

LEREN VAN INCIDENTEN

Huidige meldplicht is toe aan update

Artsen die incidenten veroorzaken of erbij betrokken zijn, moeten dit melden bij de meldingscommissie incidenten patiëntenzorg (MIP). Maar openheid naar de patiënt is veel belangrijker. Net als het bespreekbaar maken van het incident in het behandelteam.

JACQUES DE BEKKER
FRANS VAN WIJMEN

Incidenten in de gezondheidszorg worden in Nederland al dertig jaar gemeld en geregistreerd. Voordien ontbrak een meldingsregeling. In de eerste 'erkenningseisen voor ziekenhuizen' (1977) - eisen aan de kwaliteit van zorg waaraan instellingen moesten voldoen om 'erkend' te worden volgens de financieringswetgeving - kwamen fouten, ongevallen en *near accidents* (FONA) aan de orde. Het begrip 'incident' (en daarmee de MIP) deed zijn intrede in de tweede versie van de erkenningseisen (1984).¹ Het systeem van de erkenningseisen maakte in 1996 plaats voor de Kwaliteitswet zorginstellingen. In plaats van gedetailleerde, door de wetgever gestelde regels werkt deze wet met een beperkt aantal open normen, die door het veld zelf moeten worden inge-

vuld en geconcretiseerd. Instellingen en de hulpverleners die er werken, moeten verantwoorde zorg leveren en een organisatie instandhouden die daarvoor het meest geschikt is. Bovendien moeten zij aan systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering doen en jaarlijks publiekelijk verantwoording afleggen door middel van een kwaliteitsjaarverslag. Vrijwel alle zorginstellingen zijn bezig met de ontwikkeling en implementatie

Het melden van incidenten betekent in de praktijk het sturen van een ingevuld formulier met gegevens over het incident naar de MIP. Deze informatie wordt vervolgens ingevoerd in een geautomatiseerd databestand. Eens in de zoveel weken komt de MIP bijeen en buigt zich over de binnengekomen meldformulieren. Echter, slechts een fractie van het werkelijke aantal incidenten wordt gemeld bij de MIP. Over de oorzaken

Weinig meldingen uit vrees voor represailles

van een kwaliteitssysteem. Een meldingsprocedure voor incidenten heeft hierin een vaste plaats verworven.

REPRESAILLES

Weliswaar is melding van incidenten geen wettelijke verplichting meer, maar zij blijkt als verplichting nog wel te bestaan en inmiddels onderdeel te zijn van verschillende bepalingen. In de ziekenhuissector bijvoorbeeld is zij gebaseerd op de CAO Ziekenhuizen.² In sommige ziekenhuizen staat de meldplicht ook in de individuele arbeidsovereenkomst.

In reglementen van de MIP is het een vaak voorkomend artikel dat iedere medewerker verplicht is om incidenten bij de MIP te melden. In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten is ook een meldplicht opgenomen onder artikel 5.1.6.³ Deze meldplicht houdt tevens in dat informatie moet worden gegeven die in het belang van de patiënt en het ziekenhuis noodzakelijk is. Dit laatste is dubbelzinnig. Voor het belang van de patiënt is het niet logisch dat de arts over de individuele behandeling informatie aan de MIP verstrekt. Hij heeft immers een geheimhoudingsplicht. Het belang van het ziekenhuis is van een geheel andere orde. Dat belang gaat over kwaliteit en beleid. De MIP is dan ook een kwaliteitsinstrument.

van de onderrapportage bestaan uiteenlopende opvattingen: van onbekendheid van medewerkers met de MIP tot vrees voor represailles en het twijfelen van medewerkers aan de betrouwbaarheid van verstrekte informatie.⁴

De meeste incidenten worden in de dagelijkse praktijk van het behandelproces opgepakt. Wanneer structurele verbeteringen nodig zijn naar aanleiding van incidenten, komt het via de hiërarchische lijn bij de juiste mensen terecht. Hier is een MIP niet voor nodig.

De bedoeling van het melden van (bijna)incidenten bij de MIP is om op instellingsniveau inzicht te krijgen in de mate van patiëntveiligheid en te komen tot structurele verbetering.⁵ Melders die menen dat zij met hun melding verantwoording afleggen aan de MIP vergissen zich deerlijk; dat moeten zij doen aan hun patiënten, leidinggevenden en collega's van het behandelteam waarvan zij deel uitmaken.

Wanneer bij het begrip 'melden' nu eens niet automatisch wordt gedacht aan het invullen van een formulier ten behoeve van een centrale commissie, maar aan het rechtstreeks communiceren met de patiënt en het behandelteam over een ongewenste gebeurtenis, komt dit de patiëntveiligheid ten goede. Dat er behalve het directe communiceren in

het primaire proces meer nodig is om ook anderen (de organisatie, de branche) te laten leren van ongewenste gebeurtenissen is evident. Dit kan via heldere informatiestromen langs korte, efficiënte lijnen.

TUCHTRECHT

Melding van incidenten aan de MIP is in de loop der jaren slechts een enkele maal bij de rechter getoetst. Twee uitspraken geven het belang aan dat het tuchtcollege hieraan hecht.

Het toenmalig Medisch Tuchtcollege in Groningen berispte in 1990 een chirurg, onder andere omdat hij een fout niet tijdig had gemeld bij de FONA-commissie. De chirurg voerde als verweer dat hij tot een dergelijke melding niet verplicht was. Het tuchtcollege had vastgesteld dat de chirurg al een dag na het incident wist dat er iets niet in orde was, terwijl de melding pas na een week plaatsvond. In het ziekenhuis functioneerde een FONA-commissie, waarvan de medische staf op de hoogte was. Zelfs al zou in het toelatingscontract van de chirurg formeel geen meldplicht zijn opgenomen, dan nog moest het hem duidelijk zijn dat op hem de morele plicht van melding rustte.⁶

In een andere casus verzuimde een anesthesioloog een foutieve handeling (injectie in een oogbol) als incident te melden bij de MIP.⁷ Het tuchtcollege merkt dit in het vonnis aan als een verwijtbare nalatigheid. Daaraan voorafgaand was de anesthesioloog ook in gebreke gebleven door geen preoperatief lichamenlijk onderzoek te verrichten en tevens geen anesthesieverslag te maken voor het medische dossier. Maar '(...) nog meer verbazing wekt volgens het College het feit dat de arts, kennelijk evenmin als de oogarts, het nodig heeft gevonden de onderhavige gebeurtenis als (bijna)ongeluk aan de FONA-commissie te melden (...). Kortom, de anesthesioloog had de MIP niet ingelicht en daarmee een andere plicht verzaakt, namelijk het bijdragen aan kwaliteitsverbetering.

Het tuchtrecht behandelt klachten die betrekking hebben op fouten, vergissingen of nalatigheden, die zijn begaan door professionals bij de uitoefening van hun beroep. Toetsing door de tuchtrechter is mogelijk als er sprake is van onzorgvuldige behandeling of bejegening. Wanneer de genoemde artsen onzorgvuldig hebben gehandeld, maar zij hebben daarover openheid betracht

**HELAAS IS DEZE FOTO NIET
BESCHIKBAAR VOOR HET WEB**

Openheid, eerlijkheid en vertrouwen vormen de basis van iedere hulpverleningsrelatie.

naar de patiënt, dan hebben ze daarmee voldaan aan hun wettelijk vereiste informatieplicht. Als ze daarnaast ook naar het behandelteam die openheid hebben laten blijken, en in geval van ernstige schade de directie, hebben zij gedaan wat van een goed professional mag worden verwacht.

Het melden aan de MIP heeft niet primair als doel verantwoording af te leggen maar bij te dragen aan kwaliteitsverbetering. Het is niet de taak van het tuchtcollege om het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis marginaal te toetsen. Wanneer het tuchtcollege belang hecht aan het melden van incidenten bij de MIP, zou dit ook moeten gelden voor andere verplichtingen van professionals met betrekking tot kwaliteitszorg. Hierbij valt te denken aan het actief deelnemen aan visitaties, intercollegiale toetsingen en complicatieregistraties.

OPEN KLIMAAT

Wanneer een medische fout letsel heeft veroorzaakt bij een patiënt, blijken veel artsen hier niet open over te zijn. Noch naar de patiënt in kwestie, noch naar collega's en anderen met wie zij samenwerken. Openheid, eerlijkheid en vertrouwen vormen de basis van iedere hulpverleningsrelatie. Toch is dit een uiterst delicaat onderwerp, want met het toegeven van een fout kan de arts moge-

lijk aansprakelijk worden gesteld. En dat kan weer voor problemen zorgen met de schadeverzekeraar. Legemaate pleit voor openheid naar de patiënt onder alle omstandigheden, mits de professional de aansprakelijkheid maar niet aanvaardt.⁸ Van Dieten-Boot deelt deze opvatting.⁹ Aansprakelijkstelling is een juridische discussie, waarbij het gaat om de schuldvraag en de toerekenbaarheid van de schade aan iemand die de fout heeft gemaakt of nalatig is geweest.

De patiënt heeft op grond van de WGBO recht op informatie van de hulpverlener, zowel mondeling als schriftelijk. Dit betekent dat de hulpverlener verplicht is om informatie te verstrekken over onder andere de risico's en de gevolgen van de behandeling. Het informeren over een fout of ongeval valt uiteraard binnen die informatieplicht, zeker als de patiënt hiervan schade heeft onderzocht. Men kan zich afvragen of een *near accident* achteraf met de patiënt moet worden besproken. Als dit voor de patiënt geen betekenis heeft en het creëren van bezorgdheid het enige effect is, valt te verdedigen dat hier niet van informatieplicht sprake is.

Eind 2004 is een Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg gepubliceerd, opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in samenwerking met de groep Gezondheidsrecht >>

SAMENVATTING

- Het begrip 'melden' van incidenten heeft een eenzijdige betekenis in de praktijk, namelijk het invullen van een formulier voor de MIP.
- Op verschillende plaatsen is geregeld dat artsen en andere professionals een meldplicht hebben.
- Er zijn geen sancties op niet-melden bij de MIP. Een enkele keer heeft de tuchtrechter zich hierover uitgelaten.
- Alle hulpverleners hebben een informatieplicht in geval van (bijna)incidenten. Dit geldt tegenover de patiënt maar niet tegenover de MIP.
- Melden dient een andere definitie te krijgen: de patiënt informeren en rapporteren over een incident aan de leidinggevende en het behandelteam.
- Leren van incidenten begint met communiceren met direct betrokkenen bij het incident.
- De huidige meldplicht voor individuele hulpverleners aan de MIP kan vervallen.

Een veilige meldomgeving vergroot de bereidheid om te melden

<< van de Universiteit Maastricht en de Stichting Ondersteuning Klachtovang Gezondheidszorg (SOKG). Aan de ontwikkeling van deze richtlijn hebben vele personen, organisaties en instellingen meegewerkt.¹⁰ Ook in deze richtlijn wordt gepleit voor openheid: 'Ingeval sprake is van een fout of een complicatie, bespreekt de zorgverlener dit uit zichzelf met de cliënt.' Deze aanbeve-

betrokkenen vergt een glasheldere scheiding tussen het meldingsstelsel als kwaliteitsinstrument in de zorg en de disciplinaire en aansprakelijkheidsaspecten van het melden van medische problemen en fouten. Deze scheiding moet volledig en transparant zijn, ook tussen het meldingsstelsel en het (eventueel verplichte) melden aan de inspectie van ernstige medische fouten met mogelijke

ling is gestoeld op de informatieplicht en het goed hulpverlenerschap. Verwezen wordt naar het Kwaliteitsmanifest van de KNMG en de nieuwste aanwijzingen van schadeverzekeraars.¹¹ Een andere aanbeveling richt zich tot de zorgaanbieder oftewel de instelling: 'De zorgaanbieder bevordert een open klimaat rondom klachten, fouten en complicaties.'

BLANEFREE MELDEN

In haar jaarrapportage Staat van de Gezondheidszorg 2004 breekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg een lans voor een regeling van blamefree melden en landelijke melding en registratie van fouten.¹² Enkele aanbevelingen zijn dat de meldingsbereidheid dient te worden vergroot, dat de kwaliteit van de registratie moet worden verbeterd en dat gegevens landelijk moeten worden geaggregeerd.

De meldingsbereidheid van zorgverleners moet worden vergroot door het scheppen van een veilige meldomgeving en een goede meldingscultuur. Het ontwikkelen van een meldingsstelsel dat veilig is voor de melder en andere

tuchtrechtelijke consequenties. Zolang deze veilige meldomgeving niet wordt gerealiseerd, zal de meldingsbereidheid beperkt blijven en daarmee het vermogen om op deze wijze te leren van fouten in de ziekenhuiszorg.¹³

'De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid om een klimaat te bevorderen waarin niet de angst voor schuld en straf regeert, maar de wens om door een gezamenlijke inspanning van zorgverlener en cliënt goede zorg te realiseren en onnodige schade te voorkomen.' Aldus de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg.¹⁴ Het afschaffen van de rechtstreekse meldplicht van individuele professionals naar de MIP is een goede eerste stap om dit te bereiken. Op de Neonatale Intensive Care Unit in de Isala klinieken in Zwolle is een succesvol experiment uitgevoerd, met als ingrediënten 'niet-bestaafbaar (blamefree) melden en een snelle terugrapportage'.¹⁵ Maandelijks worden alle meldingen van de afgelopen maand besproken in een multidisciplinaire commissie en gecategoriseerd naar soort en naar ernst. Als deze incidentinformatie vervolgens naar

een centraal meldpunt wordt gestuurd, kunnen ook ziekenhuisbreed analyses plaatsvinden en kan zo nodig beleid worden uitgezet.¹⁶

Dat meer kan en moet worden geleerd van incidenten komt in discussies steevast naar voren. Daar is openheid voor nodig. Op de eerste plaats naar de patiënt, de leidinggevende en het behandelteam. De meldplicht van individuele hulpverleners aan de MIP die is vastgelegd in de CAO Ziekenhuizen, de arbeidsvoorwaardenregeling voor medisch specialisten en in vele MIP-reglementen is niet opportuun en zou in nieuwe versies kunnen worden geschrapt. ■

J.M.A.H.M.J. de Bekker,
partner TRIAS-Consult Incidentmanagement en Patiëntveiligheid

prof. mr. F.C.B. van Wijmen,
hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit Maastricht

Correspondentieadres: jb@triasconsult.nl

De klachtenrichtlijn van het CBO, het kwaliteitsmanifest van de KNMG en andere informatie over dit onderwerp vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

Referenties

1. Besluit voor erkenning ziekenhuizen. Stcrt. 1984, 234, blz. 4-6.
2. CAO Ziekenhuizen 2002-2003.
3. Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (hoofdregering). Publieke versie 27 oktober 2002.
4. Wilt GJ van der, Ubachs R. Melding van incidenten in de patiëntenzorg in het UMC St Radboud. Bekendheid, betrokkenheid, bereidheid en inzicht onder medewerkers. Intern rapport. Nijmegen, april 2003.
5. Bekker JMAHMJ de, Steeg HJ van der. Een som van misverstanden. Meldingscommissies dragen nauwelijks bij aan patiëntveiligheid. Medisch Contact 2004; 44: 1744-7.
6. MT Groningen 19 januari 1990, TvGR 1991/21.
7. MT 's-Gravenhage 29 januari 1997, TvGR 1998/27.
8. Legemaate J. Open en eerlijk. Omgaan met klachten en fouten. Medisch Contact 2003; 58 (28/29): 1128-30.
9. Dieten-Boot ELM van. Openheid met beleid: zwijgen of spreken bij fouten? Tijdschrift Klachtenmanagement 2004; 1 (2).
10. Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Utrecht 2004.
11. Kwaliteitsmanifest KNMG, Utrecht 2003 en MediRisk. Omgaan met fouten en claims. Brochure 2003.
12. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Den Haag, december 2004.
13. Legemaate J. Veilig melden: wettelijk kader zo gek nog niet, mits... Medisch Contact 2004; 59 (28/29): 1169-71.
14. Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, Utrecht 2004, p. 22.
15. Molenaar A, Borst K, Dolder R van. Vergissen is menselijk. Blamefree melden doet transparantie toenemen. Medisch Contact 2003; 58 (43): 1658-61.
16. Bekker JMAHMJ de, Steeg HJ van der. Een overzichtelijk traject. Patiëntveiligheid in kaart gebracht. Medisch Contact 2004; 39: 1525-8.