

Commentaar SIN-NL op concept Wet cliëntenrechten zorg dd 120309, 20 april 2009

Prealabel: wij handhaven ons commentaar op de brief van Minister Klink 23 mei 2009 voor zover dit niet verwerkt is in de concept wet tekst dd 12 maart 2009, zie apart document.

NB: veilig melden art 11 en niet onderzoeken incidenten IGZ art 50-6 niet aanvaardbaar.

Wat stond er in het geschrapte art. 2?

Art 3: voorstel: toevoegen lid 1. Zorgaanbieders zijn ervoor verantwoordelijk dat zij hun plichten als zorgverlener jegens de cliënt en zijn nabestaanden direct en in volle omvang op professionele, correcte, respectvolle wijze nakomen.

De huidige tekst wordt art 3 lid 2.

Art 6: de woorden “goede zorg” vervangen door:” tijdige, volledige, eerlijke informatie, tijdige, volledige, adequate diagnostiek en tijdige, volledige, eerlijk en adequate medische behandeling en begeleiding.”

Art 10: de woorden “draagt zorg voor ” vervangen door “is verplicht tot”.

Toevoegen: verplichte acceptatie van inbreng van gegevens door cliënten alsmede verplichte toetsing der gegevens door cliënten.

Art 11-2: Hier wordt nb in een wet voor patiënten, zonder enige gewetensnood, het onacceptabele veilig melden voor artsen en verpleegkundigen tot Wet verheven!!!!

De thans bestaande strafrechtelijke criteria: opzet, grove nalatigheid en schuld bij medische fouten worden via deze formulering in één klap weggevaagd, ten nadele van slachtoffers van medische fouten en hun nabestaanden. De inhoud leidt thans tot de volgende situatie:

De registers zijn niet openbaar.

Artsen, verpleegkundigen en andere verzorgenden mogen vrij melden, zonder gevolgen.

Door te melden scheppen zij hun eigen tuchtrechtelijke, civielrechtelijke en strafrechtelijke onschendbaarheid.

Hoogstens strafrechtelijk onderzoek naar een misdrijf kan de inhoud van een melding voor bewijs in een strafrechtelijke procedure gebruikt worden, waarbij dus inbreng in tuchtrechtelijke of civielrechtelijke procedure onmogelijk is.

Uit ervaring weten we dat het OM zelden overgaat tot het instellen van een strafrechtelijk onderzoek. Aanneمة van deze wet met dit artikel betekent vrijwel volledige onschendbaarheid van de medische sector voor aansprakelijkheid van medische fouten.

Art 11 dient in de huidige vorm volledig verwijderd te worden.

Dit artikel is sterk ten nadele van patiënten, slachtoffers van medische fouten en nabestaanden.

Art. 12 toevoegen “ schriftelijk” alsmede “aan de patiënt, cq nabestaanden”

- art 12-1 a “calamiteit” vervangen door medische fout of nalatigheid

-art 12-1b schrappen “niet beoogd of onverwacht” en “ernstig”

Art 12a: formuleren als verplichting door de zorgverlener op goede overdracht van patiënt en goed vervolg van zorgverlening.

Art 13-1 en 2: Toevoegen: na informatie en schriftelijke toestemming van de patiënt.

Hier staat plotseling het woordje nazorg en wordt geregeld dat artsen hierover onderling afspraken maken. Ook hier geldt UITSLUITEND na info en toestemming van de patiënt.

Art 14 -1, 2 en 3: Wederom toevoegen: na informatie en schriftelijke toestemming van de patiënt.

Art 15. het formuleren als inspannings verplichting door de huisarts is onvoldoende.
Er hoort een resultaatsverplichting geformuleerd te worden.

Art 16. Toevoegen: “schriftelijke” voor informatie. En na “informeert”: schriftelijke
Toevoegen: na “zorgaanbieder” zorgverzekeraar.

Art 17. Herformuleren vanuit verplichtingen van de zorgverlener met betrekking tot het
verstrekken van tijdige, eerlijke, volledig en correctie informatie inzake diagnostiek,
behandeling en stand van zaken.

Het onthouden van informatie mag slechts in uitzonderingsgevallen na raadplegen
vertegenwoordiger van de patiënt.

Art 20. Herformuleren vanuit verplichtingen van de zorgverlener met betrekking tot het
verstrekken van tijdige, eerlijke, volledig en correctie informatie inzake diagnostiek,
behandeling en stand van zaken.

Informatie en toestemming dienen schriftelijk verleend te worden, minimaal 24 uur van te
voren, tenzij in dringende medische situaties.

Art 22. Herformuleren als verplichting van de zorgverlener, conform zorgplicht.

Art 23. Toevoegen: tijdig, eerlijk, correct, leesbaar en volledig, alsmede uitsluitend
rechtsgeldig na schriftelijke autorisatie van de patiënt, conform ons wetsvoorstel,
zie **bijlage**.

Art 23 -5b: niet duidelijk

Art 24: bedoeld wordt de verplichting tot verstrekken van informatie over medische fouten
aan slachtoffers en nabestaanden. Dit dient als zodanig exact zo geformuleerd te worden. Niet
zo spoedig mogelijk, maar DIRECT informeren.

art 25 en art 26 Aanpassen aan autorisatie medisch dossier en correspondentie artikel en
inzage alsmede afschrift per DIRECT verstrekken aan patiënt of nabestaanden, tenzij patiënt
schriftelijk inzage of afschriften verbiedt, of verbod aannemelijk kan worden geacht.

Art 28: zie opmerkingen bij art 25 en 26

Art 30: het begrip goede zorg dient nauwkeurig geformuleerd te worden.

Klacht en geschillenregeling.

Deze dient onafhankelijk, tijdig en respectvol te zijn en opgesteld te worden na toestemming
door onafhankelijk organisatie van slachtoffers van medische fouten.

Deze criteria dienen letterlijk in de regeling te worden opgenomen oa art 31.

Art 32. Niet de zorgaanbieder maar organisatie van slachtoffers van medische fouten dient
een instantie aan te wijzen.

Medezeggenschap is uitsluitend zinvol door goed geïnformeerde en onafhankelijke
organisaties van slachtoffers van medische fouten.

Art 38-2: toevoegen minimaal 4 weken van te voren.

Art 40: cliëntenraad is blijkbaar financieel afhankelijk van zorgaanbieder. Niet acceptabel er dient een ander oplossing gevonden te worden.

Art 41: verdient nadere bestudering

Wat is de inhoud van de art 43-45 en art 48 die pro memorie staan????

Art 49 a en b. Gezien het belang van een goede kwaliteit van gezondheidszorg ondersteunen wij openbaarheid van deze gegevens.

Ter beschikking stelling aan de Minister van VWS is niet voldoende.

Toezicht en handhaving.

Art 50-5: toevoegen “met toestemming van de patiënt en/of nabestaande.

Art 50 -6: hierin staat dat ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid en andere door de Minister aangewezen personen overtredingen van incidenteel karakter buiten behandeling kunnen laten.

Dit lid moet acuut verwijderd worden. Dit is het venijn in de staart van dit wetsvoorstel.

Handhaving zou betekenen dat de Inspectie Gezondheidszorg en anderen volledig naar eigen inzicht en willekeur kunnen bepalen of zij een medische fout als incident betitelen en dus niet onderzoeken.

Dit betekent legalisering van het huidige –in feite- volstrekt onprofessionele beleid van de Inspectie Gezondheidszorg. Deze weigert thans medische fouten waardoor nb ca 20 personen sterven en 20 personen invalide worden, enkel door nalatig handelen in ziekenhuizen (over de cijfers van nalatig handelen van huisartsen, verpleeghuisartsen, thuiszorgmedewerkers ed is NIETS bekend) te onderzoeken.

Let wel: door het weigeren van de Inspectie worden medische fouten niet onderzocht, er worden geen sancties gesteld. Met andere woorden, artsen die fouten begaan en slachtoffers maken, worden NIET gecorrigeerd, laat staan gesanctioneerd.

Dit betekent ook dat artsen NIETS leren van hun fouten.

Immers: artsen zelf registreren hun fouten niet en onderzoeken ze niet, Amalberti januari 2007 lezing UMC Utrecht. Medische fouten zijn daardoor veelal herhalingsfouten, die vermijdbaar en dus verwijtbaar zijn.

Iedere medische fout dient geregistreerd en gemeld te worden aan een externe onafhankelijke instantie, alsmede onderzocht, gecorrigeerd en gesanctioneerd.

Iedere medische fout dient verteld te worden aan het slachtoffer/de nabestaande en hersteld te worden, voorzover mogelijk. Hierover dient een apart wetsartikel geformuleerd te worden, in navolging van de zorgplicht (WGBO0 en o het wetsvoorstel van SIN-NL Vertel en Herstel.

De aanwijzing uit art 51 dient vervangen te worden door een bevel.

Gaarne verduidelijking wat een last onder bestuursdwang is.

Art 50-1: boete verhogen naar 50.000 euro

Termijn stellen waarbinnen fout gemeld moet worden aan Inspectie en aan slachtoffer/nabestaande bij art 12 en bij dit artikel.

Art 53-2a. 2x binnen 24 maanden schrappen.

Art 53-4: overtreding wijzigen in misdrijf, conform art 7 Wegenverkeerswet.

Toevoegen: sanctie op niet informeren of te laat informeren over medische fout aan slachtoffer van medische fout, nabestaande: misdrijf.

Wat is de inhoud van art 54 waar pm onder staat?

Conclusie:

Invoering van de Wet Cliëntenrechten en zorg in de huidige vorm leidt tot grote achteruitgang van de rechten van de patiënt. De redenen:

1. de invoering van veilig melden van medische fouten door artsen verpleegkundigen ed, waardoor meldingen niet gebruikt mogen worden in tuchtrecht, civielrecht en strafrecht, zie art 11 WCZ, is volstrekt onaanvaardbaar.
2. de invoering van art 50-6 waardoor de Inspectie Gezondheidszorg legaal en naar willekeur kan weigeren om medische fouten te onderzoeken en aldus medische fouten kan afdoen als incidenteel.

Bovendien ontbreken in deze wet zeer belangrijke patiëntenrechten zoals:

3. de formulering van het recht op cq de plicht tot herstelbehandeling na een medische fout, zie wetsvoorstel Vertel en Herstel, SIN-NL hetgeen reeds verplicht is op basis van de WGBO.
4. het recht tot autorisatie van het medisch dossier door de patiënt teneinde rechtsgeldigheid van het dossier te realiseren, zie wetsvoorstel Autorisatie medisch dossier SIN-NL.
5. het recht om doorverwezen te worden naar een medisch specialist na een medische fout, zie commentaar SIN-NL op brief Minister Klink 23 mei 2008.
6. de plicht tot opheffen van de interne collectieve zwijgplicht der artsen en bestuurders van ziekenhuizen inzake medische fouten en derhalve de plicht tot openheid en eerlijkheid van de betrokken zorgverleners, bestuurders en toezichthouders van instellingen van gezondheidszorg, zie commentaar SIN-NL op brief Minister Klink 23 mei 2008.

Vooralsnog zien wij geen reden om invoering van deze wet in deze vorm te ondersteunen.

NB: de art, 55 tot en met 79 omtrent wijzigingen en intrekking van andere wetten en overgangsrecht zijn nog niet bij onze analyse betrokken.

Wij behouden ons het recht voor op het formuleren van nader commentaar.

Utrecht, 20 april 2009

Mr Sophie Hanks

Voorzitter Slachtoffers Iatrogene Nalatigheid-Nederland www.sin-nl.org

Voorzitter Iatrogenic Europe Unite-Alliance www.ieu-alliance.eu

bijlagen in aparte documenten:

1. commentaar SIN-NL op kabinetsbesluit 23 mei 2008 mbt patiëntenrechten
2. wetsvoorstel Autorisatie medisch dossier
3. wetsvoorstel Informatie en consult op schrift

Medische fouten en het medisch dossier :Voorstel wijziging WGBO,maart 2007
Rechtsgeldigheid van medisch dossier en correspondentie door autorisatie door patiënt.

Het rapport van de Inspectie Gezondheidszorg eind februari 2007 dat door NOVA uitgebreid in de publiciteit werd gebracht maakt duidelijk dat de dossiers van patiënten in ziekenhuizen niet in orde zijn. Hierdoor is de patiëntveiligheid van in gevaar en kunnen ernstige medische fouten ontstaan.

April 2007 blijkt bij uitbrengen van het Nivel/Emgo rapport over onbedoelde schade- medische fouten- in Nederlandse ziekenhuizen, dat 76% van de onderzochte medische dossiers inadequaat was.

Zoals erkend door Prof. Legemaate van de KNMG, informeren artsen in het algemeen hun patiënten of familieleden niet wanneer er een medische fout heeft plaatsgevonden, zie zijn oratie mei 2006.

Dit betekent dat het dossier vaak niet volledig of niet volledig correct is teneinde medische fouten zoveel mogelijk te verheimelijken.

Dit bemoeilijkt de bewijsvoering voor het slachtoffer van de medische fout ten eerste. Uit de vele dossiers die wij hebben ingezien, is inmiddels bekend dat artsen ook vaak volstrekt ten onrechte neerschrijven dat hij/zij de patiënt uitvoerig heeft geïnformeerd of uitleg heeft gegeven of dat de patiënt bepaalde onderzoeken weigert of juist gevraagd heeft.

Ook wordt het slachtoffer ten onrechte op een onsympathieke wijze beschreven.

Nadat aan de patiënt of aan zijn/haar familieleden duidelijk wordt dat er sprake is van een medische fout, is het belangrijk om het medisch en eventueel verpleegkundig dossier zo snel mogelijk op te vragen.

Correcte dossiervoering is voor goede medische behandeling essentieel.

Teneinde alle eventuele misverstanden of opzettelijke verschrijvingen te voorkomen, bepleiten wij als standaard procedure ten aanzien van dossiervoering dat :

- aan het einde van ieder consult aan de patiënt een kopie van de schriftelijke weergave wordt meegegeven, zodat de patiënt de inhoud kan controleren en kan corrigeren.
- dat de schriftelijke weergave van een consult slechts officieel geldig is en rechtskracht heeft wanneer de patiënt zijn/haar handtekening voor akkoord er onder heeft gezet.
- ditzelfde geldt voor dossier-aantekeningen door verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

Zo bereikt men dat de dossiers volledig en volledig correct zijn.

Ten aanzien van medische correspondentie, brieven ed. zijn wij van mening dat deze niet verstuurd mogen worden zonder autorisatie(handtekening van) door de patiënt.

Te vaak zijn brieven met incorrecte informatie verstuurd door artsen, die uitgingen van toestemming van de patiënt. Geen enkel activiteiten gebied in onze samenleving staat professionals toe om brieven te versturen zonder de expliciete toestemming van de betrokken personen. De privileges die de medische beroepsgroep zich toegeëigend heeft, zijn incorrect en op onjuiste wijze verkregen. Transparantie vereist voorafgaande inzage en autorisatie door de betrokken patiënt. Alle brieven die een arts verstuurt dienen vooraf door een handtekening van de betrokken patiënt geautoriseerd te worden.

Ook dit dient bij wet, via de WGBO geregeld te worden.

Uiteraard gelden onze voorstellen tevens het Elektronisch Patiënten Dossier.

Mr Sophie Hankes, voorzitter SIN-NL en IEU-Alliance
www.sin-nl.org en www.ieu-alliance.eu

Wetsvoorstel: Informatie en consult op schrift!

“Arts: geef je bevindingen en advies direct op schrift mee aan de patiënt!”

Onderstaand is een heel voor de hand liggende oplossing ter verbetering van de positie van de patiënt. Heel vaak horen wij dat patiënten na een bezoek aan huisarts of medisch specialist niet exact meer weten wat deze arts aan gezegd heeft omtrent de resultaten van onderzoeken, de diagnose, voorstel tot behandeling ed.

Dit is uiteraard niet de bedoeling. Een patiënt hoort goed geïnformeerd te worden over zijn gezondheidssituatie en indien hij de mededelingen bij wijze van spreken de volgende dag niet goed kan recapitulieren moet hiervoor een oplossing gezocht worden.

SIN-NL stelt derhalve voor dat de arts aan het einde van ieder consult kort en krachtig in heldere bewoordingen een schriftelijke samenvatting opstelt van de belangrijkste mededelingen en deze direct meegeeft aan de patiënt.

Op deze wijze wordt de patiënt goed en helder geformuleerd en bestaat er geen twijfel of onzekerheid over datgene wat de arts wel of niet gezegd heeft.

Dit is een win-win situatie voor de arts en de patiënt. Beide begrijpen elkaar goed en er ontstaan geen misverstanden.

Wij achten het van belang dat de arts wettelijk verplicht wordt om de patiënt schriftelijk op deze wijze tijdig en correct te informeren. Onze gezondheid is ons grootste goed en we dienen hier uiterst zorgvuldig mee om te gaan.

De schriftelijke informatie-overdracht komt ook ten goede aan het zo belangrijke begrip: informed consent. Dit betekent dat een patiënt zijn toestemming pas geeft wanneer hij goed geïnformeerd is.

Dit voorstel sluit nauw aan bij ons wetsvoorstel om de patiënt direct na het consult een kopie mee te geven van de aantekeningen van de arts. Pas na schriftelijke autorisatie, het zetten van een handtekening, van de patiënt, is dit gedeelte van het medisch dossier rechtsgeldig.

Mr Sophie Hankes, voorzitter SIN-NL en IEU-Alliance

www.sin-nl.org en www.ieu-alliance.eu