

Openheid na een medisch incident



Jolanda Streekstra-van
Lieshout

Morgen ben ik aanwezig bij een gesprek over een calamiteit. Hoe kan ik zo'n gesprek het beste ingaan? Deze vraag van een radioloog vormt de aanleiding om zeven aandachtspunten bij het gesprek op een rij te zetten.

Het was het eerste gesprek van deze radioloog met de patiënt, vijftien weken nadat een bevinding was gemist. Het gesprek vond plaats na het sturen van een brief op advies van de klachtencommissie. Er zouden ook andere medisch specialisten bij aanwezig zijn. Zelf dacht de radioloog vooral aan een technische uitleg van de (on)mogelijkheden van de radioloog bij complexe leverdiagnostiek, een verwijzing naar de incompleet vermelde klinische gegevens waardoor de blik van de radioloog een andere richting op gestuurd werd, en de ervaren hoge werkdruk.

Vrees voor excuses

Deze rechtvaardigende houding en de behoefte om feitelijke informatie te verstrekken is heel begrijpelijk, maar voor een eerste gesprek met de patiënt niet altijd de beste keuze. Betrokkenheid van de radioloog in het gesprek met de patiënt is wel van belang en komt gelukkig ook steeds vaker voor. Regelmatig hoor ik van radiologen dat hun verzekeringmaatschappij of hun advocaat het hen niet toestaat om excuses aan te bieden, en dat ze niet mogen zeggen dat ze beter anders hadden kunnen handelen. Ze vrezen dat hun excuses worden opgevat als bewijs van schuld aan het voorval en een verslechtering van hun positie betekent in een eventuele gerechtelijke procedure.

Zeven aandachtspunten

Maar hoe terecht is deze vrees? Welke andere algemene aspecten van het gesprek met de patiënt na een medisch incident kunt u meenemen? Ik bespreek er hieronder zeven. Deze zijn ook voor de radioloog van belang. Ook al is deze meestal niet de behandelaar en daarom niet het eerste aanspreekpunt voor de patiënt.

1 Ga het gesprek niet uit de weg

Het initiatief om incidenten op te sporen, te melden, te onderzoeken en te bespreken, ligt bij de zorgaanbieder (de termen 'zorgaanbieder' (de instelling) en 'zorgverlener' (medisch specialist) worden in dit artikel door elkaar gebruikt). Verder gebruik ik in dit artikel 'medisch incident' als overkoepelende term. In wet, literatuur en ook praktijk wordt onderscheid gemaakt tussen een incident, calamiteit of complicatie. Voor het gesprek met de patiënt behoort dit onderscheid echter niet relevant te zijn.

Snel en adequaat openheid geven na een incident kan onnodige juridisering voorkomen en het aantal klachten dat eigenlijk niet bij de tuchtrechter thuishoort verminderen.^{1,2} Een incident heeft vaak enorme impact op zorgverleners, maar onderzoek toont aan dat alle betrokkenen een medische fout of ernstige complicatie beter kunnen verwerken als er open en eerlijk over wordt gecommuniceerd.³ Al in 2007 heeft de KNMG in de Handreiking *'Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht?'* de openheid van de zorgverlener als norm neergelegd. Wanneer het een zorgverlener bekend is dat iets in de behandeling is misgegaan, moet de patiënt direct op de hoogte worden gesteld. Dat geldt ook voor radiologen, al bestaan lokaal verschillende werkwijzen. Er kan en mag in elk geval niet worden gewacht tot er meer informatie beschikbaar is.⁴

Ga het gesprek niet uit de weg. Juist openheid telt, vertelt tuchtrechter Eva Deen in een interview met MediRisk in 2019: '[Het eerste gesprek] is voor artsen meteen ook het allermeest moeilijke moment, omdat er allerlei gevoelens door elkaar spelen: schaamte, schuldgevoel, onzekerheid,

boosheid op zichzelf, angst voor de consequenties. Een ingewikkelde paradox: de impact op de arts is groot, waardoor openheid lastig is. Maar juist openheid leidt tot minder klachten, claims, recht- en tuchtzaken. Als je als arts niet deelt wat je voelt of denkt en er ogenschijnlijk onbewogen bij zit, kan dat op de patiënt overkomen als arrogant of ongeïnteresseerd.'

Het is aan te raden om als radioloog al bij het eerste gesprek betrokken te zijn, ook al lijkt de oorzaak van het incident gelegen in een samenloop van omstandigheden of een reeks van beslissingen die niet alleen aan de radioloog toegewezen kunnen worden. Het eerste contactmoment tussen zorgverlener(s) en patiënt is van cruciaal belang voor een goed verloop van het resterende traject na een medisch incident.

2 Wees voorbereid

Natuurlijk kan het na een medisch incident moeilijk zijn het gesprek met de patiënt aan te gaan. Ook voor de betrokken zorgverlener kan het incident een traumatische ervaring zijn, zelfs zodanig dat deze zich kan voelen als 'tweede slachtoffer' of zoals het in de literatuur genoemd wordt *second victim*. Daarnaast kan de angst voor negatieve consequenties van openheid (media-aandacht, een tuchtklacht, reacties van patiënten en naasten) een barrière vormen voor openheid.⁴

Het is van belang dat zorgverleners na een medisch incident worden opgevangen en begeleid, ook in de communicatie met de patiënt.⁵ De opleider, supervisor of klachtenfunctionaris kan ondersteuning bieden door aanwezig te zijn bij het gesprek met de patiënt, maar geadviseerd wordt om structurele begeleiding, onderwijs en trai-

ning voor zorgverleners in het traject na een medisch incident te verbeteren.⁶ *Peer support*, met de mogelijkheid om indien nodig naar professionele hulp te verwijzen, is gebruikelijk maar moet vaker worden ingezet.⁴ Zorgverleners zijn weliswaar toegerust om slechtnieuwsgesprekken te voeren maar een gesprek na een incident, waarbij de zorgverlener zelf deel uitmaakt van het slechte nieuws, vraagt echt andere vaardigheden.⁷ Zo blijken zorgverleners bijvoorbeeld geneigd te zijn om 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.¹

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 (...).¹

De behoeften van patiënten na een medisch incident laten zich als volgt samenvatten:³

- 1) Openheid, informatie en goede communicatie over het incident: wat is er gebeurd en hoe is het gebeurd? En indien nog niet alles bekend is: wanneer is die duidelijkheid er wel en hoe wordt het uitgezocht?;
- 2) Als er een fout is gemaakt: erkenning van die fout, het nemen van verantwoordelijkheid daarvoor, het maken van excuses;
- 3) Duidelijkheid over de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, de mogelijkheden voor herstelbehandelingen;
- 4) Maatregelen ter voorkoming van de fout in de toekomst;
- 5) Vergoeding van eventuele financiële schade.

Patiënten die klagen of claimen, doen dat vaak omdat aan deze behoeften niet goed tegemoet werd gekomen, bijvoorbeeld wanneer zij het gevoel hebben dat er iets wordt achtergehouden of een gebrek aan erkenning ervaren voor wat er is gebeurd.¹ Een praktische tip: het is goed om een dossier te vormen, waarin de verslagen van

de gesprekken met de patiënt zijn opgenomen. En als de patiënt het gesprek wil opnemen, mag dat geen probleem zijn.⁸

3 Toon begrip en empathie

De aard van het medisch incident behoort niet bepalend te zijn voor de wijze waarop een patiënt geïnformeerd wordt. Medeleven, betrokkenheid en erkenning van wat het incident voor de patiënt betekent, zijn altijd van belang.¹

“Het gaat om de empathie die je verwacht van een arts als je net (...). Niet alleen het verrichten van medische handelingen valt onder de zorg van de arts, maar hij heeft ook een zorgplicht op een meer immaterieel vlak.”⁹

In polissen van aansprakelijkheidsverzekeraars zijn vaak verboden opgenomen tot het erkennen van aansprakelijkheid. Zorgverleners zijn er, mogelijk mede daardoor, regelmatig van overtuigd dat ze zichzelf of hun organisatie in problemen brengen zodra ze open en eerlijk zijn over incidenten. Dat is een hardnekkig misverstand: ook verzekeraars propageren al jaren openheid. Het betuigen van spijt of het maken van excuses leidt niet tot verlies van verzekeringsdekking.¹⁰ Letselschadeverzekeraars als MediRisk en CentraMed zijn betrokken bij GOMA, de Gedragscode voor Openheid na Medische Incidenten die in 2022 is herzien.¹¹ Alle beroepsbeoefenaren die te maken hebben met medische incidenten, en hun organisaties, hebben zich aan de GOMA gecommitteerd.¹¹ In de GOMA worden zorgverleners gestimuleerd om excuses aan te bieden: “In gevallen waarin er sprake is van een fout of tekortkoming in de verleende zorg betuigt de zorgverlener medeleven en biedt hij, waar nodig en gepast, excuses aan.”

Verder volgt uit artikel 953 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek dat het erkennen van feiten niet hetzelfde is als het erkennen van aansprakelijkheid. Hoewel vaststaande feiten soms overduidelijk bepaalde rechtsgevolgen impliceren, is het uiteindelijk aan de (tucht)rechter om te beoordelen of voldaan is aan de wettelijke vereisten voor aansprakelijkheid.

Naast het tonen van empathie is het te overwegen excuses te maken. Met het aanbieden van excuses wordt een morele of causale verantwoordelijkheid aanvaard zonder dat sprake hoeft te zijn van het aanvaarden van juridische verantwoordelijkheid.⁹ Het aanbieden van excuses kan

ook voor de zorgverlener positieve gevolgen hebben. Denk aan herstel van de relatie met de patiënt, het verlichten of wegnemen van negatieve emoties zoals schaamte en schuldgevoel, het herstel van het maatschappelijke morele imago en vergeving door de patiënt en zelfvergeving.⁹

4 Durf excuses te maken

Onoprechte excuses kunnen contraproductief werken. Er zijn twee categorieën excuusmakers te onderscheiden: een *self-focused category* en een *self-other focused category*.⁹ De zorgverlener van de eerste categorie richt zich met excuses vooral op het uiten van de eigen spijt en berouw over de situatie. De zorgverlener in de tweede categorie is tevens gericht op de patiënt en laat in de excuses merken zich bewust te zijn van diens behoeften. Deze zorgverlener uit gevoelens van schaamte en verdriet over het medisch incident en over hetgeen de patiënt dientengevolge heeft moeten doorstaan. Deze zorgverlener neemt daar de verantwoordelijkheid voor, en onderneemt concrete actie om herhaling te voorkomen. Een voorbeeld van een self-focused category:

“Aangeklaagde: “Er is iets misgegaan. Daar bied ik ook mijn excuses voor aan. Maar ik heb mevrouw altijd serieus genomen.” Tuchtrechter: “Waar biedt u uw excuses voor aan?” Aangeklaagde: “Voor alles wat om mij heen is gebeurd.” (...) Op een later moment tijdens de zitting zegt de procesvertegenwoordiger van de klagster hierover: “Dokter (...) zegt dat hij excuses had moeten aanbieden, maar dit blijkt niet uit het verweerschrift. Het ligt aan iedereen behalve aan (...).”⁹

Niet alleen de elementen van de excuses en de wijze waarop deze worden aangeboden (denk aan lichaamstaal) beïnvloeden de effectiviteit ervan, maar ook het moment waarop excuses worden aangeboden is relevant. Té snel aangeboden excuses kunnen als hol en zonder reflectie worden ervaren.⁹ Er kunnen redenen voor zorgverleners zijn om geen excuses aan te bieden, maar het niet maken van excuses staat los van het tonen van empathie of begrip.⁹

5 Ken de wet- en regelgeving

Het geven van openheid is sinds 2016 in de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) verplicht gesteld, al werd de noodzaak tot openheid eerder al ►

onderschreven door de GOMA en de KNMG-richtlijnen. Toch zijn er aanwijzingen dat niet altijd (volledige) openheid wordt gegeven, of dat de reactie van de zorgaanbieder niet als zodanig wordt ervaren.²

Het klachtrecht in de Wkkgz staat in het teken van het compenseren van machtsongelijkheid, het bieden van genoegdoening aan de patiënt en het streven om wat van de klacht te leren. Naast de Wkkgz moet de Wet BIG genoemd worden. Daarin is het tuchtrecht geregeld. Ten slotte is het aansprakelijkheidsrecht in het Burgerlijk Wetboek relevant. Het aansprakelijkheidsrecht is gericht op (materieel) herstel; het is de bedoeling dat de patiënt zo veel mogelijk wordt teruggebracht in de situatie zonder de fout. Niet alles wat misgaat in de behandeling van een patiënt is overigens een fout waarvoor aansprakelijkheid bestaat.¹² Naast de wettelijke regelingen bestaat belangrijke zelfregulering: de GOMA. Deze is in 2010 opgesteld onder coördinatie van de Letselschade Raad om na een incident de informatiepositie van de patiënt te versterken, en in het geval van schade bij te dragen aan een betere afwikkeling daarvan.¹³ Zowel in de tuchtrechtspraak als in civiele procedures worden de bepalingen van de GOMA erkend.¹⁴ De aanbevelingen van de GOMA 2010 zijn in 2016 bovendien grotendeels als wetgeving in de Wkkgz gecodificeerd.

6 **Laat zien wat er is geleerd**
Net als de patiënt¹¹ wil ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dat geleerd wordt van medische incidenten.¹⁵ In de meeste ziekenhuizen zijn radiologische complicatiebesprekingen intussen gemeengoed geworden. Het bereiken van een open cultuur (*just culture*) vergt echter meer.

Worden patiënten en hun naasten geïnformeerd over hun rechten en mogelijkheden en gestimuleerd ongenoegen dat zij ervaren bespreekbaar te maken? Zijn medewerkers bereid over incidenten en fouten te communiceren en hebben zij de vaardigheden om dat te doen? Zijn er mogelijkheden om patiënten en/of medewerkers te ondersteunen? Is er een duidelijk beleid met betrekking tot het reageren op en afhandelen van incidenten, fouten en klachten? Daarbij gaat het dus niet alleen om de houding en de vaardigheden van individuele beroepsbeoefenaren, maar ook om de door de zorgaanbieder te creëren mogelijkheden en randvoorwaarden.¹¹

Er zijn diverse initiatieven ontwikkeld om een open cultuur te bereiken.¹⁶ Just culture is een begrip afkomstig uit het systeemdenken en komt er in de kern op neer dat de oorzaak van fouten in hoogrisicosystemen, zoals de luchtvaart en de gezondheidszorg, niet bij het individu liggen maar in het samenspel van menselijke fouten en systeemfouten. Het gaat er niet om wie wat fout heeft gedaan en hoe die gestraft moet worden, maar wat er fout is gegaan, wie er schade heeft geleden en hoe die schade hersteld moet worden.¹⁷ In een just culture wordt daarom niet gereageerd met verwijten en sancties, maar wordt open en eerlijk gesproken zodat van het incident kan worden geleerd.² Het is essentieel om op instellingsniveau een open cultuur te bevorderen.

7 Doe het niet alleen

Te vaak worden fouten gezien als een persoonlijk falen, iets dat iemand beter had kunnen of moeten doen. Maar de meest effectieve manier om geen fouten te maken op het werk, is door thuis te blijven.¹⁸ Het is echter wel belangrijk hoe wordt omgegaan met incidenten. Ga het gesprek daarover met de patiënt niet uit de weg, bereid het gesprek goed voor en toon begrip en empathie voor wat de patiënt is overkomen. Excuses kunnen een onderdeel zijn van het gesprek. Belangrijk is daarnaast om te leren van een medisch incident, en concrete actie op dit punt te nemen en te vertellen aan de patiënt. Goede zorgverlening doe je niet alleen. Hoewel op het gebied van openheid zeker wel voortgang is geboekt, blijft het belangrijk om op instellingsniveau een open cultuur te bevorderen. ■

Jolanda Streekstra-van Lieshout
jurist en ambtelijk secretaris NVvR

Literatuur

- Laarman, B.S. 'De professionele standaard: wat is een open en eerlijke reactie na een medisch incident?' Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2017.
- Laarman, B.S. 'Wat is de rol van het recht als er iets misgaat in de gezondheidszorg?' Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2023.
- Smeehuijzen, J.L., Van Wees, K.A.P.C., Akkermans, A.J., Legemaate, J., Hulst, J.E. (2013) Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Laarman, B.S., Bomhoff, M.C., Friele, R., Akkermans, A.J., Legemaate, J. (2016). OPEN: open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis. Schriftelijk verslag van project OPEN. Nivel 2016.
- In vier stappen naar een adequate reactie na een incident. <https://openinzorg.nl/wp-content/uploads/2016/05/Infographic-Openheid-na-incidenten-los-def-1-2.pdf>. Geraadpleegd op 22 augustus 2023.
- Brölmann, H. (2021). Handboek openheid na incidenten in de zorg. Over communicatie, cultuur en peer-support. H. Brölmann (red.). Bohn Stafleu van Loghum.
- Stichting Openheid na Incidenten op <https://www.openheidincidenten.nl/doelstelling>. Geraadpleegd op 22 augustus 2023.
- KNMG-Handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten. 2017.
- Wijntjens, L.A.B.M. (2020). Als ik nu sorry zeg, beken ik dan schuld? Over het aanbieden van excuses in de civiele procedure en de medische tuchtprocedure. Universiteit van Tilburg.
- Interview directeur Irene Heikens van CentraMed. <https://centramed.nl/irene-heikens-centramed-persoonlijk-contact-helpt-om-zaken-sneller-op-te-lossen/>, geraadpleegd op 22 augustus 2023.
- GOMA 2022. Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid. De Letselschade Raad.
- Voor de grondslagen van zowel art. 6:74 BW als art. 6:162 BW moet worden vastgesteld dat de professionele standaard is geschonden én dat er causaal verband bestaat tussen de schending en de schade die geleden is door de patiënt.
- Laarman, B.S., Copenhagen, T., Bouwman, R., Friele, R.D. (2018). Ervaringen met de GOMA. Ervaringen met deel A van de Gedragscode Openheid na Medische Incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (2010). Welke ervaringen spelen bij de implementatie van een open beleid in ziekenhuizen? Nivel 2018, p. 9.
- Ziebijvoorbeeld ECLI:NL:TGZRZWO:2020:107 RTG Zwolle 262/2019 06-10-2020, gepubliceerd op <https://radiologen.nl/uitspraken-tuchtcolleges-gezondheidszorg>. Geraadpleegd 22 augustus 2023.
- Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ 2023.
- Zie bijvoorbeeld <https://www.openheidincidenten.nl/> of het Leernetwerk OPEN <https://openinzorg.nl/>. Geraadpleegd 22 augustus 2023.
- Jager, G., Van Aken, M., Ten Berg, M., Zwaan, L. (2018, 24 mei). Diagnosefouten verdienen meer aandacht. Medisch Contact, 21, p. 18-21.
- Adrian Brady, voorzitter European Society of Radiology, tijdens het European Congress of Radiology op 4 maart 2023. Zie <https://www.auntminnieeurope.com/index.aspx?sc=sup&sub=cto&pag=dis&ItemID=623761>. Geraadpleegd op 22 augustus 2023.

Met dank aan Gerrit Jager voor het meelezen met een eerdere versie van dit artikel.