

Verslag symposium van Commissie Collegiale Ondersteuning

Impact van en ondersteuning bij tuchtzaken

prof. dr. H.A.M. Brölmann *gynaecoloog n.p.*

drs. K. Scheepstra *aios psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie AMC*

dr. C. Vermeulen-Meiners *gynaecoloog n.p.*

dr. H.A.M. Vervest *gynaecoloog n.p.*

dr. P.J.Q. van der Linden *gynaecoloog, Deventer Ziekenhuis*

dr. M.G. van Pampus *perinatoloog, OLVG, Amsterdam*

In een rapport van NIVEL uit 2016 wordt het jaarlijks aantal klachten in de Nederlandse ziekenhuizen geschat op bijna 19.000.¹ Het aantal tuchtzaken in de zorg (intra- en extramuraal) ligt al enige jaren stabiel rond de 1600 per jaar. De kans dat een gynaecoloog (in opleiding) zich één of meerdere keren moet verdedigen tegen een klacht is zeer aanzienlijk, de kans op een tuchtzak zal echter in de regel slechts een enkele keer per beroepsleven voorkomen. Met name van tuchtzaken is de soms grote impact op het welbevinden van de zorgverlener onderzocht.² Daarom wilde de Commissie Collegiale Ondersteuning van de NVOG de NVOG-leden in dit symposium te informeren over de gevolgen van tuchtrecht voor de dokter en hoe – het liefst sterker – uit deze strijd te komen. Hieronder een samenvatting van de bijdragen van de sprekers op het symposium.

Christina Vermeulen is na haar vervolgoopleiding in Utrecht altijd gynaecoloog geweest in Amersfoort waar zij recentelijk is gepensioneerd. Zij is lid van de Commissie Collegiale Ondersteuning. Ze geeft een feitelijke uiteenzetting over hoe een klachtprocedure in zijn werk gaat. Een dergelijke procedure valt onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ) die in 2016 in werking trad. Deze wet beoogt in een groter aantal gevallen een informele afhandeling van de klacht te bevorderen. Als de patiënt een klacht indient bij het ziekenhuis, dan komt de klacht terecht bij een patiëntloket van het ziekenhuis, bijvoorbeeld het patiëntenservicebureau. Hierop zal de aan het ziekenhuis ver-

bonden, maar onafhankelijke klachtenfunctionaris, een poging tot bemiddeling doen tussen zorgverlener en klagende patiënt. Veelal volgen er één of meer gesprekken om deze bemiddeling tot stand te brengen. Als de klager hiermee niet tevreden is, dan staat het deze vrij de klacht bij de klachtencommissie van het ziekenhuis of het tuchtcollege in te brengen of bij vermeende letselschade een claim in te dienen. Een claim komt bij het ziekenhuis binnen en gaat dan naar de verzekeraar van het ziekenhuis. Deze laat de claim meestal beoordelen door een deskundige en besluit dan vaak zelf of de claim erkend wordt of niet, een zogenaamde buitengerechtelijke afhandeling. Het gaat alleen naar de civiele rechtbank als partijen er niet uit komen. Bij een claim >€ 25.000 moet het via de rechtbank. Bij een claim <€ 25.000 kan het via een arbitrage bij *Geschillen Instantie Ziekenhuizen*. Het medisch tuchtrecht geldt alleen voor BIG-geregistreerde zorgverleners. Klachten betreffen verkeerde diagnose of onjuiste behandeling, onvoldoende informatie voorafgaand aan de behandeling, schenden van beroepsgeheim, grensoverschrijdend gedrag en afgifte van een onjuiste verklaring. Niet alleen een patiënt kan bij het tuchtcollege klagen maar ook de *Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd* (IGJ), de werkgever of het bestuur van het ziekenhuis. Indien de klacht 'ontvankelijk' (van toepassing) wordt verklaard, dan dient de beklagde arts tot twee maal toe (repliek en dupliek) een verweerschrift tegen het klaagschrift te schrijven waarin hij zich tegen de aanklacht verdedigt. De klager schrijft een klaagschrift. De aangeklaagde arts schrijft een verweerschrift. Eventueel kan de

klager daar weer op reageren (repliek) en de aangeklaagde arts kan daar weer op reageren (dupliek). Repliek en dupliek gebeurt niet altijd.

Het regionale tuchtcollege kan een klacht gegrond verklaren en legt dan in vrijwel alle gevallen een maatregel op die kan oplopen van een waarschuwing, een berisping, een geldboete en het tijdelijk ontzeggen het beroep uit te oefenen tot een doorhaling uit het register. Zowel de verweerder als de klager hebben de mogelijkheid om bij het *Centrale Tuchtcollege* (CTG) in beroep te gaan. De aangeklaagde en de inspectie zijn altijd bevoegd om in hoger beroep te gaan, de klager alleen als de klacht niet-ontvankelijk of ongegrond is verklaard. De klager kan dus niet in hoger beroep als hij het niet eens is met de zwaarte van de maatregel. Slechts zelden valt een incident onder het strafrecht. Dit zou het geval kunnen zijn bij dood door schuld, malversaties, seksueel misbruik, problemen rond euthanasie of late zwangerschapsafbreking.

De spreker eindigt met een aantal adviezen waarvan het afsluiten van een rechtsbijstandsverzekering wel de belangrijkste is. Tegen de verwachting in levert het ziekenhuis lang niet altijd de rechtsbijstand die men bij een klachtprocedure nodig heeft. Bij twijfel heeft de KNMG een juridisch loket dat altijd is te raadplegen (088 4404242).

Harry Vervest, niet-praktiserend gynaecoloog, was voor het grootste deel van zijn werkzame leven werkzaam in het Elizabeth Ziekenhuis in Tilburg en geeft momenteel advies aan de letselschadeverzekeraar MediRisk. In die hoedanigheid behandelt hij in zijn voordracht de juridische aspecten

van civielrechtelijke aansprakelijkheid. Bij een civiele procedure staat de vraag centraal of de hulpverlener dan wel het ziekenhuis de verplichtingen volgend uit de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) op een behoorlijke wijze is nagekomen. Als dat niet het geval is dan leidt een civielrechtelijke procedure tot een financiële compensatie voor de patiënt. In principe is het ziekenhuis aansprakelijk voor alle verichtingen door alle hulpverleners die plaatsvinden in het ziekenhuis ook al is het ziekenhuis niet direct betrokken bij de tekortkoming van de behandeling en de daaruit volgende aansprakelijkheid. De grondslag voor aansprakelijkheid is een toerekenbare tekortkoming (wanprestatie) of een onrechtmatige daad. De onrechtmatigheid wordt gedefinieerd door een 'geschonden norm', bijvoorbeeld het zonder goede reden afwijken van een richtlijn of protocol. Verder moet er een causaal verband zijn tussen de geleden schade door de patiënt en de onrechtmatige daad. Bovenstaande juridische normen zijn gevat in de zin *'of het ziekenhuis/hulpverlener de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot onder gelijke omstandigheden verwacht mag worden'*. Tegenwoordig wordt vaker de voorkeur gegeven aan het begrip *'professionele standaard'* die expliciet de tijd waarin het incident plaats had bij de beoordeling betreft. Van belang is dat de klagende patiënt moet bewijzen dat de zorg niet voldeed aan de professionele standaard, maar dat van de gedaagde partij (zorgverlener of ziekenhuis) verwacht wordt dat hij voldoende feiten aanlevert om de stellingen van de klager te betwisten. Soms wordt een collega met bijzondere expertise, op een voor de zaak relevant gebied, gevraagd om de vraag te beantwoorden of er volgens de professionele standaard is gehandeld. Dit zogenaamd deskundigenbericht kan door de rechtbank, door beide partijen of door één van beide partijen worden aangevraagd. Tenslotte werd het begrip 'affectieschade' nader toegelicht. De Wet affectieschade treedt op 1 januari 2019 in werking en regelt een financiële vergoeding voor personen die een affectieve band hebben met de patiënt die

blijvende schade heeft geleden of die aan de gevolgen van het incident is overleden. Affectieschade moet dan ook onderscheiden worden van smartengeld dat alleen aan de door letselschade getroffen patiënt wordt uitgekeerd. Affectieschade leidt tot een uit te keren bedrag van €12.500 - €15.000 bij blijvend letsel en €15.000 - €17.500 bij overlijden.

Hans Brölmann is sinds juli 2016 met emeritaat en als gynaecoloog werkzaam geweest in het Máxima Medisch Centrum en daarna gedurende twaalf jaar in het VUmc. Hij is nu parttime werkzaam bij CompassCollegialCoach, een bureau dat coaching en communicatietraining biedt bij klachtprocedures of anticiperend hierop. Hij rapporteert de analyse van 140 tuchtklachten tegen gynaecologen tussen 2010 en 2017, afkomstig uit de database van het ministerie van Justitie en Veiligheid. De resultaten hiervan werden in een recent nummer van het NTOG gepubliceerd.³ In dit tijdvak is er geen daling of stijging van het aantal tuchtzaken tegen gynaecologen waarneembaar. Vergeleken met eerdere series uit de vorige eeuw^{4,5} is er mogelijk een daling van het aantal tuchtzaken, waarbij echter het percentage gegronde tuchtklachten van 21% naar 31% is toegenomen. Het – in de breedste zin – niet voldoen aan de professionele standaard wordt voor het overgrote deel als reden voor de tuchtklacht aangevoerd. Daarnaast worden er in 38% van de tuchtklachten problemen rond de communicatie gemeld. Een vergelijkbaar percentage (40%) werd ook genoemd in de vroegere studies van Heineman⁴ en van Van Leusden.⁵ Dat impliceert dat er ten aanzien van de kwaliteit van de communicatie tussen de klagende patiënt en de gynaecoloog weinig is veranderd in de laatste veertig jaar. Onderzoek uit de VS bevestigt het verband tussen een open communicatie met de patiënt na een incident of calamiteit en het aantal 'claims', de doorlooptijd van de klachtprocedure en de vergoeding die aan de klagende patiënt wordt toegekend.⁶ Maar niet alleen de klagende patiënt blijkt milder gestemd en minder geneigd tot medico-legale escalatie, ook de

beklaagde zorgverlener gaat minder gebukt onder de klacht als hij zonder angst voor reputatieverlies of rechtszaak open kan communiceren over het incident.⁷ Dit is niet onbelangrijk omdat de effecten van een tuchtrechtelijke klachtprocedure op de zorgverlener ernstiger zijn dan algemeen wordt aangenomen. Niet alleen lijdt de zorgverlener onder gevoelens van schaamte, schuld en onzekerheid, maar depressie, *burn-out* en zelfs *suicide* komen voor.² Daarnaast leidt open communicatie op de werkplek tot meer kwaliteit van zorg, immers collegae kunnen leren van andermans fouten. Tenslotte kunnen de kosten voor de samenleving van medico-legale escalatie – van klachtenfunctionaris naar geschillencommissie naar tuchtcollege naar civiele rechtbank – meer of minder worden uitgespaard. Er zijn momenteel veel initiatieven in de ziekenhuizen en daar buiten waar zorgverleners die bij een klacht, incident of calamiteit betrokken zijn door getrainde collegae (*peer supporters*) worden ondersteund. De *peer support* kan dan worden gecombineerd met *disclosure coaching* waar open communicatie met patiënt, familie maar ook met geschillencommissie of tuchtcollege wordt geoefend. Momenteel wordt, zo blijkt uit een enquête onder artsen, in minder dan de helft van de incidenten volledige openheid gegeven. Het is daarom des te opmerkelijker dat er, uitzonderingen daargelaten, zeer weinig gebruik wordt gemaakt van *peer support*. Ook in de internationale literatuur wordt bevestigd dat zorgverleners, bij de beschikbaarheid van een effectieve interventie, weinig geneigd zijn hulp te zoeken (*'they suffer in silence'*).⁸ Als reden wordt genoemd de angst voor reputatieverlies bij patiënten en collegae. Wellicht is er ook terughoudendheid om van het aanbod van een *peer supporter* van de eigen werkvloer gebruik te maken. Ook wordt beschreven dat hulp zoeken als een 'zwaktebod' wordt ervaren.⁹ Tenslotte speelt een rol dat wanneer een incident heeft plaatsgevonden, de gebeurtenissen zich snel ontwikkelen: dezelfde dag volgt een gesprek met patiënt en met andere betrokkenen waarbij direct de juiste toon moet

worden aangeslagen. Daarna staat de zorgverlener, als hij onder vuur ligt, niet altijd meer open voor de oproep tot open communicatie die dan is vereist. Het optimale moment voor een degelijke gesprekstraining is dan gepasseerd. Daarom lijkt het zinnig om al in de geneeskunde- en vervolgopleiding aandacht te besteden aan deze specifieke gespreksvaardigheid. Praktiserende zorgverleners zouden tijdens een kleinschalige en korte groepstraining (halve dag) kennis moeten nemen van het belang van open communicatie (*disclosure*) zodat hij goed beslagen ten ijs komt als hij onverhoopt bij een incident of klacht betrokken raakt.

Paul van der Linden is gynaecoloog in het Deventer Ziekenhuis. Sedert 6 jaar is hij lid van het Centraal Tuchtcollege. Hij vertelt over de *impact* van een klacht of een tuchtzaak. Ruim driekwart van de zorgverleners krijgt te maken met een klacht, waarvan een klein deel een tuchtklacht. Ondanks de negatieve invloed op het functioneren van de arts die dit treft, wordt klachtbeleving onder artsen nog beperkt besproken in de vakgroep of maatschap. Het is zorgelijk dat klachten nog beperkt openlijk besproken worden vandaag de dag en er weinig aandacht gegeven wordt aan met name de *impact* van het krijgen van een klacht. Klachtbeleving bij artsen moet bespreekbaar gemaakt worden en er moet meer zichtbaarheid gecreëerd worden voor *peer-support*-groepen. Drie procent van het totaal aantal tuchtklachten per jaar is afkomstig vanuit de obstetrie en gynaecologie. Het aantal intern – op ziekenhuis niveau – afgehandelde klachten is niet bekend. Het krijgen van een klacht heeft een negatieve invloed op het dagelijks functioneren van de betreffende arts, evenredig met de ernst van de klacht. Bijna de helft van de artsen die te maken kregen met een tuchtklacht, overweegt te stoppen of is daadwerkelijk gestopt met werken naar aanleiding van een (tucht)klacht. Ruim de helft van de klachten wordt niet besproken in de vakgroep of maatschap en in maar 12% zijn er *peer support*-mogelijkheden in het ziekenhuis.

Aanbevolen wordt om (tucht)klachten bespreekbaar te maken op de werkvloer, zichtbaarheid te geven aan klachtenafhandeling en aan de *impact* van het proces. Tevens wordt aandacht gevraagd voor de Commissie Collegiale Ondersteuning en *peer support*-initiatieven vanuit regionale ziekenhuizen.

Karel Scheepstra is aios psychiatrie in het Amsterdam UMC. Zijn voordracht gaat over wat werk met je kan doen. Artsen krijgen regelmatig te maken met emotioneel belastende gebeurtenissen, zoals ziekte, sterfte, rouw, tuchtzaken en agressie van patiënten. Dit maakt het artsenberoep een vak met gezondheidsrisico's, vergelijkbaar met dat van ambulancepersoneel, brandweer, politie en militairen. Bij deze beroepen komen psychiatrische klachten als gevolg van werkgerelateerde incidenten veel voor. Daarom is er professionele en geprotocolleerde opvang georganiseerd voor medewerkers na incidenten. Voor medisch specialisten geldt dat veel minder. Er heerst een cultuur waarin de algemene opvatting is dat een arts emotioneel moet kunnen omgaan met incidenten. Vaak is er geen geprotocolleerde opvang georganiseerd of ervaart een arts belemmeringen om hiervan gebruik te maken. Ons onderzoek onder 1622 artsen (kinderartsen, gynaecologen, orthopeden en psychiaters) laat daarentegen zien dat de prevalentie van depressie (6,9%), angst- (14,4%) en posttraumatische stressstoornissen (PTSS) (1,7%) hoger zijn dan in de algemene bevolking en specifiek hoger ten opzichte van mensen met een hoog inkomen in Nederland. Daarnaast vinden artsen dat er te weinig aandacht voor is in de medische opleidingen, er onvoldoende opvang georganiseerd is en dat de cultuur wat betreft opvang moet veranderen. Concluderend kunnen we stellen dat medisch specialisten ernstige belastende gebeurtenissen meemaken, die kunnen leiden tot:

- werkgerelateerde PTSS: 1,7%
- depressieve stoornis: 6,9%
- angststoornis: 14,4%

Waarbij komt dat vrouwelijke specialisten significant angstiger en depressiever zijn dan hun mannelijke collega's.

Al met al een door 45 aios en gynaecologen bezochte, interessante avond.

Referenties

1. Laarman BS, Schoten, Friele R. *Nulmeting Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*. NIVEL, editor. 2016. Utrecht. Ref Type: Report
2. Verhoef LM, Weenink JW, Winters S. *et al. 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(11):e009275.
3. Brölmann HA. *De gynaecoloog aangeklaagd; analyse van uitspraken van tuchtcolleges 2010 - 2017; speelt communicatie een rol?* Ned tijdschr Obstet en Gynaecol 2018; 131:282-284.
4. Heineman MEF, Hubben JH. *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*. KU Nijmegen, faculteit der rechtsgeleerdheid; 1994.
5. Leusden H van, Vervest H, Hubben JH. *Gynaecoloog en tuchtrecht 1992-2004*. first ed. Den Haag: SDU uitgevers; 2005.
6. Clinton HR, Obama B. *Making patient safety the centerpiece of medical liability reform*. N Engl J Med 2006; 354(21):2205-2208.
7. Schiess C, Schwappach D, Schwendimann R. *et al. A Transactional "Second-Victim" Model-Experiences of Affected Healthcare Professionals in Acute-Somatic Inpatient Settings: A Qualitative Metasynthesis*. J Patient Saf 2018;10.
8. Hirschinger LE, Scott SD, Hahn-Cover K. *Clinician support: Five Years of Lessons Learned*, 12(2), 26-31. Patient Safety & Quality Healthcare 2015; 12(2):26-31.
9. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR *et al. Caring for our own: deploying a system-wide second victim rapid response team*. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010; 36(5):233-240.

Met dank aan de sprekers voor hun bijdrage aan het symposium en dit artikel.

Trefwoorden

Peer support, tuchtzaak, gevolgen belastende gebeurtenissen op de werkvloer

Contact

Mariëlle van Pampus gynaecoloog
OLVG, m.g.vanpampus@olvg.nl
collegialeondersteuning@nvog.nl

Belangenverstrengeling

Auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling