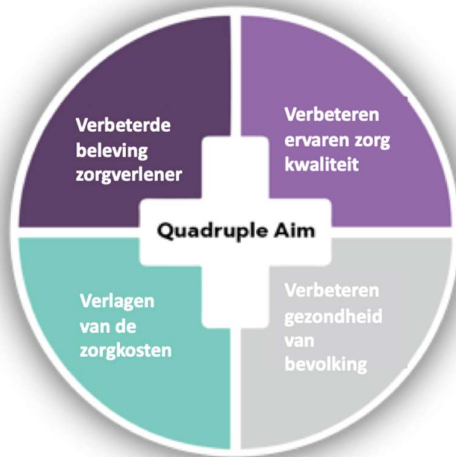


Dossier: "Medische incidenten"



De geneeskunde is een zeer complexe wetenschap en beroep. De Wereldgezondheidsorganisatie benoemt 12 420 ziekten en stoornissen die elk een ander diagnose- en behandelplan vereisen (1). Deze complexiteit laat onvermijdelijk vergissingen toe (2). Daarnaast moeten artsen vaak snel beslissingen nemen. Er is niet steeds genoeg tijd om alternatieve behandelingen te overwegen of onderling te overleggen. Uitstel bij medische beslissingen kan nefast zijn, zelfs als er uiteindelijk wordt gekozen voor de juiste behandeling.

De gebrekkige financiering van het zorgstelsel in ziekenhuizen is eveneens een probleem. In België

staan artsen onder grote prestatiedruk, door het systeem van verplichte medefinanciering van de ziekenhuizen op basis van een variabele afdracht op hun honorarium en de ongelijkheid van inkomen tussen de verschillende artsen-disciplines voor dezelfde werkbelasting. De huidige zorg en financiële crisis zorgen er bovendien voor dat ziekenhuizen steeds zuiniger dienen om te springen met de beschikbare financiële middelen, wat de voorgenoemde druk enkel verhoogt.

Artsen verbergen vaak hun falen voor patiënten, voor andere artsen en voor zichzelf. De verzekeraars van de medische aansprakelijkheid leggen in hun communicatie aan verzekerde artsen er de nadruk op om, naast de wettelijk verplichte informatie over het objectieve verloop van een medische behandeling, zeker niet te spreken over mogelijke medische fouten. Het incident wordt dan als complicatie gezien.

Het vastleggen van verantwoordelijkheden binnen multidisciplinaire zorg is nog complexer. Indien er in deze omstandigheden meerdere verzekeraars betrokken zijn, is de kans reëel dat er een eindeloze discussie ontstaat over de aansprakelijkheid van ieder.

Zoals in bovenstaande paragrafen uitgelegd, is de context waarin een medisch incident kan plaatsvinden erg complex en vaak faciliterend voor het incident. Dit kan men omschrijven als systeemfouten. Systeemfout zijn dan de omstandigheden welke een medisch incident mogelijk maken of zelfs uitlokken of faciliteren. In een "veilige" werkomgeving dienen de omstandigheden waarin het medisch werk wordt uitgevoerd zo te zijn dat de kans op een incident geminimaliseerd wordt. Systeemfouten kunnen minstens deels medeverantwoordelijk zijn voor het medisch incident.

De ernstige gevolgen van fouten, de herhaalde gelegenheden om die te maken, de onzekerheid over onze aansprakelijkheid en de professionele ontkenning dat ze er zijn, werken allemaal samen om onverdraaglijke dilemma's te creëren voor de arts. We zien de gevolgen van onze fouten, maar kunnen niet omgaan met enorme emotionele impact die ze hebben (3). Dit kan leiden tot persoonlijke catastrofes waaronder burn-out, addictie en suïcide. 'Arts in Nood' werd hiervoor als vangnet opgericht.

Medische incidenten zijn echter ook unieke leerkansen. De gezondheidszorg zou veel geld besparen als het van haar fouten zou leren. Dit heeft ook gevolgen voor de organisatiecultuur: professionals zouden zich aangemoedigd moeten voelen om open te zijn over incidenten en te reflecteren over medische incidenten naast de verplichte objectieve neerslag in het medische dossier.

Hiervoor heeft men een nationaal/federaal veilig-meldsysteem nodig.

De belangrijkste factor in het succes van veilig-meldensystemen wordt bepaald door de mate van (wettelijke) bescherming van de melder (4). Een veilig-meldsysteem dat niet wettelijk beschermd is, kan onder druk komen te staan.

Men moet een onderscheid maken tussen de veiligheid binnen het eigen werkverband of de eigen instelling ('interne veiligheid') en de bescherming tegen juridische procedures ('externe veiligheid').

Interne veiligheid kan worden gerealiseerd door het maken en vastleggen van goede afspraken. Deze kunnen bijvoorbeeld inhouden dat de werkgever van de hulpverlener dan wel de instelling waarin deze zelfstandig functioneert, verklaart, om in beginsel naar aanleiding van een melding, geen maatregelen te zullen ondernemen tegen de melder (no shame, no blame cultuur). Eigen ervaring leert echter dat, ondanks goede afspraken binnen de organisatie, de informatie uit het veilig meldsysteem toch tegen de melder kan en zal worden gebruikt indien er geen juridisch bescherming van de melder wordt voorzien. Dit kan enkel door het gebruiken van deze informatie, tegen de melder, strafbaar te stellen.

Externe veiligheid houdt de bescherming in tegen het gebruik van informatie uit het veilig meldsysteem in juridische procedures. Dit houdt in dat informatie met betrekking op reflectie en verbetervoorstellen en verklaringen die door een melder zijn ingebracht in een veilig-meldensysteem niet gebruikt mogen worden in een tegen de melder gerichte disciplinaire of juridische procedures. Een dergelijke procedure is wel mogelijk, maar zal moeten worden gebaseerd op informatie uit andere bronnen dan het veilig meldsysteem, o.a. het medisch dossier. Het medisch dossier moet immers de objectieve neerslag bevatten van het gehele medische handelen, dus ook een beschrijving van de near errors en de feitelijke incidenten, voor zover ze een risico op de veiligheid van het medisch handelen hebben betekend.

Interne en externe veiligheid blijven evenwel een precair onderwerp. Er moet worden voorkomen dat een veilig-meldsysteem geen vluchthaven wordt voor artsen die ernstige (bv werken onder invloed) en/of structurele problemen (bv moedwillige fouten) veroorzaken (5). Deze fouten dienen uitgesloten te worden uit het veilig-meldsysteem. Een niet limitatieve maar regelmatig gereviseerde lijst van zware fouten dient opgesteld te worden, welke uitsluitel geeft over de exclusiecriteria van een melding in het veilig-meldsysteem.

Het recht op (schade)vergoeding bij medische calamiteiten moet bewaard blijven in het belang van de patiënt(e). De werking van het Fonds voor Medische Ongevallen dient in die zin aangepast en uitgebreid te worden zodat een vlotte uitbetaling van schade altijd gegarandeerd wordt. De experts in het Fonds bepalen of er schade is en de grootte van de schade. Het Fonds gaat niet op zoek naar een mogelijks causaal verband tussen een mogelijke medische fout en de schade. Het Fonds voorziet in de uitbetaling, wanneer de schade een bepaald bedrag overschrijdt (franchise). Ze werkt hiervoor samen met de verzekeraar van de betrokken artsen en/of ziekenhuis, met het oog op een overeenkomst in het voordeel van een correcte en snelle afhandeling van de schade. De uitbetaling wordt finaal financieel afgedekt door een solidariteitsmechanisme, onder toezicht van bijvoorbeeld het RIZIV. Deze verandering in werking impliceert ook een naamsverandering naar Fonds voor Medische Incidenten (FMI).

Patiënten behouden bovendien alle rechten om zich te wenden tot een rechtbank. De vlotte afhandeling van schade via het Fonds moet een garantie zijn om de weg via de rechtbank slecht in uitzonderlijke omstandigheden te kiezen. Een keuze via de rechtbank sluit een afhandeling via het Fonds uit.

De mutualiteiten verliezen het recht om de kosten welke gemaakt werden voor de betrokken patiënt(e) te recupereren op de verzekering van de arts en/of ziekenhuis. Ze behouden het recht op verdediging van alle andere belangen van de patiënt(e). Dit betekent dat aansprakelijkheidspremies in principe zullen dalen door een maatschappelijke solidarisering.

Er dient een Federale Raad voor Veilig Medisch Handelen te worden opgericht, welke verantwoordelijk is voor het opvolgen van de medische incidentmeldingen met het oog op het ontdekken en bijsturen van systeemfouten welke het lokaal ziekenhuis overschrijden. Deze Federale Raad is ook verantwoordelijk voor het opstellen en geregeld reviseren van de lijst met zware fouten, welke als exclusiecriteria gelden in het veilig-meldsysteem. Het burgerrechtelijk of strafrechtelijk handelen blijft overeind voor zover de bewijslast niet gesteund is op informatie uit het veilig-meldsysteem. De chronologie en de opsomming van de objectieve feiten dienen de basis te vormen van zowel het medisch dossier als de melding in het veilig meldsysteem. Het veilig-melden verschilt van het medisch dossier in de zin, dat reflectie en voorstellen tot verbetering in dit systeem centraal staan. Informatie uit het veilig-meldsysteem mag niet gebruikt kunnen worden of moet geweerd worden uit de juridische en disciplinaire procedures. Hiervoor is wetgevend werk nodig. Het is noodzakelijk om artsen en medisch personeel niet meer te culpabiliseren maar hen te ondersteunen.

Artsen(en andere zorgverleners) dienen zich de cultuur tot rapportering van medische incidenten eigen te maken. Deze rapportering moet op het niveau van de diensten, ziekenhuizen, regionale netwerken en op nationaal niveau leiden tot verbeterprocessen, welke in een nationale databank aanleiding geven tot afdwingbare kwaliteitsverbeteringen, onder controle van de reeds genoemde Raad voor Veilig Medisch Handelen.

Deze Federale Raad voor Veilig Medisch Handelen kan uiteraard geen gerechtelijke procedure starten tegen artsen, gezien de toegestuurde informatie wettelijk afgeschermd is.

Gezien een onoverkomelijke muur bestaat tussen de informatie uit het veilig-meldsysteem en evaluatie van de schade bij de patiënt(e), kan de Federale Raad voor Veilig Medisch Handelen niet georganiseerd worden binnen het FMO.

Het is dringend nodig om in België in samenspraak met alle betrokkenen een systeem uit te werken om het voorgaande te implementeren in een modern zorgstelsel en zo de kwaliteit van de medische zorg substantieel te verbeteren.

Referenties:

Deze tekst kwam tot stand na het lezen van:

Black Box Thinking; The Surprising Truth About Succes, Matthew Syed, John Murray (Publishers), Hachette UK, 2015; Nederlandse vertaling: Kosmos Uitgevers, Utrecht/Antwerpen, 2015: Black Box denken, Maak van je fouten en succes.

Les décisions absurdes, I Sociologie des erreurs radicales et persistantes; Les décisions absurdes, II Comment les éviter ; Les décisions absurdes III L'enfer des règles Les pièges relationnels, Christian Morel, Uitgeverij Gallimard, 2014-2018

Transforming Health Care: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of Perfect Patient Experience, Charles Kenney, (Productivity Press, 2010)

(1) <http://www.who.int/classifications/help/icdfaq/en/>

(2) To Err is Human, Institute of Medicine, <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>

(3) David Hilfiker, 'Facing Our Mistakes', New England Journal of Medicine, 12 januari 1984.

(4) Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med 2002;347: 1633-8.

(5) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, J. Legemaate 28 mei 2005; 149(22), 1203-1205