

Gedagscode aansprakelijkheid heeft te weinig voeling met de praktijk

Een arts is geen onderzoeker

mr. W.R. Kastelein,
advocaat/partner KBS
Advocaten, Utrecht

Correspondentieadres:
wr.kastelein@kbsadvocaten.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De maatschappelijke druk om de procedure tot vaststelling van medische aansprakelijkheid te verbeteren, is terecht groot. De gedragscode die dit moet bewerkstelligen, is op sommige punten echter onhaalbaar. Zo gaat het te ver om de arts zelf getuigenverklaringen te laten verzamelen.



De afwikkeling van medische aansprakelijkheid heeft de laatste jaren veel kritiek te verduren gehad. Het vaststellen van zowel de aansprakelijkheid en de schade als het causaal verband is vaak gecompliceerd en kan tot jarenlange discussies en procedures leiden. De maatschappelijke druk om die procedure te verbeteren is terecht groot.¹ Verzekeraars wordt verweten het letselschadetraject opzettelijk te vertragen in de hoop dat het slachtoffer uiteindelijk de moed opgeeft, individuele beroepsbeoefenaren en instellingen wordt verweten geen openheid over begane fouten te betrachten, de patiënt bij gemaakte fouten niet goed te informeren, de dossiervoering onvoldoende op orde te hebben en niet of slechts schoorvoetend fouten toe te geven respectievelijk excuses te maken. Voor de oplossing van deze problemen tracht de GOMA (Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid) een handreiking te bieden.

De code is opgesteld door vertegenwoordigers van artsen, patiënten, verzekeraars, wetenschappers en advocaten. De artsen zijn daarbij

Eén van de onomstreden aanbevelingen in de gedragscode is dat de zorgverlener fouten dient te erkennen en de patiënt verontschuldigen moet aanbieden.

beeld: Corbis

vertegenwoordigd geweest door de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in Particuliere Verzekeringszaken (GAV) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De code bevat onder meer negen aanbevelingen met betrekking tot de reactie van individuele beroepsbeoefenaren op een incident.² De meeste daarvan zijn nuttig en toepasbaar en verdienen steun.³ Enkele aanbevelingen, met name de tweede, derde en zevende, staan echter



De patiënt inlichten binnen 24 uur kan onnodige onrust veroorzaken

zover van de praktijk, dat ze onhaalbaar en niet zinvol zijn. De code valt uiteen in twee delen. Dit artikel richt zich met name op de positie van de individuele beroepsbeoefenaar die in deel A aan de orde komt.

Definitie van 'incident'

Over de *eerste aanbeveling* kan weinig misverstand bestaan. Deze bevat de verplichting om de patiënt zodanig te informeren over de onderzoeken en behandeling die hij ondergaat, dat de patiënt een weloverwogen besluit kan nemen. Deze verplichting vloeit rechtstreeks voort uit artikel 7:448 van het Burgerlijk Wetboek (BW).

Bij de *tweede aanbeveling* ontstaan de problemen. Deze verplicht de arts om de dossiers van de patiënt op adequate wijze en tijdig bij te houden. De aanbeveling sluit deels aan op de in de Wet neergelegde dossierplicht (zie artikel 7:454 BW), maar lijkt verder te gaan dan de wettelijke verplichting. Niet alleen moet het dossier namelijk adequaat en tijdig worden bijgehouden, maar ook moeten de aard en toedracht van een incident en de (mogelijke) gevolgen van dat incident voor de patiënt in het dossier worden opgenomen.

Bovendien is hier de definitie van 'incident' van belang. In de context van de GOMA wordt met

'incident' bedoeld: een onbedoelde gebeurtenis die tot schade aan de patiënt heeft geleid of nog kan (!) leiden. Dit betekent dat het niet alleen gaat om (evidente) calamiteiten, maar ook om complicaties en in feite iedere onbedoelde gebeurtenis die tot schade aan de patiënt kan leiden. Enerzijds is dit begrijpelijk, omdat men ook de code toepasselijk wil laten zijn op het moment dat nog niet duidelijk is of de patiënt schade lijdt. Anderzijds krijgen beroepsbeoefenaren hierdoor nieuwe en soms zelfs onwenselijke verplichtingen opgelegd, ook in het geval dat de patiënt uiteindelijk geen schade lijdt. Zonder overdrijven kan gesteld worden dat dit op dit moment allermist de praktijk is en het is zeer de vraag of zo'n verplichting, vooral gezien de ruime definitie van 'incident', wel werkbaar en haalbaar is.

Opvallend is verder dat deze definitie afwijkt van de definitie die de Orde van Medisch Specialisten (OMS) in het Kwaliteitskader van medisch specialisten gebruikt.⁴ Daar wordt in artikel 8 'incident' omschreven als een gebeurtenis met voor de patiënt merkbare gevolgen. Pas dan hoeft volgens het kwaliteitskader een gebeurtenis aan de patiënt te worden gemeld. De door de OMS gebruikte definitie is dus beperkter. Hoe kan van de medisch specialist worden verwacht dat hij weet welke definitie hij moet hanteren?

24 uur

Ook *aanbeveling drie* gaat te ver. Hierin staat dat, als zich een incident heeft voorgedaan met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt, de arts daarover zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van het incident contact opneemt met de patiënt. Dit is op dit moment geenszins de praktijk in ziekenhuizen en/of in huisartsenpraktijken. En het is zeer de vraag of de patiënt er wel altijd bij gebaat is om binnen 24 uur van iedere complicatie of onbedoelde gebeurtenis met mogelijke schade tot gevolg op de hoogte te worden gesteld.⁵ Zeker als nog niet is uitgezocht wat er precies gebeurd is. Vaak zal dat niet binnen 24 uur het geval zijn. Deze aanbeveling zal dan ook eerder leiden tot veel wellicht onnodige onrust en onzekerheid dan tot het beoogde vertrouwen en tot openheid.

Nuttig

De aanbevelingen vier, vijf, zes, acht en negen zijn nuttig en helder en zullen bij niemand bezwaar oproepen. Zo bepaalt *aanbeveling vier* dat de zorgaanbieder dat onderneemt wat nodig is, om eventuele negatieve gevolgen van een

SAMENVATTING

- De afwikkeling van medische aansprakelijkheid is vaak problematisch en de GOMA beoogt hierin verbetering te brengen.
- De zorgaanbieder krijgt op grond van die gedragscode negen verplichtingen.
- Drie daarvan zijn in de praktijk echter onwerkbaar. Het betreft de definitie van incident, het binnen 24 uur melden van een incident aan de patiënt en het zelf vergaren van feitenmateriaal, waaronder getuigenverklaringen.

incident voor de gezondheidssituatie van de patiënt weg te nemen of te beperken. Volgens *aanbeveling vijf* moet worden onderzocht hoe het incident heeft kunnen ontstaan en moeten activiteiten worden ondernomen om herhaling (zoveel mogelijk) te voorkomen.

Aanbeveling zes zegt dat, zodra de toedracht van een incident bekend is, de patiënt daarover duidelijk wordt geïnformeerd en dat die informatie zoveel mogelijk moet aansluiten bij de wensen en de behoeften van de patiënt. Ook *aanbeveling acht* is onomstreden en van belang. Deze bepaalt namelijk dat als uit het onderzoek naar de toedracht van het incident blijkt dat er sprake is geweest van een fout, de zorgaanbieder deze fout dient te erkennen en de patiënt verontschuldigen moet aanbieden. Het is goed dat dit nu in de GOMA is vastgelegd en hopelijk is het verhaal als zou de aansprakelijkheidsverzekeraar dit niet toestaan daarmee definitief van tafel.

Aanbeveling negen bepaalt dat, als de patiënt naar aanleiding van een incident een klacht of claim wil indienen, de zorgaanbieder hem schriftelijk moet informeren over de mogelijkheden daartoe en over de criteria en procedures die daarvoor gelden. Het ligt voor de hand dat iedere zorgaanbieder hiervoor een patiëntenfolder of -brochure opstelt.

Rechercheur

Tot slot *aanbeveling zeven*, de derde die voor heroverweging in aanmerking komt. Hierin staat dat, in geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, de zorgaanbieder zich, in aanvulling op het ter beschikking stellen van het volledige dossier, inspanst voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij het vaststellen van de feiten.


De toelichting vermeldt dat daarbij te denken valt aan het afnemen van getuigenverklaringen

en het zonodig door middel van beeldmateriaal vastleggen van de situatie ter plaatse.

De zorgaanbieder, dat wil zeggen de individuele arts, wordt hierdoor dus naast hulpverlener ook een soort onderzoeker. De aanbeveling, aldus de toelichting, geeft invulling aan de juridische stelplicht van de zorgaanbieder. Dit lijkt toch echt een brug te ver.

Iedere rechter, advocaat, officier van justitie of politieagent kan aantonen hoe moeilijk het is om een correcte getuigenverklaring af te nemen. Geschrokken door het incident, overvallen door emotie, bang voor repercussies: er zijn allerlei omstandigheden die een adequate getuigenverklaring buitengewoon lastig maken. Dit geldt zowel voor verklaringen van hulpverleners als van de patiënt en/of zijn familie. Wie gaat die verklaringen opnemen? De gemiddelde zorgaanbieder mist hiervoor de expertise. Deze aanbeveling staat haaks op de huidige praktijk in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken.

Bovendien zij er maar weer eens op gewezen dat het hier niet alleen om calamiteiten gaat, maar ook bijvoorbeeld om complicaties en andere onbedoelde gebeurtenissen waardoor de patiënt schade oploopt. Getuigen, maar ook degene die hun verklaringen opneemt, zullen bovendien soms een belang hebben, bijvoorbeeld om hun straatje schoon te geven, de organisatie als schuldige aan te wijzen, et cetera. Hulpverleners zijn geen rechters, geen advocaten, geen rechercheurs en geen detectives. Het proces van waarheidsvinding zal hier lang niet altijd bij gebaat zijn.

Gezien het aantal partijen dat aan de GOMA heeft meegewerkt, is sprake van een breed draagvlak. Rechters en tuchtcolleges zullen de code derhalve toepassen. Het lijkt daarom onvermijdelijk dat – met name voor wat betreft de aanbevelingen twee, drie en zeven – de code op korte termijn wordt heroverwogen. 



De literatuurlijst, de gedragscode GOMA en meer artikelen over de code vindt u onder dit artikel op onze website www.medischcontact.nl.

praktijkperikel

Goedkope import

Tijdens de dienst bezoek ik een dame van 80. Ze laat me zien welke medicijnen ze gebruikt, en tussen de doordrukstrips zit onder andere R/Osipine. Ik ken dat middel niet en kan het ook niet vinden in het *Farmacotherapeutisch Kompas*. 'Waar gebruikt u dit voor?', vraag ik. 'Ik weet het niet', klaagt ze, 'de apotheek geeft me iedere keer weer andere pillen.'

Op de huisartsenpost moet ik via Google achterhalen dat het een Italiaanse calciumantagonist betreft. Het zal goedkoper zijn dankzij de parallelimport. Inmiddels is het kwaad geschied. 'Nou dokter, ik vertrouwde het al niet, en als u dat middel ook niet kent, ga ik dat niet meer nemen', had de patiënte gezegd. Zo kunnen bezuinigingen tot hartproblemen leiden.

Referenties

1. Zie bijvoorbeeld Stichting de Ombudsman, Overleven in de medische letselschadepraktijk, Hilversum mei 2008.
2. Zie voor de volledige tekst: www.deletselschaderaad.nl.
3. Zie Tijdschrift voor Verkeersrecht, 17 december 2010, A. Wilken, A. Akkermans, J. Legemaate, Verbetering van het medisch beoordelingstraject bij letselschade; Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade, 24 september 2010, Chr.H. van Dijk en J.P.M. Simons, GOMA: Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid, Van theorie naar praktijk?
4. Kwaliteitskader van Medisch Specialisten, richtlijnen voor medisch specialisten en Raden van Bestuur, Orde van Medisch Specialisten, Utrecht juni 2010, zie www.orde.nl/kwaliteitskader.
5. Daarbij verdient aantekening dat volgens de definitie van de code onder patiënt moet worden verstaan patiënt of nabestaande. Over familie wordt niet gesproken.