

Dokter mag niet falen

Medische missers zijn nog steeds aan de orde van de dag. Wat doen dokters, verzekeraars, patiënten en hun advocaten ertegen? ‘Sorry zeggen’ ligt moeilijk, maar wordt geadviseerd door de verzekeraar. De chirurg pleit voor ‘blote-billencolleges’ maar vraagt zich af of daarmee de verstikkende hiërarchie wordt doorbroken. En de advocaat blijft de onafhankelijkheid van de deskundigen bestrijden.

Door BRAM ENDEDIJK en ENZO VAN STEENBERGEN

Na de fout begint het pas

Een ontevreden patiënt met een klacht over zijn behandeling komt allereerst bij het ziekenhuis terecht. Het ziekenhuis stuurt de klacht door naar een speciale verzekeraar die door de ziekenhuizen zelf is opgericht. De grootste verzekeraar is MediRisk, die 70 procent van de Nederlandse ziekenhuizen bijstaat.

Patiënten kunnen de arts ook rechtstreeks aanklagen. Dat kan via civiele procedures, een regionaal of in tweede instantie, centraal medisch tuchtcollege of, in het uiterste geval, een strafzaak. De verschillende rechtscolleges hebben elk hun eigen taak en werken in beginsel onafhankelijk van elkaar. Elkaars uitspraken gebruiken ze soms wel. **Zo wordt het Medisch Tuchtcollege regelmatig gebruikt als opstap naar een civiele procedure.** Sjf Gevers, lid van het Centraal Medisch Tuchtcollege: „Onze uitspraken kunnen uitstekend dienen als bewijs van onzorgvuldigheid.”

Een strafzaak wordt aangespannen als een arts opzettelijk nalatig of verkeerd zijn werk heeft uitgevoerd. Dan is er sprake van ‘medisch verwijtbaar handelen’.

Op dit moment onderzoekt het openbaar ministerie of het een strafzaak begint tegen een orthopedisch chirurg, een cosmetisch arts, een maagchirurg, en een neuroloog uit Enschede. In de zaken tegen een neuroloog uit Venlo, een patholoog en een plastisch chirurg werden strafzaken en vooronderzoeken gestaakt wegens gebrek aan bewijs.

I Artsen zeggen nog te weinig ‘sorry’

Het is 2003 als Toon en Anne-Marie Lips hun veertienjarige dochter Mariska verliezen. Na een val van haar paard krijgt ze in het VieCuri ziekenhuis in Venlo geen adequate behandeling. Ondanks haar kritieke toestand wordt ze niet op de intensive care geplaatst. De verantwoordelijk neuroloog wordt door het medisch tuchtcollege veroordeeld tot het betalen van een geldboete van tweeduizend euro. Tot een strafrechtelijke veroordeling komt het niet, ondanks een slepende procedure. Toon en Anne-Marie Lips zeggen nu: „Als we een ‘sorry’ hadden gehoord, had dat heel veel gescheeld. Dat is nooit gebeurd. Het enige wat we aan die jaren procederen hebben overgehouden, is frustratie.”

De gang naar de rechter maken cliënten vaak uit wraak, vertelt Yme Drost, letselschade-expert en directeur van een letselschadebureau. Wraak omdat de arts geen excuses aanbiedt. Zestig tot tachtig procent van zijn cliënten had volgens Drost nooit een zaak aangespannen, als de arts ‘sorry’ had gezegd. „Artsen hebben het gevoel dat ze geen sorry mógen zeggen. Ik ken één slachtoffer die een schadevergoeding ontving van meer dan een ton en toch nog steeds zegt: ‘Een excuus van de arts was me meer waard geweest dan welk bedrag dan ook.’”

Johan Lange is hoogleraar en chirurg van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Hij knipte in 1993 tijdens een kijkoperatie een verkeerde zenuw door. De patiënt kan daardoor haar linkerhand niet langer goed bewegen. Zijn allereerste reactie noemt Lange „kenmerkend”: „Ik ging excuses zoeken die

me vrij zouden pleiten. Artsen hebben de neiging fouten te ontkennen. Wanneer je ‘sorry’ zegt, geef je toe dat je een fout hebt gemaakt.” Op verzoek van de patiënt schreef Lange een artikel over de fout in een vakblad. De patiënt klaagt hem niet aan bij de tuchtrechter.

Lange had destijds „het gevoel” dat hij „had gefaald”. Hij was één van de eerste artsen in Nederland die kijkoperaties uitvoerde. Hij gold onder collega’s als dé expert. Zo’n status kan volgens hem in een ziekenhuis „ontsporen”. Meer in opsprake geraakte artsen hadden zo’n reputatie, waardoor collega’s het moeilijk vonden om hen te corrigeren. De schuld daarvan legt Lange met name bij de opleiding. Opleidingen zouden zich meer moeten richten op „de arts als teamspeler”. De dokter is geen „autonome autoriteit” die in een ivoren toren zit en ongecontroleerd zijn gang kan gaan.

Tweederde van de zorgverleners is dat met de chirurg eens. Ze vinden dat de opleidingen meer aandacht moeten besteden aan fouten, blijkt uit onderzoek van ledenorganisatie VvAA waarbij bijna alle medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers, orthodontisten, verloskundigen en fysiotherapeuten zijn aangesloten. Lange: „Er bestaat nog een taboe op fouten. Onfeilbaar zijn kan he-

‘Als we een ‘sorry’ hadden gehoord, had dat veel gescheeld’

Ouders van Mariska Lips

lemaal niet, maar dat werd er tot voor kort nooit bij gezegd. Foutloos moest je zijn. Als je artsen met dat idee opleidt, durven zij niet over fouten te praten.”

Onder artsen leeft de vraag of ze na een fout excuses mogen maken aan patiënten. Met name zelfstandigen, zoals psychiater van praktijk aan huis, zijn bang dat hun verzekeraar de fout dan niet vergoedt. Zo staat dat soms ook in de polisvoorwaarden. Uit de voorwaarden van een zelfstandige: „Als er een gebeurtenis plaatsvindt, die voor ons tot een uitkeringplicht kan leiden, mag de verzekerde zich niet uitlaten over zijn eventuele schuld of aansprakelijkheid.”

Dat blijken ‘oude contracten’. Verzekeraar MediRisk, die 70 procent van de Nederlandse ziekenhuizen bijstaat, heeft die voorwaarde niet in de huidige polisvoorwaarden opgenomen, zegt directeur Marjoleine van der Zwan. Van der Zwan noemt de gedachte dat artsen geen sorry mogen zeggen een „hardnekkig misverstand.” „Artsen moeten fouten erkennen. Alleen moeten we niet vergeten hoe heftig zo’n gebeurtenis is. Er zijn artsen die denken: ‘help, wat overkomt me’, en daardoor niet meer goed naar de patiënt kunnen luisteren.”

Met een gedragscode is vorig jaar een stap gezet op weg naar meer openheid bij medische missers. Dit akkoord tussen verzekeraars, patiëntenorganisaties en zorginstellingen moet de onduidelijkheid na een fout doorbreken. Directeur Van der Zwan van MediRisk: „Na de code hebben wij kaartjes naar alle aangesloten ziekenhuizen gestuurd. Daarop staan aanbevelingen voor artsen, met punt 8: ‘Erken de fout. Zeg sorry.’”

II Advocaten: artsen sparen elkaar

Letelschade-expert Yme Drost opent op zijn computer een document met de werktitel: ‘Niet raadplegen.’ Het is een lijst met dertig namen van artsen en hoogleraren. Het zijn deskundigen die volgens Drost niet geschikt zijn om te rapporteren. Een aantal van hen zou door verzekeraars bewust worden ingezet om hen welgezinde rapporten te schrijven over medische claims. Drost: „Wat bij mij de zwarte lijst is, is bij de verzekeraars de witte lijst. Een aantal artsen rapporteert altijd pro verzekeraar, anderen altijd pro patiënt.” En zo wordt de inzet van de strijd: de betrouwbaarheid van de medisch deskundigen.

Letelschadeadvocaat John Beer waarschuwt zijn cliënten voor wat hij noemt „beroepsdeskundigen”. „Voor je het weet word je als patiënt naar de slachtbank van de verzekeraar geleid, want zij raden de onwetende patiënt een deskundige aan. Ik heb zelfs wel eens meegemaakt dat een verzekeraar na een rapport de deskundige belde om hem het

oordeel te laten veranderen.”

Marjoleine van der Zwan van MediRisk ontkent met klem te werken met „witte en zwarte lijsten”. De verzekeraar ontvangt gemiddeld 1.145 claims per jaar. Daarvan wordt 47 procent erkend of geschikt. Net iets meer dan de helft van de claims (53 procent) wordt afgewezen. De oordelen zijn gebaseerd op rapporten die worden geschreven door gespecialiseerde artsen of hoogleraren uit „een netwerk van deskundigen met een goede reputatie als medisch specialist”. De verzekeraar betaalt deze deskundigen zo’n 135 euro per uur, een gebruikelijk uurtarief voor medisch specialisten in de gezondheidszorg.

Mocht de patiënt of diens advo-

‘Ik zeg altijd: wiens brood men eet, wiens taal men spreekt’

Letelschade-expert Yme Drost

caat het oneens zijn met de gekozen specialist, dan kan in overleg een andere deskundige worden aangesteld. Van der Zwan: „Als de patiënt nadrukkelijk laat weten niet te kunnen leven met het oordeel van een deskundige, dan luisteren we daar vaak naar.” Ook raadt ze patiënten altijd aan een belangenbehartiger in arm te nemen: „Een patiënt is iets heftigs overkomen op een specialistisch terrein. Dan heb je iemand nodig die je helpt, alleen al voor de medische termen.”

Toch ervaart zes op de tien patiënten de klachtenafhandeling als ‘partijdig’, vertellen ze de Consumentenbond onlangs in een onderzoek. Artsen die elkaar de hand boven het hoofd zouden houden. En die soms optreden als experts waardoor de onafhankelijkheid van een oordeel omstreden is. Het is een wereldje waarin artsen elkaar nog altijd sparen, zegt letselschadeadvocaat Pieter Jagersma. „Ik zie ongelofelijk vaak rapporten die vrij slecht zijn onderbouwd door een deskundige. Hoe formuleren ze dat? Bijna

altijd als volgt: ‘De schoonheidsprijs verdient het niet, maar het gaat hier niet om medisch verwijtbaar handelen.’ Dat is natuurlijk met opzet.”

Yme Drost vat het systeem samen als: ‘slager keurt zijn eigen vlees’ „Een verzekeraar die is opgericht door ziekenhuizen schakelt een arts in om het gedrag van een andere arts te beoordelen. Daar is de patiënt de dupe van.” Die werkwijze staat waarheidsvinding in de weg. „Ik zeg altijd: wiens brood men eet, wiens taal men spreekt.”

Drost en Beer noemen onafhankelijk van elkaar eenzelfde voorbeeld. Een zenuwarts van wie bekend was dat hij niet geloofde in het postwhiplashsyndroom. Toch schakelde de verzekeraar deze medisch specialist in om dit syndroom te beoordelen. Hij schreef in zijn rapporten dat patiënten geen letsel hadden opgelopen, waardoor de verzekeraar niets hoefde uit te keren. De inmiddels gepensioneerde specialist wil, ondanks herhaalde verzoeken van deze krant, niet reageren.

III Meer teamwork, minder hiërarchie

Kindercardioloog Jan Strengers van het Universitair Medisch Centrum in Utrecht stond eenmaal voor het medisch tuchtcollege. Patiënten klaagden hem aan, omdat zij dachten dat hij een fout had gemaakt. Over het wat en hoe van die zaak wil hij niet vertellen. Maar Strengers werd niet veroordeeld omdat een fout niet bewezen werd.

De specialist wijt de gang naar de tuchtrechter aan de gebrekkige communicatie met de ouders van de patiënt. De ouders waren verhuisd en er werd alleen via de telefoon gepraat. Vijfennegentig procent van wat door patiënten wordt ervaren als een fout, zegt Strengers, ligt in de communicatie. Een arts die goed kan opereren maar matig communiceert, krijgt veel meer klachten dan een arts die matig opereert, maar goed communiceert. Strengers: „Ik heb met een arts gewerkt, die totaal niet werkte volgens de richtlijnen, maar door zijn charisma liepen patiënten met hem weg. Er moest heel wat gebeuren voordat patiënten een klacht tegen hem indienden.”

In zijn ziekenhuis in Utrecht ha-

mert kindercardioloog Strengers tegenwoordig op goede communicatie. En dat gaat ver. Hij geeft het voorbeeld van een kind dat wordt gereanimeerd, maar uiteindelijk zal overlijden. Vroeger werden ouders buiten de reanimatie gehouden. „Tegenwoordig halen we ze erbij. Wat ze zien – een kind dat soms met een open borstkas gereanimeerd wordt – is verschrikkelijk. Maar achteraf hoor je dat ze het prettig hebben gevonden.” De ouders hebben gezien dat er alles aan is gedaan om hun kind te redden. „Zo ver kan openheid gaan. We gaan zelfs wel eens door met reanimeren, ook al heeft dat geen zin. Omdat we willen wachten

totdat de ouders erbij zijn geweest.”

In de hele medische wereld neemt de openheid toe, ervaren artsen. Chirurg Johan Lange geeft sinds een aantal jaren „blote-billencolleges” waarin hij studenten vertelt over de fout die hij maakte tijdens de kijkoperatie. Andere specialisten zijn daar langzaam aan ook toe bereid, merkt hij. Hij vindt ook dat ziekenhuizen moeten zorgen dat het systeem veiliger wordt. „Als iemand een fout maakt is het te makkelijk dokter X of zuster Y op te sporen, die te lynchen, en het daarbij te laten. De eigenlijke fout ligt vaak niet aan de persoon, maar aan de manier van werken.”

In het onderzoek van de VvAA zeggen artsen dat een medische misser in negen van de tien gevallen leidt tot aanpassingen in werkwijzen/of protocol. De aanzet daarvoor heeft het Ministerie van Volksgezondheid drie jaar geleden gegeven. Toen is een ‘veiligheidsmanagementsysteem’ (vms) ontwikkeld. Het principe is overgenomen uit beroepstatken als de luchtvaart en de kernindustrie. Hoofddlijn: elkaar constant checken en dubbelchecken. Doel: vermijdbare schade met 50 procent te laten dalen.

Ziekenhuizen moeten nu beschikken over een ‘preventieprogramma’ en voorzorgsmaatregelen nemen. Want een substantieel deel van de medische fouten is te voorkomen door eenvoudige richtlijnen op te stellen, bleek toen verzekeraar MediRisk twee jaar geleden een analyse maakte van alle schadeclaims sinds

1993. Zet bijvoorbeeld een pijl op iemands been en je weet dat het goede been wordt geopereerd. En, pas op, geen kruis, want dat kan geïnterpreteerd worden als ‘dit been niet’.

Dit protocol dat verzekeraar MediRisk „het vangnet” noemt, moet streng worden nageleefd. Als er een claim binnenkomt over een arts die het vangnet niet heeft toegepast, dan krijgt de arts een boete van 5000 euro. Dat gebeurt zo’n vier keer per jaar. Het effect is zichtbaar, zo ervaart MediRisk. Op de operatiekamers is 36 procent minder schade ten opzichte van 2009 en het aandeel claims en klachten over de spoedeisende hulp daalde met 42 procent sinds 2007.

Gynaecoloog en hoogleraar Fedde Scheele leidt in het Amsterdamse Sint Lucas Andreas ziekenhuis een zelfbedacht ‘speak-upprogramma’ dat ervoor moet zorgen dat hiërarchie verdwijnt. Zo moet de verpleegkundige makkelijker een specialist durven corrigeren. „Binnen de teams is veel knowhow, maar door de hiërarchie komt die kennis nog niet goed aan het licht. Als iedereen alles tegen elkaar zou kunnen zeggen, heb je een geweldige veiligheidsklep ingebouwd. Dit is dé taak voor ziekenhuizen de komende jaren.”

Muren worden de komende jaren geslecht, beaamt de Rotterdamse chirurg Lange. Werken in een team is volgens hem de sleutel tot succes. Dat leidt tot controle die niet als kritiek wordt ervaren. Volgens Lange staan we aan het begin van een proces dat nog tientallen jaren kan duren: „De medische wereld zit nu nog barstensvol hiërarchie. Van niet-hoogleraren, assistenten of co-assistenten hoor ik bijna nooit kritiek. Het komt heel soms voor, maar dan wordt kritiek vertaald in een beleefde vraag. Dat is de code. Zo is het en zo zal het nog een tijdje blijven.”

‘De medische wereld zit nu nog barstensvol hiërarchie’

Johan Lange, chirurg Rotterdam

Medici in opspraak

Wie? Een orthopedisch chirurg. **Waarom?** Zou verkeerde diagnoses hebben gesteld, operaties hebben verpest en dossiers zeer slecht op orde hebben.

Wat? In maart 2010 twee berispingen van de tuchtrechter. In juli 2010 ontslagen. De politie onderzoekt 64 klachten.

Wie? Cosmetisch arts.

Waarom? Tientallen patiënten kregen infectie na borstoperatie. Protheses sprongen open.

Wat? In 2010 door Centraal Tuchtcollege uit ambt gezet. Het openbaar ministerie onderzoekt 23 klachten.

Wie? Neuroloog.

Waarom? Diagnosticeerde ten onrechte bij enkele patiënten levensbedreigende ziektes: Alzheimer, MS, Parkinson.

Wat? In 2003 gedwongen met de vut. Daarna in Duitse kliniek aan de slag en daar in 2009 ontslagen. Strafrechtelijk onderzoek loopt nog. 102 schadeclaims; 72 afgehandeld en nog 70 mogelijke slachtoffers.

Wie? Neuroloog.

Waarom? Door verkeerde diagnoses medeverantwoordelijk voor de dood van een meisje.

Wat? Vertrok in september 2011 uit ziekenhuis. Tuchtcollege legde boete op van 2.000 euro. In strafzaak vrijgesproken.

Wie? Anesthesioloog.

Waarom? Geen goed zicht op patiënt gehouden.

Wat? Berisping door tuchtcollege. Nu elders aan de slag.

Wie? Afdeling hart-longchirurgie

Waarom? Ruzies tussen artsen en bestuurders zorg voor verhoudingsgewijs hoog sterftecijfer. Onderzoek: zeven sterftegevallen waren vermijdbaar.

Wie? Patholoog.

Waarom? Verwijderde de organen van meer dan 800 overleden kinderen zonder toestemming van de ouders.

Wat? In 2005 door medisch tuchtcollege in Groot-Brittannië uit ambt gezet. In Canada aan de slag, maar wegens ‘incompetentie’ ontslagen na vondst van twee zakjes met menselijke organen. Liet zich uit Nederlandse artsenregister schrappen.

Wie? Plastisch chirurg.

Waarom? Jonge patiënt overleed na complicaties bij borstvergroting.

Wat? Justitie stelde na vooronderzoek geen vervolging in.

Wie? Tandarts.

Waarom? Oplichting en beschadiging van gebit van patiënten.

Wat? In 2001 door medisch tuchtcollege uit het tandartsvak gezet. Hield in 2008 praktijk op naam van tweelingbroer. Kreeg daarvoor één jaar cel. Bleek oktober vorig jaar nog actief als tandarts in Spanje.

Wie? Maagchirurg.

Waarom? Zeker vijf patiënten overleden na fouten bij maagverkleining.

Wat? In 2009 ontslagen. Bleek in 2005 veroordeeld wegens dood door schuld in Duitsland. OM doet gerechtelijk vooronderzoek. 16 aangiftes.