

Wat valt er te leren van de afgelopen twintig jaar?

# Medische claims bij minimaal invasieve chirurgie in de gynaecologie

**dr. E.M. Sandberg** *aios gynaecologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden*

**E.M. Bordewijk** *co-assistent afd. gynaecologie, Amsterdam UMC - Locatie AMC, Amsterdam*

**drs. D. Klemann** *aios gynaecologie, Zuyderland MC, Heerlen*

**dr. S.R.C. Driessen** *aios gynaecologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden*

**dr. A.R.H. Twijnstra** *gynaecoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden*

**prof. dr. F.W. Jansen** *gynaecoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden*

**Chirurgische uitkomsten zijn niet de enige graadmeter om het succes van een nieuwe chirurgische techniek te evalueren. Andere bronnen, zoals gegevens van medische claims, geven een uniek inzicht in de zorg die door patiënten als onvoldoende wordt ervaren. Nu de minimaal invasieve chirurgie al ruim drie decennia is geïmplementeerd, kunnen deze data ons helpen de kwaliteit van zorg te verbeteren. Wat kunnen wij leren van de medische claims van de afgelopen twintig jaar?**

Het succes van een nieuwe chirurgische techniek wordt meestal bepaald aan de hand van uitkomsten zoals bloedverlies, operatieduur of complicatie. Echter, in de huidige tijd van *Value-based healthcare* (VBHC) is het zaak om ook andere bronnen die waardevolle informatie zouden kunnen geven over de geleverde zorg, te raadplegen. Eén van die bronnen is de registratie van medische claims. Claims bieden immers een uniek inzicht in zorg die door patiënten als onvoldoende wordt beschouwd.<sup>1</sup>

Na ruim drie decennia is de laparoscopische chirurgie breed geïmplementeerd.<sup>2</sup> Ook binnen de gynaecologie is deze chirurgische benadering niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk. Het doel van dit onderzoek is om alle medische claims van minimaal invasieve ingrepen in de gynaecologie te analyseren en te onderzoeken of er specifieke risicofactoren zijn die geassocieerd zijn met claims.

## Materiaal en methode

De twee grootste Nederlandse aansprakelijkheidsverzekeringen (MediRisk en Centramed) werden benaderd en toestemming werd verkregen om hun databases te bestuderen. De gebruikte zoektermen waren 'gynaecologie' en 'laparoscopie'. Alle claims ingediend voor 1 januari 2016 en gerelateerd aan laparoscopische ingrepen werden geïncludeerd. Bij MediRisk waren de claims beschikbaar vanaf 1993 en bij Centramed vanaf 1995, het respectievelijke jaar van oprichting van de verzekeringsmaatschappij.

MediRisk en CentraMed vertegenwoordigen samen 87 van de 91 Nederlandse ziekenhuizen (96%). De verzekerde ziekenhuizen zijn zowel opleidings- en niet-opleidingsziekenhuizen. Zes van de acht academische ziekenhuizen zijn verzekerd bij CentraMed.

Om de impact van de nieuw-geïntroduceerde laparoscopische gynaecologische chirurgie te analyseren, werden alleen de claims geïncludeerd die letsel of een technische misser betreffen. Claims gerelateerd aan een ongewenste zwangerschap na een sterilisatie of claims met betrekking tot een intra-uteriene ingreep, zoals een hysteroscopie of intra-uteriene deviceplaatsing, werden geëxcludeerd.

Zowel de geaccepteerde als de afgewezen claims werden geanalyseerd. Ook werden de nog lopende claims geïncludeerd in de analyse, mits een eerste uitspraak over de claim reeds bekend was in oktober 2016. Een geaccepteerde claim betekent dat de gegeven zorg als onvoldoende is beoordeeld en de complicaties of letsels wellicht voorkomen hadden kunnen worden. Een afgewezen claim betekent dat ondanks de ongewenste uitkomst, geen ondermaatse zorg geleverd is en/of het niet bewezen kan worden dat de behandeling het letsel heeft veroorzaakt. Bij de afgewezen claims krijgen patiënten geen financiële compensatie.

## Data verzameling

Van alle geïncludeerde claims werden de medische en juridische dossiers beoordeeld op het kantoor van de verzekeringsmaatschappijen. De volgende data werden verzameld:

1. beschrijving van het incident;
2. de juridische gegevens (aansprakelijkheid, de aanwezigheid van een advocaat, de duur van het proces, de kosten en vergoedingen);
3. patiëntkarakteristieken (leeftijd, BMI, voorgaande operaties), soort werk, type ziekenhuis (opleidings- of niet-opleidingsziekenhuis);
4. de operatie zwaarte (volgens de classificatie van de European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE)<sup>3</sup>) en de complicaties. Voor de complicaties werd gebruik gemaakt van de classificatie van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Elke complicatie werd ingedeeld in vier categorieën:<sup>4</sup>
  - a. herstel zonder (re)operatie;
  - b. herstel met (re)operatie;
  - c. (waarschijnlijk) blijvende schade;
  - d. dood.

### Statistische analyse

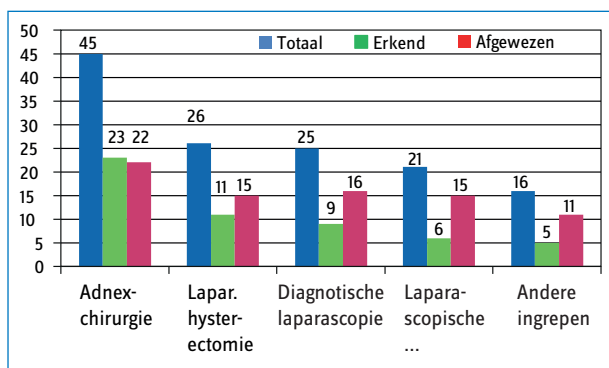
Data werden geanalyseerd met SPSS versie 23. Continue data werden gepresenteerd als mediaan met een minimum en maximum, categorische data als frequentie met percentages.

### Resultaten

In totaal werden 328 claims geïdentificeerd, waarvan 146 niet voldeden aan de inclusiecriteria. Bij 49 claims was het dossier vernietigd of niet meer aanwezig in het archief (29 claims bij MediRisk, 20 bij Centramed). In totaal werden 133 claims geïnccludeerd in onze studie. Van deze waren er 79 (59,3%) afgewezen en 54 erkend (40,6%), waarvan het bij 20 een schikking betrof.

### Patiënt- en operatiekarakteristieken

In tabel 1 worden de baseline karakteristieken van de patiënten weergegeven. Tijdens de studieperiode kregen 63 van de 87 ziekenhuizen minstens één claim (72,4%). Het totaal aantal claims per ziekenhuis varieerde met een maximum van zes. Een iets hoger aantal claims werd gezien in opleidingsziekenhuizen in vergelijking tot niet-opleidingsziekenhuizen (55,8% versus 44,2%).

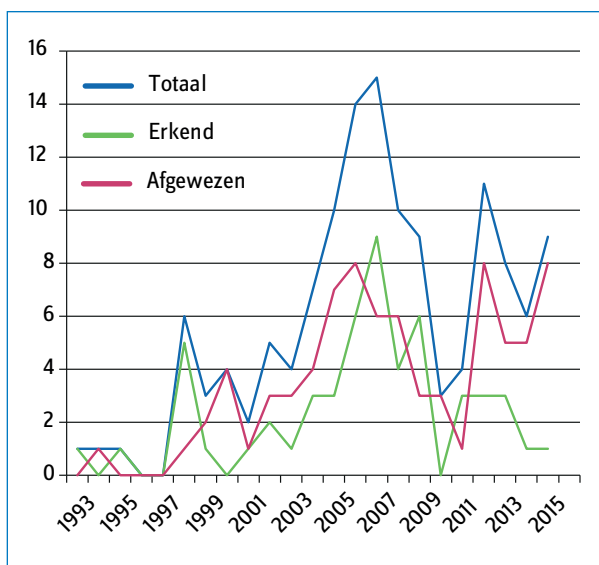


Figuur 1. Claims per chirurgische ingreep.

Figuur 1 geeft een overzicht van de verschillende operaties. De meeste claims werden ingediend na een adnexoperatie (33,8%), gevolgd door de laparoscopische hysterectomie (LH) (19,5%), de diagnostische laparoscopie (18,8%) en de laparoscopische sterilisatie (15,8%). Onder 'andere ingrepen' werd geïnccludeerd adhesiolysis, extra-uteriene graviditeitchirurgie, laparoscopische verwijdering van een intra-uteriene device in het abdomen en de laparoscopische sacrocolpopexy. Gebaseerd op de classificatie van de ESGE waren 77% van de claims niet-geavanceerde ingrepen (level 1 en level 2).

### Claims

Gemiddeld werden er zes claims per jaar ingediend (figuur 2). Het jaar met de meeste claims was 2007 (n=15). Zoals te zien is in tabel 2, zijn 81,9% van de claims gerelateerd aan het optreden van visceraal of vasculair letsel, en in het bijzonder aan de darmen (39,8%) en ureteren (19,5%). Darmletsel bleek niet gerelateerd aan een specifieke ingreep, en 92% van de ureterletfels werden gezien na een LH- of adnexoperatie. Bij 51 claims (38,3%), waarvan 19 geaccepteerd, werd het letsel veroorzaakt tijdens de introductie van de veress-



Figuur 2. Overzicht van de claims over de studieperiode.

naald of hoofd trocar. De introductiegerelateerde incidenten hebben 35 darmletsels veroorzaakt, 9 vaatletsels, 6 blaasletsels en 1 maagletsel (bij een patiënt zonder maaghevel).

Twaalf claims (9%), waarvan vijf geaccepteerde, waren gerelateerd aan thermische schade aan de darmen (n=5), ureteren (n=6) of zenuw (n=1). Deze werden alle postoperatief ontdekt en in alle gevallen was opnieuw opereren noodzakelijk. Een technische storing was in zes gevallen de oorzaak van de claim en al deze claims werden erkend.

Met betrekking tot de ernst van de letsels (tabel 2), moesten 104 patiënten minimaal één keer opnieuw geopereerd worden (78,2%), waarvan 84 patiënten middels een laparotomie (80,8%) (categorie B). Bij 15 patiënten (11,3%) was er sprake van permanente schade (categorie C), zoals volledig nierfunctieverlies en/of nefrectomie na een gemist ureterletsel, verlamming door plexus laevis wegens verkeerde positionering gedurende de operatie of een permanent stoma na darmperforatie. De helft van alle letsels werd ontdekt na ontslag (50%). Vier patiënten zijn overleden (categorie D), waarbij drie van de vier claims niet erkend werden. De eerste patiënte had een massale longembolie, de tweede een intra-operatieve bloeding tijdens een operatie voor een torsie van het ovarium wat een sarcoom bleek te zijn, de derde ontwikkelde een sepsis na een niet-herkende darmperforatie postoperatief. De laatste patiënte, waarvan de claim werd erkend, overleed aan een sepsis op basis van een gemist ureterletsel. De claim werd erkend vanwege de vertraging in het diagnosticeren van het letsel (tijdsduur onbekend).

### Juridische gegevens

De belangrijkste reden om een claim te accepteren was in 18 gevallen gerelateerd aan een vertraging in het diagnosticeren van het letsel, in 14 gevallen door vermijdbare factoren zoals verkeerde positionering tijdens de ingreep of (deels) verkeerde ingreep uitgevoerd, in 11 claims door de gevolgen van het letsel zelf en in 5 claims door een onvolledig *informed consent*.

**Tabel 1. Baseline-karakteristieken van de vrouwen die een claim indiende**

	Totaal (n=133)	Erkend (n=54)	Afgewezen (n=79)
<b>Baseline karakteristieken</b>			
Leeftijd (jaren) (n=133)	41 (15-77)	41 (25-68)	41 (15-77)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	25,0 (18,0-88,2)	24,9 (18,0-44,1)	25,7 (18,3-88,2)
ASA klassificatie (n=60):			
1	38 (63,3)	19 (70,4)	19 (31,7)
2	21 (35)	8 (29,6)	13 (21,7)
3/4	1 (1,7)	0	1 (1,6)
<b>Voorgaande operaties (n=115)</b>			
Laparotomie	46 (40,0)	23 (62,2)	23 (57,5)
Laparoscopie	31 (27,0)	14 (37,8)	17 (42,5)
<b>Beroep in gezondheidz. (n=97)</b>			
Para (n=118) 0	30 (25,4)	13 (26,5)	16 (23,5)
1	20 (16,9)	6 (12,2)	14 (20,6)
>1	68 (57,7)	30 (61,3)	38 (55,9)
<b>Aantal claims (n=129) in opleidingsziekenhuizen (27) niet-opleidingsziekenh. (36)</b>			
	72 (55,8)	29 (55,8)	42 (55,3)
	57 (44,2)	23 (44,2)	34 (44,7)
<b>Type ingreep en indicatie voor de ingreep</b>			
Laparoscop. hysterectomie	26 (19,5)	11 (20,4)	15 (19,0)
Myomen	17 (65,4)	7 (63,6)	10 (66,7)
Hevig menstrueel bloedverlies	5 (19,2)	2 (18,2)	3 (20,0)
Maligniteit	3 (11,6)	1 (9,1)	2 (13,3)
Endometriose	1 (3,8)	1 (9,1)	0
Adnexchir. salping/cystectomie	(33,8)	(42,6)	22 (27,8)
Cyst(en)	36 (53,5)	19	17 (77,4)
Adhesies	3 (4,3)	2	1 (4,5)
Verdenking torsie v.h. ovarium	1 (4,3)	0	1 (4,5)
Verdenking maligniteit	1 (4,3)	0	1 (4,5)
Onbekend	3 (13)	1	2 (9,1)
Diagnostische laparoscopie	25 (18,8)	9 (16,7)	16 (20,3)
Adhesies/Chronische buikpijn	14 (57,7)	6 (75)	8 (50,0)
Infertiliteit	7 (26,9)	3 (25)	4 (25,0)
Hevig menstrueel bloedverlies	1	0	1 (6,3)
Acute buikpijn	2 (7,6)	0	2 (12,3)
Stadiering ovarium tumor	1 (3,8)	0	1 (6,3)
Laparoscopische sterilisatie	21 (15,8)	6 (11,1)	15 (19,0)
Clips	7 (30,0)	2 (33,3)	5 (33,3)
Tuba afsluiting	11 (52,4)	2 (33,3)	9 (60,0)
Onbekend	1 (4,9)	1 (1,7)	0
Sterilisatie niet gelukt	2 (5,7)	1 (1,7)	1 (6,7)
<b>Other procedures</b>			
Adhesiolysis	16 (12,0)	5 (9,3)	11 (13,9)
Ectopic pregnancy surgery	5 (38,9)	4 (83,3)	1 (9,0)
IUD removal in abdomen	4 (22,2)	1 (16,7)	3 (27,3)
Laparoscopic sacrocolpopexy	2 (11,1)	0	2 (18,2)
	5 (27,8)	0	5 (45,5)

ASA = American Society of Anesthesia; IUD = intra-uterine device.  
Data uitgedrukt als mediaan (minimum-maximum) of als frequentie (%).

De mediane totale kosten door de verzekeringsmaatschappijen gemaakt, bedragen voor de afgewezen claims € 374 (€ 0- €18.094) en € 14.569 (€ 500-€ 897.282) voor de erkende claims. Onder deze kosten vallen uitgaven voor administratie, de vergoedingen van de medische experts en advocaten en het bedrag dat direct aan de patiënten werd uitgekeerd als de claim erkend werd. Het mediane bedrag, dat aan de patiënten werd uitbetaald was €12.000 (€ 500-€ 848,689). Bij 90 claims (67,6%) stond een advocaat patiënten bij. Bij de geaccepteerde claims was bij 83,3% een advocaat betrokken, versus 57% bij de afgewezen claims. De mediane tijd tussen het incident en het indienen van een

**Tabel 2. Overzicht van de claims en hun ernst**

	Totaal (n=133)	Erkend (n=54)	Afgewezen (n=79)
<b>Type letsel</b>			
# patiënten (%) / # letsels	109 (81,9) / 111	42 (75,9) / 43	67(78,5) / 68
Darm	53* (39,8)	18* (33,3)	35 (44,3)
Ureter	26* (19,5)	13 (24)	13* (16,5)
Blaas	13* (9,7)	4* (7,4)	9* (11,4)
Vaat/Bloeding	15 (11,3)	5 (9,3)	10 (12,7)
Maag	1 (0,75)	1 (1,9)	0
Zenuw	3 (2,2)	2 (3,7)	1 (1,3)
Chemische peritonitis	3 (2,2)	2 (3,7)	1 (1,3)
Wonddehiscentie	4 (3,0)	1 (1,9)	3 (3,8)
Longembolie	1 (0,8)	0	1 (1,3)
Overig	16/(12)	9/(16,6)	7/(8,9)
Onnodige conversie	1	1	0
Brandwonden huid	1	1	0
Corpus alienum	4	3	1
Mislukte procedure	4	0	4
Verkeerde procedure	4	4	0
Gemiste diagnose	1	0	1
Aanhoudende klachten	1	0	1
<b>Oorzaak van het letsel</b>			
Laparoscopische introductie	51 (38,3)	19 (35,2)	32 (40,5)
Thermisch letsel	12 (9,0)	5 (9,3)	7 (8,9)
Technisch falen	7 (5,3)	6 (11,1)	1 (1,3)
Geen iatrogenisch letsel	18 (13,5)	7 (13,0)	11 (13,9)
Niet omschreven	44 (33,1)	17 (31,5)	27 (34,2)
<b>Ernst van het letsel</b>			
Conservatieve behandeling	19 (14,3)	10 (18,5)	9 (11,4)
Opnieuw opereren	95 (71,4)	35 (64,8)	60 (75,9)
Permanente schade	15 (11,3)	8 (14,8)	7 (8,9)
Dood	4 (3,0)	1 (1,9)	3 (3,8)
<b>Diagnose van het letsel</b>			
Intra-operatief	26 (19,5)	14 (25,9)	12 (15,2)
Postoperatief	40 (30,1)	14 (24,1)	26 (32,9)
Na ontslag	67 (50,4)	26 (48,1)	41 (51,0)

\*Twee patiënten hadden twee letsels.

claims van 231 dagen (5-2192). Vanaf de eerste klachtenbrief aan de maatschappij, was de mediane tijd om de claim af te handelen 516 (104-4064) dagen voor de afgewezen claims en 1219 (141-3960) dagen voor de erkende claims.

## Discussie

Het analyseren van medische claims en het delen van de data kan van toegevoegde waarde zijn voor het handelen van elke praktiserende gynaecoloog of gynaecoloog in opleiding. Tussen 1993 en 2015 werden vanwege een laparoscopische gynaecologische ingreep 133 claims ingediend in Nederland. De claims waren relatief gelijk verdeeld over de tijd, met uitzondering van de uitschieters in 2007 en 2012. Bij zowel MediRisk als Centramed werden vergelijkbare trends gezien in andere medische vakgebieden en is er tot op heden geen verklaring voor de toenames in deze twee specifieke jaren. In onze studie, blijkt er geen specifieke trend waar te nemen ten opzichte van de toename van de meer geavanceerde laparoscopische ingrepen. Het lijkt dat de brede implementatie van de (geavanceerde) laparoscopische chirurgie niet geassocieerd is met een toename van het aantal

claims. Voorzichtigheid is echter geboden met deze conclusie, aangezien het totaal aantal ingrepen over de studieperiode onbekend is. Een studie door Twijnstra *et al.* liet zien dat in 2007 16.863 laparoscopische gynaecologische ingrepen in Nederland (responspercentage 80%) werden uitgevoerd en dat er in dat jaar 15 claims werden ingediend (0,09%).<sup>5</sup> Ook andere studies naar de implementatie van de laparoscopie binnen de gynaecologie in Nederland, zagen een significante toename van het aantal ingrepen tussen 2002, 2007 en 2012, en in het bijzonder voor de geavanceerde procedures (*level 3 en 4*).<sup>2,5,6</sup>

Van de bestudeerde claims werd in 41% van de gevallen een vergoeding uitgekeerd. In vergelijking met andere landen heeft Nederland een hoog percentage afwijzingen en wordt er een relatief laag bedrag uitgekeerd.<sup>7</sup> Echter, het indienen van een claim is laagdrempelig georganiseerd, omdat dit primair niet via de rechtbank verloopt. Zoals in veel andere Europese landen krijgen patiënten of hun familie alleen een financiële vergoeding als er wordt geoordeeld dat het incident het gevolg is van nalatigheid. De ernst van het incident staat hier los van, zoals in onze studie te zien is, dat de families van drie van de vier overleden patiënten geen vergoeding ontvingen.

De meeste claims in onze studie zijn gerelateerd aan darm- en ureterletsels. Beide letsels zijn zeldzaam, maar geassocieerd met een hoge morbiditeit en mortaliteit, in het bijzonder ten gevolge van vertraging van de diagnostiek.<sup>8,9</sup> Juist deze vertraging, zo blijkt uit deze studie, is de belangrijkste reden om een financiële vergoeding te accorderen. De meeste patiënten hadden (soms meerdere malen) contact opgenomen met het ziekenhuis en/of de huisarts vanwege veelal atypische postoperatieve klachten. Vanwege deze vaak atypische presentatie, is het niet eenvoudig om darm- of ureterletsel eenduidig te herkennen.<sup>8,9</sup> Daarbij is het belangrijk te beseffen dat de duur van de ziekenhuisopname bij een minimaal invasieve benadering ten opzichte van een buiksneede aanzienlijk verkort is, waardoor de complicaties zich soms pas manifesteren wanneer patiënte al ontslagen is.<sup>10</sup> Van alle bestudeerde claims zijn er 51 (38%) gerelateerd aan de introductie van de veressnaald of hoofd trocar. Het is goed om ons blijvend te realiseren dat deze eerste stap in de laparoscopie nog steeds risicovol is. Daarbij werden 77% van de claims ingediend na niet-geavanceerde ingrepen (*level 1 en 2*). Aangezien de noemer van de verschillende ingrepen ontbreekt, betekent dit niet dat de incidentie van claims hoger is bij de niet-geavanceerde procedures. Het zou echter kunnen zijn dat als onverwacht een complicatie optreedt bij laag-complexe ingrepen, het zowel voor arts als patiënt onverwacht is en dus voor de patiënt moeilijker te accepteren. Het blijft daarom van belang om voor elke ingreep de patiënt volledig te counsellen. Belangrijk is ook dat de gynaecologen in opleidingen (aios) zich realiseren wat de impact kan zijn van een incomplete counseling.

Een iets hoger aantal claims werd ingediend door vrouwen die behandeld werden in opleidingsziekenhuis. Alhoewel onze data niet zijn verzameld om een specifieke verklaring hiervoor te vinden, kan niet volledig worden uitgesloten dat de onervarenheid van de aios hier een rol in heeft gespeeld.

Een andere interessant gegeven is dat 20% van de claims afkomstig zijn van vrouwen die zelf in de medische sector werken. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat zij kritischer naar het incident kijken. Tot slot zagen wij meer gehonoreerde claims, als patiënten zich lieten bijstaan door een advocaat. Ook al speelt er mogelijk een bias met betrekking tot de ernst van het incident, het zou kunnen zijn dat patiënten met een advocaat een grotere kans hebben om een financiële vergoeding te ontvangen.

## Conclusie

Over de studieperiode van twintig jaar bleef het aantal claims na een laparoscopische gynaecologische ingreep relatief constant. De meeste claims werden ingediend na een niet-geavanceerde laparoscopische ingreep en waren in 60% gerelateerd aan darm- of ureterletsel. Een vertraging in het herkennen van een letsel is de belangrijkste reden voor de erkenning van een claim. Bij een derde van de claims werd het letsel veroorzaakt door de introductie van instrumenten (38%). Deze bevindingen benadrukken hoe belangrijk het is om patiënten in de postoperatieve periode nauwkeurig te monitoren en goed te instrueren. Daarbij laat deze studie nogmaals zien dat de introductie van de veressnaald of hoofd trocar een stap is die aandacht verdient, ongeacht de zwaarte van de laparoscopische ingreep. Voor elke ingreep, is het aan te bevelen om preoperatief patiënten daarin zorgvuldig te counsellen.

## Referenties

1. de Vries EN, Eikens-Jansen MP, Hamersma AM, Smorenburg SM, Gouma DJ *et al.* Prevention of surgical malpractice claims by use of a surgical safety checklist. *Ann Surg* 2011;253(3):624-628
2. Driessen SR, Baden NL, van Zwet EW, Twijnstra AR & Jansen FW. Trends in the implementation of advanced minimally invasive gynecological surgical procedures in The Netherlands. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22(4):642-647
3. Istre O (ed). *Minimally invasive gynecological surgery*. Springer, Berlin. 2015; doi:10.1007/978-3-662-44059-9\_1
4. Twijnstra AR, Zeeman GG & Jansen FW. A novel approach to registration of adverse outcomes in obstetrics and gynaecology: a feasibility study. *Qual Saf Health Care* 2010;19(2):132-137
5. Twijnstra AR, Kolkman W, Trimbos-Kemper GC & Jansen FW. Implementation of advanced laparoscopic surgery in gynecology: national overview of trends. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17(4):487-492
6. Kolkman W, Trimbos-Kemper TC & Jansen FW. Operative laparoscopy in The Netherlands: diffusion and acceptance. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;130(2):245-248
7. de Reuver PR, Wind J, Cremers JE, Busch OR, van Gulik TM *et al.* Litigation after laparoscopic cholecystectomy: an evaluation of the Dutch arbitration system for medical malpractice. *J Am Coll Surg* 2008;206(2):328-334
8. Janssen PF, Brolmann HA & Huirne JA. Causes and prevention of laparoscopic ureter injuries: an analysis of 31 cases during laparoscopic hysterectomy in The Netherlands. *Surg Endosc* 2013;27(3):946-956
9. Llarena NC, Shah AB & Milad MP. Bowel injury in gynecologic laparoscopy: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2015; 125(6):1407-1417
10. Sandberg EM, Leinweber FS, de Vos MS, Linthorst J, Holman FA *et al.* [Optimising postoperative recovery at home; individualised discharge policy and task division between GP and medical specialist]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1672.

### Samenvatting

In deze studie werden de medische claims van de minimaal invasieve gynaecologie geanalyseerd. Deze gegevens werden verkregen via de twee grootste Nederlandse aansprakelijkheidsverzekeringen en geven een uniek inzicht in zorg dat door patiënten als onvoldoende wordt ervaren. Over een studietoerperiode van 20 jaar, werden in totaal 133 claims geïncloseerd, waarvan 79 afgewezen waren en 54 erkend.

Het aantal claims bleef over de jaren heen relatief constant. De meeste claims werden ingediend na een niet-geavanceerde laparoscopische ingreep en waren in 60% gerelateerd aan darm- of ureterletsel. Een vertraging in het herkennen van een letsel was de belangrijkste oorzaak om een claim te erkennen. Bij 38% van de claims werd het letsel veroorzaakt door de introductie van instrumenten. Deze bevindingen benadrukken hoe belangrijk het is om patiënten in de postoperatieve periode nauw te monitoren en dat de introductie van de veressnaald of hoofdtrocar een stap is die altijd aandacht verdient.

### Trefwoorden

Medische claims, minimaal invasieve gynaecologie, kwaliteit van zorg, veressnaald, pre-operatieve counseling

### Summary

In this study, medical claims related to minimally invasive gynecological surgery were analyzed. These data, collected from the two largest medical liability mutual insurance companies in the Netherlands, give an unique insight in

care that is being judged as substandard by patients. Over a study period of 20 years, 133 claims were analyzed, of which 79 were rejected and 54 accepted.

The number of claims remained relatively constant over time. Most claims were filed after non-advanced laparoscopic procedures and 60% of the claims were provoked by bowel or ureter injury. Delay in recognizing the injury was the most encountered reason for granting financial compensation. One third of the filed claims were entry-related (38%). These findings show how important it is to closely monitor patients in the postoperative period and secondly, that entering the abdominal cavity during laparoscopy continues to be a potential dangerous step.

### Keywords

Medical claims, minimally invasive gynecology, quality of care, Veress needle, pre-operative counseling

### Contact

E.M. Sandberg *LUMC*  
Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden  
e.m.sandberg@lumc.nl  
06-26941918

### Meer informatie

[www.compasscollegialcoach.nl](http://www.compasscollegialcoach.nl)

### Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

# steun ons!

Iedere zwangerschap verdient een goede afloop!  
Helaas worden ook in Nederland dagelijks baby's geboren die niet gezond zijn. Dit veroorzaakt intens verdriet.  
Fonds Gezond Geboren financiert wetenschappelijk onderzoek om dit leed te voorkomen. Help ons in de strijd tegen vroeggeboorte, groeivertraging, aangeboren afwijkingen en babysterfte en word donateur!

fonds  gezond geboren



# Commentaar op *Medische claims bij minimaal invasieve chirurgie in de gynaecologie*



prof. dr. H.A.M. Brölmann gynaecoloog np, Compass Collegial Coach

In bijgaand artikel van Sandberg *et al.* worden 133 claims over de laatste 23 jaar (1993-2016) op het gebied van de gynaecologische chirurgie zeer leesbaar gerapporteerd. Van alle geschatte 40.000 klachten die in de gezondheidszorg per jaar door patiënten worden ingediend, wordt deze treurige selectie gekenmerkt door letselschade waarvoor de eventuele toerekenbaarheid juridisch werd getoetst.

Ik ben het met de auteur(s) geheel eens dat juist van deze casuïstiek veel te leren valt.

Van de 133 claims zijn er 54 (41%) toegewezen. Het onderscheid tussen complicaties die de chirurg kunnen worden aangerekend en de complicaties die een onvermijdelijk gevolg van de ingreep zijn, is vaak problematisch. Vaak is de complicatie zelf niet verwijtbaar, maar worden in de *informed consent*-procedure of de nazorg (tijdige diagnose van het letsel) redenen voor een claim gevonden. Niet genoemd is de kwaliteit van de communicatie van de zorgverlener tegenover de klagende patiënt. Dit zal zelden een formele grond voor een claim zijn en niet alle claims zullen onder invloed van betere communicatie over het incident worden afgewend. Toch liet Amerikaans onderzoek zien dat open communicatie (*open disclosure of medical errors*) het aantal claims, de doorlooptijd van de procedure en de toegekende vergoeding gunstig kon beïnvloeden.<sup>1</sup> Naast een positief effect op patiënt en de zorgverlener heeft openheid voordelen voor de patiëntveiligheid op de werkplek omdat collegae kunnen leren van anderen fouten. Dit vereist dan wél een cultuur van *blamefree reporting*.

Gebleden is dat ook in Nederland de zorgverlener, bewust of onbewust, niet altijd volledige openheid over een incident geeft. Dit kan het vertrouwen van de klagende patiënt, die zich niet serieus genomen voelt, in de zorgverlener ondermijnen. Niet zelden motiveert dit de patiënt 'hoger op' te gaan in de klachtprocedure.

De lange doorlooptijd van civielrechtelijke zaken, zoals genoemd in het artikel, in het bijzonder van die waarin de claim werd toegekend - ruim 17 maanden met een uitschiet naar 11 jaar(!) - is schrijnend zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener die dan met recht *second victim* kan worden genoemd. De gevolgen van tucht- en civielrechtelijke zaken voor zorgverleners zijn goed onderzocht en niet te onderschatten. Depressie en langdurig verzuim zijn niet zelden het gevolg.<sup>2</sup>

In ziekenhuizen maar ook in de NVOG (Commissie Collegiale ondersteuning) is *peer support* georganiseerd, waar nog (te)

weinig gebruik van wordt gemaakt. Daarnaast zouden zorgverleners zich meer bewust moeten zijn van het rendement van 'open' communicatie in geval van een incident. Omdat in de acute fase van het incident de tijd voor gesprekstherapie ontbreekt, is meer preventieve aandacht voor dit onderwerp tijdens de (vervolg)opleiding gewenst. Een korte kleinschalige gesprekstherapie, ook als er van een klacht nog geen sprake is, in afdelings- of vakgroepverband voor al praktiserende zorgverleners verdient aanbeveling.

## Referenties

1. Clinton, H. R. & B. Obama (2006) *Making patient safety the centerpiece of medical liability reform*. N. Engl. J Med, 354, 2205-2208.
2. Verhoef, L. M., J. W. Weenink, S. Winters, P. B. Robben, G. P. Westert & R. B. Kool (2015) *The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands*. BMJ Open, 5, e009275-e009275.