

STAND VAN ZAKEN

Openheid over medische fouten: waar staan we?

Johan Legemaate, Arno J. Akkermans en Roland D. Friele

Recente, breed gedragen richtlijnen bepalen dat artsen en andere zorgverleners open en eerlijk behoren te zijn over incidenten, dat wil zeggen: medische fouten.

Deze norm wordt versterkt door uitspraken van het tuchtcollege en zal naar verwachting binnenkort ook wettelijk geregeld worden.

In de praktijk is er nog sprake van tal van persoonlijke en institutionele belemmeringen bij het communiceren over incidenten.

De elders ontwikkelde open benadering ('open disclosure'-benadering) kan ook in Nederland behulpzaam zijn bij het wegnemen van die belemmeringen.

De laatste jaren is de aandacht voor openheid over incidenten in de zorg – dat wil zeggen: medische fouten – sterk toegenomen.^{1,2} De tijd waarin artsen werd ontraden om incidenten openlijk met patiënten te bespreken, lijkt zo langzamerhand achter ons te liggen. Maar dat betekent niet dat nu zonder meer duidelijk is wat van een arts verwacht mag worden in geval van een incident. Wat kan een arts jegens de patiënt het beste doen als hij of zij verantwoordelijk is voor een incident? In dit artikel bespreken wij deze vraag aan de hand van actuele ontwikkelingen op het gebied van richtlijnontwikkeling, rechtspraak en wetgeving.

RICHTLIJNONTWIKKELING

Lange tijd hadden de aansprakelijkheidsverzekeraars bedenkingen bij volledige openheid over medische fouten, terwijl vanuit de medische beroepsgroep werd betoogd dat openheid juist tot de verantwoordelijkheden van een arts behoort. Dat werd voor het eerst expliciet verwoord in de KNMG-richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?' uit 2007.³ Deze richtlijn raadt artsen juist aan om patiënten open en eerlijk te informeren over medische fouten: 'Door de patiënt niet of niet tijdig over fouten te informeren kan schade ontstaan of verergeren en neemt de kans op escalatie in de arts-patiëntrelatie toe.' Openheid, aldus de richtlijn, behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van de arts om te voorkomen dat patiënten worden geschaad, en om al ontstane schade zo veel mogelijk te beperken.

In 2010 werd deze boodschap herhaald in een gedragscode die ook door de aansprakelijkheidsverzekeraars werd onderschreven, namelijk de 'Gedragscode openheid

Academisch Medisch Centrum, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam.

Prof.dr.mr. J. Legemaate, gezondheidsjurist.

Vrije Universiteit, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Amsterdam.

Prof.dr.mr. A.J. Akkermans, aansprakelijkheidsrechtjurist.

NIVEL, afd. Onderzoek, Utrecht.

Prof.dr.ir. R.D. Friele, sociale wetenschapper.

Contactpersoon: prof.dr.mr. J. Legemaate

(j.legemaate@amc.uva.nl).

medische incidenten; betere afwikkeling medische aansprakelijkheid'(GOMA).⁴ De GOMA benadrukt het belang van een snelle en adequate reactie van artsen en instellingen na een incident, dat wil zeggen: een onbedoelde gebeurtenis met merkbare gevolgen voor de patiënt. Belangrijk is dat snel wordt onderzocht hoe een incident heeft kunnen ontstaan en dat, zodra dat mogelijk is, de patiënt of zijn of haar naasten daarover worden geïnformeerd.

Als uit het onderzoek blijkt dat er sprake is geweest van een fout, beveelt de GOMA aan dat de arts die fout erkent en aan de patiënt verontschuldigingen aanbiedt (aanbeveling 8). De gedachte achter de GOMA is niet alleen dat patiënten recht hebben op openheid, maar ook dat artsen en instellingen door open te zijn tuchtklachten en claims kunnen voorkomen en escalatie in de arts-patiëntrelatie kunnen tegengaan. Dit wordt bevestigd door onderzoek: snelle en volledige openheid over medische fouten leidt tot meer begrip bij patiënten, en bewerkstelligt eerder een afname dan een toename van het aantal klachten en claims.⁵⁻⁷

OPENHEID ALS NORM IN DE RECHTSPRAAK

Een arts die verzuimt open en eerlijk te reageren op incidenten, neemt niet alleen het risico dat zijn relatie met de patiënt escaleert, maar moet er ook rekening mee houden dat hij zich moet verantwoorden voor een klachtencommissie of tuchtcollege. Steeds vaker verwijst ook de tuchtrechter naar de KNMG-richtlijn en de GOMA. Ter illustratie beschrijven wij kort 3 recente tuchtuitspraken. In de eerste zaak oordeelde het Regionaal Tuchtcollege Eindhoven over een chirurg die tijdens een herniaoperatie een fout maakte, en die fout trachtte te verdoezelen. De patiënt diende hierover een klacht in, waarna de klacht door het tuchtcollege gegrond werd verklaard: 'Het College overweegt dat de chirurg zijn fout, namelijk het beschadigen van zenuwweefsel bij het uitruimen van de tussenwervel, naar klaagster toe heeft trachten te verdoezelen, ofwel die fout niet direct heeft erkend. Dit blijkt uit het feit dat niet de chirurg maar de anesthesist en de assistenten ervoor hebben gezorgd dat het zenuwweefsel werd onderzocht. De chirurg had klaagster over het verloop van de operatie moeten informeren. Zijn mededeling aan klaagster dat hij niet de linkerkant van de discus had geopereerd was onjuist. Ook heeft hij verzuimd haar de ernstige gevolgen van de beschadigingen mede te delen.'⁸

In 2013 deed het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg uitspraak in een zaak waarin een anesthesist weliswaar onmiddellijk na een calamiteit betreffende een jonge patiënt adequaat naar de ouders reageerde, maar in een latere fase een gesprek met die ouders gebrekkig organiseerde en slecht voorbereidde. In algemene zin

merkte het Centraal Tuchtcollege op: 'In het geval van een ernstig incident mag van de arts een open en proactieve houding jegens de patiënt of, in een casus als deze, diens vertegenwoordiger worden verwacht. Dit behoort tot de zorgplicht van de arts. Het Centraal Tuchtcollege wijst ter zake onder meer op de KNMG-richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?' uit 2007. De arts dient zelf het initiatief te nemen om tot een gesprek met de patiënt of diens vertegenwoordigers over het incident te komen. Een dergelijk gesprek behoort zorgvuldig te worden voorbereid en plaats te vinden onder omstandigheden die bevorderlijk zijn voor een goed verloop van het gesprek.'⁹ In augustus 2014 kwam het Regionaal Tuchtcollege Zwolle tot de conclusie dat een gynaecoloog na een ernstig incident veel actiever had moeten zijn bij het informeren van een patiënte. Onder verwijzing naar de KNMG-richtlijn uit 2007 en de GOMA oordeelde het college dat de gynaecoloog een interne bespreking had moeten organiseren, 'waaruit hij gefundeerde conclusies had kunnen krijgen om aan patiënte mee te kunnen delen'. Volgens de tuchtrechter had de arts de gemaakte fouten uit zichzelf moeten bespreken 'en daarover open en eerlijk moeten zijn'.¹⁰

Uit deze 3 tuchtzaken kan worden afgeleid dat de tuchtrechter behoorlijk streng oordeelt in zaken waarin een arts handelt in strijd met de norm om open en eerlijk te zijn over fouten. Duidelijk is dat de tuchtrechter op dat punt een proactieve opstelling van artsen verwacht.

Ook in civiele procedures wordt het belang van een proactieve houding benadrukt. Zo oordeelde in 2012 de rechtbank in Den Haag dat het maken van verontschuldigingen door een ziekenhuis, door patiënten als belangrijk wordt ervaren, en strikt te dient te worden gescheiden van het erkennen van aansprakelijkheid.¹¹ Anders dan door artsen wel eens wordt gedacht, zijn verontschuldigingen of excuses dus niet hetzelfde als erkenning van aansprakelijkheid.

OPENHEID ALS WETTELIJK RECHT VAN DE PATIËNT

De relatief strenge benadering van de tuchtrechter zal naar verwachting worden verstrekt door wetgevingsontwikkelingen die op stapel staan. Verdedigd wordt dat in de huidige, algemene informatiebepaling in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) ook een recht van de patiënt op informatie over incidenten besloten ligt (artikel 7:448 van het Burgerlijk Wetboek).¹² Het wetsvoorstel Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz), dat momenteel aanhangig is bij de Eerste Kamer, zal dit recht expliciet gaan regelen. Artikel 10 lid 3 van dit wetsvoorstel bepaalt dat patiënten en hun nabestaanden recht hebben op informatie over de aard en toedracht van incidenten met merkbare gevol-

gen. Die informatie dient ook in het dossier van de patiënt te worden vastgelegd. ‘Daarbij licht de zorgaanbieder de cliënt tevens in over de mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken’, aldus dezelfde bepaling.

De inwerkingtreding van deze wettelijke bepaling kan worden gezien als het sluitstuk van een ontwikkeling waarin de verantwoordelijkheid van artsen en zorginstellingen om adequaat om te gaan met incidenten en fouten, steeds duidelijker is gedefinieerd en ingevuld. Sommige instellingen hebben naar aanleiding van deze ontwikkelingen al gekozen voor meer openheid naar de patiënt.¹³ Voor andere instellingen betekent de nieuwe wettelijke bepaling dat een beleidswijziging nodig is.

OPENHEID VAN ZAKEN GEVEN

Open en eerlijk zijn over incidenten is in de praktijk makkelijker gezegd dan gedaan. Het is bekend dat tal van feitelijke of psychologische belemmeringen zich in de praktijk voordoen. Daarbij gaat het niet alleen om definities – ‘Wanneer is er sprake van een incident? Gaat het daarbij wel of niet om een fout?’ – maar ook om de vraag hoe de arts zich het beste jegens de patiënt en zijn naasten kan opstellen.

In de literatuur zijn diverse handvatten en adviezen te vinden die gericht zijn op individuele artsen en andere beroepsbeoefenaren.¹ Belangrijk is dat patiënten zo snel mogelijk na het incident goede feitelijke informatie krijgen, dat zo nodig excuses worden aangeboden, dat patiënten en hun naasten eventuele onvrede kunnen uiten, en dat met hen gesproken wordt over de mogelijke gevolgen van het incident en over de maatregelen om herhaling te voorkomen.

Een onderzoek dat wij in 2013 afsloten, leert dat de competenties en de aanpak van de betreffende beroepsbeoefenaren van belang zijn. Daarnaast is het belangrijk dat de instellingen waarin deze artsen werken een beleid formuleren inzake openheid rond incidenten, en op grond daarvan de randvoorwaarden voor een goede praktijk creëren.¹³ Wat daarbij behulpzaam kan zijn is een instellingsbeleid waarbij openheid van zaken (‘open disclosure’) de norm is. Deze open benadering van incidenten is ontwikkeld in met name de Verenigde Staten en Australië.¹⁴⁻¹⁶

In Europa heeft de open benadering nog niet veel aandacht gekregen.^{14,17} Er is alle reden die achterstand in te halen. Een open benadering maakt een integratie mogelijk tussen enerzijds de plicht van artsen en zorginstellingen om adequaat te reageren op incidenten, en anderzijds het algemene beleid inzake kwaliteit en veiligheid van de zorg. Hierdoor ontstaat een samenhangend geheel van acties en maatregelen voor gevallen waarin de zorgverlening heeft geleid tot een situatie die niet de bedoe-

ling was. Zo’n beleid kan ook voorkómen dat de druk om adequaat te handelen eenzijdig bij de arts komt te liggen, en dat wordt miskend dat de oorzaken van een incident vaak met veel meer factoren te maken hebben dan met het handelen van een individuele hulpverlener. Een beleid van open benadering stelt uiteraard openheid centraal, maar heeft ook aandacht voor andere zaken: nazorg, waar nodig herstelbehandeling, vergoeding van kosten en dergelijke.

Waar de patiënt zich kan laten steunen door een vertrouwenspersoon of een klachtenfunctionaris, is het belangrijk dat ook de arts zich kan laten adviseren. De meeste artsen zullen in hun carrière maar enkele malen te maken krijgen met een incident met ernstige gevolgen voor hun patiënt. Er is dus niet zo veel gelegenheid om ‘ervaring op te doen’, om adequaat te leren reageren. In dat kader wordt wel gepleit voor het introduceren van een coach die de zorgverlener begeleidt in het geven van openheid van zaken (‘disclosure coach’). Om te voorkomen dat een nieuwe functionaris moet worden aangesteld, kan in de Nederlandse context overwogen worden om de al bestaande klachtenfunctionaris een dubbelrol te geven: niet alleen adviseur en ondersteuner van de patiënt, maar ook coach van de zorgverlener.¹⁴

Het ‘Australian open disclosure framework’ uit 2013 vormt momenteel de recentste en meest uitgewerkte richtlijn op het gebied van openheid over fouten.¹⁸ Het is de moeite waard om op basis van deze richtlijn een model te ontwikkelen dat toepasbaar is in Nederland. De eerste stappen hiertoe worden inmiddels gezet in het kader van het samenwerkingsverband Open (Open staat voor ‘Open en eerlijke omgang met klachten en incidenten in de zorg’), een conglomeraat van vooruitstrevende zorginstellingen, patiënten, en onderzoekers van NIVEL, de Vrije Universiteit en het Academisch Medisch Centrum. Dit conglomeraat is begonnen met het in kaart brengen, analyseren en propageren van de al bestaande best gebleken handelwijzen (‘best practices’) in Nederlandse ziekenhuizen. Op die manier kan steeds duidelijker worden wat de beste manier is om de nieuwe normen voor openheid in de praktijk te brengen.

CONCLUSIE

Het is goed dat artsen zich ervan bewust zijn dat openheid na een incident – dat wil zeggen: een medische fout – tegenwoordig door de medische beroepsgroep en de tuchtcolleges als een onderdeel van de professionele verantwoordelijkheid wordt gezien. Naar verwachting wordt hierover binnenkort ook wetgeving van kracht. Dat openheid nu de norm is, betekent niet dat in alle gevallen duidelijk is hoe artsen en instellingen het beste kunnen handelen. Daarvoor moet nog een aantal stappen worden

LEERPUNTEN

- **Recente richtlijnen van de KNMG en van aansprakelijkheidsverzekeraars schrijven voor dat artsen open en eerlijk zijn over medische fouten.**
- **De richtlijnen over het omgaan met medische fouten worden door de tuchtrechter als maatlat gehanteerd.**
- **Het aanbieden van verontschuldigen of excuses is niet hetzelfde als erkenning van aansprakelijkheid.**
- **In de praktijk doen zich nog tal van belemmeringen voor bij de communicatie over medische fouten.**
- **Een beleid waarin behandelaars open zijn over medische fouten kan bijdragen aan verbetering van de communicatie over deze fouten.**

gezet. Daarbij is het belangrijk dat de aandacht niet alleen uitgaat naar de houding en competenties van artsen en andere beroepsbeoefenaren, maar dat de instellingen waarin zij werken ook de benodigde randvoorwaarden creëren, zoals de ondersteuning van zowel de patiënt als de arts.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 22 juli 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9089

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9089**

LITERATUUR

- Legemaate J, van Everdingen JJE, Kievit J, Stappers JWM. Openheid over fouten in de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007;151:319-22.
- Linthorst GE, Torrens RA, Hoekstra JBL. Het bespreken van medische fouten met de patiënt. Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B66.
- Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht? Utrecht: KNMG; 2007.
- Gedragcode openheid medische incidenten; betere afwikkeling medische aansprakelijkheid (GOMA). Den Haag: De Letselschade Raad; 2012.
- Vincent C, Phillips A, Young M. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet. 1994;343:1609-13.
- Wojcieszak D, Banja J, Houk C. The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32:344-50.
- Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann Intern Med. 2010;153:213-21.
- Regionaal Tuchtcollege Eindhoven, 4 mei 2011. ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1080.
- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 10 september 2013. ECLI:NL:TGZCTG:2013:103.
- Regionaal Tuchtcollege Zwolle, 8 augustus 2014. ECLI:NL:TGZRZWO:2014:104.
- Rechtbank Den Haag, 25 oktober 2012. ECLI:NL:RBSGR:2012:BY2540.
- Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, et al. Handboek gezondheidsrecht. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014.
- Legemaate J. Wees open over calamiteitenonderzoek. Med Contact. 2015;70:338-9.
- Smeehuijzen JL, van Wees KAPC, Akkermans AJ, Legemaate J, van Bussbach S, Hulst L. Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medische schade. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2013.
- Iedema R, Jorm C, Wakefield J, Ryan C, Dunn S. Practising Open Disclosure: clinical incident communication and systems improvement. Sociol Health Illn. 2009;31:262-77.
- Harvard Hospitals. When things go wrong: responding to adverse events. Boston: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; 2006.
- McLennan S, Beitat K, Lauterberg J, Vollmann J. Regulating open disclosure: a German perspective. Int J Qual Health Care. 2012;24:23-7.
- Australian open disclosure framework. Sydney: Australian commission on safety and quality of health care; 2013.