

Medische fouten en het medisch dossier : Voorstel wijziging van WGBO, maart 2007.

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 zeerste.

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 eventueel 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.