

VU Research Portal

De professionele standaard

Laarman, B.S.

published in

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
2017

DOI (link to publisher)

[10.5553/TvGR/016508742017041405006](https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742017041405006)

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Article 25fa Dutch Copyright Act

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Laarman, B. S. (2017). De professionele standaard: Wat is een open en eerlijke reactie na een medisch incident? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 41(4-5), 351-359.
<https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742017041405006>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

FORUM

De professionele standaard: wat is een open en eerlijke reactie na een medisch incident?

Mr. B.S. Laarman*

1. Inleiding

Van zorgverleners wordt verwacht dat zij openheid van zaken geven als er iets misgaat in de zorg. Dat lijkt een vanzelfsprekendheid, maar het geven van openheid gaat in de praktijk nog vaak genoeg mis. In deze bijdrage wordt uiteengezet wat 'openheid van zaken geven' concreet inhoudt. Na een begrippenkader (paragraaf 2) worden het doel en de achtergrond gegeven van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) als juridisch kader (paragraaf 3). Uit actuele inzichten uit wetenschap en (tucht)rechtspraak zijn vijf elementen van openheid af te leiden waaraan een open en eerlijke reactie moet voldoen. Deze worden onder paragraaf 4 toegelicht.

2. Begrippenkader

Een *incident* is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en die heeft geleid, had kunnen leiden, of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt (art. 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). Een *calamiteit* verschilt van een incident in de ernst van de afloop: namelijk overlijden van de patiënt of een ernstig schadelijk gevolg (art. 1 lid 1 Wkkgz). Bij een *complicatie* is er ook sprake van een onbedoelde of ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, maar is die uitkomst niet het gevolg van een tekortkoming in de kwaliteit van zorg, maar een ingecalculeerd risico inherent aan de behandeling.¹

De kwalificatie van wat er nu precies is misgegaan leidt vaak tot verwarring en discussie. Nu de kwalificatie van incidenten en het al of niet bestaan van een fout vaak onduidelijk is, de gevolgen van deze kwalificatie groot kunnen zijn en juridische consequenties ingrijp-

* Berber Laarman is docent-onderzoeker aan het Amsterdam Centre for Comprehensive Law (ACCL), verbonden aan de afdeling privaatrecht van de Vrije Universiteit Amsterdam.

1 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Brochure voor zorgaanbieders: calamiteiten melden aan de IGZ', te raadplegen op www.igz.nl.

pend,² zou deze juridische kwalificatie voor het informeren en begeleiden van patiënten geen doorslaggevend verschil mogen maken. Daarover later (onder 4.3) meer.

3. Achtergrond en doel van de Wkkgz

In januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht geworden, en met de Wkkgz het daarin vervatte idee dat open en eerlijk communiceren als er iets misgaat de norm is. In artikel 10 lid 3 Wkkgz wordt de zorgverlener dan wel zorgaanbieder ertoe verplicht de patiënt of cliënt uit zichzelf op de hoogte te stellen van de aard en toedracht van een medisch incident dat tot schade heeft geleid of nog kan leiden (*near misses* zijn van deze openheidsplicht dus uitgesloten). Daarnaast moet de patiënt of cliënt op de hoogte worden gesteld van verbetermaatregelen die worden getroffen, en moet e.e.a. in het medisch dossier worden genoteerd, zoals het tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden en de namen van de betrokkenen.

De totstandkoming van de Wkkgz is één uiting van de toegenomen aandacht voor de positie van de patiënt als er iets misgaat in de zorg. Het idee is dat snel en adequaat openheid geven na een incident nodeloze juridisering kan voorkomen. Onderzoek onder patiënten wijst uit dat het voor patiënten na een incident belangrijk is dat zij worden geïnformeerd over wat er is gebeurd, wat voor stappen er worden gezet om de schade voor hen te beperken en welke verbetermaatregelen genomen worden om een soortgelijk incident in de toekomst te voorkomen.³ Patiënten willen ervaren dat de zorgverlener betrokken is en van het incident leert. Dat gebeurt in de praktijk nog onvoldoende.⁴

Schadevergoeding als enig motief voor het indienen van een claim is een zeldzaamheid.⁵ De belangrijkste redenen om juridische stappen te ondernemen zijn het gevoel dat er iets wordt achtergehouden en een gebrek aan erkenning van wat er is gebeurd.⁶ De patiënt die zich daardoor gedwongen voelt een claim in te dienen belandt echter in veel gevallen van

- 2 Zo worden sinds 2012 berispingen opgelegd door de tuchtrechter opgenomen in het online BIG-register, en gepubliceerd in een regionaal dagblad. Onderzoek van het NIVEL wijst uit dat dit voor zorgverleners grote gevolgen kan hebben op persoonlijk en professioneel vlak. Zorgverleners die een berisping opgelegd hebben gekregen die openbaar is gemaakt melden onder meer patiënten te zijn kwijtgeraakt, beperkingen in carrièremogelijkheden, collega's die niet meer met hen willen samenwerken en een extreem hoge belasting voor de partner en gezin. R. Friele, M. Hendriks, B.S. Laarman, R. Bouwman, A. de Veer, 'Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes', Utrecht: NIVEL 2017.
- 3 J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Bussbach, L. Hulst, *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medische schade*, Vrije Universiteit Amsterdam 2013.
- 4 B.S. Laarman, S. van Schoten, R. Friele, *Nulmeting Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, Utrecht: NIVEL 2016.
- 5 T. Relis, *Perceptions in Litigation and Mediation: Lawyers, Defendants, Plaintiffs, and Gendered Parties*, Cambridge University Press 2009.
- 6 Y. Alhafaji, B. Frederiks, J. Legemaate, 'Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht', *Nederlands-Vlaams tijdschrift voor Mediation en conflictmanagement*, 2009 (13) 3, p. 18-42; C. Vincent, M. Young, A. Phillips, 'Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action', *Lancet*, 1994 (343): 1609:13.

de regen in de drup:⁷ onderzoek onder verkeersslachtoffers leert ons dat slachtoffers die een letselschadeprocedure beginnen minder snel herstellen dan slachtoffers die dat niet doen.⁸ Tel daar nog bij op dat een medisch incident óók voor veel zorgverleners een ingrijpende ervaring is,⁹ juridische procedures ook voor hen vaak belastend en soms schadelijk zijn¹⁰ en daardoor de impact van het incident nog versterken. Juridische procedures, kortom, zijn slecht voor patiënt én zorgverlener.

4. De professionele standaard – het wat, wie en wanneer van openheid

Op zichzelf is de verplichting om open te zijn niet nieuw. Door de beroepsgroep wordt er reeds geruime tijd de nodige aandacht aan besteed,¹¹ en zoals hierna zal blijken zijn ook de tuchtcolleges het er al langer over eens dat open en eerlijk communiceren na een incident

- 7 A.J. Akkermans, K.A.P.C. van Wees, 'Het letselschadeproces in therapeutisch perspectief: hoe door verwaarlozing van zijn emotionele dimensie het afwikkelingsproces van letselschade tekort schiet in het nastreven van de eigen doeleinden', *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade*, 2007 (4), p. 103-118.
- 8 N.A. Elbers, L. Hulst, P. Cuijpers, A.J. Akkermans & D.J. Bruinvels, 'Do compensation processes impair mental health? A meta-analysis', *Injury* 2013, vol. 44, nr. 5, p. 674-683.
- 9 De impact van een medisch incident kan dermate groot zijn dat de betrokken zorgverlener in de literatuur wel wordt aangeduid met de term 'second victim', geïntroduceerd door Albert Wu in 2000. A. Wu, 'Medical error: the second victim', *BMJ*, 2000; 320, p.812. Sindsdien is er een grote hoeveelheid literatuur verschenen over de ernst en aard van deze impact en de noodzaak tot opvang en begeleiding voor zorgverleners na een medisch incident. Aan de KU Leuven is Eva Van Gerven recentelijk gepromoveerd op deze problematiek (E. Van Gerven, *Health professionals as second victims of patient safety incidents: impact on functioning and well-being*, KU Leuven 2016). en bestaat een onderzoekslijn gewijd aan *the second victim*: www.secondvictim.be. Over de noodzaak tot opvang: B.S. Laarman, 'Ik zweer dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen: art. 7:658 BW en de zorg voor de medisch specialist', *VR*, 2014, 2.
- 10 R. Friele, M. Hendriks, B.S. Laarman, R. Bouwman, A. de Veer, 'Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes', Utrecht: NIVEL 2017. In het Verenigd Koninkrijk is onderzoek gedaan naar de impact van een klachtenprocedure onder 7926 dokters. De onderzoekers concludeerden dat dokters na een klacht een grotere kans hebben op depressie en suïcidale gedachten. Ook de kans op defensief handelen was groter. T. Bourne, L. Wynants, M. Peters *et al.*, 'The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey', *BMJ Open* 2015;5:e006687. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006687; Verder: Y. Alhafaji e.a. (noot 6); J.J.M. Bruers, B.A.F.M. van Dam, R. Gorter, M.A.J. Eijkman, 'Het welbevinden van tandartsen na een klachtenprocedure', *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 2015;122:41-48; G.E. Linthorst, F.N. Lauw, L.A. Hane-kamp, J.B.L. Hoekstra, 'Een klacht bij het tuchtcollege tegen een aios', *Ned Tijdschr Geneesk.* 2014;158:A6464; L.M. Verhoef, J-W. Weenink, S. Winters, P.B.M. Robben, G.P. Westert, R.B. Kool, 'The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands', *BMJ Open* 2015;5:e009275.
- 11 De beroepsgroep zelf besteedde daar reeds de nodige aandacht aan. De KNMG bracht reeds in 2007 de Richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?' uit en was in 2013 samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en vertegenwoordigers van medisch specialisten en verpleegkundigen betrokken bij het opstellen van de GOMA. Ook in de opleiding gaat aan de leidraad van de CanMEDS-competenties (medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit) meer aandacht uit naar de non-klinische aspecten van het zorgverlenerschap. Zo heeft de KNMG vijf jaar lang het project 'Modernisering Medische Vervolgopleidingen' verzorgd met aandacht voor competentiegericht opleiden. www.medischcontact.nl/nieuws/federatienieuws/federatiebericht/modernisering-vervolgopleidingen-project-stopt-modernisering-gaat-door-1.htm.

onderdeel is van de professionele standaard. Als puntje bij paaltje komt, blijken er echter toch nog veel onduidelijkheden te bestaan, en kan er bij de uitvoering nog veel misgaan.

Hoe kunnen we de invulling van de professionele standaard construeren als het gaat over openheid? 'De zorgaanbieder stelt de cliënt onverwijld op de hoogte van aard en toedracht van incidenten die voor de cliënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben', aldus artikel 10 lid 3 Wkkgz. Enkele evidente vragen komen op. Wie stelt de patiënt op de hoogte, wanneer, en waarvan wordt de patiënt op de hoogte gesteld? Verschillende gedragscodes, wetenschappelijke publicaties en enkele uitspraken van de tuchtcolleges bieden aanknopingspunten.

Op basis van de stand van kennis over het geven van openheid zijn een aantal elementen te onderscheiden, die als volgt zijn samen te vatten:¹²

- 1 openheid is een proces waarin de zorgverlener open is over een incident dat bij de patiënt tot schade heeft geleid of kan leiden;
- 2 de zorgverlener toont medeleven en biedt indien gepast zijn excuses aan;
- 3 de zorgverlener geeft uitleg over de te volgen procedures en verwijst naar een persoon die de patiënt gedurende dit proces kan begeleiden;
- 4 er wordt naar voortschrijdend inzicht openheid verschaft over de aard en toedracht van het incident, de mogelijkheid van herstelbehandeling, (eventuele) (im)materiële compensatie, en welke verbetermaatregelen de zorginstelling ten gevolge van het incident doorvoert;
- 5 met inachtneming van de specifieke behoeften van de patiënt en diens familie of nabestaanden.

In het navolgende ga ik op deze vijf elementen in.

4.1. Openheid is een proces

Openheid is een proces dat aanvangt direct na het incident, en voortduurt tot de patiënt aangeeft toe te zijn aan afronding.¹³ De Wkkgz verplicht zorginstellingen ertoe 'onverwijld' te informeren. 'Onverwijld' wordt door de Wkkgz niet gedefinieerd. De 'Gedragscode Openheid na medische incidenten; betere afwikkelingen Medische Aansprakelijkheid' (hierna: GOMA) schrijft voor dat de patiënt 'zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 24 uur' moet worden geïnformeerd, en dit is de termijn die in de praktijk als leidraad wordt aangehouden.

- 12 Deze vijf elementen zijn gebaseerd op de (voorlopige) uitkomsten van een combinatie van literatuuronderzoek, handelingsonderzoek en kwalitatieve onderzoeksmethoden in OPEN. een leernetwerk van ziekenhuizen en onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam, het NIVEL en AMC/UvA, dat inzichten opdoet over de organisatie van openheid na medische incidenten (www.openindezorg.nl). OPEN wordt gefinancierd door Fonds Slachtofferhulp.
- 13 Iedema e.a. deden onderzoek naar de ervaringen van 100 patiënten met *open disclosure* in Australië. Eén van de uitkomsten van dit onderzoek was het belang *open disclosure* als een proces te definiëren, in plaats van een gesprek. Patiënten willen bij dit proces direct betrokken worden, ook als nog geen duidelijkheid bestaat over de oorzaken daarvan. Ook hechten patiënten er belang aan op de hoogte te worden gehouden van de veranderingen en inspraak te hebben in de wijze waarop het proces wordt afgesloten. Iedema e.a., 'Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: "the 100 patient stories" qualitative study', *BMJ*, 2011;343:D4423.

Binnen 24 uur na een incident is er vaak nog weinig duidelijkheid over de aard en toedracht van het incident. Dit, samen genomen met de verplichting ‘onverwijld te informeren over de aard en toedracht van een incident’, levert nog wel eens spanning op. Want waarover moet op dat moment geïnformeerd worden?¹⁴ In de meeste gevallen kan de zorgverlener op dat moment volstaan met de boodschap dat er ‘iets’ is misgegaan en wat er voor stappen ondernomen worden om te achterhalen wát er is misgegaan. De zorgverlener hoeft op dat moment dus nog niet alle vragen van de patiënt te kunnen beantwoorden. Het gaat erom dat de zorgverlener direct zijn verantwoordelijkheid neemt voor de zorg van de patiënt en daarmee betrokkenheid toont bij wat er is gebeurd. Naarmate er meer bekend is over hoe het incident is ontstaan, wordt de patiënt daarover geïnformeerd, zie ook onder 4.4.

De zorgverlener moet daartoe natuurlijk wel daadwerkelijk stappen zetten om de vragen van patiënten in een latere fase in het proces te kunnen beantwoorden, zo ook RTG Eindhoven:¹⁵

‘Verweerder heeft hier de kans gemist om een behoorlijke dialoog op gang te brengen en daardoor klagers steun te bieden bij de verwerking van hun verdriet (...) Het ligt weliswaar voor de hand dat hij de vragen niet (onmiddellijk en allemaal) kon beantwoorden maar hij had toch minstens kunnen en moeten aangeven dat hij het tot zijn taak rekende en alle mogelijke moeite zou doen om tot beantwoording van die vragen te komen.’

4.2. De zorgverlener toont medeleven en biedt indien gepast zijn excuses aan

Na een incident hebben patiënten behoefte aan erkenning en medeleven. Dat het achterwege blijven van erkenning zorgverleners duur kan komen te staan, blijkt uit twee recente uitspraken van RTG Den Haag, waar de twee beklagde specialisten mede vanwege het niet erkennen van een incident een berisping, respectievelijk waarschuwing kregen opgelegd:¹⁶

‘Zowel het schriftelijke verweer als zijn [anesthesioloog] verklaringen ter zitting geven er blijk van dat verweerder de pijnbeleving van klaagster nog steeds in twijfel trekt en de door haar ervaren pijn blijft kwalificeren als enkel gevoel. Het is goed voorstelbaar dat klaagster zich hierdoor niet serieus genomen voelt.(...) Voor klaagster is de geboorte van haar dochter door de fout van verweerder een erg pijnlijke en nare ervaring geworden. In combinatie met de omstandigheid dat dit door verweerder niet wordt erkend, acht het College een berisping passend en geboden.’¹⁷

14 Het is goed voorstelbaar dat de zorgverlener geneigd is te wachten tot hij volledige duidelijkheid kan geven over wat er is gebeurd. Zoals ook Iedema e.a. (zie noot 13) concludeerden willen patiënten echter direct geïnformeerd en betrokken worden. Zie daarover ook Birks e.a., ‘An exploration of the implementation of open disclosure of adverse events in the UK: a scoping review and qualitative exploration’, *Health Services and Delivery Research*, vol. 2 (20) juli 2014, p. 54.

15 RTG Eindhoven 18 maart 2013, ECLI:NL:TGZREIN:2013:19.

16 RTG Den Haag 21 maart 2017, ECLI:NL:TGZRSGR:2017:47.

17 RTG Den Haag 21 maart 2017, ECLI:NL:TGZRSGR:2017:48.

Als de zorgverlener een verwijt te maken is willen patiënten dat de zorgverlener excuses aanbiedt.¹⁸ Hoewel hierover misverstanden blijven bestaan, kunnen excuses nooit een erkenning van aansprakelijkheid inhouden en evenmin verval van verzekeringsdekking ten gevolg hebben.¹⁹ Rechtbank Den Haag benadrukte in een uitspraak in 2012 nog eens waarom het belangrijk is juridische kwalificatie (hier de erkenning van aansprakelijkheid) en bejegening (hier het maken van excuses) van elkaar te scheiden:

‘Het maken van verontschuldigen door een ziekenhuis wordt door patiënten als heel belangrijk ervaren en dient strikt te worden gescheiden van het erkennen van aansprakelijkheid, omdat ziekenhuizen anders deze voor patiënten zo belangrijke verontschuldigen achterwege zullen laten. De strekking van de brief van de Raad van Bestuur is duidelijk gericht op het maken van verontschuldigen en niet het erkennen van aansprakelijkheid.’²⁰

De problematiek die de rechtbank hier aanhaalt is terug te zien in de uitspraken van RTG Den Haag hierboven. Immers, juist het niet erkennen van de pijn van klagster is wat de twee specialisten aangerekend wordt. Het RTG had echter duidelijk onderscheid moeten maken tussen het erkennen van de pijnlijke ervaring van klagster en het tonen van medeleven voor die ervaring – en het erkennen dat deze pijnbeleving een tekortkoming was aan de zijde van beklaagden.²¹ Zoals gezegd kan de juridische kwalificatie, of de moeilijkheid daarvan, soms aan een open en eerlijke houding in de weg staan.

4.3. De zorgverlener geeft uitleg over de te volgen procedures en verwijst naar een persoon die daarin kan begeleiden

Wat zijn de ‘te volgen procedures’ na een incident? Een incident dat als calamiteit wordt aangemerkt, moet bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden gemeld (art. 11 lid 1 Wkkgz). Een zorginstelling heeft zes weken de tijd om te onderzoeken of er sprake is van een calamiteit. Als blijkt dat het incident een calamiteit is, moet de zorginstelling deze ‘onverwijld’ (in deze context verstaat de IGZ daaronder: drie werkdagen) melden bij de IGZ.²² Vervolgens moet er binnen acht weken een calamiteitenrapportage worden ingediend. De IGZ kan die termijn op verzoek verlengen en beoordeelt vervolgens niet of er

18 J.L. Smeehuijzen e.a., *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*, Vrije Universiteit Amsterdam 2013.

19 Art. 7:953 BW stelt hierover: ‘Indien een verzekering tegen aansprakelijkheid bepaalde erkenningen door de verzekerde verbiedt, heeft overtreding van dat verbod geen gevolg voor zover de erkenning juist is. Een verbod tot erkenning van feiten heeft nimmer gevolg.’ Oftewel: indien een verzekeringspolis een bepaling bevat die de verzekerde verbiedt bepaalde uitlatingen te doen na een incident is die bepaling niet geldig. Een duidelijker signaal werd afgegeven toen ook verzekeraars de GOMA onderschreven. Inmiddels dringen de grote aansprakelijkheidsverzekeraars ook zelf aan op een snel en adequate reactie na een medisch incident. Zie hierover uitgebreid A.M. Zwart-Hink, ‘Moet wie excuses aanbiedt ook schade vergoeden? Mythe en werkelijkheid over het verband tussen excuses en aansprakelijkheid’, nog te verschijnen.

20 Rb. Den Haag 25 oktober 2012, ECLI:NL:RBSGR:2012:BY2540.

21 In de uitspraken is overigens geen aandacht besteed aan de wijze waarop de communicatie na het incident met klagster verlopen is, maar gaat de aandacht uit naar het al of niet *lege artis* te hebben gehandeld gedurende de ingreep. Dat wringt wel enigszins, nu beide specialisten juist vanwege hun attitude een maatregel opgelegd hebben gekregen.

22 www.igz.nl/melden/melden_calamiteiten.aspx.

sprake was van een calamiteit, maar beoordeelt op basis van de rapportage of het onderzoek naar het incident goed is uitgevoerd.²³ Daarvoor heeft de IGZ de Richtlijn calamiteitenrapportage opgesteld, waarin is opgenomen waar een goede rapportage aan moet voldoen.²⁴

Deze werkwijze is niet zonder problemen. In zorginstellingen bestaat vaak wel twijfel of er al dan niet sprake is van een calamiteit.²⁵ Tegelijkertijd bestaat er grote (media-)aandacht voor de melding van calamiteiten.²⁶ Veel zorginstellingen gaan er daarom in toenemende mate toe over ieder ernstig incident met schade of overlijden voor de patiënt direct te melden, om daarna gedurende zes weken de mogelijke calamiteit te onderzoeken.²⁷

In de Richtlijn calamiteitenrapportage vraagt de IGZ naar de wijze waarop de vragen van patiënten, familie en/of nabestaanden in de analyse zijn betrokken en of en, zo ja, hoe zij zijn geïnformeerd over de verbetermaatregelen die de instellingen doorvoert. In het kader van mogelijke calamiteiten bestaat er in zorginstellingen daarom steeds vaker beleid over de zorg²⁸ voor patiënten als er iets misgaat. Dit beleid is meestal expliciet gekoppeld aan de melding van een calamiteit. Nu de Wkkgz verplicht tot het informeren van patiënten over een incident, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een calamiteit, de kwalificatie van een incident in sommige gevallen zes weken op zich laat wachten en er wél in toenemende mate zorg wordt geboden, ligt het voor de hand in deze zorg te voorzien na alle 'serieuze' incidenten.

In de procedure na een mogelijke calamiteit worden er met patiënten meestal drie gesprekken gevoerd. Eén gesprek waarin de zorgverlener vertelt dat er 'iets' is misgegaan, één gesprek waarin calamiteitenonderzoekers naar de visie van de patiënt vragen, en één gesprek waarin de patiënt op de hoogte wordt gesteld van de resultaten van het onderzoek.

23 Het kan wel zo zijn dat de IGZ signalen krijgt dat een mogelijke calamiteit niet gemeld is, en achteraf oordeelt dat het incident wél een calamiteit was die gemeld had moeten worden.

24 Te raadplegen via www.igz.nl/melden/melden_calamiteiten.aspx.

25 Dat de kwalificatie van incidenten ingewikkeld kan zijn, getuige een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege (CTG), waar het Regionaal en het Centraal Tuchtcollege precies over die vraag van mening verschilden. CTG 19 januari 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:60.

26 Zie bijv. E. Rosenberg & H. Logtenberg, 'Ik sterf aan medische nalatigheid', NRC 20 november 2015, over een gemiste diagnose baarmoederhalskanker en de uitzendingen van Zembla over misstanden in het UMCU en het AMC. Sprekend is ook de controverse over zwijgcontracten tussen ziekenhuizen en nabestaanden en rond het (niet-)melden van calamiteiten bij de IGZ.

27 Naar aanleiding van het overlijden van een jonge patiënt in het Tergooi Ziekenhuis is door de onafhankelijke onderzoekscommissie (Meurs) een rapport uitgebracht waarin aandacht wordt besteed aan de problematiek rondom de definitie van een calamiteit, de invloed daarvan op het melden van calamiteiten en de gevolgen voor de mogelijkheden van kwaliteitsverbetering in de zorg. Zij concluderen, heel kort gezegd, dat er in een veel te vroeg stadium al geconcludeerd moet worden over de causaliteit van een incident. Aanbevolen wordt daarom om toe te spitsen op de ernst van de uitkomst, in relatie met het onverwachte karakter daarvan. Zie uitgebreid: 'Een tragische gebeurtenis in Tergooi: een onderzoek naar het onverwachte overlijden van een patiënt in het ziekenhuis Tergooi', rapport onafhankelijke onderzoekscommissie Tergooi, 19 december 2016, p. 50-51.

28 In de literatuur wordt in de meeste gevallen over 'nazorg' gesproken. Hier wordt expliciet gekozen voor 'zorg' als passender bewoording wanneer men spreekt over openheid geven als een proces en de behandelrelatie evenmin plots ten einde komt als er in de behandeling iets misgaat.

In het eerste gesprek moet de zorgverlener de patiënt uitleggen wat de procedure inhoudt en hoe de patiënt, diens familie of nabestaanden daarin betrokken worden.

Naast de contactmomenten die voor patiënten in de procedure zijn vastgelegd is het belangrijk de patiënt ook overigens in dit proces te begeleiden.²⁹ In wetenschappelijke publicaties wordt daarom aanbevolen één contactpersoon aan te stellen die de regie over de procedure voert. In sommige ziekenhuizen wordt daartoe een *casemanager* aangesteld,³⁰ in andere neemt de klachtenfunctionaris de verantwoordelijkheid voor samenhang in het proces. Uiteraard kan de betrokken zorgverlener ook zelf regiehouder blijven:

‘Verweerster heeft gesprekken georganiseerd, heeft een maatschappelijk werkster betrokken en heeft regie gevoerd op de communicatielijnen, waarbij zij in beginsel het eerste aanspreekpunt was. Een complicatie is een bijzondere situatie, die eisen stelt aan de wijze en inhoud van de communicatie en die voor de acceptatie en verdere verwerking van de gevolgen een cruciale rol speelt. Dit besef is bij verweerster voldoende aanwezig geweest.’³¹

4.4. *Er wordt naar voortschrijdend inzicht openheid gegeven*

Na de patiënt op de hoogte te hebben gebracht is de zorgverlener dus nog niet klaar, maar vangt een proces aan waarin meerdere, maar in ieder geval nog twee gesprekken plaatsvinden. Daarbij kunnen verschillende zorgverleners of functionarissen betrokken zijn en wordt er naar voortschrijdend inzicht informatie met de patiënt gedeeld. Ook dit proces maakt deel uit van de zorgplicht van de zorgverlener, zo stelt ook RTG Zwolle:³²

‘Ook [deze] communicatie vormt een belangrijk onderdeel van de zorg die huisartsen opzichte van de patiënt en zijn naasten dient te betrachten (ook nadat de behandelingsovereenkomst ten einde is gekomen).’

4.5. *Inachtneming van specifieke behoeften*

Het is belangrijk om te inventariseren wat de patiënt verwacht, en niet in te vullen wat patiënten belangrijk of prettig vinden.³³ Het is een bekend verschijnsel dat zorgverleners geneigd zijn bij de uitleg van een incident uitgebreid stil te staan bij de feiten, terwijl patiënten juist aandacht en erkenning willen voor wat het incident voor hen betekent.³⁴ Dit soort miscommunicatie kan grote gevolgen hebben voor een goed verloop van de dialoog tussen zorgverlener en patiënt. Een goede voorbereiding is daarom onmisbaar. De anesthesio-

29 B.S. Laarman, M.C. Bomhoff, A.J. Akkermans, R. Friele, J. Legemaate, *OPEN: schriftelijk verslag van het eerste jaar OPEN*, Utrecht: NIVEL 2016.

30 Zulks is de werkwijze in het OLVG, waar een casemanager het contact met de patiënt onderhoudt. Zie B.S. Laarman e.a., p. 31, noot 27.

31 RTG Amsterdam 12 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:39.

32 RTG Zwolle 10 februari 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:34.

33 J. Moore, M.M. Mello, ‘Improving reconciliation following medical injury: a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand’, *BMJ Qual Saf*, Published Online First: 09 March 2017. doi: 10.1136/bmjqs-2016-00580.

34 G.J. Heuver, M. Bomhoff, ‘Communiceren in verschillende werelden: ziekenhuisbestuurders over hun verantwoordelijkheden na een calamiteit’, *Zorgvisie*, 8 augustus 2016, p. 44-45.

loog onder wiens supervisie een twee maanden oud patiëntje ernstige brandwonden opliep, schoot juist in die voorbereiding tekort, aldus het CTG:

‘De chirurg heeft kort na het incident in dit opzicht juist en betrokken gehandeld (...) Toen klagers na enkele weken aan de anesthesioloog te kennen gaven wel een gesprek te willen, is dit weliswaar op korte termijn gerealiseerd maar was de organisatie ervan gebrekkig en heeft de chirurg tevoren de verwachtingen van de ouders (...) onvoldoende geverifieerd (...) De anesthesioloog is het gesprek begonnen vanuit de gedachte dat klagers meer wilden weten over de gebreken van de warmtematras (...) Klagers wilden echter niet daarover praten maar over wat hun kind was overkomen, zodat de uitleg over het warmtematras helemaal niet aansloot bij hun vragen en verwachtingen. Het is dan ook te begrijpen dat het gesprek escaleerde (...).’³⁵

5. Slot

Bejegening, communicatie, openheid van zaken geven: het behoort allemaal tot de medische professie. Als er iets misgaat in de behandeling van een patiënt mag van de zorgverlener verwacht worden dat hij daarover op een adequate wijze openheid van zaken geeft. Dat is de opvatting van de wetgever, van de beroepsgroep zelf, en ook de (tucht)rechter oordeelt streng over een gebrek aan openheid. Of er al of niet sprake is van een fout, een complicatie, een incident of een calamiteit zou niet bepalend moeten zijn voor de wijze waarop een patiënt geïnformeerd en begeleid wordt. Medeleven, betrokkenheid en erkenning van wat een incident voor de patiënt betekent, is altijd van belang.

Aan de hand van wetenschappelijke inzichten en (tucht)rechterlijke uitspraken is een kader gegeven waarin vijf elementen van openheid kunnen worden onderscheiden. Hoe dit in de praktijk moet worden ingevuld, is nog niet altijd duidelijk: de invulling van de professionele standaard is een werk in uitvoering. Dat werk is in volle ontwikkeling in OPEN, een leernetwerk van ziekenhuizen en onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam, het NIVEL en AMC/UvA, dat inzichten opdoet over de organisatie van openheid na medische incidenten.³⁶

Problematisch voor de rechter in dezen is natuurlijk dat een en ander in veel gevallen moeizaam achteraf te toetsen is. ‘Het is vaak de toon die de muziek maakt, en die toon is aan derden niet (goed) over te brengen’,³⁷ aldus RTG Zwolle. Wel kan de tuchtrechter achteraf (onder meer) nagaan of er pogingen gedaan zijn een gesprek op gang te brengen, of er voor de patiënt een contactpersoon is aangesteld, en of de patiënt betrokken is geweest bij onderzoek naar een incident en of en hoe hij daarvan op de hoogte is gesteld. Dat gebeurt, zoals blijkt uit het hierboven besprokene, overigens ook volop. De belangrijkste elementen van een open en eerlijke reactie zijn op een rij gezet. Daarmee is hopelijk een heldere bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van een professionele standaard voor openheid in de zorg.

35 CTG 8 oktober 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:102.

36 Zie voor meer informatie www.openindezorg.nl, waar de eerste onderzoeksresultaten te downloaden zijn.

37 RTG Zwolle 10 februari 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:34.