

“Ik zweer dat ik de goed als ik kan zal

Art. 7:658 BW en de zorg voor de medisch



1. Inleiding

Zo luidt de eerste zin van de Nederlandse artseneed, waarin de medisch specialist de belofte doet voor zijn medemens te zorgen. “Ik zal aan de patiënt geen schade doen”, zo belooft hij. Medische missers, fouten en complicaties zijn echter helaas onderdeel van de geneeskundige praktijk. Betrokken zijn bij een medisch incident¹⁾ kan diep ingrijpen in het leven van een medisch specialist. De ernstige psychische gevolgen die een dergelijke gebeurtenis kan hebben zijn zelfs aanleiding geweest om de medisch specialist in de literatuur aan te duiden als het ‘tweede slachtoffer’. Het is daarom noodzakelijk dat psychologische opvang wordt verleend, maar die is vooralsnog een zeldzaamheid. Zo meent ook de beroepsgroep zelf. Recentelijk verscheen het

Mw. mr. B.S. Laarman*

* Onderzoeker bij het Amsterdam Centre for Comprehensive Law (ACCL), verbonden aan de Rechtenfaculteit van de VU.

geneeskunst zo uitoefenen...” specialist

resultaat van een onderzoek naar stress en trauma onder gynaecologen, uitgevoerd in het OLVG. Meer dan de helft van de artsen gaf in dit onderzoek aan een beter protocol te wensen na het optreden van belastende gebeurtenissen.²⁾

De vraag die in deze bijdrage centraal staat, is of het ziekenhuis hier een verantwoordelijkheid draagt. Of juridisch gezegd: vloeit uit art 7:658 BW de verplichting van het ziekenhuis voort zorg te dragen voor adequate opvang van een medisch specialist na een ernstig incident? Om die vraag te beantwoorden zal in deze bijdrage eerst worden uiteengezet welke psychische gevolgen een medisch incident kan hebben en hoe opvang voor medisch specialisten eruit zou moeten zien. Vervolgens zal in algemene zin worden bezien in hoeverre art. 7:658 BW bescherming biedt tegen psychische schade. Daarna wordt in het bijzonder bezien in hoeverre er in het onderhavige geval een zorgplicht bestaat op basis van art. 7:658 BW. Opmerking verdient dat in deze bijdrage alleen de zorgplicht jegens de specialist in loondienst wordt behandeld. De zogenaamde ‘vrijgevestigde’ specialist blijft buiten beschouwing, met name omdat de vrijgevestigde specialist zoals wij die voorheen kenden ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging ophoudt te bestaan.³⁾

2. De impact van een medisch incident

De impact van een medisch incident laat zich primair voelen in het leven van de getroffen patiënt. Een medisch incident is voor de patiënt een traumatische gebeurtenis; het beïnvloedt zijn fysieke gezondheid, maar kan ook emotioneel, financieel en praktisch enorme impact hebben. Dit heeft de afgelopen jaren geleid tot een groeiende aandacht voor bejegening van de patiënt na een ernstig incident.⁴⁾ Van de arts wordt verwacht dat hij na afloop eerlijk met de patiënt bespreekt wat er in de behandeling is mis gegaan. Eén van de manieren waarop hieraan vormgegeven kan worden, is het invoeren van *open disclosure* in ziekenhuizen.⁵⁾ Open disclosure is een proces waarin open discussie plaatsvindt over incidenten tijdens de behandeling die tot letsel bij een patiënt hebben geleid. Door de specialist wordt openheid gegeven over o.a. de (wel of niet) begane medische fout, de gevolgen hiervan voor de patiënt, wat er voor de patiënt gedaan zal worden ter genoegdoening en over wat voor maatregelen er in de toekomst genomen zullen worden om een vergelijkbare fout te voorkomen.⁶⁾

Voor de positie van de specialist na het ervaren van een medisch incident is tot nu toe maar heel beperkt aandacht geweest. Er wordt in de praktijk min of meer stilzwijgend aangenomen dat een medisch specialist er toe in staat is met schokkende incidenten om te gaan. Verschillende onderzoeken uitgevoerd door specialisten bewijzen echter het tegendeel: ook medisch specialisten kunnen ernstig lijden ten gevolge van een medisch incident. Als gevolgen van een medisch incident worden o.a. genoemd zorgen om de patiënt, ernstige schuldgevoelens, een gebrek aan zelfvertrouwen en angst voor reputatieschade.⁷⁾ Voor sommigen is het meemaken van een medisch incident aanleiding om een ander vak te gaan uitoefenen.⁸⁾ Ook wordt er in de literatuur verband gelegd tussen het ervaren van een medisch incident en het optreden van burn-out en depressie.⁹⁾

1. Een medisch incident is een paraplubegrip, en houdt in een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden. Dit omvat alles wat er tijdens de behandeling mis kan gaan, waaronder zowel medische fouten als near-misses. Bron: Legemaate, J. e.a., “Melden van incidenten in de gezondheidszorg”, onderzoek in opdracht van ZonMw, p. 17, tevens: Handreiking VIM p. 5, te vinden op www.ggzneland.nl
2. M.G. van Pampus e.a., ‘Opvang na ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer’, abstract beschikbaar via <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/147343/Gynaecologen-willen-betere-opvang-na-belastende-ervaring.htm>.
3. Voor meer informatie over de gevolgen van de invoering van de integrale bekostiging, zie www.integralebekostiging.nl. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft een rapport (‘Passend Model: Over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015’, NVZ zicht op zorg, 2013), uitgebracht over de verschillende nieuw vormen van samenwerking. Zie hiervoor: http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_page/12769/951-voorzitter-nvz-bestuurders-en-specialisten-moeten-ersamen-uitkomen.
4. Zie hierover bijvoorbeeld de GOMA: Gedragscode Medische Incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid. Maar ook de MIP, Melding Incidenten Patiëntenzorg, die de arts na een medisch incident verplicht het incident bij de MIP-Commissie te melden. Zie MIP-procedure en reglement NVAA, p. 4.
5. J.L. Smeehuijzen e.a., ‘Onderzoeksrapport opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen’, Amsterdam: Vrije Universiteit, 2013.
6. Ibid.
7. Er is veel literatuur over de gevolgen van een medisch incident voor zorgaanbieders (de literatuur omvat regelmatig ook andere zorgaanbieders dan de medisch specialist, zoals verpleegsters of apothekers). Via NCBI/PubMed is met de zoektermen “medical error”, “adverse event” en “second victim” een overdaad aan literatuur te vinden. Zie Sirriyeh e.a. voor een overzichtsstudie waarin de resultaten van verschillende studies naar de gevolgen van het maken van een medische fout op de gezondheid van zorgaanbieders uiteen worden gezet. R. Sirriyeh, e.a., ‘Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals’ psychological wellbeing’, *Qual Saf Health Care*, nr. 6, 2010, p. 1-8. Ter vergelijking hebben Pinto e.a. een onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van complicaties (zonder de aanname dat deze door een fout waren veroorzaakt) en de gevolgen hiervan voor chirurgen. Zie: A. Pinto e.a., ‘Surgical Complications and their implications for surgeons’ wellbeing’, *British Journal of Surgery*, 2013. De genoemde gevolgen van een medisch incident werden in beide onderzoeken genoemd. Het lijkt erop dat de schuldvraag niet bepalend hoeft te zijn voor het optreden van psychische klachten. Een factor die de ernst van de klachten wél sterk kan beïnvloeden is de ernst van de gevolgen voor de patiënt en de reactie van familie en de directe werkomgeving. Zie hierover ook S. Ullstrom e.a., ‘Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events’, *Quality and Safety First*, nr. 23, 2013. De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat eerste én tweede slachtoffers niet alleen door het incident zelf worden beïnvloed, maar ook door de wijze waarop er daarna gehandeld is. Dit wordt eveneens bevestigd in een grootschalig onderzoek onder artsen in het Verenigd Koninkrijk, zie R. Harrison e.a., ‘Doctors’ experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact’, *Clinical Medicine*, 2014, 14:6.

11 • • • • • Verband tussen het ervaren van een medisch incident en het optreden van burn-out en depressie.

• • • • • 22

8. S. Ullstrom e.a., 'Suffering in silence', p. 2.
9. D.L.B. Schwappach, T.A. Boluarte, 'The impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability', *Swiss Medical Weekly*, 2008.
10. Bij de meeste tweede slachtoffers zijn de genoemde klachten kortdurend. Bij een kleine groep echter ontstaat PTTS. R. Harrison e.a., 'Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact', p. 587.
11. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al., Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011; 146:54-62.
12. L.D. Scott e.a., 'The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse events', *Qual Saf Health Care*, 2009, 18, p. 327.
13. C. Wagner, e.a., 'Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen', 2008, te vinden op www.onderzoekpatientveiligheid.nl.
14. Dit blijkt uit het onderzoek uitgevoerd in het OLVG, waar 55% van de respondenten aangaf defensiever te zijn geworden in het vakkundig handelen. Internationaal onderzoek bevestigt deze uitkomsten, zie bijvoorbeeld D.L.B. Schwappach, T.A. Boluarte, 'The impact of medical error involvement on physicians'.
15. D.L.B. Schwappach, T.A. Boluarte, 'The impact of medical error involvement on physicians', p. 3.
16. M.G. van Pampus e.a., 'Opvang na ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer'.
17. M.G. van Pampus e.a., 'Opvang na ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer'.
18. D.L.B. Schwappach, T.A. Boluarte, 'The impact of medical error involvement on physicians', p. 4.
19. S. Ullstrom e.a., 'Suffering in silence', p. 2.
20. Zie voor een overzichtstudie: R. Sirreyeh, e.a., 'Coping with medical error', p. 3.
21. M.L. Smith, H.P. Forster, 'Morally managing medical mistakes', *Camb Q Healthc Ethics*, 2009:9, p. 47.
22. R. Pinto, e.a., 'Surgical complications and their implications for surgeons' well-being', *British Journal of Surgery*, 2013, p. 1753.
23. L. Kroll, e.a., 'Learning not to take it seriously: junior doctors' account of error', *Medical Education*, 2008, p. 987.
24. R. Sirreyeh, e.a., 'Coping with medical error'.
25. O.G. Aasland, R. Forde, 'Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues', *Qual Saf Health Care*, 2005, 14, p. 16.

In sommige gevallen leidt het ervaren van een incident tot op PTTS lijkende symptomen, zoals herbeleving van het incident, slapeloosheid en ontwijkgingsgedrag.¹⁰ Onderzoek onder Amerikaanse chirurgen toonde zelfs aan dat chirurgen die een medisch incident hadden meegemaakt, drie keer zo vaak aangaven aan zelfmoord te hebben gedacht in de drie maanden volgend op het incident.¹¹ Het ervaren van een medisch incident wordt omschreven als een ernstig incident dat het leven van de medisch specialist zowel privé als professioneel ingrijpend kan beïnvloeden.¹²

Het lijkt tegenstrijdig om de gevolgen van een medisch incident vanuit het perspectief van de medisch specialist te benaderen. Medische incidenten komen echter regelmatig mede voort uit systeemfouten, en zijn in veel gevallen niet enkel de specialist aan te rekenen.¹³ Bovendien komen de psychische gevolgen van een medisch incident niet enkel voor rekening van de specialist. Zoals hierboven gesteld kan het incident ook invloed hebben op professioneel vlak, en kan het als zodanig een negatief effect hebben op de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg. Eén van de gevolgen die een medisch incident in de beroepsuitoefening kan hebben, is het betrachten van een grotere mate van terughoudendheid en het vermijden van risico's in de behandeling van patiënten in de toekomst.¹⁴ Dit is niet altijd in het belang van de patiënt. Een ander gevaar schuilt in het gesuggereerde verband tussen het ervaren van een medisch incident en burn-out, depressie en een verminderd inlevingsvermogen. Het dragen van de verantwoordelijkheid voor een medisch incident kan een vicieuze cirkel creëren. Een medisch incident heeft in deze cirkel depressie, burn-out en een verminderd invoelend vermogen tot gevolg, wat de kans op niet-optimale patiëntenzorg of nieuwe incidenten vergroot.¹⁵ De gebrekkige verwerking van een medisch incident vormt zo een direct risico voor de kwaliteit van zorg. Het probleem is aldus tweeledig: niet alleen lijdt de arts schade, de problemen dienen zich wederom aan bij de patiënt én bij het betrokken ziekenhuis. Het aanbieden van opvang kan psychische schade helpen te voorkomen en tegelijkertijd de kwaliteit en veiligheid van zorg waarborgen.

3. Van blame-cultuur naar open discussie

Steun vanuit de werkomgeving is echter niet altijd voor handen. Door medisch specialisten wordt in onderzoek aangegeven dat zij er in de verwerking van een incident veelal alleen voor staan.¹⁶ Opvang vanuit de werkgever is afwezig, of wordt door betrokkenen niet gevonden.¹⁷ Een belangrijke voorwaarde voor een effectief nazorgsysteem lijkt openheid te zijn. Ter verwerking van het medisch incident is het voor tweede slachtoffers ten eerste cruciaal om het gebeurde te bespreken. Tevens is het voor de medisch specialist van belang te begrijpen wat er in de behandeling is misgegaan, en hiervan te leren.¹⁸ Respondenten in verschillende onderzoeken geven aan behoefte te hebben aan het

bespreken van het incident met *peers*.²⁰ Bovendien lijkt het bevorderend voor herstel te zijn om met de betrokken patiënt in gesprek te gaan.²¹ Een obstakel wat aan deze openheid (en dus adequate opvang) in de weg kan staan, is het bestaan van een *blame*-cultuur in ziekenhuizen.²² In een *blame*-cultuur wordt ten gevolge van de angst om bestraft te worden terughoudendheid betracht ten opzichte van het bespreken van incidenten of het leveren van onderlinge kritiek op medisch handelen. De angst voor verwijten door collega's of leidinggevenden speelt sterk mee in de beslissing om wel of niet over het incident te spreken.²⁴ De medische wereld wordt in de literatuur dan ook wel omschreven als defensief en autoritair. In veel ziekenhuizen bestaat een sterke hiërarchische structuur. Dit kan een belangrijke belemmering zijn in het streven naar openheid en dus kwaliteitsverbetering.²⁵

De hiërarchische structuur van de medische wereld uit zich onder andere in de angst voor onderlinge kritiek. Onder medici onderling heerst een sterke professionele loyaliteit. Zo bleek uit onderzoek onder arts-assistenten dat zij het rapporteren van de fouten van hun superieuren veelal achterwege lieten, uit angst voor de consequenties die dit voor het verloop van hun verdere carrière kon hebben.²⁶ Dichterbij huis diende een coassistent in het najaar van 2013 wél een klacht in, toen de huisarts waar zij stage liep een afwijkend hoge dosis medicatie aan een terminale patiënt toediende. De patiënt overleed kort daarna. De IGZ zette de huisarts na melding door het AMC direct op non-actief en startte een strafrechtelijk onderzoek. De huisarts in kwestie beroofde zichzelf van het leven. Het gaat hier uiteraard om de gebeurtenissen in Tuitjenhorn. Het gebeurde in Tuitjenhorn is om meerdere redenen illustratief voor de problematiek rond medische incidenten. Zonder hier stelling te nemen in de discussie omtrent het al of niet verwijtbaar handelen van dr. Tromp, geeft het gebeurde enerzijds aan hoe zwaar een klacht een arts kan vallen, anderzijds hoe groot de angst voor kritiek kan zijn. Verschillende huisartsen hebben naar aanleiding van het drama in Tuitjenhorn aangegeven tijdelijk geen plek te hebben voor coassistenten van het AMC.²⁷ De angst om te falen en hierop door de buitenwereld afgerekend te worden lijkt verlamrend te werken in het streven naar een betere en veiliger patiëntenzorg.

Wil een nazorgsysteem effectief zijn, dan zal er in ziekenhuizen dan ook een cultuurverandering moeten plaatsvinden. De *blame*-cultuur zal plaats moeten maken voor een open- of veiligheidscultuur, waarin het melden én bespreken van incidenten vanzelfsprekend is. Medisch specialisten staan in een dergelijke ziekenhuiscultuur open voor kritiek, het bespreken en het leren van incidenten. Eén poging om de gewenste cultuurverandering te bewerkstelligen is de invoering van het VeiligheidsManagementSysteem (VMS) en het daarvan onderdeel uitmakende Veilig Incidenten Melden (VIM), wat sinds 2008 verplicht is in ieder ziekenhuis. Het VIM heeft tot doel om door de melding en analyse van incidenten en (bijna) fouten de kwali-

teit en veiligheid van zorg te verbeteren. Het VIM beoogt hiermee een organisatie te creëren waarin van incidenten geleerd kan worden. Het VIM-systeem is uitsluitend bedoeld voor het analyseren van incidenten. De gegevens uit het VIM mogen dan ook niet als bewijs worden gebruikt in een civielrechtelijke, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke of disciplinaire procedure. Voor het treffen van tuchtrechtelijke maatregelen bestaan andere, strikt gescheiden, procedures.²⁸⁾

Een ander voorbeeld is te vinden in het AMC. Daar wordt op de afdeling interne geneeskunde maandelijks de plenaire vergadering 'In Retrospectie' georganiseerd. Beurtelings vertellen een arts in opleiding en een opleidend arts over een door hen begane medische fout. De bespreking heeft tot doel een veilige sfeer te creëren waarin open over fouten²⁹⁾ gesproken kan worden. Dr. Linthorst, organisator van de besprekingen, benadrukt dat het in deze besprekingen niet om het technische aspect van de fout draait. Van primair belang is de mogelijkheid om in een veilige sfeer over het incident te spreken, en wat dit voor de betrokken arts betekend heeft. Door ook ervaren artsen aan het woord te laten, leren artsen in opleiding dat ook de oude rot in het vak een fout kan maken. Op deze wijze wordt getracht het medisch incident uit de taboesfeer te halen.^{30) 31)}

4. Hoe moet nazorg er dan uit zien?

De eerste stap naar een effectieve opvang van medisch specialisten is het bewerkstelligen van een veiligheidscultuur. Vervolgens is de vraag hoe opvang er in de praktijk uit zou moeten zien. Naar de effectiviteit van opvangsystemen voor tweede slachtoffers is nog weinig onderzoek uitgevoerd.³²⁾ Literatuuronderzoek heeft evenwel twee gepubliceerde aanbevelingen opgeleverd hoe een opvangsysteem specifiek voor tweede slachtoffers eruit zou kunnen zien.^{33) 34)} In het zogenoemde *Scott Three-Tiered Interventional Model of Support* (hierna: het *Scott Model*) wordt opvang verleend in drie fasen volgens de principes van een *Rapid Response Team*. Voordat aan opvang echter toegekomen kan worden, moet een groter bewustzijn gecreëerd worden rond het thema tweede slachtoffer. Dit bereidt zorgverleners voor op de eventuele emotionele gevolgen van een incident, maar bevordert ook het voeren van een open dialoog over medische incidenten en de gevolgen hiervan.

De eerste fase van opvang, "emotional first aid", vindt direct plaats na een medisch incident. Deze eerste hulp bestaat er uit in gesprek te gaan met een collega of een leidinggevende ter plaatse. Leidinggevend en peers volgen trainingen om deze opvang zo effectief mogelijk te kunnen uitvoeren. Uit onderzoek blijkt dat 60% van de tweede slachtoffers aan deze vorm van collegiale opvang steun zal beleven. Hierop volgt de tweede fase, waarin aanvullende opvang verleend wordt voor diegenen die in de eerste fase als tweede slachtoffer zijn

geïdentificeerd. In de tweede fase van het *Scott Model* worden *peer supporters* specifiek opgeleid tot leden van een zogenaamd *Rapid Response Team*, die direct ondersteuning kunnen verlenen aan medisch specialisten die dit nodig hebben. Deze *peer supporters* bezitten eveneens de vaardigheden om teams te *debriefen* en opvang in groepsverband te leiden. *Peer supporters* ontmoeten elkaar maandelijks en delen ervaringen en *best practices*. Volgens Scott e.a. zal de opvang in de tweede fase voor circa 10% van de tweede slachtoffers ten slotte niet afdoende zijn. Deze groep heeft ondersteuning nodig door professionals. Naar deze derde fase kan gedurende het gehele traject doorverwezen worden.

Het *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), een non-profit organisatie in Cambridge, gericht op de verbetering van zorg wereldwijd, heeft in 2011 een aanbevelingsrapport gepubliceerd waarin uiteengezet wordt hoe op een respectvolle wijze met medische incidenten kan worden omgegaan. De eerste prioriteit na het optreden van een incident is de patiënt, de tweede prioriteit is de medische staf en de derde prioriteit betreft het ziekenhuis. Adequate opvang voor de medische staf zou aan een aantal criteria moeten voldoen. Ten eerste is van belang dat de organisatie naar de betrokkenen steun en medeleven uitdraagt. Een staflid moet continu beschikbaar te zijn voor vragen en opvang van de betrokken zorgverleners. Eveneens dient er in het ziekenhuis een vorm van georganiseerde *peer support* te zijn, zoals praat- of discussiegroepen. Ten slotte moeten binnen de organisatie professionals aanwezig zijn indien *peer support* niet voldoende is. Er wordt in het rapport bovendien gewezen op de positieve ervaringen van zorgverleners met het eerder genoemde *open disclosure*. Onderzoekers van het IHI hebben opgemerkt dat *open disclosure* zorgaanbieders helpt om medische incidenten te bespreken, waar dit eerder pijnlijk of ingewikkeld was.³⁵⁾ Ook in andere literatuur wordt gesuggereerd dat *open disclosure* (indien zorgvuldig uitgevoerd) kan helpen bij de verwerking van een medisch incident.^{36) 37)}

Denkbaar zou zijn om voor de opvang van de medisch specialist aansluiting te zoeken bij *open disclosure*. Te zeggen is dat in *open disclosure* tevens aandacht naar de medisch specialist uit moet gaan: het bestaan van de eerder genoemde *blame*-cultuur, en de negatieve psychische gevolgen die een medisch incident voor een specialist kunnen hebben, staan vaak aan openheid in de weg. In een rapport naar de respectvolle afwikkeling van medische incidenten, gebaseerd op onderzoek uitgevoerd door de VU³⁸⁾, wordt aanbevolen een zogenaamde *disclosure coach* aan te stellen. Deze coach begeleidt de medisch specialist in het voeren van het gesprek met de patiënt. Het is denkbaar een dergelijke coach een breder takenpakket te geven, en tevens aanspreekpunt te laten zijn voor de medisch specialist die ondersteuning behoeft na het ervaren van een incident.

In sommige ziekenhuizen³⁹⁾ wordt al gefaseerde opvang aangeboden in de vorm van een Trauma

“ Veilige sfeer waarin over fouten kan worden gesproken. ”

26. L. Kroll, e.a., 'Learning not to take it seriously', p. 984-985.
27. <http://www.nrc.nl/carriere/2013/10/22/co-assistenten-amc-worden-geweigerd-door-huisartsen/>.
28. <http://www.veiligezorgederszorg.nl/speerpunt-vim/handreiking-vim-2012-los.pdf>.
29. Dr. Linthorst benadrukt dat het hier echt om gemaakte fouten gaat, niet om complicaties.
30. Aanleiding voor een gesprek met dr. Linthorst was het artikel in het Medisch Contact, zie hiervoor: M.P. Heringa, I.P. Leistikow, 'Open over fouten', *Medisch contact*, 2008, p. 1226-1229.
31. Het is moeilijk gebleken meer initiatieven te vinden op dit vlak. Indien de lezer hier wel van op de hoogte is, dan zou de auteur het zeer op prijs stellen hier meer informatie over te ontvangen.
32. D. Seys, e.a., 'Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review', *International Journal of Nursing Studies*, 2013-50, p. 686.
33. S.D. Scott, e.a., 'Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team', *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2010, 36:5, p. 233-240.
34. J. Conway, e.a., *Respectful Management of Serious Clinical Events*, IHI Innovations Series White Paper, Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2010. Te vinden op www.IHI.org.
35. J. Conway, e.a., *Respectful Management of Serious Clinical Events*, p. 12.
36. Hier zij benadrukt dat het erkennen van verantwoordelijkheid voor een medisch incident de medisch specialist ook veel stress kan opleveren. Open disclosure is dus niet per definitie bevorderlijk voor de psychische gezondheid van het tweede slachtoffer, en aan de uitvoering dient voldoende aandacht besteed te worden wil dit voor zowel patiënt als medisch specialist een gunstige uitkomst hebben. Naar de effecten van open disclosure voor de medisch specialist moet meer onderzoek gedaan worden. Naast het feit dat de specialist een ethische verplichting draagt tot openheid jegens de patiënt, zijn er echter wel aanwijzingen dat dit ook voor de specialist in kwestie een positief effect kan hebben. Zie: M.L. Smith, H.P. Forster, 'Morally managing medical mistakes', p. 47.
37. A.W. Wu, e.a., 'To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients', *JGIM*, 1997-12, p. 771-772.
38. J.L. Smeehuijzen e.a., 'Onderzoeksrapport opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen', p. 144 e.v.



Opvang na schokkende incidenten is een relatief jong begrip.



Opvang Team (TOP-team) of Bedrijfs Opvang Team (BOT-Team).⁴⁰⁾ Een TOP- of BOT-team is een speciaal in nazorg getraind team dat benaderd kan worden na een incident. Onderscheid wordt gemaakt naar de ernst van het opgetreden incident. Bij licht traumatiserende incidenten verzorgen in eerste instantie leidinggevende en collega's de opvang van de zorgverlener.⁴¹⁾ Indien echter na de eerste opvang nog behoefte bestaat aan verdere nazorg, kan het TOP-team ingeschakeld worden. Leden van het TOP-team bieden hulp in de vorm van gesprekken en zijn dag en nacht bereikbaar. De zorgverlener kan zelf contact opnemen met het TOP-team of de leidinggevende kan deze aanmelden. Het eerste gesprek vindt plaats binnen 60 uur na het incident, waarna aanvullende gesprekken gevoerd worden met een maximum van vijf. Is hierna nog hulp nodig, dan zoekt het betreffende lid van het TOP-team hiervoor samen met de zorgverlener een oplossing. De gevoerde gesprekken zijn vertrouwelijk, maar de incidenten zelf worden wel (anoniem) geregistreerd. Naar aanleiding hiervan kan het team aan het management suggesties doen ter de verbetering van de patiëntveiligheid.

Er is een aantal kanttekeningen te plaatsen bij de opvang door middel van een dergelijk BOT- of TOP-team. De opvang door TOP- of BOT-teams wordt aangeboden, maar is niet verplicht. Bovendien moet de zorgverlener zelf een hulpverlener aanspreken.⁴²⁾ Onduidelijk is bovendien of de mogelijkheid tot opvang voldoende kenbaar wordt gemaakt. Dit wordt aangekaart door de coördinator van het in het Sint Jansdal Ziekenhuis opgerichte BOT-Team. Zij stelt dat veel collega's geen antwoord kunnen geven op de vraag of er in hun ziekenhuis een BOT-Team bestaat en welke vorm eventuele opvang heeft. De ervaringen in het Sint Jansdal Ziekenhuis hebben bovendien uitgewezen dat medisch specialisten nog vaak buiten de boot vallen.⁴³⁾ Opvallend in dit kader is ook het eerder genoemde onderzoek onder gynaecologen van het OLVG, waar gesteld wordt dat betrokkenen bij een medisch incident niet op de hoogte waren van het bestaan van een protocol, of het bestaan hiervan geheel ontkenden.⁴⁴⁾ Kennis omtrent de effectiviteit van opvangsystemen laat zoals gezegd nog veel te wensen over en ook over de mate van effectiviteit van BOT- of TOP-teams is weinig bekend. Wellicht kan het nadrukkelijker onder de aandacht brengen van de georganiseerde opvang die thans in ziekenhuizen aanwezig is en het proactief aanbieden van steun voor veel tweede slachtoffers al een groot verschil maken.⁴⁵⁾

Ten slotte is er op het gebied van nazorg de mogelijkheid trainingen of workshops aan te bieden waarin de medisch specialist getraind wordt in het omgaan met medische incidenten, zoals ook in het *Scott Model* gewezen wordt op de voorlichting van medisch specialisten. Deze training kan zien op de omgang met de patiënt na een medisch incident, maar tevens onderwijzen in de praktische en emotionele aspecten. Praktische zaken zouden bijvoorbeeld kunnen zijn wat er bij komt kijken indien een klacht wordt ingediend, of als een tuchtafel of civiele procedure aangespannen wordt door een

benadeelde patiënt. Tevens zou er aandacht moeten zijn voor de psychische impact die het ervaren van een medisch incident kan hebben. Ter illustratie zij hier nog kort gewezen op een publicatie in het *Medisch Contact* van 29 januari jl. In deze bijdrage wordt door kinderartsen dr. De Vries en dr. Leeuwenburgh gewezen op het gebrek aan kennis bij artsen omtrent het tuchtrecht en de klachtenprocedure. Ook hier ligt voor ziekenhuizen een eenvoudige taak tot voorlichting weggelegd.⁴⁶⁾

Gefaseerde opvang zoals omschreven in het *Scott Model* is in overeenstemming met opvangsystemen zoals het BOT- of TOP-team, evenals de opvang zoals die wordt aangeboden in andere risicovolle beroepsgroepen, zoals geüniformeerde beroepen⁴⁷⁾ en het personeel van de Nederlandse Spoorwegen.⁴⁸⁾ De daar gehanteerde opvangsystemen zijn gebaseerd op het door Gerson ontwikkelde kringenmodel. In dit model zijn de instrumenten die het eventuele tweede slachtoffer worden aangereikt, zoals training, voorlichting en psycho-informatie, tezamen met steun van collega's de eerste kring van opvang na een schokkende gebeurtenis. In de tweede kring volgen leidinggevendenden, waarna in de derde en vierde kring professionele hulpverleners aan bod komen. Uitgangspunt van dit kringenmodel is de nadruk op het eigen herstel en de gefaseerde inzet van professionele ondersteuning naarmate hier behoefte aan is. Zoals eerder benoemd is naar de effectiviteit van opvang na een medisch incident (nog) niet voldoende wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd. De opvang na schokkende incidenten is een relatief jong begrip, en kennis omtrent dit onderwerp is in volle ontwikkeling.⁴⁹⁾ De door specialisten geuite wens tot *peer support* en steun vanuit de organisatie, evenals de gelijkenis van de omschreven mogelijkheden tot opvang, en opvang zoals deze in andere beroepsgroepen plaatsvindt doet echter vermoeden dat de hierboven omschreven vormen van opvang in de praktijk goed zouden kunnen werken, mits nadrukkelijk onder de aandacht gebracht.

5. Art. 7:658 BW en de plicht tot nazorg

Nu dan de vraag of en in hoeverre het hiervoor besprokene onderdeel is van de zorgplicht die het ziekenhuis jegens specialisten draagt in zijn hoedanigheid van werkgever op grond van art. 7:658 BW.

Op grond van art. 7:658 BW draagt de werkgever de zorgplicht om te voorkomen dat een werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden schade lijdt. Zo is een werkgever ertoe verplicht te zorgen dat materiaal en werkvloer aan veiligheidseisen voldoet, dat het personeel goed wordt geïnstrueerd en is de werkgever er ten slotte toe verplicht te controleren dat deze instructies worden nageleefd. De werknemer die zijn schade vergoed wil krijgen, moet om de werkgever succesvol aansprakelijk te kunnen stellen aantonen dat hij de schade heeft opgelopen in de uitoefening van zijn werkzaamhe-

39. Van enkele ziekenhuizen is het TOP of BOT protocol online gevonden. Dit wil uiteraard niet zeggen dat niet ieder ziekenhuis een dergelijk protocol heeft, wat helaas niet te achterhalen was.
40. Het Sint Antoniusziekenhuis te Nieuwegein bijvoorbeeld werkt met een TOP-Team. Zie: 'Opvang bij traumatische gebeurtenissen: het TOP-team & Ziekenhuisprotocol, informatie voor medewerkers'. Te vinden op www.antoniusziekenhuis.nl. Ter vergelijking werkt het Sint Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk met een BOT-Team. Zie: 'Protocol Bedrijfsopvang 2009, Bedrijfsopvang na ingrijpende of schokkende gebeurtenissen'. Te vinden op: www.isala.nl.
41. Hier wordt het begrip zorgverlener gebruikt, nu opvang door een TOP of BOT-team niet alleen voor medisch specialisten is opgezet maar ook voor verpleegkundigen en ander zorgverlenend personeel binnen het ziekenhuis.
42. M. Eestermans, 'Tijd vrijmaken en zorgen voor elkaar, zo simpel is het', *Kritiek*, nr. 1, 2014, p. 15.
43. M. Eestermans, 'Tijd vrijmaken en zorgen voor elkaar, zo simpel is het', p. 16.
44. M.G. van Pampus e.a., 'Opvang na ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer'.
45. Zo wordt door Schwappach e.a. gewezen op het belang dat nazorg actief door leidinggevendenden onder de aandacht wordt gebracht. Zie: Schwappach e.a., 'Impact of medical errors', p. 5.
46. S. Broersen, 'Niet meer de oude na tuchtafel', te vinden op <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/148200/Niet-meer-de-oude-na-tuchtafel.htm>.
47. Richtlijn psychosociale opvang geüniformeerden, te vinden op www.impactkenniscentrum.nl.
48. Gebaseerd op informatie verschaft door de NS zelf.
49. Illustratief is de controversie rond het fenomeen *debriefing*. Zie voor een uitgebreide bespreking R.J. Kleber, C. Mitterdorf, 'Opvang na schokkende gebeurtenissen: Stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek', *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2000:10, p. 889-904, en M. Sijbrandij, e.a., 'Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial', *Br J Psychiatry*, 2006, 189_385.

den. De werkgever kan vervolgens aan aansprakelijkheid ontsnappen door aan te tonen dat hij niet in zijn zorgplicht is tekortgeschoten of door aan te tonen dat het ongeluk is veroorzaakt door opzet of bewuste roekeloosheid aan de kant van de werknemer.

De Hoge Raad heeft het in ABN AMRO/Nieuwenhuis mogelijk gemaakt dat de werkgever niet alleen voor fysiek, maar ook voor psychisch letsel aansprakelijk kan zijn onder art. 7:658 BW. De Hoge Raad overweegt:

“De tekst van art. 7:658 BW noch de geschiedenis van dit artikel dwingt tot de beperkte opvatting dat dit artikel slechts betrekking heeft op de situatie dat aan de werknemer fysieke schade is toegebracht. [...] Voor de toepassing van art. 7:658 BW is – uiteraard – wel vereist dat het gaat om schending door de werkgever van een norm als in die bepaling bedoeld, alsmede om risico’s die zijn verbonden aan het werk en de werkomgeving. Er moet derhalve causaal verband zijn tussen de werkzaamheden en de psychische schade.”

Dat psychisch letsel voor vergoeding onder art. 7:658 BW in aanmerking komt, betekent echter niet dat dit in iedere situatie het geval is. Daarvoor dient er een norm te zijn geschonden zoals in art. 7:658 BW bedoeld, én er dient sprake te zijn van een risico inherent aan de beroepsuitoefening. Allereerst het eerste element. Wanneer is er sprake van een dergelijke normschending? Vegter onderscheidt hier twee aspecten: de mate van concreetheid van de geschonden norm en de mate waarin voorzienbaar is dat door schending van die norm (psychisch) letsel zal ontstaan. Vegter stelt dat er ten aanzien van psychisch letsel in vergelijking tot fysiek letsel voornamelijk weinig geschreven dan wel ongeschreven verplichtingen bestaan. Dit heeft tot gevolg dat de werknemer die zijn werkgever voor psychisch letsel wil aanspreken, uitgebreider zal moeten stellen en onderbouwen welke norm er jegens hem is geschonden.

Een vergelijking kan gemaakt worden met een andere beroepsgroep waarin schokkende incidenten een groot risico vormen voor de gezondheid van het personeel, namelijk het treinpersoneel van de Nederlandse Spoorwegen. In 2002 stelde een machinist van de NS zijn werkgever aansprakelijk voor het door hem in de uitvoering van zijn werkzaamheden opgelopen psychisch letsel. Het verwijt van de machinist betrof het gebrek aan opvang na geconfronteerd te zijn met negen zelfmoorden. Dit had bij hem tot psychisch letsel geleid. Wat deze uitspraak, onder andere, interessant maakt is de samenhang tussen art. 3 Arbeidsomstandighedenwet en art. 7:658 BW. De rechtbank overweegt hier:

“Art. 3 Arbeidsomstandighedenwet behelst onder meer de norm dat de werkgever gelet op de stand van de wetenschap, doeltreffende maatregelen treft, teneinde gevaren en risico’s voor de gezondheid van de werknemer zoveel mogelijk te voorkomen dan wel te beperken, tenzij dit redelijk-

kerwijs niet kan worden gevergd. De stand van de wetenschap jo. art. 3 Arbeidsomstandighedenwet kan een concrete norm opleveren in het kader van art. 7:658 BW. Zoals de stand van de medische wetenschap omtrent het verband tussen bepaalde stoffen (zoals asbest) en ernstige ziekten op de werkgever de verplichting kan leggen tot het nemen van preventieve of beschermende maatregelen (HR 25 juni 1993, NJ 1993/686) zo kan ook de stand van de wetenschap omtrent de effecten van – psychologische en vroegtijdige – hulp en begeleiding van mensen die, zoals treinbestuurders na een ongeval, indringend geconfronteerd worden met potentieel traumatiserende gebeurtenissen, de NS verplichten tot het nemen van maatregelen”.

Niet alleen kan een werkgever dus onder omstandigheden aansprakelijk zijn voor het psychisch letsel van zijn werknemer, op basis van deze uitspraak kan hij tevens gehouden zijn om ter voorkoming of verzachting van psychisch letsel concreet maatregelen te nemen, indien de stand van de wetenschap dit voorschrijft. Het ligt dan ook in de lijn van de besproken jurisprudentie om te stellen dat het ziekenhuis als werkgever de plicht heeft om zorgverleners in loondienst op te vangen na het ervaren van een medisch incident, als bekend is dat het ervaren van een dergelijke gebeurtenis een zorgverlener schade kan berokkenen wanneer hij hierin niet begeleid wordt. Dat een medisch incident de specialist tot in verregaande mate kan beïnvloeden, is in bovenstaande uitgebreid uiteengezet. Uit het hiervoor besprokene bleek dat er ten aanzien van de effectiviteit van opvang voor medisch specialisten nog veel onduidelijkheid bestaat. Dit betekent echter niet dat er uit de wetenschap geen concrete normen ter bescherming tegen psychisch letsel zijn af te leiden. Het volledig ontbreken van opvang zal in geen geval te verantwoorden zijn, nu uit verschillende wetenschappelijke bronnen blijkt dat dit tot ernstig psychisch letsel kan leiden. De regelmatige blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen zou voor werkgevers in de medische wereld een kenbaar risico op schade moeten vormen.

Een in het oog springend verschil tussen de machinist en de medisch specialist ten slotte is de oorzaak van de schadeveroorzakende gebeurtenis: waar een machinist instrumenteel is in het optreden van het incident, kunnen medische incidenten door toedoen van de specialist zelf ontstaan. Dit kan de vraag oproepen of het redelijk is de gevolgen die een fout voor desbetreffend specialist kan hebben rekening van het ziekenhuis te laten komen. De medisch specialist die een medische fout begaat, zal echter veelal via de weg van het tuchtrecht ter verantwoordelijkheid geroepen worden. Dat er sprake kan zijn van een fout ontslaat het ziekenhuis niet van de verantwoordelijkheid de gezondheid van de aldaar werkzame specialisten te waarborgen. Sterker: het effect dat een tuchtzaak op het emotioneel en professioneel functioneren van een specialist kan hebben, doet de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis wellicht zelfs zwaarder wegen.⁵⁰ Bovendien wordt het

“”

Werkgever kan ook voor psychisch letsel aansprakelijk zijn.

“”

antwoord op deze vraag opgelost door de werking van het aansprakelijkheidsrecht. De werkgever kan zich in die gevallen waarin grove fouten gemaakt zijn immers beroepen op opzet of bewuste roekeloosheid aan de zijde van de specialist.

6. Conclusie

Geneeskunde is mensenwerk, en waar mensen handelen, kunnen dingen mis gaan. In deze bijdrage is aandacht gevraagd voor de positie van de medisch specialist die een medisch incident meemaakt. De specialist die een fout maakt, moet aan steeds verdergaande eisen voldoen, maar blijft zelf regelmatig in de kou staan. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de specialist in kwestie. Het verlenen van opvang na een medisch incident kan helpen deze gevolgen te voorkomen of beperken. Dit is niet enkel in het belang van de medisch specialist: gebleken is dat een medisch incident ook invloed kan hebben op het professioneel functioneren van medisch specialisten. De gebrekkige verwerking van een medisch incident kan als zodanig tevens een direct risico vormen voor de patiëntveiligheid. In de behandelde wetenschappelijke literatuur wordt gewaarschuwd voor het ontstaan van een negatieve spiraal waarin medische incidenten elkaar opvolgen.

De vraag of het ziekenhuis de verantwoordelijkheid draagt om voor medisch specialisten opvang te verlenen na een medisch incident is hier bevestigend beantwoord. De Hoge Raad houdt de werkgever niet alleen verantwoordelijk voor het voorkomen van fysiek, maar ook van psychisch letsel. Bovendien kan de werkgever in risicovolle beroepen ertoe gehouden zijn concrete maatregelen te nemen ter voorkoming van psychisch letsel, indien de stand van de wetenschap dit voorschrijft. Normen ter voorkoming van psychisch letsel zijn nog niet uitgekristalliseerd. Wel is er in de wetenschap omtrent de opvang van tweede slachtoffers een algemene tendens te bespeuren waarin de nadruk wordt gelegd op *peer support* met de mogelijkheid tot doorverwijzing naar professionele hulpverlening. Het volledig ontbreken van opvang zal in geen geval te verantwoorden zijn. Het ziekenhuis draagt de verantwoordelijkheid tot het waarborgen van de psychische gezondheid van specialisten bovendien niet alleen als werkgever. Gebleken is ook hoe het ervaren van een medisch incident de kwaliteit en veiligheid van zorg negatief kan beïnvloeden. Het verlenen van nazorg aan medisch specialisten die een medisch incident hebben meegemaakt, biedt het ziekenhuis de kans de zorg gezond te houden.

“
**Bij de opvang van
tweede slachtoffers
veel nadruk op peer
support.**

. ”

50. Zo werd in het Medisch Contact van januari jl. nog eens gewezen op de effecten van een tuchtzaak op het functioneren van kinderartsen. Zie: S. Broersen, 'Niet meer de oude na tuchtzaak', via www.medischcontact.nl.