

dr. Iwan Meynaar

intensivist, medisch manager
kwaliteit en veiligheid, HagaZie-
kenhuis, lid calamiteitencommissie

Ilse Purmer

intensivist, HagaZiekenhuis,
voorzitter calamiteitencommissie

dr. Philip Kahn

bestuurssecretaris Reinier
Haga Groep en HagaZiekenhuis,
lid calamiteitencommissie

dr. Theo van Woerkom

neuroloog niet-praktiserend,
lid calamiteitencommissie

DREIGING VAN TUCHTZAAK STRIIDIG MET VEILIGE MELDCULTUUR

Melder calamiteit verdient bescherming

Bij een calamiteit kan de inspectie besluiten dit bij de tuchtrechter te melden. Dit stimuleert het melden van een incident in de zorg niet en draagt dus niet bij aan openheid en transparantie. Bovendien is het leereffect van een tuchtspraak beperkt.

Het melden van incidenten in de zorg gebeurt ‘veilig’: de melder wordt beschermd. Maar als het incident ernstig is, een calamiteit, kan het gebeuren dat de melder zich – door tussenkomst van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, voorheen IGZ) – toch moet verantwoorden voor de tuchtrechter, met alle consequenties van dien. Wij vinden dat dit strijdig is met een veilige meldcultuur. De dreiging van een tuchtmaatregel vermindert potentieel de meldingsbereidheid en verhindert daarmee dat we leren van calamiteiten. Inschakeling van de tuchtrechter is niet nodig om te leren van een calamiteit, daarvoor bestaan andere mogelijkheden.

Waarheidsvinding

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden. Incidenten in de zorg moeten binnen de instelling worden gemeld zodat gevaarlijke situaties herkend en in het vervolg voorkomen kunnen worden. Veilig melden is een belangrijke voorwaarde voor het blootleggen van de risico’s in de zorg. De VMS-praktijk gids (VMS: veiligheidmanagement-systeem) spreekt van een cultuur waarin incidenten gemeld kunnen worden zonder dat de melder wordt afgerekend op het gebeurde, zelfs als de melder mogelijk het incident (mede) heeft veroorzaakt.¹ Dit is ook de strekking van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In alle Nederlandse ziekenhuizen functioneert dan ook een VIM-systeem (Veilig Incident Melden) waarbij de melder ‘blamefree’ incidenten kan melden, waarna meldingen intern geanalyseerd worden en leiden tot verbetermaatregelen.

Een incident dat zeer ernstige schade tot gevolg heeft, is een calamiteit. Een calamiteit is in de Wkkgz (art. 1, lid 1) gedefinieerd

als een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een patiënt of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt heeft geleid. Een calamiteit moet, anders dan een ‘gewoon’ incident, onverwijld door het bestuur van de instelling worden gemeld aan de IGJ en er moet een onderzoek volgen naar de toedracht. De instelling waar de calamiteit gebeurde verricht dit onderzoek. Het onderzoeksrapport wordt beoordeeld door de IGJ op de kwaliteit van het onderzoek en de reactie van het bestuur. Het calamiteitenonderzoek dient meerdere doelen. Allereerst gaat het om waarheidsvinding: de patiënt of diens naasten hebben er recht op te weten wat er precies is gebeurd. Daarnaast willen ook de zorgverleners en het bestuur van de instelling begrijpen wat er is gebeurd. Het calamiteitenonderzoek heeft ook als expliciet doel om waar mogelijk te komen tot maatregelen die voorkomen dat een volgende patiënt op dezelfde manier schade oploopt. Calamiteitenrapportages kunnen door het bestuur worden gedeeld met de patiënt of diens naasten, maar de rapportages zijn niet openbaar. De maatschappij heeft geen inzicht in de calamiteiten en collega-zorgverleners buiten de instelling hebben evenmin inzage en kunnen niet leren van elders gemaakte fouten. De laatste jaren wil men daarom meer openheid over de calamiteitenrapportages.

Slachtoffers

Een calamiteit betekent per definitie voor de betrokken patiënt schade en verlies, soms zelfs van het leven. De patiënt is daarmee het belangrijkste en meest getroffen slachtoffer, de *first victim*. Een calamiteit schaadt echter ook de betrokken zorgverleners, zozeer dat zij soms aangeduid worden als *second victims*. Er is veel literatuur over de gevolgen van een calamiteit op betrokken zorgverleners. Veel lezers van dit blad zullen uit eigen ervaring of ervaring

Maximale openheid
zonder angst voor
repercussies is
onontbeerlijk



GETTY IMAGES

van naaste collega's weten dat een ernstig incident kan leiden tot gevoelens van rouw, incompetentie en schuld, ernstige stress, paniek, angst of zelfverwijt. Niet zelden overweegt een zorgverlener na een ernstig incident om zijn of haar carrière te beëindigen. Het melden van een calamiteit is moeilijk. Allereerst moet het gebeurde erkend en herkend worden als calamiteit die gemeld moet worden. De scheidslijn tussen incident, calamiteit en complicatie is echter dun en wat de één ziet als een duidelijke complicatie ziet de ander als een evidente calamiteit. Een ernstig gevolg is een voorwaarde om een incident een calamiteit te noemen, maar het is niet altijd meteen duidelijk of de gevolgen ernstig zijn. Daarnaast kan het melden van een calamiteit ook consequenties hebben voor de zorgverlener. De angst voor claims, voor reputatieverlies, voor tuchtrechtelijke gevolgen kunnen een drempel zijn om te melden.

Rechtvaardige cultuur

Het onderzoeken van een calamiteit is moeilijk. Er zijn verschillende manieren om dit te doen, maar alle methoden hebben gemeen dat ze geen genoegen nemen met oppervlakkige verklaringen. Elke calamiteit kan zo geanalyseerd worden dat het gebeurde wordt gededuceerd tot basisoorzaken. Deze basisoorzaken (*root causes*) moeten worden geïdentificeerd, want alleen dan kunnen de juiste maatregelen worden genomen om herhaling te voorkomen. Waar men voorheen de verklaring soms zocht in de onoplettendheid van een individuele zorgverlener, is de consensus tegenwoordig dat niet het individu maar het hele zorgsysteem dat bij de calamiteit betrokken was, verantwoordelijk is voor wat er fout ging. Vaak wordt er gesproken over 'just culture', een rechtvaardige cultuur waarin na een incident niet wordt gezocht naar een zondebok die straf moet krijgen, maar naar een

Wat wil de inspectie hiermee bereiken? De zorgverlener is al gestraft door het gebeurde

verklaring waar we van kunnen leren. *Just culture* verwijst naar de idee dat een fout van een individu ook de verantwoordelijkheid van het systeem of de organisatie is, want het systeem had nooit zo mogen worden ontworpen dat een moment van onoplettendheid van een enkeling tot een calamiteit kon leiden. Om al deze subtiele feiten en interpretaties boven water te halen, is maximale openheid van de betrokken zorgverleners zonder angst voor repercussies onontbeerlijk. Alleen als zij zonder reserve kunnen vertellen wat er is gebeurd, is een reconstructie mogelijk. Maar zelfs dan kan een reconstructie vanwege allerlei valkuilen lastig zijn. Een voorbeeld van zo'n valkuil is *hindsight bias*. Achteraf, als de afloop bekend is, is het makkelijk en verleidelijk om een keuze of handeling te veroordelen die geleid heeft tot die afloop. Sommige auteurs zijn zelfs van mening dat een objectieve reconstructie onmogelijk is. Uiteindelijk leidt de reconstructie toch tot een rapport met verbetermaatregelen en rapportage aan de IGJ. De inspectie beoordeelt of het onderzoek goed is uitgevoerd en kan aanvullende opdrachten geven of besluiten zelf onderzoek te doen. Vervolgens zal de instelling de verbetermaatregelen uitvoeren. De patiënt of diens naasten worden hierover geïnformeerd.

Straf en openheid

Helaas geldt voor calamiteitenonderzoek niet wat voor 'gewoon' incidentenonderzoek in het kader van een VIM-melding wel geldt, te weten te allen tijde *blamefree* melden. De inspectie kan de calamiteitenmelding voorleggen aan de tuchtrechter en dat gebeurt ook geregeld. De openheid van de zorgverlener wordt dan tegen hem of haar gebruikt. Voorbeelden zijn een casus waarbij een anesthesioloog geen dubbele controle deed voorafgaand aan medicatietoediening. De instelling meldde dit aan de inspectie en onderzocht het als calamiteit, maar daarna diende o de inspectie ook nog een klacht in bij de tuchtrechter. Of een neurochirurg die onbedoeld een gaas achterliet, dit dezelfde dag verwijderde en meldde als calamiteit. Ook hier werd na het calamiteitenonderzoek en de rapportage de dokter door de inspectie bij de tuchtrechter aangeklaagd. Maar met welk doel? Wat wil de inspectie hiermee bereiken? De zorgverlener is al gestraft door het gebeurde. Zorgverleners ervaren een tuchtrechtelijke procedure als vervolging alsof ze een misdaad begaan hebben. De schade aan het *second victim* wordt hierdoor vergroot. Maar belangrijker is dat straffen en openheid elkaar tegenwerken, terwijl de

veiligheid niet gediend is met straffen, maar wel met openheid. Bovendien leidt tuchtrecht anders dan calamiteitenonderzoek niet tot concrete verbetermaatregelen. De tuchtrechter beoordeelt individuele zorgverleners terwijl de oorzaak van een calamiteit vrijwel altijd in het systeem ligt. Soms wordt als doel van het verwijzen naar de tuchtrechter het leereffect voor anderen genoemd. Dat doel is ook anders te bereiken, bijvoorbeeld door aparte publicaties daarover. Onlangs is in Medisch Contact een voorstel gedaan om calamiteitenrapportages in dit blad te publiceren zodat anderen ervan kunnen leren.² Wij onderschrijven en steunen dit voorstel, mits geanonimiseerd. Ziekenhuizen zouden de calamiteiten ook op hun website kunnen publiceren.

Leren van elkaar

Kortom: om maximaal te kunnen leren van calamiteiten en om maximaal verantwoording af te leggen over zaken die zijn misgegaan in de zorg is maximale openheid en medewerking van zorgverleners nodig. Maximale openheid vraagt om maximale bescherming van de zorgverlener tegen 'shaming en blaming', tegen lange tuchtrechtelijke procedures, tegen het aanwijzen van zondebokken. Veilig melden is de basis van het VIM-systeem; laat het ook de basis zijn van de afhandeling van de ernstiger incidenten, de calamiteiten. Publiceer de rapportages op een zodanige wijze dat die niet te herleiden zijn tot individuele zorgverleners. Daarmee vervalt het argument dat het aanbrengen van een calamiteit door de IGJ bij de tuchtrechter, de zorg veiliger maakt door collega's te wijzen op het gebeurde. Collega's kunnen beter geïnformeerd worden doordat het calamiteitenrapport gedeeld wordt. In plaats van een zaak tuchtrechtelijk aanhangig te maken kan de IGJ dan in haar beoordeling van het calamiteitenrapport bijvoorbeeld eisen dat de calamiteit geopenbaard wordt, als de zorginstelling dat niet zelf al doet. We doen daarmee een oproep aan de inspectie om ook calamiteitenmeldingen veilig te maken: zie af van het invoeren van de tuchtrechter als een zorgverlener zelf meldt en meewerkt aan het onderzoek. Het is ook een oproep aan het veld: laten we leren van elkaars calamiteiten en voorkomen dat patiënten de dupe worden van herhaling én dat zorgverleners de dupe worden van vervolging, door openheid na te streven. ■

contact

i.meyenaar@hagaziekenhuis.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.
De auteurs schreven dit stuk op persoonlijke titel.

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.