodat elk lid één of meerdere accounthouders heeft (zie afbeelding 5, * betekent dat het om een gedeeld account gaat). Elke zorginstelling heeft op deze manier een eigen aanspreekpunt. Hoeveel accounthouders een zorginstelling heeft ligt aan de grootte van de zorginstelling. Een kleine zorginstelling heeft 1 accounthouder, een middelgrote zorginstelling heeft 2 accounthouders en een grote zorginstelling heeft 3 accounthouders. Mocht er een accounthouder uitvallen, dan zijn er altijd collega's die het kunnen overnemen. Voorheen werden de dossiers in een 'gezamenlijke pot' gedaan en kreeg iedere schadebehandelaar een gemiddeld aantal dossiers. Het gemiddelde aantal dossiers dat behandeld werd lag rond de 125 dossiers per FTE. Door het uitstellen van de zorg in het afgelopen jaar is het aantal dossiers gedaald naar gemiddeld 110 dossiers per FTE (zie tabel 1, gemeten in juni 2021).

Het aantal dossiers is afhankelijk van de toestroom van nieuwe dossiers en nieuwe leden (zorginstellingen). De verdeling van het aantal dossiers wordt steeds bekeken en aangepast (waar nodig) naar de norm van 110 dossiers per 1 FTE. Juniors, mediors en seniors hebben ongeveer dezelfde workload. Er wordt wel gekeken naar de ervaring van een schadebehandelaar. Elk team bevat een senior schadebehandelaar. Er wordt altijd meegekeken naar het beslis- en fiatteringsproces door iemand met meer ervaring. Daarnaast voeren de seniors audits uit. De schadebehandeling van MediRisk bestaat op dit moment uit 3 advocaten, 16 schadebehandelaars, 3 schaderegelaars, 6 ondersteuners, 1 vaste medisch adviseur en ca. 20 externe medisch adviseurs.

Schadebehandelaar 1
- Maasstad Ziekenhuis
- Ziekenhuis Gelderse Vallei
- Medisch Spectrum Twente *

Schadebehandelaar 2
- Het Oogziekenhuis Rotterdam
- Medisch Spectrum Twente *
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *
- Antonius Ziekenhuis Sneek *

Schadebehandelaar 3
- Haaglanden Medisch Centrum
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *
- Antonius Ziekenhuis Sneek *

Schadebehandelaar 4
- St Elisabeth Hospital Curaçao
- Ziekenverpleging Aruba
- Sint Maarten Medical Centre
- St. Elisabeth TweeSteden *
- Antonius Ziekenhuis Sneek *
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *
- HNO
- Fundashon Mariadal
- Ziekenhuis Rivierenland
- Respaldo
- Mental Health Caribbean
- Centrum Oosterwal

Schadebehandelaar 5
- Ziekenhuis Amstelland *
- Tergooi Ziekenhuis

Schadebehandelaar 6
- Slingeland Ziekenhuis
- Ikazia Ziekenhuis
- Streekziekenhuis Koningin Beatrix
- Ziekenhuisgroep Twente
- OCON BV

Advocaat 1
Schaderegelaar 1

Schadebehandelaar 7
- Viecuri Medisch Centrum *
- Martini Ziekenhuis *
- Dr. Bernard Verbeten Instituut
- Alrijne Zorggroep

Schadebehandelaar 8
- Viecuri Medisch Centrum *
- IJsselland Ziekenhuis
- Martini Ziekenhuis *
- Albert Schweitzer Ziekenhuis
- Radiotherapie Groep

Schadebehandelaar 9
- Rivas Zorggroep
- Ziekenhuis Bernhoven
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *
- Antonius Ziekenhuis Sneek *

Schadebehandelaar 10
- Stichting Curamare
- St. Anna Zorggroep
- Spijkenisse Medisch Centrum
- Medisch Spectrum Twente *
- Antonius Ziekenhuis Sneek *

Schadebehandelaar 11
- Elkerliek Ziekenhuis
- BovenIJ Ziekenhuis
- IJsselland Ziekenhuis *
- Meander Medisch Centrum *
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *
- Medisch Spectrum Twente *

Advocaat 2
Schaderegelaar 2

Schadebehandelaar 12
- Ziekenhuis Amstelland *
- Medisch Centrum Leeuwarden*
- Meander Medisch Centrum *
- Tergooi
- Antonius Ziekenhuis Sneek *
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *

Schadebehandelaar 13
- Zaans Medisch Centrum
- Amphia Ziekenhuis
- Kliniek ViaSana
- Medisch Centrum Leeuwarden*
- Gelre Ziekenhuis *

Schadebehandelaar 14
- Medisch Centrum Leeuwarden*
- Gelre Ziekenhuis *

Schadebehandelaar 15
- Sint Jans Gasthuis
- Maxima Medisch Centrum
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *
- Medisch Spectrum Twente *
- Antonius Ziekenhuis Sneek *

Schadebehandelaar 16
- St. Elisabeth TweeSteden *
- Ziekenhuis Gelderse Vallei *
- Medisch Spectrum Twente *
- Antonius Ziekenhuis Sneek *

Advocaat 3
Schaderegelaar 3

Afbeelding 5: Teams MediRisk.

Naam schadebehandelaar	Aantal lopende dossiers	FTE
Schadebehandelaar A	122	1
Schadebehandelaar B	108	0.80
Schadebehandelaar C	102	0.70
Schadebehandelaar D	100	0.84
Schadebehandelaar E	93	1
Schadebehandelaar F	91	0.80
Schadebehandelaar G	90	0.84
Schadebehandelaar H	87	0.64
Schadebehandelaar I	85	1
Schadebehandelaar J	82	0.65
Schadebehandelaar K	82	0.84
Schadebehandelaar L	75	0.93
Schadebehandelaar M	74	0.80
Schadebehandelaar N	69	0.70
Schadebehandelaar O	55	0.40
Advocaat A	11	0.20
Advocaat B	5	0.20
Advocaat C	4	0.20

Tabel 1: Aantal lopende dossiers per schadebehandelaar/advocaat in juni 2021.

In het geval van een fast lane dossier gaat het meestal om kleine schades die de zorginstelling zelf op kan en wil lossen. De zorginstelling maakt dan een melding van een fast lane dossier, maar deze wordt niet opgepakt door de schadebehandelaars van MediRisk. Het gaat hier om schades onder de 5.000 euro die de zorginstelling zelf afhandelt. Over het algemeen zijn deze schades snel afgehandeld en is het geen lang proces wat de claimant moet doorlopen. De fast lane dossiers worden gebruikt om het proces te versnellen, maar wel in de gedachte van de claimant tevredenheid. Dit sluit aan bij de Wkkgz. Het uitgangspunt zou kunnen zijn om uiteindelijk alle dossiers volgens de fast lane principes te behandelen. De zorginstellingen moeten het hier echter ook mee eens zijn.

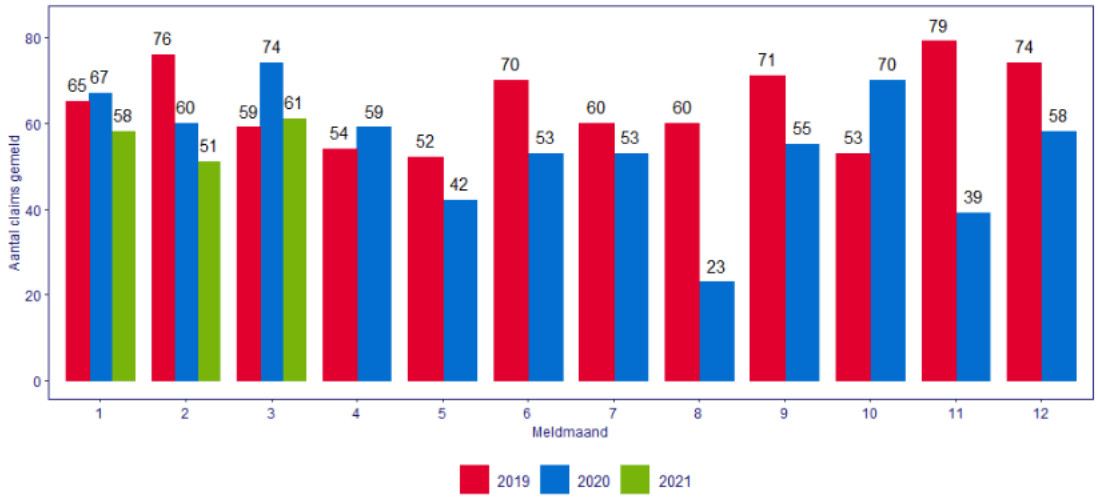
De operationele planning van het schadebehandelingsproces wordt deels door de schadebehandelaars en deels door VobeSoft (schadebehandelingssysteem) gedaan. In het takenpakket van de schadebehandelaar zit een aantal standaard taken. Zo moet de herbeoordeling van de voorziening bijvoorbeeld 2 keer per jaar plaatsvinden. Het systeem is gevuld met een agenda en het beheer van taken. Het systeem bestaat uit bakjes die opgedeeld zijn in alle processtappen (zie afbeelding 6). Bij alle taken wordt ook weergegeven of deze al afgerond zijn of niet (zie afbeelding 7). De planning voor de komende week komt voor een deel uit de geautomatiseerde planning van het dossier en het andere deel moet door de schadebehandelaar zelfstandig ingepland worden. Het dossier wordt stapsgewijs afgewerkt. Het GOMA-proces kent een deadline van 3 maanden. Het systeem werkt met coderingen die een bepaalde status van het dossier weergeven. De schadebehandelaars moeten zelf plannen om aan de slag te gaan met een volgende stap. Na een actie is het vaak wachten op de wederpartij. De schadebehandelaar hoeft hier dan niks te doen. Dit maakt wel dat de processen soms nog veel langer kunnen duren. Meldingen worden niet bij alles gegeven, veel moet de schadebehandelaar zelf agenderen.

Er is elke maand een herbeoordelingsronde van dossiers die een halfjaar gelopen hebben. Dit is een trigger voor de schadebehandelaar om te kijken waar we staan in het dossier. Als er meer informatie nodig is, moet de schadebehandelaar een extra actie uitvoeren om daar achteraan te gaan. In sommige gevallen laat de wederpartij het dossier ook erg lang liggen. Dit heeft een negatief effect op de doorlooptijd. Daarnaast worden dossiers vaak heropend. Als er nieuwe feiten of ontwikkelingen zijn, moet het dossier opnieuw bekeken worden door de schadebehandelaar. Als er geen nieuwe feiten zijn blijft de schadebehandelaar bij hetzelfde standpunt en wordt de wederpartij via een brief op de hoogte gesteld.

Afbeelding 6: Processtappen in VobeSoft (screenshot VobeSoft).

Afbeelding 7: Bakjes in VobeSoft (screenshot VobeSoft).

De tactische planning van het schadebehandelingsproces is voornamelijk gebaseerd op het gemiddelde aantal schades dat een lid per jaar meldt. Alle nieuwe meldingen worden aangenomen. Er zijn beduidend minder dossiers dan 1.5 jaar geleden. Dit komt voornamelijk door Corona. Het patroon was daarvoor (sinds 2013) al enigszins dalende. Gemiddeld heeft MediRisk rond de 700 tot 750 claims op jaarbasis. De prognose voor 2021 is dat er 735 claims gemeld zullen worden. Gemiddeld genomen is het aantal nieuwe claims per jaar vrij constant. Elke maand wordt er door Data Science een rapport gemaakt met het aantal meldingen van deze maand in vergelijking met de voorgaande jaren (zie afbeelding 8). Er zit een kleine golfbeweging in het aantal claims dat per maand gemeld wordt. Het gaat over een geringe hoeveelheid per zorginstelling meer of minder. Dit maakt voor de werkhoeveelheid per accounthouder niet significant veel uit. De dossiers worden onderling opnieuw verdeeld als blijkt dat een schadebehandelaar te veel werkt heeft. MediRisk heeft naast de vaste schadebehandelaars ook een flexibele poule. Dit is een shortlist van 5 à 6 mensen die tijdelijk kunnen bijspringen als er bijvoorbeeld iemand is uitgevallen. Het is lastig om nieuwe schadebehandelaars aan te nemen met een gedegen kennis van medische aansprakelijkheid. Het gebeurt ook maar heel weinig dat iemand spontaan solliciteert bij MediRisk.



Afbeelding 8: Aantal claims op maandbasis (via Data Science MediRisk).

2.2.3 Sturing

MediRisk heeft geen winstoogmerk. De schadebehandeling van MediRisk wil sturen op de claimant ervaring, doorlooptijden en dejuridisering van het schadebehandelingsproces. Er wordt ook gestuurd op kosten. De kosten mogen niet ineens heel veel hoger worden waardoor de claimant een minder groot bedrag krijgt. Daarnaast zit de besturing voornamelijk op de ontwikkeling en hoogte van de schadelast per dossier. Hier wordt de aanvangsvoorziening elk jaar op bepaald. Er moet altijd voldoende dekking zijn aan de voorkant om alle schades te kunnen dekken. Voor het medisch risicomanagement is de ontwikkeling van de schades een besturingspunt. Zij richten zich op het voorkomen van schades.

2.2.4 Safety II methodiek

Het recht op het indienen van een claim moet geen stok zijn of worden om mee te slaan. We moeten kunnen leren van wat er fout ging, maar leren van wat er goed ging is misschien wel net zo belangrijk. Dit komt terug in de Safety II methodiek bij MediRisk. Wat kunnen we leren van dingen die niet goed gaan, maar ook wat gaat er goed en hoe kunnen we dat verder standaardiseren? Bij de Safety II methodiek wordt er gebruik gemaakt van de FRAM-analysemethode [8] om het zorgproces in kaart te brengen. Binnen een zorginstelling zijn er vele protocollen over hoe een patiënt behandeld moet worden en hoe bepaalde handelingen uitgevoerd moeten worden. Het proces van de behandeling van de patiënt is opgedeeld in verschillende protocollen die nageleefd moeten worden. Het verschil tussen het protocol en de praktijk wordt door de analysemethode goed zichtbaar. Daarnaast daagt het professionals uit om uit te leggen hoe hun dagelijkse werkzaamheden in elkaar steken. Geen patiënt is hetzelfde en wisselende omstandigheden horen bij de zorg. Hierdoor kunnen niet altijd alle protocollen of richtlijnen worden gevolgd. Door gebruik te maken van de FRAM-analysemethode kan er in kaart worden gebracht wat er bijvoorbeeld goed ging. Een voorbeeld hiervan is een debriefing na een bevalling. Tijdens deze debriefing wordt er besproken wat er goed ging, maar ook wat er de volgende keer beter kan. Ziekenhuizen die lid zijn van MediRisk kunnen deze ervaringen met elkaar uitwisselen en hiervan leren.

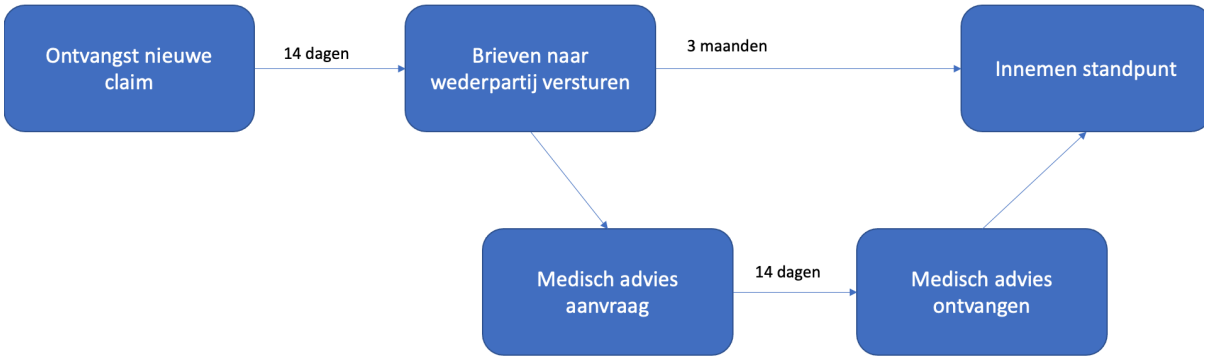
Het is belangrijk dat de planning moet realiseren dat de protocollen gehandhaafd kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is om voldoende tijd in te plannen per behandeling, zodat de protocollen voor deze bepaalde behandeling gevolgd kunnen worden en er geen grote tijdsdruk is. Dit slaat terug op het ervaringsonderzoek. Claimanten moeten aangeven wat de goede en verbeterpunten zijn van MediRisk. MediRisk kan hierdoor leren van de verbeterpunten en mogelijk meer aansluiten bij de belevingswereld van de claimant zonder de objectiviteit los te laten.

2.3 Prestatie

Alle stakeholders van het schadebehandelingsproces hebben eigen gedachten over presteren, maar hoe wil MediRisk presteren? In dit hoofdstuk worden de prestatie-indicatoren en streefnormen besproken. Ook gaan we dieper in op de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces. Tot slot bespreken we de beschikbare literatuur over dit onderwerp en de connectie met goede zorg.

2.3.1 Doorlooptijd

Het schadebehandelingsproces kent veel stappen die er samen voor zorgen dat de doorlooptijd gemiddeld genomen lang is. De gemiddelde doorlooptijd van een dossiers is op dit moment ongeveer 2 jaar en 3 maanden. Om het medische dossier van de claimant op te kunnen vragen is er een medische machtiging nodig. Het duurt gemiddeld 21 dagen voordat de schadebehandelaar deze machtiging ontvangt. Nadat de schadebehandelaar een medisch advies aanvraag heeft ingediend, duurt het gemiddeld 37 dagen voordat de schadebehandelaar dit advies ontvangt. Na het ontvangen van het medisch advies duurt het gemiddeld 92 dagen voordat de aansprakelijkheid wordt afgewezen en 42 dagen voordat de aansprakelijkheid wordt erkend. Een minnelijk voorstel wordt gemiddeld binnen 42 dagen gedaan. Als de schade geregeld kan worden, wordt er een schaderegelaar ingeschakeld. Het inschakelen van een schaderegelaar duurt gemiddeld 31 dagen. Al deze doorlooptijden zijn inclusief de verwerkingstijd van de schadebehandelaars. Alle stappen binnen het schadebehandelingsproces hebben een eigen code. De doorlooptijd wordt gemeten door de tijd tussen de verschillende stappen te bepalen. Afbeelding 9 geeft een schematisch overzicht van een aantal van de doeldoorlooptijden van het schadebehandelingsproces.



Afbeelding 9: doeldoorlooptijden schadebehandelingsproces.

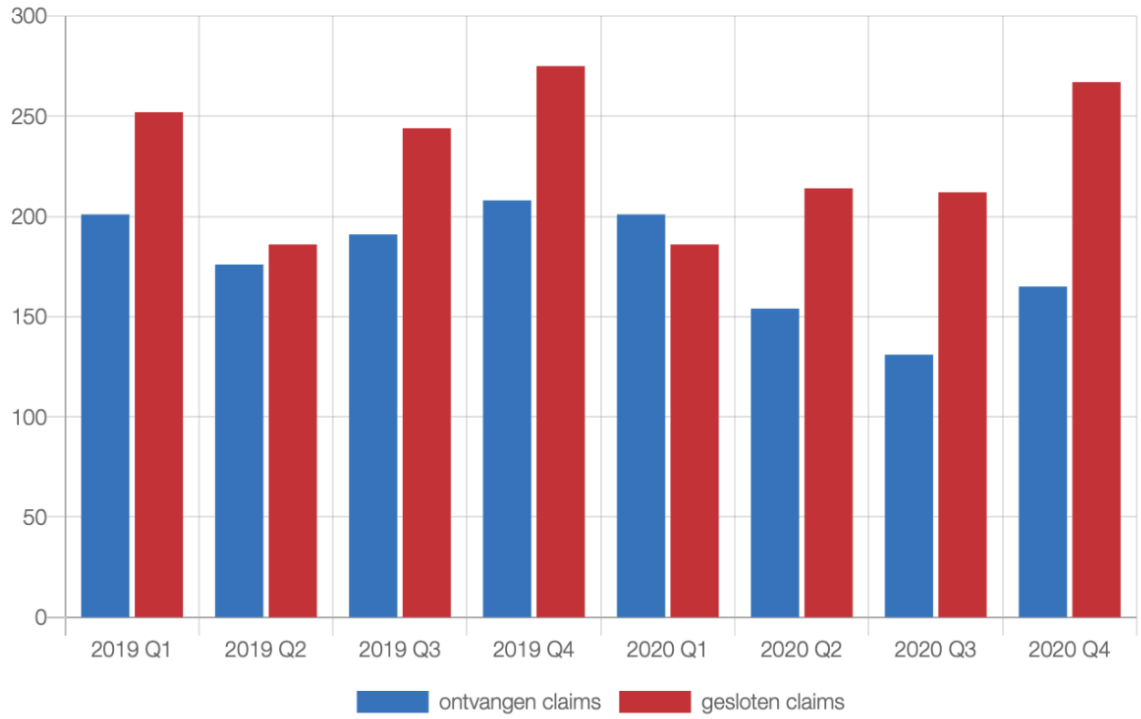
De meting van de doorlooptijd start op het moment dat er een nieuwe claim binnenkomt bij MediRisk. De melddatum is de datum dat de zorginstelling de claim in het systeem heeft gezet. Vanaf dat moment loopt ook de GOMA-termijn. Ondersteuning pakt hooguit binnen 1 dag de claim op. De meting van de doorlooptijd stopt op het moment dat het dossier wordt gesloten.

Tabel 2 geeft een kort overzicht van de doorlooptijd (inclusief verwerkingstijd van de schadebehandelaars). Voor een uitgebreid overzicht van de doorlooptijd tussen de verschillende processtappen zie bijlage C.

Omschrijving	Aantal dagen
Wachten op medische machtiging	21
Wachten op medisch advies	21
Afwijzing aansprakelijkheid	92
Erkenning aansprakelijkheid	42
Minnelijk voorstel	42
Inschakeling schaderegelaar	31
Wachten op tegenpartij	42

Tabel 2: doorlooptijden schadebehandelingsproces.

MediRisk heeft in 2020 651 claims in ontvangst genomen. Dit was een afname van 16.1% ten opzichte van 2019. Daarnaast zijn er in 2020 879 claims gesloten. Dit was een afname van 8.15% ten opzichte van 2019 [2]. De gemiddelde vergoeding per erkende of minnelijk geschikte claim in 2020 was 50.947 euro. In 2020 was de hoogst toegekende claim 1.846.563 euro [2]. Afbeelding 10 laat zien hoeveel claims er zijn ontvangen en gesloten in 2019 en 2020.



Afbeelding 10: Grafiek ontvangen en gesloten claims 2019/2020 (via Data science MediRisk).

2.3.2 Prestatie-indicatoren

MediRisk heeft een aantal prestatie-indicatoren. Dit zijn: wendbaarheid, voorspelbaarheid en verzekerbaarheid. Dit zijn de vaste kernwaardes. Bij wendbaarheid gaat het om het in kunnen spelen op ontwikkelingen. Ontwikkelingen in de zorg, bijvoorbeeld het proces van digitalisering en nieuw systeem binnen MediRisk. Inspelen op ontwikkelingen is noodzakelijk voor de verzekerbaarheid en het adviseren van de leden. Voor de voorspelbaarheid is de onderlinge solidariteit een belangrijk punt. Door meer te rekenen krijgt MediRisk (en de leden) meer zekerheid over een komende periode. Binnen de schadebehandeling zijn doorlooptijden, claimant ervaringen, dejuridisering, het maken van een oplossing en kosten verdeling prestatie-indicatoren.

De leden van MediRisk hebben andere prestatie-indicatoren dan MediRisk zelf. De grootste en belangrijkste indicator is geen schade maken. Als er geen medische incidenten plaatsvinden waaruit schade volgt, scheelt dit voor de leden van MediRisk een hoop geld en negatieve aandacht.

2.3.3 Streefnormen

MediRisk streeft er uiteraard naar om een voldoende te score wat betreft de claimant tevredenheid op alle onderdelen. Uit de praktijk en het ervaringsonderzoek blijkt echter dat er in de meeste gevallen een significant verschil zit tussen de afgewezen en erkende dossiers. De claimanten van een erkend dossier geven MediRisk in de meeste gevallen een hoger cijfer. MediRisk streeft er daarom naar om een trend in gang te zetten om steeds hoger te scoren op alle onderdelen. Daarnaast vindt MediRisk het van belang om het verwachtingsmanagement van de claimant te verbeteren. De claimant is in sommige gevallen niet blij de uitkomst van het schadebehandelingsproces, maar MediRisk streeft er wel naar om het proces zo in te richten dat de claimant wel tevreden is met de schadebehandelaars en hoe het proces verlopen is. De uitkomst van het schadebehandelingsproces moet onafhankelijk zijn van het procesbeloop. De schadebehandeling streeft ernaar om een daadwerkelijke verbetering van het proces te behalen, in plaats van alleen een verbetering van de score van het ervaringsonderzoek.

De directie van MediRisk is tevreden wanneer er gemiddeld een voldoende wordt gescoord wat betreft de claimant tevredenheid. Zij verwachten ook dat dit mogelijk is. Daarnaast streeft MediRisk ernaar om bij 85% van de dossiers de gemiddelde doorlooptijd van het schadebehandelingsproces onder de 2 jaar te houden. Echter, de zorgvuldigheid van de schadebehandeling gaat voor de doorlooptijd van het dossier.

Voor de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces gelden ook een aantal streefnormen. Tabel 3 geeft een overzicht van deze normen. MediRisk streeft ernaar om in 100% van de dossiers de GOMA-deadline te halen. In de praktijk lukt dit niet altijd.

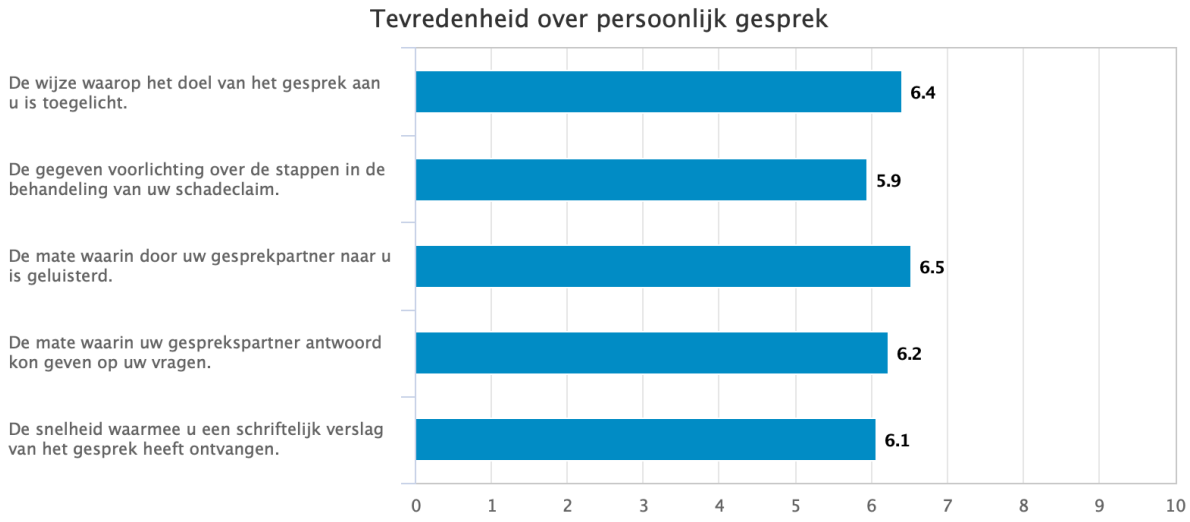
Omschrijving	Tijdsnorm
Eerste brieven versturen ontvangst nieuwe claim	14 dagen
GOMA-termijn	3 maanden
Medisch advies ontvangen	14 dagen

Tabel 3: Tijdsnormen schadebehandelingsproces.

2.3.4 Uitkomsten ervaringsonderzoek

Uit de eerste resultaten van het ervaringsonderzoek blijkt dat het schadebehandelingsproces als zeer belastend wordt ervaren (score 7.7 uit 10). Dit komt vooral door de emotionele belasting, tijdsduur en complexiteit. Daarnaast laten de resultaten zien dat de claimanten niet tevreden zijn over de informatievoorziening. De mate waarin er door MediRisk begrip en medeleven is getoond scoort gemiddeld een 3.3, de duidelijkheid van de gegeven informatie scoort gemiddeld een 4.8 en de snelheid waarmee de informatie is ontvangen door de claimant scoort gemiddeld een 4.0. Al deze scores zijn op een schaal van 0-10.0.

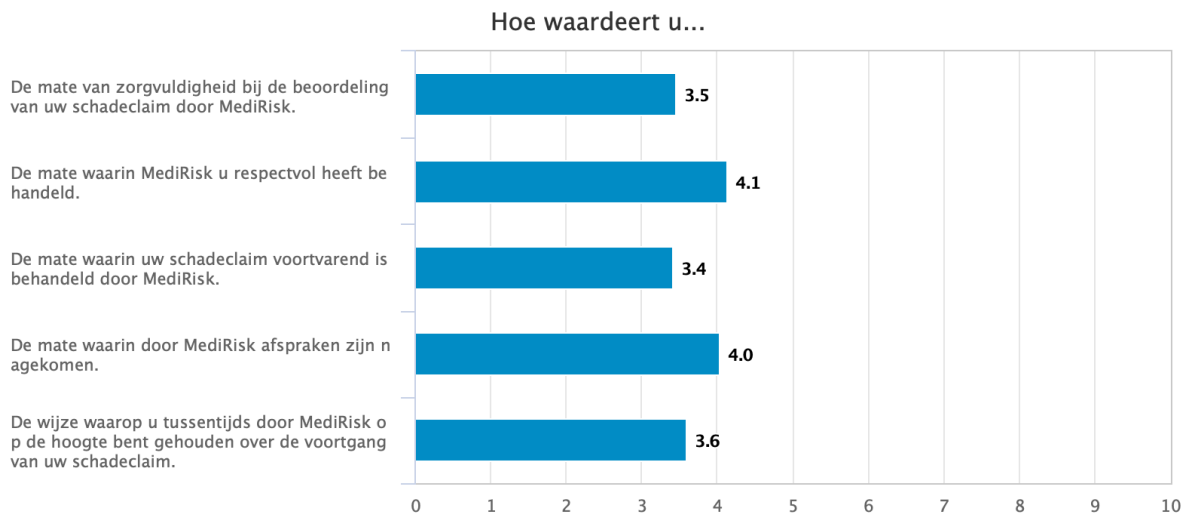
Volgens 20 van de 44 claimanten heeft MediRisk een persoonlijk gesprek aangeboden. 85% heeft ingestemd met dit persoonlijk gesprek. Gemiddeld genomen scoort de tevredenheid over het persoonlijk gesprek een voldoende (zie afbeelding 11).



Afbeelding 11: resultaten tevredenheid persoonlijk gesprek (via resultatenmonitor DataIM).

73% van de claimanten gaf aan dat de stappen die genomen moesten worden tot de standpuntinname duidelijk waren. De andere 27% van de claimanten was het hier niet mee eens en vond dit niet duidelijk. In hoeverre het standpunt voldoende en begrijpelijk is uitgelegd aan de claimant scoort gemiddeld een 4.8 uit 10.0.

De vragenlijst sluit af met een aantal waarderingsvragen. Hier wordt onder andere naar de zorgvuldigheid en voortvarendheid van MediRisk gevraagd. De gemiddelde scores van deze vragen zijn laag (zie afbeelding 12).



Afbeelding 12: resultaten waarderingsvragen (via resultatenmonitor DataIM).

2.3.5 Onderzoek claimant ervaringen schadebehandelingsproces

In de afgelopen jaren zijn er al verschillende onderzoeken gedaan naar het schadebehandelingsproces en de mogelijke verbeteringen. Het onderzoek van de Universiteit van Utrecht is hier een recent en in het kader van dit onderzoek een relevant voorbeeld van.

De Universiteit van Utrecht heeft in opdracht van De Letselschade Raad een onderzoek gedaan naar de oorzaken van langlopende letselschadezaken. Uit dit onderzoek is gebleken dat aansprakelijkheidsverzekeraars laag beoordeeld [1] worden door claimanten. De claimanten geven aan dat ze ervaren onvoldoende op de hoogte zijn gehouden van de stand van zaken van hun dossier. De claimanten zou meer betrokken willen zijn bij de voortgang van het dossier. Daarnaast is het voor de claimanten zeer belastend [1] om steeds verantwoording te moeten afleggen over bijvoorbeeld het letsel of de gevraagde voorschotten. Uit het onderzoek van de universiteit van Utrecht is ook gebleken dat er veel verschillende partijen betrokken zijn bij de behandeling van een medische aansprakelijkheidsclaim. De communicatie tussen deze partijen verloopt in veel van de gevallen niet vlekkeloos. Tot slot bleek er uit het onderzoek van de universiteit van Utrecht dat het toesturen van medische informatie, het inzetten van een medisch adviseur en het inwinnen van medische expertise zorgen voor (veel) tijdsverloop [1].

Na afloop van het onderzoek van de Universiteit van Utrecht zijn er al een aantal stappen gezet. Zo is er een discussie gestart over genormeerde schadebedragen, de voorverkenning voor een dualistische schadebehandeling is gestart en er is een kamer ingesteld door de Letselschade Raad voor langlopende letselschadezaken (Kamer LLZ)[9]. De punten die uit het onderzoek van de Universiteit van Utrecht kwamen worden omgezet naar daadwerkelijke acties.

Een ander onderzoek heeft de ervaringen van patiënten bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen onderzocht [10]. Uit dit onderzoek is gebleken dat patiënten informatie en goede communicatie [10] erg belangrijk vinden. Op dit moment is er onvoldoende openheid over de incidenten en wordt er onvoldoende uitleg gegeven aan de patiënten. Er kan altijd iets fout gaan, de patiënt weet vooraf de mogelijke risico’s/complicaties van zijn/haar behandeling, maar de opvang na het incident schiet in te veel gevallen nog te kort. Het erkennen van fouten, de verantwoordelijkheid nemen voor wat er is gebeurd, openheid, het maken van excuses en

het nemen van maatregelen om herhaling te voorkomen zijn dingen waar de patiënt behoefte aan heeft. In de praktijk wordt er echter nog onvoldoende voldaan aan deze behoeften [10].

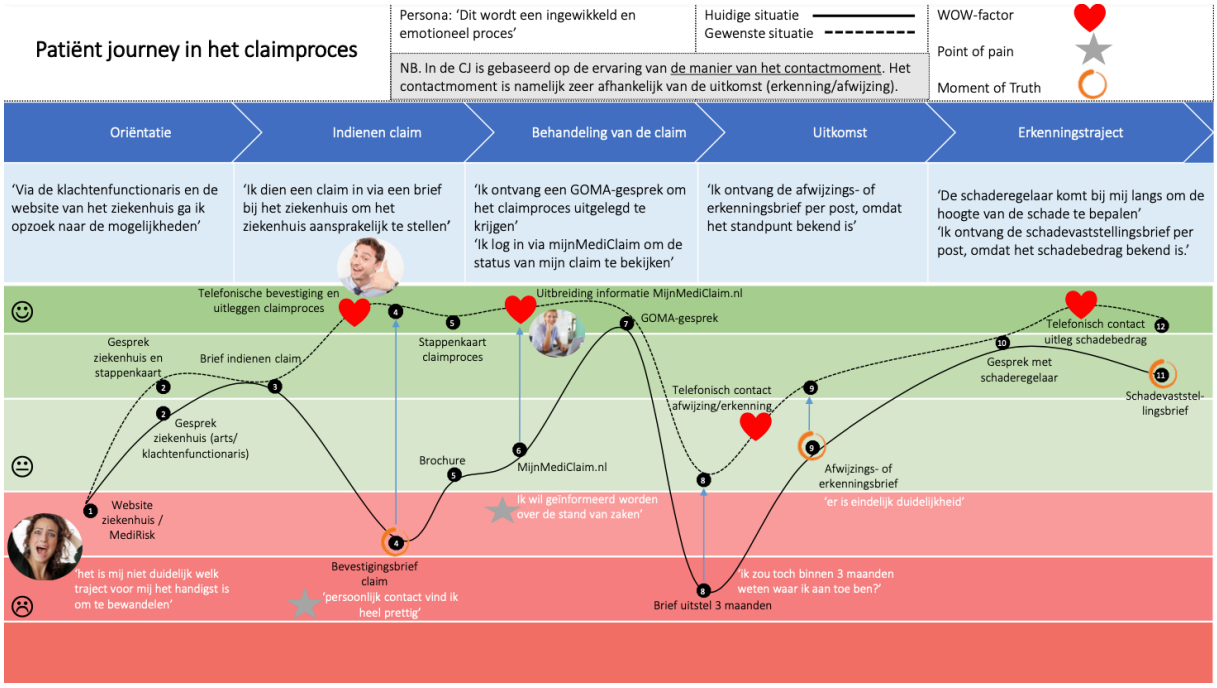
Het onderzoek 'Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen' [11] heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd om de opvang en schadeafwikkeling na een incident te verbeteren. Een van die aanbevelingen is om te werken aan een klimaat waarin openheid de norm is [11]. Binnen de zorginstelling moeten de zorgverleners worden begeleid om te werken naar deze norm. Een andere aanbeveling is om de patiënt te vragen waar hij of zij behoefte aan heeft. De klachtenfunctionaris krijgt hierbij de taak om de patiënt bij te staan. Naast de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris is het belangrijk om met de patiënt in gesprek te blijven over mogelijke alternatieve of aanvullende opties [11]. Denk hierbij aan een second opinion of een formele klachtenbeoordelingsprocedure. Tot slot is het van belang om een protocol op te stellen waarin vermeld wordt hoe er moet worden gehandeld na een medisch incident. De aanbeveling is om hierin te vermelden hoe de patiënt moet worden opgevangen en wie hiervoor verantwoordelijk is. Al deze zaken kunnen bijdragen aan het voorkomen en beter managen van klachten en/of claims.

Uit een interview met tuchtrechter Eva Deen [12] blijkt dat er nog veel winst te behalen is in het contact tussen een arts en de patiënt. Het is belangrijk dat de arts laat zien dat hij of zij geraakt is door het incident, erkent dat er fout gegaan of gedaan is en dat hij of zij de verantwoordelijkheid neemt [12]. Openheid is in veel van de gevallen erg lastig, omdat de impact op de arts vaak groot is. Het is van belang dat de artsen getraind worden om open te zijn na incidenten. Openheid leidt in vele gevallen tot minder klachten en claims [12]. Mocht het toch zo ver komen dat er een civiele claim of tuchtzaak komt, is het belangrijk dat de arts goed wordt voorbereid op wat hem of haar te wachten staat [12]. Zeker in het geval van een tuchtzaak, omdat deze nog meer impact kan hebben op de arts als individu.

2.3.6 Eerder onderzoek MediRisk

In 2017/2018 heeft Judith Adema voor MediRisk onderzoek gedaan naar de claimant ervaring in het claimproces. Het doel van dit onderzoek was om de verbeterdoelstellingen van het claimproces te formuleren en realiseren, zodat de claimant en daarmee het ziekenhuis tevreden zou zijn. De vraagstelling van dit onderzoek was: "Hoe kunnen we de claimant ervaring in het claimproces verbeteren over alle kanalen heen om aan te sluiten op de behoefte van de claimant, zodat dit de loyaliteit van het ziekenhuis vergroot?". Uit dit onderzoek is gebleken dat de claimant veel waarde hecht aan persoonlijk contact met MediRisk. Persoonlijk contact met de claimant zorgt voor betrokkenheid en meer duidelijkheid over de processtappen. Als er alleen brieven worden verstuurd, is het voor de claimant lastiger om vragen te stellen. Als er naast de brieven ook nog persoonlijk contact wordt opgenomen, is dit voor de claimant een laagdrempeligere manier om vragen te stellen en eventuele ontevredenheid te bespreken. Daarnaast is gebleken dat de informatievoorziening over de processtappen erg belangrijk is. Door de claimant goed te informeren kan er een verwachtingspatroon bij de claimant worden geschetst.

Om het verschil tussen de huidige en gewenste situatie weer te geven, heeft Judith Adema een overzicht gemaakt van de 'patiënt journey' in het claimproces. Zie afbeelding 13 voor dit overzicht.



Afbeelding 13: patiënt journey in het claimproces (via SharePoint MediRisk).

2.3.7 Wet van Little en Pooling Principle

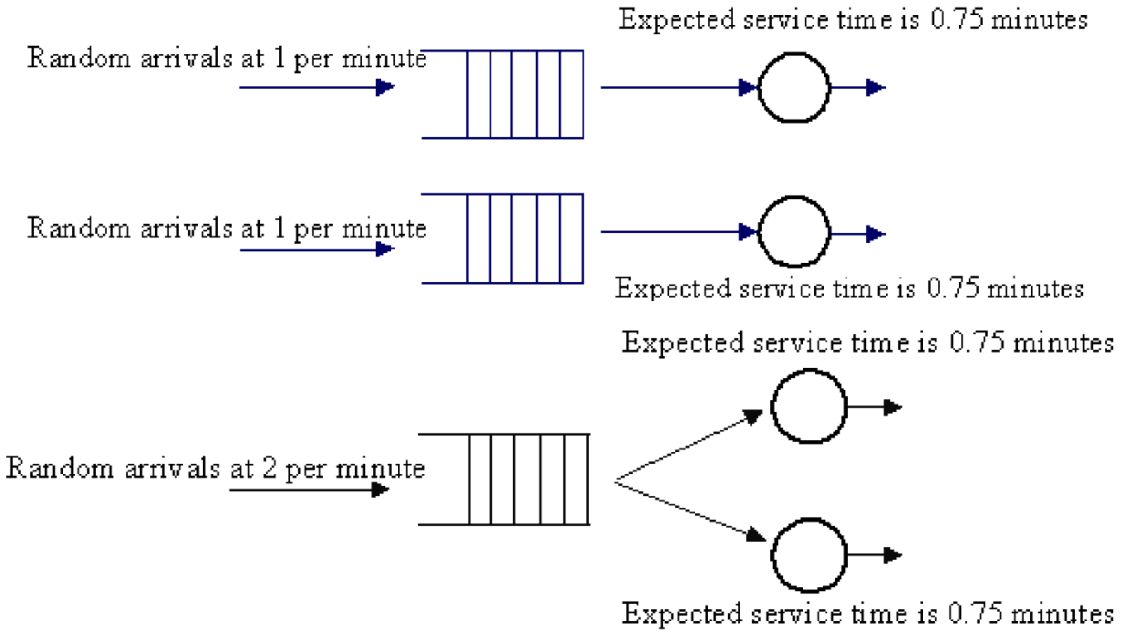
De Wet van Little (Little's law) is een wiskundige formule die de relatie tussen de belangrijkste variabelen van een productieproces weergeeft. Deze wet wordt vaak gebruikt om de doorlooptijd van een productieproces te verkorten [13]. Volgens de Wet van Little zijn er drie kernvariabelen [13] die veel informatie geven over het gehele proces. Dit zijn het onderhanden werk (voorraad in de formule); in het geval van het schadebehandelingsproces van MediRisk zijn dat het aantal claimanten (dossiers) dat het schadebehandelingsproces doorloopt. Daarnaast is er de doorlooptijd; dit gaat om de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces. Tot slot is er de doorstroomsnelheid; dit gaat om het aantal claimanten dat binnen een bepaalde tijdseenheid het schadebehandelingsproces doorlopen. De Wet van Little stelt dat de doorlooptijd gelijk is aan het onderhanden werk (voorraad) gedeeld door de doorstroomsnelheid. Volgens de Wet van Little daalt de productiviteit wanneer er te veel op 1 moment wordt gepland. De werkdruk moet niet te hoog of te laag zijn. Met behulp van de Wet van Little is het mogelijk om de doorlooptijd van een proces uit te rekenen (zie afbeelding 14 voor de formule van de Wet van Little). Daarnaast is het mogelijk om de impact van de verbeteringen op de doorlooptijd te berekenen. De Wet van Little wordt regelmatig gebruikt om de wachttijden van ziekenhuizen te verminderen [13]. De doorlooptijd van het schadebehandelingsproces van MediRisk zou mogelijk ook verkort kunnen worden met behulp van de Wet van Little.

$$Doorlooptijd\ (T) = \frac{Voorraad\ (I)}{Doorstroomsnelheid\ (R)}$$

Afbeelding 14: Formule Wet van Little [13].

Naast de Wet van Little is er ook nog het Pooling Principle [14]. Het Pooling Principle suggereert dat het bundelen van de vraag (demands) en de middelen (resources) om aan deze vraag te voldoen ervoor zorgt dat er operationele verbeteringen [14] kunnen plaatsvinden. Dit wil zeggen dat een van de resources gebruikt kan worden voor een van de demands om zo

bijvoorbeeld de wachttijd te verlagen. De wachtrij voor een service balie wordt vaak als voorbeeld gebruikt. Ze kunnen hier gebruik maken van een aparte wachtrij voor elke balie of een pooled wachtrij voor alle service balies. Zie afbeelding 15 voor een voorbeeld hiervan. Zoals afbeelding 15 laat zien verandert de verwachte wachttijd niet tussen deze 2 rijen. Dit betekent dat het niet noodzakelijk is om per balie een wachtrij te hebben voor een kortere wachttijd. Voor MediRisk betekent dit dat het niet noodzakelijk is verschillende teams waarbij vooraf bepaald is voor welke zorginstelling ze een claim oppakken. De nieuwe claims komen op een vaste verzamelplaats binnen en worden willekeurig door een schadebehandelaar opgepakt. De schadebehandelaars kunnen voor alle zorginstellingen een claim behandelen. Door gebruik te maken van pooling stabiliseert (of verminderd) de wachttijd en reduceert de werkdruk per medewerker.



Afbeelding 15: Pooling Principle [14].

Pooling werkt niet in alle situaties voor het verkorten van de doorlooptijd [15]. Er moet namelijk onderscheid gemaakt moeten wordt in wat voor soort werk er gepoold kan worden. Als korte- en lange taken in dezelfde pool terecht komen, zorgt dit niet voor een verkorting van de doorlooptijd. Daarnaast moet er een aparte pool moeten komen voor complexe en tijdrovende taken. Er moet goed gekeken worden naar de verschillende scenario's om efficiënt gebruik te kunnen maken van pooling [15]. Voor MediRisk betekent dit dat alle nieuwe claims niet op dezelfde vaste verzamelplaats binnen kunnen komen. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen de claims op basis van complexiteit bijvoorbeeld. Er moeten verschillende poules gemaakt worden waar de nieuwe claims binnenkomen om onderscheid te maken tussen de claims.

Binnen het Pooling Principle is het gebruik van een flexibele schil aanbevolen. Een flexibele schil kan de te hoge werkdruk van een ander team opvangen. De flexibele schil zorgt voor meer doorstroming van het werk en een reductie van wachttijd. Het schadebehandelingsproces van MediRisk kent veel variabiliteit van het werk. Door het huidige schadebehandelingsproces aan te passen en een flexibele schil toe te voegen kan de doorlooptijd worden verkort. Een voorbeeld zou kunnen zijn om 2 van de 10 schadebehandelaars van een team flexibel inzetbaar te maken. Meestal is 10% van het geheel flexibiliseren genoeg om een verschil te maken.

2.4 Conclusie en afbakening van het onderzoek

In het hoofdstuk 'besturing' is de huidige situatie, besturing en huidige prestatie van het schadebehandelingsproces van MediRisk besproken. De resultaten van het ervaringsonderzoek, beschikbare literatuur en informatie verkregen uit gesprekken zijn samengevoegd in dit hoofdstuk om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen. Met deze informatie kan ook de afbakening van het onderzoek bepaald worden.

Hoofdstuk 3 zal verder ingaan op de mogelijke interventies ter verbetering van het schadebehandelingsproces van MediRisk. Hoofdstuk 4 zal een aanbeveling geven voor de gekozen interventie(s). Hoofdstuk 5 en 6 zullen verder ingaan op de conclusie en discussie van dit onderzoek.

2.4.1 Antwoord op onderzoeksvraag 1

Onderzoeksvraag 1 is: *"Wat zijn de huidige negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces?".*

Uit de resultaten van het ervaringsonderzoek is gebleken dat de informatievoorziening, doorlooptijd en belasting (emotioneel, complexiteit en tijdsduur) van het schadebehandelingsproces als problematisch worden ervaren door de claimanten (zie bijlage D voor de probleemkluwen). MediRisk scoort laag op deze onderwerpen. Uit de verschillende gesprekken is ook gebleken dat de doorlooptijd als een negatief aspect van het schadebehandelingsproces wordt gezien. Daarnaast geeft de literatuur aan dat de claimant meer betrokken moet worden bij de voortgang het schadebehandelingsproces.

2.4.2 Antwoord op onderzoeksvraag 2

Onderzoeksvraag 2 is: "*Welke verwachtingen heeft de claimant van het schadebehandelingsproces en hoe wordt hij daarbij geïnformeerd en geholpen?".*

Uit de resultaten van het ervaringsonderzoek is gebleken dat de meeste claimanten eigenlijk verwachten dat de schade binnen 3 maanden geregeld is (de GOMA-termijn). Dit is echter onjuist. De eerste standpuntinname wordt in beginsel binnen 3 maanden gedaan, maar dat betekent niet dat de schade na erkenning ook binnen 3 maanden geregeld is. Daarnaast verwacht de claimant meer informatie te ontvangen en op de hoogte te worden gehouden over het schadebehandelingsproces.

Indien een claimant een belangenbehartiger heeft, wordt de claimant op de hoogte gehouden en geïnformeerd door zijn/haar belangenbehartiger. De belangenbehartiger heeft de plicht om alle informatie en brieven die MediRisk stuurt voor te leggen aan zijn of haar cliënt. Sommige claimanten hebben geen belangenbehartiger. Deze claimanten krijgen de informatie en brieven rechtstreeks van MediRisk. Bij de ontvangstbevestiging zit een brochure met informatie over het schadebehandelingsproces. Daarnaast is er op de website van MediRisk en in MijnMediClaim.nl informatie te vinden over het schadebehandelingsproces. Tijdens een persoonlijk gesprek met de schaderegelaar (als de claimant hiermee instemt) wordt ook meer informatie gegeven over de stappen die genomen moeten worden in het schadebehandelingsproces. Indien nodig is er tijdens dit gesprek ook contact met de schadebehandelaar.

2.4.3 Antwoord op onderzoeksvraag 3

Onderzoeksvraag 3 en 3a zijn: *"Welke interventie(s) zijn er nodig om de ervaring van de claimant te verbeteren?"* en *"MediRisk overweegt om van een procesgerichte aanpak naar een casemanagement aanpak te gaan, maar wat houdt dit precies in?".*

Uit de literatuur, gesprekken en het ervaringsonderzoek blijkt dat de doorlooptijd en informatievoorziening van het schadebehandelingsproces van MediRisk de grootste negatieve aspecten zijn. De doorlooptijd zou verbeterd kunnen worden door gebruik te maken van een andere manier van plannen. Door meer contact te hebben met de claimant en over te gaan op een casemanagement aanpak zou de informatievoorziening verbeterd kunnen worden. Als zowel de doorlooptijd en informatievoorziening verbeterd worden, zal de ervaring van de claimant waarschijnlijk ook beter zijn.

Casemanagement is een vorm van hulpverlening die steeds meer gebruikt wordt in de gezondheidszorg in Nederland. Er wordt eigenlijk een team gevormd om de patiënt om diegene zo goed als mogelijk mee te laten draaien in de maatschappij. Binnen het team van de patiënt wordt een centraal aanspreekpunt aangesteld, de casemanager. De casemanager zorgt ervoor dat alle hulpverlening op elkaar is afgestemd.

MediRisk overweegt ook om naar een casemanagement aanpak van de schadebehandeling te gaan. Bij MediRisk richt het casemanagement zich op het unieke karakter van de claims en de samenwerking tussen de verschillende partijen. Er moet samen met de claimant gezocht worden naar een oplossing. Een onafhankelijke casemanager kan het centrale aanspreekpunt voor de claimant, schadebehandelaar en schaderegelaar worden. Daarnaast kan de casemanager het gezicht van de organisatie zijn.

2.4.4 Afbakening van het onderzoek

Het schadebehandelingsproces is een proces dat vele stappen en betrokken partijen kent. Tijdens dit onderzoek is het niet mogelijk om alle mogelijke verbeterpunten verder te onderzoeken. De doorlooptijd van het schadebehandelingsproces is een van de grootste verbeterpunten. De planning van het schadebehandelingsproces ligt voor het grootste gedeelte al vast in blokken. Het schadebehandelingsprogramma VobeSoft plant deze blokken in de agenda van de schadebehandelaar. Er wordt hier weinig rekening gehouden met de variabiliteit van het werk. Dit lijkt erg op de planning van ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben vaak een vaste werkverdeling ingepland in een ketenproces.

Dit onderzoek zal zich voornamelijk richten op de verbetering van de doorlooptijd en informatievoorziening van het schadebehandelingsproces. Door de verbetering van de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces zal de claimant tevredenheid waarschijnlijk verbeteren. Daarnaast wordt er gekeken wat er nodig is voor een casemanagement aanpak van het schadebehandelingsproces.

3 Mogelijke interventies

De hypothese van dit onderzoek is: *"Als de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces van MediRisk aangepakt worden, zal de claimant tevredenheid verbeteren".* Om deze verbeteringen door te voeren zijn er een aantal (mogelijke) interventies die geïmplementeerd kunnen worden. In dit hoofdstuk worden de mogelijke interventies besproken. Sectie 3.1 gaat over de casemanagement aanpak, Sectie 3.2 gaat in op de mogelijke interventie voor de doorlooptijd en Sectie 3.3 bespreekt de mogelijke interventie voor de verbetering van de informatievoorziening.

3.1 Casemanagement aanpak

MediRisk wil van een procesgerichte aanpak naar een casemanagement aanpak van het schadebehandelingsproces. Voor een casemanagement aanpak is het van belang dat er in elk dossier een casemanager wordt aangesteld. Dit zou iemand moeten zijn die nog niet betrokken is bij het schadebehandelingsproces om te voorkomen dat bijvoorbeeld de claimant inhoudelijke vragen gaat stellen over de beslissing van de schadebehandelaar. Het moet voor de betrokken partijen duidelijk zijn dat de casemanager niet de medische aansprakelijkheidsclaim behandelt. De casemanager is het centrale aanspreekpunt voor de claimant, schadebehandelaar en schaderegelaar. Daarnaast is de casemanager het gezicht van de organisatie.

De schadebehandelaars houden zich bezig met de juridische beoordeling van de medische aansprakelijkheidsclaim. De schaderegelaar stelt de schade vast en regelt de schade. Een casemanager houdt zich inhoudelijk niet bezig met het schadebehandelingsproces, maar is er voor de claimant om extra informatie te geven. De claimant wordt op deze manier meer betrokken bij het schadebehandelingsproces. Daarnaast is de casemanager een verbindende factor tussen de verschillende partijen.

Voor MediRisk betekent dit dat ze een onafhankelijke casemanager moeten aannemen. Een casemanager is waarschijnlijk niet in alle dossier noodzakelijk. De casemanager is er bijvoorbeeld om signalen op te vangen, klachten af te handelen en als een soort mediator op te treden tussen de betrokken partijen. Daarnaast is de casemanager er om extra informatie en uitleg te geven aan de claimant wanneer nodig. Het inzetten van een casemanager sluit aan bij de Wkkgz. De schadebehandeling wordt laagdrempeliger en er is meer aandacht voor de claimant. De kwaliteit van het schadebehandelingsproces en de aandacht voor de claimant zijn het belangrijkste. Het inzetten van een casemanager draagt bij aan de verbetering van de claimant tevredenheid en het verbeteren van de informatievoorziening voor de claimant.

3.2 Planning

Op dit moment wordt de planning van de schadebehandelaars deels door VobeSoft en deels door de schadebehandelaars zelf gemaakt. In veel gevallen is er een scheve verhouding tussen de werktijd en wachttijd van een schadebehandelaar. Om de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces te verkorten, is het van belang dat de gemaakte planning nagekomen wordt en dat er geen taken blijven liggen die afgehandeld moeten worden. Er is een exponentiele relatie tussen de bezetting van de schadebehandelaars en de wachttijd. MediRisk heeft genoeg capaciteit om de vraag aan te kunnen. Met de Wet van Little [13] (besproken in Sectie 2.3.7) kan er gekeken worden hoe de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces verkort kan worden.

Volgens de Wet van Little is de doorlooptijd op dit moment:

700 dossiers per jaar/ 110 dossiers = 6.4 per tijdseenheid.

Door de doorstroomsnelheid van de dossiers te verhogen, wordt de doorlooptijd van het schadebehandelingsproces korter. Dit wil zeggen dat er meer dossiers in een bepaalde tijdseenheid moeten worden afgehandeld. Door de dossiers anders te prioriteren kan dit behaald worden. Dit wil zeggen dat er gebruikt gemaakt moet worden van het Pooling Principle. Er zijn verschillende soorten van het Pooling Principle die MediRisk zou kunnen gebruiken om het schadebehandelingsproces anders in te richten. Hieronder volgen 3 opties.

1) Er zijn geen verschillende teams meer. Alle schadebehandelaars zitten in hetzelfde team. De nieuwe claims komen binnen in 1 centrale wachtrij. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen de verschillende zorginstellingen. De nieuwe claims worden vanuit de centrale wachtrij opgepakt door de schadebehandelaars. Er is hier geen flexibele schil met schadebehandelaars.
2) De schadebehandelaars blijven onderverdeeld in 3 teams. Ook de zorginstellingen worden verdeeld over deze 3 teams. Elk teams heeft een eigen wachtrij voor nieuwe claims. Per team zijn er 1 of 2 schadebehandelaars die ingezet kunnen worden als flexibele schil. Wanneer de werkdruk toeneemt, kunnen zij bijspringen. Indien noodzakelijk kunnen de flexibele schil medewerkers ook bijspringen bij een ander team als de werkdruk daar te hoog is.
3) De schadebehandelaars blijven onderverdeeld in 3 teams met een eigen wachtrij voor nieuwe claims per team. Ook de zorginstellingen worden verdeeld over deze 3 teams. Bij deze optie zijn er geen flexibele schil medewerkers per team. Als de werkdruk bij een team te hoog is, kan een nieuwe claim (dossier) worden doorgeschoven naar een ander team wat het op dat moment wat minder druk heeft.

Op dit moment heeft elke zorginstelling een vast aanspreekpunt binnen MediRisk. Dit is de accountverantwoordelijke. De zorginstelling weet wie hij/zij moet benaderen als er iets besproken moet worden. Het is van belang om deze accountverantwoordelijke te behouden, ook als MediRisk overgaat op het Pooling Principle. De accountverantwoordelijke bevordert de communicatie tussen MediRisk en de zorginstellingen.

Door de binnenkomende claims op een andere manier te verdelen, zou dat ervoor kunnen zorgen dat de doorlooptijd wordt verminderd. Een flexibele schil van schadebehandelaars is nodig om de variabiliteit van het werk op te vangen en de workload per schadebehandelaar te verbeteren. De variabiliteit van het werk reduceren tot het minimale is uiteindelijk de beste manier om de doorlooptijd te verbeteren. In het geval van het schadebehandelingsproces van MediRisk is het waarschijnlijk niet haalbaar om helemaal geen variabiliteit van het werk te hebben.

Er moet nog wel rekening worden gehouden met complexere en minder complexe dossiers. Niet elk dossier is 100% hetzelfde. Het is vooraf echter lastig in te schatten of het een complex of minder complex dossier zal zijn. Om de doorlooptijd optimaal te verbeteren zouden de claims bij binnenkomst ingedeeld moeten worden in de categorie ‘complex’ of ‘minder complex’ of op basis van medische kenmerken. Door het onderscheid tussen de claims goed weer te geven, kan de doorlooptijd verder ingekort worden. Dit moet in de praktijk wel haalbaar zijn.

3.3 Informatievoorziening

Een mogelijke interventie voor de verbetering van de informatievoorziening en daarmee een verbetering van de tevredenheid van de claimant is om de claimant nog meer op de hoogte te houden van de stappen die er worden genomen in het schadebehandelingsproces. Dit kan door MijnMediClaim.nl anders in te richten. Zoals in Sectie 2.2.2 afbeelding 5 en 6 beschreven wordt, heeft elke stap van het schadebehandelingsproces een eigen 'bakje' in VobeSoft. Om de claimant tussentijds nog meer op de hoogte te houden, zouden er aan alle of een aantal 'bakjes' informatiebrieven met statusupdates gekoppeld kunnen worden. Deze informatie moet dan worden geüpload in MijnMediClaim.nl zodat de claimant kan zien in welke stap van het proces zijn/haar claim op dat moment is. Bijvoorbeeld:

- Wachten op medische informatie → claimant statusupdate sturen met de tekst: "op dit moment wachten we op de medische informatie. Wij verwachten dat dit … dagen zal duren. Zodra wij deze informatie ontvangen hebben, zullen wij dit aan u laten weten".
- Wachten op medisch advies → claimant statusupdate sturen met de tekst: "Er is een aanvraag ingediend voor medisch advies en op dit moment wachten wij op het advies. Wij verwachten dat wij dit advies binnen … dagen zullen ontvangen. Zodra wij dit advies hebben ontvangen, kunnen wij verder met de behandeling van uw schadeclaim".
- Vertraging → claimant statusupdate sturen met de tekst: "helaas duurt de behandeling van uw schadeclaim langer dan verwacht. Wij missen nog informatie/wij hebben het medisch advies nog niet ontvangen/de stukken zijn nog niet compleet. Wij verwachten dat wij hiervoor nog … dagen nodig hebben".

Om het voor de claimant nog overzichtelijker te maken, zou er een kort en stapsgewijs overzicht in MijnMediClaim.nl moeten komen met het hele schadebehandelingsproces. De stappen kunnen worden afgevinkt zodra deze zijn voldaan. Zo is het voor de claimant overzichtelijker en mogelijk begrijpelijker welke stappen er genomen moeten worden. De casemanager zou het schadebehandelingsproces aan de hand van de nog te nemen processtappen verder kunnen uitleggen. Het is van belang dat de claimant bij het schadebehandelingsproces betrokken wordt. Doordat de claimant weet welke stappen er genomen moeten worden en waardoor iets soms langer kan duren dan gepland, is er mogelijk meer begrip als de vooraf geïndiceerde doorlooptijd niet wordt gehaald. Over het algemeen vinden de claimanten het niet erg als ze iets langer moeten wachten, zolang ze maar geïnformeerd worden over waarom het proces langer duurt.

Voor MediRisk betekent dit dat er een koppeling gemaakt moet worden tussen VobeSoft en MijnMediClaim.nl. Er moeten korte statusupdates worden geschreven die gekoppeld kunnen worden aan de 'bakjes' van VobeSoft. Zodra de schadebehandelaar aangeeft dat er een stap is afgerond of langer duurt, kan VobeSoft automatisch de statusupdate versturen naar het MijnMediClaim.nl account van de desbetreffende claimant. Ook MijnMediClaim.nl moet worden aangepast. Er moet een stapsgewijs overzicht worden gemaakt en geüpload in deze tool. Er moet een plek komen waar alle statusupdates worden verzameld en weergegeven.

4 Aanbeveling

Om de claimant tevredenheid te verbeteren, is het van belang dat de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces aangepakt worden. De interventies die besproken zijn in hoofdstuk 3 zijn een goede stap in die richting. De aanbeveling is om de interventie voor de planning en informatievoorziening van het schadebehandelingsproces direct in te voeren. Door de claimant meer inzicht te geven in de stappen die genomen moeten worden in het schadebehandelingsproces en door de planning van de schadebehandelaars aan te passen, worden de grootste negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces direct aangepakt. Omdat MediRisk op dit moment nog minder ver in de verandering van een procesgerichte aanpak naar een casemanagement aanpak zit, is de interventie voor een casemanagement aanpak voor de langere termijn.

Om de ervaringen van de claimanten in kaart te blijven brengen, is het van belang dat het ervaringsonderzoek de komende jaren door blijft lopen. De aanbeveling is om de resultaten van het ervaringsonderzoek te blijven analyseren en waar mogelijk het schadebehandelingsproces te blijven aanpassen. Het ervaringsonderzoek geeft namelijk een kijkje in de ervaringen en verwachtingen van claimanten, waardoor dit een waardevolle feedbackbron is.

Een andere aanbeveling is om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn van het veranderen van de fast lane dossiers. Het gaat in deze dossiers nu om schades onder de 5.000 euro. Mogelijk kan dit bedrag verhoogd worden, waardoor de zorginstellingen meer claims zelf af kunnen handelen. In dit onderzoek is hier niet naar gekeken, vandaar de aanbeveling om hier in de toekomst wel onderzoek naar te doen.

5 Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen hoe de claimant tevredenheid over het schadebehandelingsproces verhoogd kan worden. Voor MediRisk was het hierbij van belang om tot een werkwijze te komen waarin de belangen van claimant en zorgaanbieder hand in hand gingen. In dit onderzoek zijn de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces succesvol in kaart gebracht. De grootste negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces zijn de doorlooptijd en informatievoorziening. Door de claimant tussentijds meer op de hoogte te houden van de stappen die genomen moeten worden en de planning van de schadebehandelaars anders in te richten, kunnen de doorlooptijd en informatievoorziening worden verbeterd. Daarnaast zou de schadebehandelaar de rol van casemanager kunnen vervullen zodat MediRisk van een procesgerichte aanpak naar een casemanagement aanpak van het schadebehandelingsproces kan gaan.

In dit onderzoek zijn de eerste stappen gezet naar een verbetering van de claimant tevredenheid door aanpassing(en) in het schadebehandelingsproces. Door vervolgonderzoek te doen en de andere negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces ook aan te pakken, kan MediRisk ervoor zorgen dat de claimant tevredenheid nog meer verbeterd en kan de claimant tevredenheid blijvend worden gemeten.

6 Discussie

In de afgelopen 20 weken stond naast dit onderzoek een ander onderwerp centraal; Covid-19. Door alle maatregelen rondom Covid-19 was het niet mogelijk om fysiek op het kantoor van MediRisk aanwezig te zijn. Hierdoor was het soms lastig om alle medewerkers van MediRisk te spreken. Niet alle meningen en ervaringen zijn meegenomen in dit onderzoek.

In Sectie 3.1 is een mogelijke interventie voor de casemanagement aanpak beschreven. Hierin staat dat de schaderegelaar de casemanager zou kunnen zijn. Als alle maatregelen rondom Covid-19 weer zijn verdwenen en de schaderegelaars weer op huisbezoek mogen, zou het kunnen zijn dat de rol van casemanager niet in de werktijd van de schaderegelaars past door bijvoorbeeld de reistijd van de huisbezoeken. Het aannemen van een extra schaderegelaar zou dit probleem kunnen verhelpen. Deze benadering van de interventie is niet meegenomen in dit onderzoek.

De meningen en ervaringen van de zorginstellingen zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Dit onderzoek is gebaseerd op beschikbare literatuur, gesprekken met medewerkers van MediRisk en de resultaten van het ervaringsonderzoek. Om meer inzicht te krijgen in de huidige negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces en ook de meningen en ervaringen van de zorginstellingen mee te nemen, is het van belang dat dit verder onderzocht wordt in een mogelijk vervolgonderzoek. Dit zorgt mogelijk voor een nieuwe kijk op de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces.

De resultaten van het ervaringsonderzoek zijn mede gebruikt om de negatieve aspecten van het schadebehandelingsproces in kaart te brengen. In de eerste 4 maanden van het onderzoek zijn er 173 claimanten uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. 44 van deze claimanten hebben dat daadwerkelijk gedaan. Dit is maar 25% van het totaal aantal claimanten dat is uitgenodigd. Om een representatiever beeld te krijgen van de ervaringen en verwachtingen van de claimanten zou dit aantal hoger moeten liggen. Dit kan mogelijk een vertekend beeld geven van meningen en ervaringen van alle claimanten van MediRisk.

Dit onderzoek is vooral gefocust op de verbetering van de doorlooptijd en informatievoorziening. Het schadebehandelingsproces bestaat uit veel meer stappen en mogelijke negatieve aspecten dan gepresenteerd in dit onderzoek. Om andere mogelijke negatieve aspecten te verbeteren, is het van belang dat er vervolgonderzoek wordt gedaan. Daarnaast kunnen de negatieve aspecten die gepresenteerd zijn in de probleemkluwen in bijlage D ook gebruikt worden voor verder onderzoek naar mogelijke verbeteringen.

Bijlage A Ervaringsonderzoek medische aansprakelijkheid

Versie 7.0 (15-01-2021)

Achtergrondinformatie

We beginnen de vragenlijst met een paar vragen om meer achtergrondinformatie te krijgen.

1. Wat is uw geslacht?
   - Man
   - Vrouw
2. In welke leeftijdscategorie valt u (nu)?
   - Jonger dan 25
   - 25 t/m 50 jaar
   - 51 t/m 75 jaar
   - Ouder dan 75 jaar
   - Anders/geen antwoord
3. Wat is uw hoogst genoten opleiding?
   - Lagere school
   - Lagere beroepsopleiding
   - Middelbare school/Middelbare beroepsopleiding
   - Hogere beroepsopleiding/Universiteit
   - Anders/geen antwoord

Deel 1: Algemene informatie

Deze vragen zijn bedoeld om algemene informatie te verkrijgen over de aanleiding tot het indienen van een schadeclaim en uw verwachtingen over de mogelijke uitkomst.

4. Wanneer heeft u uw schadeclaim ingediend?
   - Maand en jaar <via keuze dropdowns>
   - Onbekend/weet niet meer
5. Heeft u een belangenbehartiger ingeschakeld? Een belangenbehartiger is iemand die u helpt of heeft geholpen met uw schadeclaim en/of juridische bijstand.
   - Nee
   - Ja, ik heb mijn rechtsbijstandsverzekeraar ingeschakeld
   - Ja, ik heb een advocaat ingeschakeld
   - Ja, ik heb een andere deskundige ingeschakeld
   - Anders, namelijk <open veld>
6. Wat was of waren voor u de belangrijkste reden(en) voor het indienen van uw schadeclaim? Geef de belangrijkste reden(en) aan. U kunt maximaal 3 keuzes aanklikken. Ik wil(de) met mijn schadeclaim: [meerdere antwoorden mogelijk]
   - Erkenning voor mijn leed
   - Bereiken dat er naar me geluisterd zou worden
   - De kwaliteit en veiligheid van de zorg(instelling) verbeteren
   - Dat voorkomen kan worden dat het anderen zal overkomen
   - Een vergoeding ontvangen voor de financiële gevolgen
   - Herstel van mijn rechtsgevoel
   - Te weten komen wat er precies is gebeurd
   - Dat de schade hersteld zou worden
   - Anders, namelijk <open veld>

7. → Herhaling antwoorden vraag 6. Heeft de behandeling van uw schadeclaim u opgeleverd wat u wilde bereiken?
   - Ja
   - Nee

- Anders, namelijk <open veld>

8. Is de behandeling van uw schadeclaim afgerond?
   - Nee
   - Ja, in maand en jaar <via keuze dropdowns>
   - Weet ik niet/anders
9. Wat is de status van uw schadeclaim?
   - De aansprakelijkheid is afgewezen
   - De aansprakelijkheid is erkend, maar de schade is nog niet afgewikkeld
   - De aansprakelijkheid is erkend en de schade is afgewikkeld
   - Wij zijn het niet eens geworden over de aansprakelijkheid, maar de schade is geregeld
   - Anders, namelijk: <open veld>

Deel 2: Het voortraject van uw schadeclaim

Met de volgende vragen wordt informatie verkregen over uw ervaringen voordat u besloot een schadeclaim in te dienen.

10. Wat is er gebeurd voordat u een schadeclaim heeft ingediend? Heeft u bijvoorbeeld informatie ontvangen of met een medewerker van de zorginstelling/zorgverlener gesproken over uw onvrede? [meerdere antwoorden mogelijk]
    - Ik heb geen informatie ontvangen en niemand gesproken over de verschillende klachtmogelijkheden
    - Ik heb wel informatie ontvangen
      - Ik heb een brief/mail ontvangen met informatie
      - Ik heb informatie ontvangen tijdens een telefoongesprek
      - Ik heb informatie ontvangen via een informatiebrochure
      - Ik ben verwezen naar een website
    - Ik heb iemand gesproken
      - Ik heb gesproken met iemand van het patiënt informatiebureau
      - Ik heb gesproken met de betrokken zorgverlener zelf
      - Ik heb gesproken met de klachtenfunctionaris
      - Ik heb gesproken met een lid van de klachtencommissie
      - Ik heb gesproken met iemand anders/anderen, namelijk <open veld>

11. Open vraag: Wat vindt/vond u positief aan het proces dat voorafging aan het indienen van een schadeclaim? <open veld>
12. Open vraag: Wat valt te verbeteren in het proces dat voorafging aan het indien van een schadeclaim? <open veld>

Deel 3. Persoonlijk kennismakingsgesprek over uw schadeclaim

Navolgende vragen hebben betrekking op het persoonlijke kennismakingsgesprek met een vertegenwoordiger van Verzekeraars X dat mogelijk heeft plaatsgevonden.

13. Is door VERZEKERAAR X een persoonlijk gesprek aan u aangeboden?
    - Ja
    - Nee → routing naar deel 4
14. Heeft u ingestemd met het aanbod voor een persoonlijk gesprek?
    - Ja
    - Nee, ik was daar niet toe in staat
    - Nee, mijn belangenbehartiger adviseerde mij niet in te stemmen met een persoonlijk gesprek
    - Nee, ik had daarvoor geen interesse

- Nee, anders namelijk: <open veld>

Nee antwoorden zijn → routing naar deel 4

Hoe waardeert u .....
(De waardering loopt van 1 tot 10. Waarbij 1 zeer laag is en 10 zeer hoog)

15. De wijze waarop het doel van het gesprek aan u is toegelicht.
16. De gegeven voorlichting over de stappen in de behandeling van uw schadeclaim.
17. De mate waarin door uw gesprekpartner naar u is geluisterd.
18. De mate waarin uw gesprekspartner antwoord kon geven op uw vragen.
19. De snelheid waarmee u een schriftelijk verslag van het gesprek heeft ontvangen.

Deel 4: Informatieverstrekking over de behandeling van uw schadeclaim

In de navolgende vragen wordt aandacht besteed aan de informatieverstrekking door Verzekeraar X.

20. Van wie ontving u informatie tijdens de behandeling van uw schadeclaim? [meerdere antwoorden mogelijk]
    - Rechtstreeks van VERZEKERAAR X
    - Via mijn belangenbehartiger
    - Via de zorginstelling/zorgverlener
    - Anders, namelijk: <open veld>

21. Hoe bent u door VERZEKERAAR X op de hoogte gehouden van de behandeling van uw schadeclaim? [meerdere antwoorden mogelijk]
    - Ik heb geen informatie ontvangen van VERZEKERAAR X
    - Ik ontving emails van VERZEKERAAR X met informatie
    - Ik ontving brieven van VERZEKERAAR X met informatie
    - Ik had telefonisch contact met VERZEKERAAR X
    - Ik werd verwezen naar een website van VERZEKERAAR X
    - Ik heb in een persoonlijk gesprek met
    een vertegenwoordiger van VERZEKERAAR X informatie gekregen
    - Ik ben op de hoogte gehouden door mijn belangenbehartiger
    - Anders, namelijk... <open veld>

Hoe waardeert u ... (De waardering loopt van 1 tot 10. Waarbij 1 zeer laag is en 10 zeer hoog)

22. De snelheid waarmee u de informatie ontving van VERZEKERAAR X naar aanleiding van uw schadeclaim.
23. De duidelijkheid van de door VERZEKERAAR X gegeven informatie.
24. De mate waarin door VERZEKERAAR X begrip en medeleven voor uw situatie is getoond.

Deel 5. Vragen over uw claimbehandeling

De navolgende vragen gaan over de stappen in de behandeling van uw schadeclaim.

25. Was het voor u duidelijk welke stappen in de behandeling genomen moesten worden om te komen tot een standpunt over de aansprakelijkheid?
    - Ja
    - Nee <bij nee, open veld toelichting >

Hoe waardeert u …. (De waardering loopt van 1 tot 10. Waarbij 1 zeer laag is en 10 zeer hoog)

26. In hoeverre is het standpunt over de aansprakelijkheid voldoende en begrijpelijk aan u uitgelegd?
27. De mate van zorgvuldigheid bij de beoordeling van uw schadeclaim door VERZEKERAAR X.
28. De mate waarin VERZEKERAAR X u respectvol heeft behandeld.
29. De mate waarin uw schadeclaim voortvarend (snelle reacties, makkelijk contact schadebehandelaar, opvolgen acties) is behandeld door VERZEKERAAR X.
30. De mate waarin door VERZEKERAAR X afspraken zijn nagekomen.
31. De wijze waarop u tussentijds door VERZEKERAAR X op de hoogte bent gehouden over de voortgang van uw schadeclaim.

Deel 6. Slotvragen

Nu volgen een paar afsluitende vragen die het totaalbeeld van uw ervaringen met de behandeling van uw schadeclaim samenvatten.

32. Hieronder staan verschillende factoren genoemd die van invloed kunnen zijn op uw ervaringen. Kies uit onderstaande drie onderdelen de drie factoren die voor u het meest belangrijk zijn/waren:

Persoonlijk kennismakingsgesprek over uw schadeclaim

- De wijze waarop het doel van het gesprek aan u is toegelicht?
- De gegeven voorlichting over de stappen in de behandeling van uw schadeclaim?
- De mate waarin door uw gesprekpartner naar u is geluisterd?
- De mate waarin uw gesprekspartner antwoord kon geven op uw vragen.
- De snelheid waarmee u een schriftelijk verslag van het gesprek heeft ontvangen.

Informatieverstrekking over de behandeling van uw schadeclaim

- De snelheid waarmee u de informatie ontving van VERZEKERAAR X naar aanleiding van uw schadeclaim?
- De duidelijkheid van de door VERZEKERAAR X gegeven informatie?
- De mate waarin door VERZEKERAAR X begrip en medeleven voor uw situatie is getoond?

Vervolgfase van uw claimbehandeling

- De mate van zorgvuldigheid bij de beoordeling van uw schadeclaim door VERZEKERAAR X?
- De mate waarin VERZEKERAAR X u respectvol heeft behandeld
- De mate waarin uw schadeclaim voortvarend is behandeld door verzekeraar X?
- De mate waarin door VERZEKERAAR X afspraken zijn nagekomen?
- De wijze waarop u tussentijds door VERZEKERAAR X op de hoogte bent gehouden over de voortgang van uw schadeclaim.

33. Op een schaal van 1 tot en met 10 geef ik de totale behandeling van mijn schadeclaim door VERZEKERAAR X het volgende cijfer:
34. In welke mate vindt/vond u de behandeling van uw schadeclaim belastend? (emotioneel, tijdsduur, complexiteit) De waardering loopt van 1 tot 10. Waarbij 1 weinig belastend is en 10 veel belastend.
35. Wat vond u positief aan de behandeling van uw schadeclaim? <open veld>
36. Welk advies voor verbetering zou u VERZEKERAAR X willen meegeven? <open veld>

Dank voor uw deelname.

Hartelijke groet,
VERZEKERAAR X

Bijlage B Uitleg casemanagement uit jaarplan 2020

Case management

- Doorontwikkelen maatwerk **partnerships** met de leden
- Open en op herstel van schade gerichte benadering; 'Case mangement'
  - **Oplossingsgerichte claimbehandeling** met menselijke maat
  - **Verbeteren patiëntervaring** door meer persoonlijk contact
  - Landelijke dekking **eigen schaderegelaars**
  - Inrichten **'support bij incidenten'** voor organisatie én zorgprofessional
- Versterken (juridische) **adviesfunctie** van behandelaar
- Verbeteren **kwaliteit** dienstverlening én **schadelastbeheersing** door digitalisering, doorontwikkelen Beslissings Ondersteunend Systeem (BOS) en vernieuwen 'MijnMediClaim'

Bijlage C Doorlooptijden

Mutatiereden	Omschrijving	Agendareden	AgendaDagen
999	Conversie	0	0
750	GO nieuw dossier	7500	36
751	GO 3 maandstermijn	7510	80
752	GO wacht op med machtiging	7520	21
753	GO wacht op (med) info vz	7530	14
754	GO wacht op (med) info 3e	7540	21
755	GO vraag med advies aan	7550	2
756	GO wacht op med advies	7560	21
757	GO ontvangen med advies	7570	4
758	GO overleg vz standpunt	7580	14
760	GO brief vertraging	0	0
764	Afwijzing aansprakelijkheid	7640	92
765	Erkenning aansprakelijkheid	7650	42
766	Minnelijk voorstel	7660	42
768	Start bodemprocedure	7680	31
769	Start procedure deelgesch	7680	31
770	Wacht op med eindsituatie	7700	0
771	Einde bodemprocedure	0	0
772	Einde procedure deelgesch	0	0
773	Vervolg medisch advies	7730	21
775	Inschakeling SR	7750	31
778	Factuur ER open	7780	21
779	Eigen risico ontvangen	0	0
780	Procesadvies	7680	7
781	Start deskundigentraject	0	0
782	Einde deskundigentraject	0	0
783	GO 3-gesprek	7830	21
784	GO wacht op (med) info tgp	7840	14
785	Wacht op tegenpartij	7850	42
786	Aanvraag deskundige uit	7810	90
787	Concept desk bericht ontvangen	7870	4
788	Wacht op verzekerde	7880	14
790	Poststuk behandelen	7900	14
792	Start verzoekschrift proc	7920	31
793	Eind verzoekschrift proce	0	0
794	Vervolg schaderegelingstraject	7760	31
800	Overig	8000	0
810	Herbeoordeling reserve	8100	182
850	Heropenen dossier	0	0
978	Factuur ER gesloten	9780	21
979	Eigen Risico ontvangen	0	0
980	3 maanden na afwijzing	9800	92
993	Dossier gesloten sb	0	0
994	Dossier gesloten secr	0	0
995	Dossier gesloten archief	0	0

Bijlage D Probleemkluwen

Bijlage E Zoektabel

Zoekmachine	Term	Aantal hits	Bruikbaar?	Datum
Pubmed	Medical liability	24.049	Extra informatie over medische aansprakelijkheid	15-2-2021
Scholar	Casemanagement	21.600	Uitleg over de inhoud van casemanagement, nog vrij globaal	15-2-2021
Scholar	Health casemanagement	2.800.000	Gaat veel in op de bepaalde behandelingen en het casemanagement, geeft wel iets meer informatie	15-2-2021
Scholar	Casemanagement medical incident	17.700	Gaat meer in op het gebruik van casemanagement bij medische fouten, bruikbaarder	22-2-2021
Scholar	Medical incident management	1.450.000	Zoekterm te groot!	22-2-2021
Google	Casemanagement medische incidenten	24.400	Geen betrouwbare zoekmachine, maar geeft wel een weergave wat voor informatie er al is om goede termen te vinden om door te zoeken.	22-2-2021
SharePoint MediRisk	Schadebehandelings-proces		Meer in detailinformatie over het schadebehandelingsproces en alle stappen die genomen moeten worden.	26-2-2021
Google	Medische aansprakelijkheid burgerlijk wetboek	162.000	Geeft de wetten van de medische aansprakelijkheid weer, bruikbaar voor theoretische onderbouwing en waarom het proces zo is ingeregeld.	3-3-2021
SharePoint MediRisk	Casemanagement		Meer informatie over wat casemanagement voor MediRisk is en hoe zij hierover denken.	3-3-2021
Google	Langlopende letselschadezaken	5.580	Geeft het onderzoek (en vervolgonderzoek) weer van de Universiteit van Utrecht over langlopende letselschadezaken. Hiermee ook de reactie van bijvoorbeeld de Letselschade Raad gevonden. Bron 1.	9-3-2021
Google	Slachtofferhulp Nederland casemanagement	9.020	Informatie over de pilot van SHN. Zij hebben onderzoek gedaan naar casemanagement bij medische incidenten. Bron 4 & 5.	9-3-2021
SharePoint MediRisk	MediRisk	-	Informatie opgezocht over de interne processen, vergoedingen bij schades, het jaarplan 2020/2021, schadebehandeling, klachten en leden.	18-3-2021, 23-3-2021, 24-3-2021, 8-4-2021, 13-4-2021
Google	Herziening GOMA	8.760	Informatie over de herziening van de GOMA. GOMA 2.0.	23-4-2021
Pubmed	Wet van Little	1.270.000.000	Uitleg over de Wet van Little	1-06-2021
Pubmed	Pooling Principle	8.710.000	Uitleg over Pooling Principle	2-06-2021

Referenties

1. Rijnhout R, van Maurik D, van Dongen E, Giesen I. Langlopende letselschadezaken: een empirisch-juridisch onderzoek naar kenmerken van letselschadezaken die niet binnen twee jaar zijn afgerond. Utrecht: De Letselschade Raad 2020.
2. MediRisk: Over MediRisk https://medirisk.nl/over-medirisk/ Accessed 12 februari 2021.
3. De Letselschade Raad. Gedragscode Openheid medische incidenten (GOMA). 3e ed. Den Haag, 2012. p. 31.
4. De Letselschade Raad. Herziening GOMA: Op weg naar GOMA 2.0. Den Haag, 2019. p. 3.
5. Hopman AM. Casemanagement 1e ed: College voor zorgverzekeringen 2011. p. 54.
6. Fonds Slachtofferhulp: Casemanagement Medische Incidenten https://fondsslachtofferhulp.nl/projecten/pilot-case-management-medische-incidenten/ (2018). Accessed 9 maart 2021.
7. Kiers B. Medische coronaclaims gaan tientallen mijoenen euro's bedragen. Zorgvisie,2020. p. 3.
8. MediRisk: Safety-II patientveiligheid door focus op dagelijkse praktijk https://medirisk.nl/safety-ii-patientveiligheid-door-focus-op-dagelijkse-praktijk/ (2019). Accessed 16 maart 2021.
9. De letselschade Raad. De Letselschade Raad stelt Kamer voor Langlopende Letselschadezaken in. Den Haag, 2021. p. 2.
10. van der Velden PG, Contino C, Akkermans AJ, Das M. Victims of medical errors and the problems they face: a prospective comparative study among the Dutch population. European Journal of Public Health. 2020;30(6):1062-6. doi: 10.1093/eurpub/ckaa106.
11. Smeehuijzen JL, van Wees KAPC, Akkermans AJ, Legemaate J, van Buschbach S, Hulst L. Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen. Vrije Universiteit Amsterdam Centre for Comprehensive Law; 2013. p. 235.
12. MediRisk: Interview tuchtrechter Eva Deen: Er is nog zoveel winst te behalen in het contact tussen patient en arts. https://medirisk.nl/er-is-nog-zoveel-winst-te-behalen-in-het-contact-tussen-patient-en-arts/ (2019). Accessed 16 maart 2021.
13. Burruni R, Cuany B, Valerio M, Jichlinski P, Kulik G. Reduction and follow-up of hospital discharge letter delay using Little's law. Int J Qual Health Care. 2019;31(10):787-92. doi: 10.1093/intqhc/mzy253.
14. Cattani K, Schmidt GM. The pooling principle. INFORMS Transactions on Education. 2005;5(2):17-24.
15. Van Dijk N, van der Sluis E. Pooling is not the answer. European Journal of Operational Research. 2009;197(1):415-21.