

ntog

2018

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

- Spontane vroeggeboorte in Nederland
- Inzicht in horizontaal toezicht
- De gynaecoloog aangeklaagd
- Afbuigende foetale groei en intra-uteriene groeirestrictie
- Belang van specialistische preconceptiezorg bij eiceldonatie
- Extra-uteriene graviditeit op een bijzondere plaats
- Naleving SOP-remifentanil in Nederland
- Mamma! Wat heb ik op mijn schaamlip?
- Embolisatie bij een vulvahematoom postpartum
- Abortus geaccepteerd in Ierland en hoe dat in Nederland al het geval was
- Een navelstrenghematoom bij verminderde kindsbewegingen



og

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

Uitspraken van tuchtcolleges 2010–2017. Speelt communicatie een rol? De gynaecoloog aangeklaagd

prof. dr. H.A.M. Brölmann *gynaecoloog niet praktiserend*

Jaarlijks worden er vele honderden klachten ingediend tegen zorgverleners. Als escalatie optreedt naar het tuchtcollege dan leidt dat tot verdriet van – in de eerste plaats – de patiënt maar ook van de betreffende zorgverlener. Daarnaast zijn er kosten voor de samenleving mee gemoeid. Het verdient dus aanbeveling te proberen escalatie naar tuchtrecht zo mogelijk te voorkomen. In onderstaand artikel worden de tuchtspraken over gynaecologen in de jaren 2010-2017 geanalyseerd en vergeleken met soortgelijk onderzoek uit de jaren 90 en wordt de rol van communicatie besproken.

Klachten

Klachten over zorgverleners kosten veel energie en gemoedsrust, in de eerste plaats van patiënten en hun familie die gebukt gaan onder de gevolgen van wat zij beschouwen als slechte zorg. Vóór 1996 konden patiënten, als zij niet tevreden waren over de zorg, een brief schrijven over hun klacht naar de zorgverlener of de zorginstelling. Daarna, als zorgverlener en de patiënt er niet uit kwamen – maar ook zonder deze omweg – konden zij een klacht indienen bij het tuchtcollege voor de gezondheidszorg. Soms kwam het tot een civielrechtelijke *claim* en sporadisch, b.v. bij verdenking van dood door schuld, werd de zaak voorgelegd aan de strafrechter. Wanneer een dergelijke escalatie van medico-legale gebeurtenissen optreedt, kan het 'geschil' zich jaren voortslepen en leidt dan tot verdriet voor alle betrokkenen: de patiënt en zijn/haar familie maar ook de aangeklaagde arts. Deze lijdt vaak onder de medico-legale procedure, wat is onderzocht door Verhoef *et al.*¹ Dit onderzoek bevestigt dat een klacht, al dan niet gegrond, voortdurend knaagt aan het zelfvertrouwen en kan leiden tot onzekerheid in de beroepsuitoefening. Ook depressie en suïcide komen voor en frequente uitval na calamiteiten wordt gerapporteerd. In het Verenigd Koninkrijk en in Nieuw Zeeland bestaat hiervoor de mogelijkheid voor de aangeklaagde arts om zich 'emotioneel te laten ondersteunen' door een collega uit het zelfde specialisme, een vorm van collegiale *coaching*. In een aantal Nederlandse ziekenhuizen is *peer support* momenteel in ontwikkeling, waarbij collegae uit eigen ziekenhuis een luisterend oorbieden aan de aangeklaagde zorgverlener.

In 1996 werden de *Wet klachtrecht cliënten zorgsector* en de *Kwaliteitswet zorginstellingen* geïntroduceerd met de bedoeling bovengenoemde escalatie te vermijden. Door klachtencommissies in te richten in de zorginstellingen werd een extra mogelijkheid gecreëerd om de klacht in een vroeg stadium en dicht bij de oorsprong te behandelen. Niet alleen werd de drempel lager voor patiënten om een klacht in te dienen, ook werd aannemelijk dat door een minder

vormelijke en daardoor minder afstandelijke benadering het geschil in deze fase kon worden bijgelegd en daarmee escalatie kon worden voorkomen. Om de positie van de patiënt verder te versterken en de informele afwikkeling nog meer te bevorderen werden beide wetten per 1 januari 2016 vervangen door één nieuwe wet namelijk de wet *Kwaliteit, Klacht en Geschillen in de Zorg* (WKKGZ) waarin de klachtencommissie niet meer verplicht is gesteld en is vervangen door een verplichte externe klachtenfunctionaris en een externe geschillencommissie.

Dat ook de communicatie van de aangeklaagde arts een de-escalierend effect zou kunnen hebben op het klachttraject, werd gesuggereerd door Heineman en Hubben² die in 1994 een aantal boeken uitbrachten waarin tuchtspraken over de jaren 1980 – 1992 per specialisme waren samengevat.

In het boek dat betrekking had op gynaecologen rapporteerden zij dat slechte communicatie door de gynaecoloog met de patiënt of een onheuse bejegening in 40% van de tuchtzaken een rol speelde.

In deze studie worden tuchtspraken over gynaecologen in het tijdvak 2010-2017 gerapporteerd tegen de achtergrond van eerdere rapportages en veranderde wetgeving op het terrein van klachten in de zorg. Ook wordt onderzocht hoe vaak communicatie een rol speelde.

Methode

Via de website van het ministerie van Justitie³ werden de geanonimiseerde uitspraken van de verschillende tuchtcolleges die betrekking hadden op gynaecologen, opgezocht. Met de zoekterm 'gynaecoloog' werden 394 hits verkregen over de periode 1-1-2010 tot 1-12-2017. Bij beperking van de zoekactie tot 'gezondheidszorg' bleven er 385 over. Na ontubbeling (dezelfde klacht over meerdere zorgverleners) en exclusie van andere zorgverleners dan gynaecologen (verpleegkundigen, verloskundigen, assistenten, huisartsen en specialisten van andere disciplines) bleven er 140 over.

Indien de klager (patiënt) of de verweerder (gynaecoloog) in beroep ging, dan werd de klacht en uitspraak van het regionaal tuchtcollege voorgelegd aan het centraal tuchtcollege in Den Haag. De uitspraken van centraal en regionaal tuchtcollege zijn gescheiden gepresenteerd.

Resultaten

Over de jaren 2010-2017 werden gemiddeld 17,5 tuchtzaken per jaar bij de regionale tuchtcolleges behandeld met een spreiding van 12 (2015) tot 26 (in 2012). De frequentie toont

Tabel 1. Aantal tuchtspraken per jaar en per college in Nederland waarin gynaecologen zijn aangeklaagd.

Per jaar									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totaal
Regionaal tuchtcollege	13	19	26	15	18	12	17	20	140
Centraal tuchtcollege	3	3	6	3	5	4	5	8	37
tuchtspraken totaal	16	22	32	18	23	16	22	28	177
Per tuchtcollege									
Den Haag*	7	2	10	5	1	4	11	6	46
Amsterdam	3	9	7	6	3	3	1	0	32
Eindhoven	0	4	3	3	5	3	4	8	30
Zwolle	3	2	2	0	6	2	1	4	20
Groningen	0	2	4	1	3	0	0	2	12

* hier alleen de regionale tuchtzaken geteld

geen stijgende of dalende trend. Het aantal zaken bij het centrale tuchtcollege is gemiddeld 4,5 en lijkt met een spreiding van 3-8 een stijgende trend te vertonen. Het totale aantal door centrale en regionale tuchtcolleges behandelde zaken tuchtzaken is gemiddeld 22,1 (spreiding: 16-28), zie tabel 1.

In Den Haag werden de meeste tuchtzaken behandeld bij het regionaal tuchtcollege, namelijk 46. In Groningen werden de minste tuchtzaken behandeld: 12. De deelgebieden gynaecologie en verloskunde leverden een vergelijkbaar aantal tuchtzaken op, namelijk 68 resp 63. In de minderheid betrof de

Tabel 2. De redenen voor de aanklacht bij 140 tuchtzaken. Meerdere redenen kunnen per zaak zijn opgevoerd.

Reden tot klacht	N	%
Onzorgvuldigheid (b.v. afwijken van protocol)	109	80
Gebrekkige communicatie en onheuse bejegening	33	24
Onvoldoende informed consent	20	14
Problemen met supervisie van medewerkers	16	11
Verwijtbare complicatie	13	9
Foutieve administratie	13	9
Late diagnose complicatie	10	7
Grensoverschrijdend gedrag	4	3
Problemen met privacy	3	2
Andere problemen	2	1

klacht voortplantingsgeneeskunde (5), genderdysforie (3) en cosmetische chirurgie (1).

Het aantal klachten per tuchtsaak varieerde van 1 tot 8 met een mediaan van 2. In tabel 2 zijn de klachten per reden gerubriceerd weergegeven. Vermeende onzorgvuldigheid was in 80% de reden of één van de redenen van de klacht en kwam daarmee het meeste voor.

De zorgvuldigheid werd afgemeten aan het niet volgen van richtlijn of protocol of in bredere zin het niet handelen conform de professionele standaard. Hierna volgden gebrekkige communicatie (24%) en problemen met het *informed consent* (14%). Twee tuchtzaken zijn gerubriceerd onder 'andere problemen'. In het ene geval leende de gynaecoloog geld van de patiënt, in het andere geval had de gynaecoloog de diagnose leiomyosaroom in een vermeend myoom niet

aan patiënte meegedeeld. Zij kwam vervolgens een half jaar later met metastasen terug op de polikliniek. Tevens verzuimde hij deze calamiteit te melden aan de directie. In 43/140 (31%) van de regionale tuchtzaken werden een of meerdere klachten gegrond verklaard waarbij in slechts drie gevallen geen maatregel werd opgelegd. In 20 gevallen volgde een waarschuwing, in 15 een berisping, in drie gevallen een schorsing en in twee gevallen werd de betrokken gynaecoloog uit het register geschrapt. Het aandeel gegrond verklaarde klachten varieerde tussen 29% (Groningen) en 50% (Zwolle).

Verloskundige tuchtzaken werden in 24/63 gevallen (38%) gegrond verklaard, in de gynaecologie was dat aandeel 17/68 (25%) ($p=0,13$). Slechts in één van de 13 gevallen (8%) van een vermeend verwijtbare chirurgische complicatie werd de klacht gegrond geacht (Fisher Exact: $p=0,27$). De categorie onzorgvuldigheid leidde vaker (34%) tot een maatregel dan bij afwezigheid van deze categorie (19%) en in geval van discommunicatie of onheuse bejegening was het juist anders om, 21% vs. 34%. Beide verschillen bereikten echter geen statistische significantie.

Van de 37 uitspraken van het centraal tuchtcollege na beroep van gynaecoloog (verweerder) of patiënt (klager) werd in 23 gevallen (62%) de uitspraak van het regionaal tuchtcollege bevestigd als er geen maatregel was opgelegd en in zes gevallen (16%) als er wél een maatregel was opgelegd. In acht gevallen (22%) werd de door het regionaal tuchtcollege opgelegde maatregel vernietigd. Het centraal tuchtcollege legde geen maatregelen op die niet al door het regionaal tuchtcollege waren opgelegd. Dus het beroep van de klager werd in alle gevallen verworpen.

Discussie/beschouwing

Op basis van de samengevatte uitspraken van het regionaal en centraal tuchtcollege kan worden geconcludeerd dat het aantal klachten over gynaecologen bij het tuchtcollege de laatste acht jaar ongeveer hetzelfde bleef maar een aanzienlijke spreiding kent over de verschillende tuchtcolleges. In de studie van Heineman en Hubben² zijn de tuchtrechtelijke uitspraken bij de regionale colleges over gynaecologen in de jaren 1980-1992 geanalyseerd en gerapporteerd. Indien het tijdvak in tweeën wordt gesplitst hebben er in 1980-1985 100

aanklachten (gemiddeld 17 per jaar) bij het tuchtcollege tot een beslissing geleid waarvan 21 (21%) gegrond werden beoordeeld en in het tijdvak 1986-1991 140 aanklachten (gemiddeld 23 per jaar), waarvan 36 (26%) gegrond. Er leek dus een stijgende trend van het aantal klachten te zijn. Ofschoon vanwege de kleine aantallen de uitkomsten met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, heeft zich ten opzichte van de rapportage van Heineman en Hubben dus een reductie van het aantal klachten voorgedaan tot 17,5 per jaar. Daar staat tegenover dat het aantal klachten voor de hele gezondheidszorg tezamen, ingediend bij tuchtcolleges tussen de tijdvakken 2005-2009 en 2009-2014, toenam van 1387 naar 1580.⁴ Het is daarom moeilijk aan te tonen of er een effect is op het aantal tuchtzaken van de laagdrempelige klachtenprocedure in de ziekenhuizen die in 1996 is ingevoerd. Bij klachten over gynaecologen vallen de regionale verschillen op (Groningen: zeven tuchtzaken in acht jaar) en verdienen nadere analyse omdat meerdere factoren zoals kwaliteit van zorg, klachtcultuur e.d. een rol kunnen hebben gespeeld.

In 24% van de 140 tuchtzaken maakte tekortschietende communicatie deel uit van de klacht en in 14% waren er problemen rond het toestemmingsvereiste, samen 38%. Dit nadert het percentage van 40% van communicatieve dysfunctie in de rapportage van Heineman en Hubben² die ook communicatie en toestemmingsvereiste hadden samengevoegd.

Gemiddeld één op de drie klachten tegen gynaecologen werd in de afgelopen jaren als gegrond beoordeeld, waarvan het overgrote deel tot een maatregel heeft geleid. Hoewel het aandeel gegronde klachten in het huidige onderzoek is toegenomen in vergelijking met de rapportage van Heineman en Hubben, wordt het merendeel van de klachten, namelijk twee-derde van het totaal, nog steeds bij de tuchtcolleges als niet-gegrond beoordeeld. Tuchtzaken belasten de patiënten en hun familie, de zorgverleners en de instellingen en leiden door de juridische escalatie tot meerkosten voor de samenleving. Het verdient dus aanbeveling te streven naar een verdere reductie van het aantal bij het tuchtcollege aanhangig gemaakte klachten.

Hoe zou men tot deze reductie kunnen komen? Allereerst – een open deur – moeten zorgverlener en instelling zich toeleggen op veilige en ‘goede’ zorgverlening, zoals omschreven in de nieuwe wet WKKGZ.⁵ Daarnaast is het aannemelijk dat een grotere inbreng van de cliënt/patiënt in een informeel contact met de externe klachtenfunctionaris zoals bedoeld in de WKKGZ juridische, escalatie ten dele kan voorkomen. Tenslotte is bekend dat adequate communicatie door de zorgverlener en de instelling met de patiënt, na het optreden van een complicatie of anderszins negatieve ervaring, de kans op juridische escalatie kan verkleinen. Zowel in het onderzoek van Heineman en Hubben als in ons onderzoek, heeft (gebrekkige) communicatie een belangrijk aandeel in de klachten die tot een tuchtzaak hebben geleid. Letselschadeverzekeraars hebben zelfs een gedragscode

ontwikkeld die zorgverleners tot meer openheid moet bewegen bij de afwikkeling van medische aansprakelijkheid.⁶ De juiste attitude van de beklagde zorgverlener zou er een moeten zijn van empathie, openheid en de bereidheid eventuele fouten te erkennen, terwijl een defensieve houding ongewenste polarisatie in de hand kan werken. Uit een onderzoek van Kruijkemeijer *et al.* 2009⁷ bleek dat er een groot verschil in tevredenheid van de klagende patiënten was over het tuchtcollege (75%), de aangeklaagde instelling (10%) en de zorgverlener (1%). Deze uitkomsten zijn begrijpelijk want als de zorginstelling en de zorgverlener worden aangevallen zullen zij zich willen verdedigen.

De defensieve houding kan bovendien mede zijn ingegeven door juridische adviseurs die vooral als doel hebben om de beroepsaansprakelijkheid af te wenden. Daarnaast vormt een klachtentrajec voor de zorgverlener vrijwel zonder uitzondering een zware belasting die tenminste de kwaliteit van leven ondermijnt maar ook kan leiden tot depressie tot zelfmoord aan toe.¹ Vanuit die gemoedstoestand is het moeilijk een onbevengende houding tegenover de klager aan te nemen.

In het NIVEL-rapport uit 2016⁴ die beoogde een nulmeting te zijn vóór het in werking treden van de WKKGZ, werd door 90% van de ondervraagde artsen erkend dat de benodigde openheid van artsen bij de afhandeling van klachten niet aanwezig was. Initiatieven zoals van Shapiro^{8,9} die beogen zorgverleners te laten ondersteunen door collega's (*peer support*) en te *coachen* in de richting van meer openheid (*disclosure coaching*) moeten zich nog bewijzen, maar ook bij medico-legale problemen is voorkomen beter dan genezen.

Referentie

1. Verhoef L.M., Weenink J.W., 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.
2. Heineman M.E.F. & Hubben J.H., *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*. KU Nijmegen, faculteit der rechtsgeleerdheid; 1994.
3. Ministerie van Justitie, <http://tuchtrecht.overheid.nl/nieuw/gezondheidszorg> *Overheidsinformatie Tuchtretuitspraken samengevat*. 1-11-2017. Den Haag, the Netherlands.
4. Laarman B., van Schoten S., Friele R. *Nulmeting Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*. NIVEL, editor. 1-5-2018. Utrecht, the Netherlands.
5. Ministerie van Justitie, *Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ)* <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2016-08-01>. 1-1-2016. Den Haag the Netherlands.
6. Letselschaderaad, *De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*. 1-3-2012. MediaCenter Rotterdam.
7. Kruijkemeijer S., Coppen R., Rademakers J.D.J. *et al.* *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*. NIVEL, editor. 1-1-2009. Utrecht.
8. Shapiro J., Whittemore A., Tsen L.C. *Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support*. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2014;40(4):168-177.
9. Shapiro J., *We Have Enough Information to Act*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;194599818764887.

Commentaar op 'De gynaecoloog aangeklaagd'

dr. M. van Pampus gynaecoloog OLVG, Amsterdam



In het stuk getiteld *De gynaecoloog aangeklaagd; analyse van uitspraken van tuchtcolleges 2010-2017* komt uitgebreid aan bod wat een tuchtzaak kan betekenen voor zowel de patiënt als de hulpverlener. Als er iets misgaat bij een verrichting of behandeling heeft dat veel *impact* op alle betrokkenen.

De impact is nog groter als de communicatie naar aanleiding van een incident slecht verloopt en het tot een tuchtzaak komt. Wat werk al niet met je kan doen. Eris dan ook veel aan gelegen om een tuchtzaak te voorkomen. Soms speelt schaamte een rol in het niet uitgebreid bespreken van nare casuïstiek, terwijl het juist zo enorm kan helpen. Uit allerlei onderzoek komt naar voren dat *peer support*, dus steun van collega's, het allerbelangrijkste is. We zijn dus als collega heel belangrijk, maar dat beseffen we niet altijd. Een calamiteit, een gemiste diagnose, agressie van een patiënt, overlijden van een kind... zo maar wat voorbeelden van incidenten die aangrijpend kunnen zijn. Voor de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen op het werk blijkt sociale *support* heel belangrijk te zijn en dan met name die van je collegae. Waarom zou je het allemaal in je eentje doen? Vraag je collega's om advies of bied je advies aan als collega. Uit onze enquête in 2014, bleek dat de meeste gynaecologen

en aios ruimte ervaren voor het uiten van emoties op de werkvloer, maar dat geprotocolleerde opvang veelal afwezig of onbekend is; hopelijk is dat nu in 2018 verbeterd. Ook is in een aantal ziekenhuizen *peer support* opgezet. Vraag na aan een incident dan ook hoe het met iemand gaat, of wijs diegene op *peer support* of regel het voor die persoon. De ervaring is dat specialisten en aios zelf geen hulp zoeken. Sinds 2016 bestaat de Commissie Collegiale Ondersteuning van de NVOG, waarin een aantal gynaecologen en aios zitting heeft. De commissie heeft als doel het bieden van ondersteuning en een luisterend oor na een ingrijpende gebeurtenis; de commissieleden getraind in het geven van *peer support*, ook om dit in het eigen ziekenhuis uit te rollen. Gynaecologen en aios kunnen zich via het besloten gedeelte van de NVOG-site aanmelden als zij contact willen met een van de leden van de commissie. Deze informatie wordt uiteraard vertrouwelijk behandeld.

www.capture-group.nl

Baas, MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, van Pampus MG. *Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists*. BMC Psychiatry. 2018 Mar 22

Symposium *Informatie, ondersteuning en impact van tuchtzaken*

De Commissie Collegiale Ondersteuning van de NVOG organiseert een avondsymposium dat plaatsvindt op 1 november. Onderwerp: Informatie, ondersteuning en impact van tuchtzaken. Hoe kun je door een patiënte worden aangesproken?

Programma

17.30-18.00uur Inloop met broodje

18.00-18.25 uur Klachten mogelijkheden - Christina Vermeulen, gynaecoloog

18.25-18.50uur Civielrechtelijke aspecten van aansprakelijkheid - Harry Vervest, gynaecoloog

18.50-19.15 uur Tuchtrechtspraken over gynaecologen, second victims? Overzicht gynaecologie en verloskunde tuchtzaken 2010-2017 - Hans Brölmann, gynaecoloog

19.15-19.35uur Pauze

19.35-20.00 uur 'Hoe is het om zitting te hebben in het (centraal) Tuchtcollege en wat kunnen wij daarvan leren?' - *spreker gevraagd*

20.00-20.25 uur 'Wat werk met ons doet?' Uitkomst van vragenlijsten onder (aios) gynaecologie, psychiatrie, orthopeden en kinderartsen - Karel Scheepstra, aios psychiatrie:

20.25-21.00 uur Discussie en afsluiting

Tijd: 18.00- 21.00, plaats Domus Medica, Utrecht. Accreditatie wordt aangevraagd

In verband met de catering graag opgave van deelname: collegialeondersteuning@nvog.nl