

Vergaderjaar 2012–2013

33 497

Initiatiefnota van de leden Anne Mulder en Michiel van Veen over patiëntveiligheid

Nr. 2

INITIATIEFNOTA

De Nederlandse gezondheidszorg staat er bij internationale vergelijking goed voor. De toegankelijkheid is uitstekend, de kwaliteit op veel onderdelen bovengemiddeld. Burgers zijn positief over de zorg en hebben een groot vertrouwen in de individuele zorgverleners.

In 2008 had 2,9% van de opgenomen patiënten te maken met schade die mogelijk te vermijden was (potentieel vermijdbare schade). In 1600 tot 2360 sterftegevallen heeft potentieel vermijdbare schade mede bijgedragen aan het overlijden van de patiënt.

Deze cijfers zijn reden voor de indieners om de veiligheid van zorg hoger op de professionele, maatschappelijke en politieke agenda te zetten.

Met deze initiatiefnota doen de indienersvoorstellen om de veiligheid voor patiënten te vergroten. Tegelijkertijd moeten patiënten er op kunnen vertrouwen dat zij bij vermijdbare medische schade hun recht kunnen halen.

Fouten zullen nooit volledig te voorkomen zijn. Maar patiënten hebben er recht op dat alles op alles wordt gezet om het aantal fouten zo veel mogelijk te beperken. Daar waar in industriële sectoren als de luchtvaart en de petrochemie al een veiligheidscultuur bestaat, kent de gezondheidszorg haar eigen dynamiek. Zieke patiënten moeten vaak risicovolle behandelingen ondergaan waarin medisch specialistische teams dilemma's, diagnoses en behandelmethodes afwegen.

Het uiteindelijke risico voor de patiënt moet verkleind worden waarbij de veiligheidscultuur integraal onderdeel wordt van normaal professioneel werken.

Naast het vergroten van de veiligheid, is het vergroten van het vertrouwen van burgers dat ze in het geval van een (vermoeden van) medische misser hun recht kunnen halen belangrijk. Het huidige systeem van toezicht, recht en tuchtrecht is veel mensen onbekend en het kost veel

tijd voor patiënten om uiteindelijk genoegdoening te krijgen. Zij voelen zich daardoor vaak onbegrepen.

Continu verbeteren is alleen mogelijk wanneer het vermogen van de zorgsector om zelfreflectie te organiseren, wordt gestimuleerd. Niet vanuit een cultuur van straffen, maar vanuit de wil om te verbeteren.

Patiëntveiligheid is vooral een zaak van die partijen in de medische wereld die dagelijks met patiënten werken: zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In deze nota zijn ook aanbevelingen aan hen opgenomen. De politiek signaleert en faciliteert.

Wij vragen van de sector meer dan de invoering van regels, protocollen en checklists. Wij vragen met name om een zelfkritische houding en meer transparantie om van elkaars fouten te leren.

Met deze initiatiefnota willen wij een bijdrage te leveren aan de discussie over patiëntveiligheid. Daarnaast willen wij patiëntveiligheid hoger op de agenda plaatsen binnen de medische sector. Ons doel is: betere zorg en een groter vertrouwen van onze burgers in die zorg.

Procedure

November 2012
t/m Januari 2013
Februari 2013
2013–2014

Publicatie

Discussie
Symposium Patiëntveiligheid
Wetsvoorstellen Patiëntveiligheid

Na publicatie van deze nota zal de discussie met het veld vorm moeten krijgen. Het veld wordt gedefinieerd als de medische beroepsgroep, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Zij zijn uiteindelijk verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid en moeten borg staan voor de veiligheid van de patiënt.

Financiële consequenties

De precieze financiële consequenties van de voorstellen uit deze nota rond IGZ zijn op dit moment niet bekend. Indieners verwachten dat de voorstellen uiteindelijk per saldo niet tot extra uitgaven zullen leiden omdat door de vergroting van de patiëntveiligheid het aantal complicaties en het aantal vermijdbare herstelbehandelingen en operaties zal dalen.

Tevens zullen de indieners een amendement bij de begroting VWS indienen om het budget voor de IGZ structureel met ca. € 7,5 miljoen te verhogen.

Voorstellen

1. Verantwoordelijkheden Raad van Bestuur

Omschrijving: In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is onvoldoende duidelijk dat de arts verantwoordelijk is voor zijn professionele handelen en de Raad van Bestuur (RvB) van het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg die door het ziekenhuis wordt geleverd. Als de arts zich niet houdt aan de kwaliteits- en veiligheidsregels van het ziekenhuis of niet aan de regels van zijn eigen beroepsgroep, dan is de RvB bevoegd en verplicht in te grijpen.

Actie: De Raad van Bestuur (RvB) van het ziekenhuis is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die door het ziekenhuis wordt geleverd. De Raad van Bestuur moeten belast zijn met de veiligheid van de zorg als taak en verantwoordelijkheid. De RvB moet bij medewerkers een cultuur

uitdragen waarin kwaliteit, veiligheid en openheid centraal staan. Medewerkers en zorgverleners die op een andere manier door de zorginstelling worden ingeschakeld (bv. specialisten in een maatschap of zelfstandig gevestigde zorgverleners), leggen verantwoording af aan het bestuur. Dit wordt geregeld in de toelatingsovereenkomst of het contract met een zorgverlener die als onderaannemer wordt ingeschakeld.

Termijn: 2013

2. VMS Veiligheidsprogramma verplicht stellen

Omschrijving: Het VMS Veiligheidsprogramma is een in 2008 opgezet nationaal programma om ziekenhuizen te ondersteunen bij het verbeteren van patiëntveiligheid. Een verplichte invoering van het VMS draagt bij aan het structureel verbeteren van de patiëntveiligheid en het reduceren van vermijdbare schade. Daarnaast worden verbeteringen ingevoerd op tien inhoudelijke thema's, zoals het voorkomen van wondinfecties na de operatie en verhoging van medicatieveiligheid. 90% van de 93 deelnemende ziekenhuizen verwacht voor 31 december 2012 gecertificeerd te zijn.

Actie: Het VMS Veiligheidsprogramma wordt voor 1 jaar voortgezet, zodat alle ziekenhuizen zijn gecertificeerd.

Termijn: 2013

3. Borging VMS Veiligheidssysteem

Omschrijving: Periodieke audit van gecertificeerde VMS ziekenhuizen.

Actie: Onderdeel van het VMS Veiligheidssysteem is de periodieke audit door de Inspectie Gezondheidszorg, in lijn met de ISO/TS quality systemen.

Termijn: 2013

4. Borging Medische Technologie

Omschrijving: De expertgroep Medische Technologie constateert dat niet de medische technologie veiligheidsrisico's veroorzaakt, maar juist het onzorgvuldig gebruik daarvan. De expertgroep adviseert om gebruik, onderhoud en training van medische apparatuur te verbeteren. De verantwoordelijkheid voor het gebruik en onderhoud van medische technologie dient rechtstreeks bij de Raad van Bestuur te liggen. Zorgaanbieders hebben in een convenant afgesproken om de aanbevelingen te implementeren. Hier ontbreekt echter een tijdpad.

Actie: VWS moet toezien op de voortvarende implementatie van het convenant. Normen en procedures dienen nageleefd te worden.

Termijn: 2013

5. Evaluatie werkwijze en effectiviteit IGZ

Omschrijving: De IGZ speelt een centrale rol bij de handhaving van de kwaliteit van zorg. Echter, het functioneren van de IGZ is aan kritiek onderhevig. Op dit moment laat de minister van VWS de organisatie nu doorlichten. De kernvraag is: is IGZ in staat om haar taken uit te voeren?

Actie: Resultaten en aanbevelingen VWS onderzoek toetsen op vergroten effectiviteit patiëntveiligheid. Het antwoord van de minister op de rapporten van de commissie Sorgdrager en de commissie Steenhoven zal daarbij de aanleiding vormen. Hiervoor dient extra geld beschikbaar te komen.

Termijn: 2013

6. Best Practices delen via het Kwaliteitsinstituut

Omschrijving: Ziekenhuizen zijn veelal individuele innovatiecentra. Kennisoverdracht en borging zijn niet gegarandeerd. Zo heeft het universitair ziekenhuis in Maastricht de Nationale Patiëntveiligheidsaward 2010 gewonnen met een initiatief dat het aantal medicatiefouten terugbrengt met 97%.

Actie: Via het Kwaliteitsinstituut worden professionele standaarden opgezet. Professionele standaarden markeren de «state of the art» voor beroepsgroepen en markeren goede zorg op een bepaald moment. Daarmee zijn ze het startpunt voor het uitrollen van innovaties in de zorg en vormen ze toetsingscriteria voor IGZ

Termijn: 2014 en verder

7. Handhaving meldplicht incidenten bij het IGZ

Omschrijving: Op basis van de Kwaliteitswet zijn zorginstellingen verplicht calamiteiten waarbij de patiënt ernstige schade kan oplopen, te melden bij de IGZ. Het niet melden van incidenten is strafbaar. Het melden van incidenten is een voorwaarde om continu te blijven verbeteren.

Actie: VWS ziet er op toe dat de IGZ handhaaft daar waar zorginstellingen verzuimen ernstige schade incidenten te melden.

Termijn: 2013

8. Inzetten van het Kwaliteitsinstituut bij het opstellen van veiligheidscriteria

Omschrijving: Ziekenhuizen moeten gebeurtenissen of omstandigheden die tot schade voor patiënten kunnen leiden, melden. Het probleem is dat de criteria hiervoor niet scherp genoeg zijn geformuleerd.

Actie: De sector stelt veiligheidscriteria op die de IGZ handhaaft. Als de sector dit nalaat zal het Kwaliteitsinstituut die criteria opstellen. De criteria zijn de basis voor het verlenen van de certificering

Termijn: 2013

9. Openheid medische missers

Omschrijving: Medische missers moeten worden gemeld. Openheid en acceptatie zijn hierbij kernbegrippen. Openheid leidt tot transparantie voor de patiënt en is een stimulans voor de zorginstelling om continu te blijven verbeteren.

Actie: Wettelijke verankering van het «Veilig Incident Melden-Systeem». Elk ziekenhuis of zorginstelling moet een dergelijk intern systeem implementeren waar bij het doel is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren door fouten transparant te maken. Borging vindt plaats door opname in auditsystematiek

Termijn: 2014

10. Incidentregistratie medisch dossier

Omschrijving: Er komt een verplichting dat zorgverleners incidenten vast moeten leggen in het medisch dossier. Bij een eventuele juridische procedure versterkt dit de positie van de patiënt. De bewijslast in een juridische procedure ligt nog steeds bij de patiënt.

Actie: De positie van de patiënt wordt verder versterkt door incorrecte registratie van incidenten in het medisch dossier te zien als «valsheid in geschrifte».

Termijn: 2013

11. Verruiming meldplicht niet-natuurlijk dood

Omschrijving: Ziekenhuizen hoeven nu alleen de gemeentelijke lijkschouwer te informeren bij een niet-natuurlijke dood. Ze hoeven de IGZ niet in te lichten.

Actie: Ziekenhuizen moeten niet alleen de gemeentelijke lijkschouwer, maar ook de IGZ inlichten bij sterfgevallen met een niet-natuurlijke oorzaak.

Termijn: 2013

12. Rechtsspraak

Omschrijving: Een rechterlijk oordeel over medische calamiteiten vereist speciale expertise. Bij de rechterlijke macht schiet de kennis over medische calamiteiten echter tekort.

Actie: Bij de rechterlijke macht komt er ofwel een aparte kamer voor medische zaken, ofwel medische zaken worden geconcentreerd bij een aantal rechtbanken. Deze kunnen zich dan specialiseren in medische zaken en zo expertise en kennis opbouwen.

Termijn: 2014

13. Klacht- en beroepsprocedure patiënt

Omschrijving: Het is bij slachtoffers en familie op dit moment nauwelijks bekend dat zij kunnen klagen, schadevergoeding kunnen eisen en/of aangifte kunnen doen van een medische misser.

Actie: Mensen moeten weten dat ze hun recht kunnen halen. Alle zorginstellingen moeten verplicht een klachtenregeling instellen. Op klachten moet binnen max. 6 weken worden gereageerd. Ook wordt elke zorginstelling verplicht een onafhankelijke geschillencommissie in te stellen. Deze commissie doet bindende uitspraken en kan een schadevergoeding toekennen tot maximaal € 50 000,- waarbij geen advocaat nodig is. Daarnaast staat natuurlijk de civielrechtelijke procedure open bij de rechter indien er sprake is van wanprestatie.

Termijn: 2013

14. Aanpassing Medisch Beroepsgeheim

Omschrijving: Het beroepsgeheim van artsen is er om de privacy van patiënten te waarborgen. Voor het vertrouwen van de samenleving in de medische professie is het belangrijk dat datgene wat men met de arts bespreekt in principe in vertrouwelijkheid plaatsvindt. Het beroepsgeheim mag echter nooit door artsen worden misbruikt om strafbare feiten en verwijtbaar gedrag toe te dekken. Juridisch is het mogelijk het medisch beroepsgeheim op te heffen. De betrokken arts kan dit echter aanvechten bij de rechter. Dit leidt in de praktijk tot jarenlange juridische procedures.

Actie: De indieners willen het medisch beroepsgeheim aanpassen door invoering van een «nee, tenzij»-bepaling voor toetsing door collega's. Het wordt voor collega-artsen mogelijk om in het kader van intercollegiale toetsing zonder specifieke instemming van de patiënt de geanonimiseerde patiëntendossiers in te zien. Intercollegiale toetsing wordt hiermee dus toegevoegd aan het beroepsgeheim. Als een arts een procedure start tegen opheffing van het medisch beroepsgeheim wordt deze op een kortgeding-achtige wijze behandeld. Hierdoor kan de termijn omlaag van enkele jaren naar enkele maanden.

Termijn: 2014

15. Herziening tuchtrecht

Omschrijving: In het belang van de patiëntveiligheid doet het IGZ sinds 2005 systematisch onderzoek naar de veiligheid van het operatieve proces. Ondanks hun onderzoek, maken artsen en medisch personeel nog steeds basisfouten ten aanzien van de veiligheid. Een voorbeeld is een verwisseling van links en rechts bij een knieoperatie.

Actie: Bij basisfouten, zoals het door elkaar halen van links en rechts, volgt standaard een tuchtklacht van de IGZ tegen de betreffende arts.

Termijn: 2013

16. Aanpassing Wet op de Lijkbezorging

Omschrijving: De Wet op de Lijkbezorging maakt onderscheid tussen het vaststellen van een natuurlijke en een niet-natuurlijke dood. In de praktijk blijkt dat artsen snel een verklaring van natuurlijk overlijden afgeven. De oorzaak hiervoor is dat het lastig is om een niet-natuurlijke te herkennen. Daarnaast is er interpretatieverschil onder artsen over het begrip

«niet-natuurlijke dood». Ten onterechte denkt men dat er sprake moet zijn van een strafbaar feit bij een niet-natuurlijke dood. In een aantal gevallen doet een behandelend arts zelf de lijkschouw bij een eigen patiënt.

Actie: Er moet meer voorlichting komen over de definitie en procedures bij een niet-natuurlijke dood. Daarnaast krijgen artsen meer scholing in het doen van een lijkschouwing

Termijn: 2014

17. Schorsing arts

Omschrijving: Als de IGZ onderzoek doet naar een disfunctionerende arts, mag die arts op dit moment tijdens het onderzoek gewoon doorgaan met zijn of haar werk.

Actie: Als de IGZ onderzoek doet naar het functioneren van een arts en de IGZ heeft het vermoeden dat de betreffende arts inderdaad niet goed functioneert, dan moet de IGZ de arts gedurende de rest van het onderzoek op non-actief stellen. Het belang van de patiënt gaat in dezen voor het belang van de arts. Dit moet wettelijk verankerd worden.

Termijn: 2014

18. Ontslagregistratie

Omschrijving: Als een zorgverlener wegens disfunctioneren wordt ontslagen, wordt dat op dit moment niet geregistreerd. Het gevolg daarvan is dat de betreffende zorgverlener bij een andere zorginstelling of als solistisch werkende zorgverlener weer patiënten kan behandelen.

Actie: Er komt een meldplicht voor «ontslag» wegens disfunctioneren van alle zorgverleners bij de IGZ, die altijd aanleiding is om te beoordelen of de kwaliteit van de zorg in gevaar is geweest. Zorgaanbieders dienen zich te vergewissen van de wijze waarop een zorgverlener die zij willen aanstellen in het verleden heeft gefunctioneerd. Op deze manier kunnen niet-functionerende zorgverleners minder makkelijk aan de slag bij een nieuwe werkgever of als solistisch werkende zorgverlener patiënten behandelen.

Termijn: 2014

Reacties kunnen worden gestuurd naar Anne Mulder (s.timmers@tweedekamer.nl) of Michiel van Veen (secretariaat.vanveen@tweedekamer.nl)

Anne Mulder
Van Veen