

(GE)VALLLEN MET LETSEL IN HET ZIEKENHUIS

DE AANSPRAKELIJKHEID VAN EEN VAL MET
LETSEL BIJ EEN OUDERE PATIËNT



Franciscus Ziekenhuis
Boerhaavelaan 25
4702 AE Roosendaal
(0165) 58 80 00
www.franciscusziekenhuis.nl

Els Holdtgrefe-Goos
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
Roosendaal, 27 mei 2013

(GE)VALLEN MET LETSEL IN HET ZIEKENHUIS

DE AANSPRAKELIJKHEID NA EEN VALINCIDENT
BIJ EEN OUDERE PATIËNT

Student:	Els Holdtgrefe-Goos
Studentnummer:	2035551
School:	Juridische Hogeschool Avans-Fontys Tiburg
Organisatie:	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
Afstudeermentor organisatie:	Janneke van Vliet, lid raad van bestuur
Afstudeerdocente:	Lieke van Berkel
Plaats en datum:	Roosendaal, 27 mei 2013

Voorwoord

De aanleiding van dit onderzoeksrapport was de afronding van mijn rechtenstudie. Deze deeltijdopleiding volgde ik naast mijn werk in het Franciscus Ziekenhuis. De keuze om het onderzoek te doen in dit ziekenhuis lag daarom voor de hand. Door de raad van bestuur werd gevraagd om aanbevelingen te doen waarmee aansprakelijkheid (schadeclaims) ten gevolge van valincidenten van oudere patiënten in de kliniek kan worden beperkt. Als enige juridisch (staf)medewerker gaf dit onderzoek mij persoonlijk ook veel antwoorden omdat ik geen gezondheidsrecht heb gestudeerd. Dit bleek een complex, maar boeiend rechtsgebied. Ik hoop dat u als lezer met interesse mijn onderzoeksrapport zult lezen en er bruikbare informatie in vindt. Tevens hoop ik dat de aanbevelingen door de raad van bestuur worden overgenomen waardoor niet alleen schadeclaims, maar ook valincidenten bij oudere patiënten beperkt kunnen worden.

In dit voorwoord wil ik van de gelegenheid gebruik maken om mijn man René te bedanken die mij de afgelopen jaren zo geweldig heeft gesteund! Zonder zijn bemoedigende woorden was het mij niet gelukt om de studie tot een goed einde te brengen. Verder wil ik onze dochter Minke bedanken voor haar liefdevolle begrip al die keren dat zij haar moeder bij thuiskomst studierend in de boeken aantrof. Ook wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun aanmoedigingen. Ik heb de afgelopen jaren te weinig tijd voor hen gehad en hoop dat snel goed te kunnen maken. Tevens wil ik alle kennissen, collega's van het bestuurssecretariaat en de raad van bestuur bedanken voor hun betrokkenheid en steun.

Ten aanzien van dit onderzoek wil ik in het bijzonder Janneke van Vliet, lid raad van bestuur, bedanken voor haar begeleiding als afstudeermentor. Verder wil ik Lieke van Berkel, die mij als eerste afstudeerdocent heeft begeleid, hartelijk danken voor haar feedback en ondersteuning. Ook Lydia Nuchelmans wil ik als tweede afstudeerdocent bedanken voor het mede beoordelen van mijn onderzoeksopzet en scriptie. Tot slot wil ik al mijn collega's van het ziekenhuis bedanken die hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

Hooge Zwaluwe, 27 mei 2013

Els Holdtgrefe-Goos

Inhoudsopgave

Samenvatting

Lijst van afkortingen

1.	Inleiding	8
1.1	Het Franciscus Ziekenhuis	8
1.2	Aanleiding	8
1.3	Probleembeschrijving	8
1.4	Doelstelling	8
1.5	Vraagstelling	8
1.6	Methode van onderzoek	9
1.7	Opbouw	9
2.	Het valrisico van oudere patiënten in de kliniek	10
2.1	De oudere patiënten en het valrisico	10
2.2	Het beleid van het FZR ten aanzien van valpreventie bij oudere patiënten	10
2.3	Het beleid van de overheid met betrekking tot de groep kwetsbare ouderen	11
3.	Het wettelijk kader: de (centrale) aansprakelijkheid bij valincidenten	12
3.1	De centrale aansprakelijkheid	12
3.2	De aansprakelijkheid van het FZR	13
3.3	Elementen voor aansprakelijkheid	14
3.4	De toerekenbare tekortkoming	14
3.4.1	Tekortkoming van gebruikte materialen	17
3.4.2	Schending patiëntenrechten	17
3.4.3	De informatieplicht	18
3.4.4	Het toestemmingsvereiste	18
3.4.5	De dossierplicht	19
3.5	Schade	19
3.6	Causaal verband	20
3.7	Het bewijs	21
3.7.1	De verzwaarde stelplicht	21
3.7.2	De omkeringsregel	23
3.8	Richtlijnen en protocollen	24
3.9	Toekomstige ontwikkelingen aansprakelijkheidsrecht	25
4.	De praktijk: de werkwijze in de kliniek ten aanzien van beperking van valincidenten	26
4.1	Interviews	26
4.2	Werkwijze conform de wet, jurisprudentie, richtlijnen en protocollen	27
4.2.1	Richtlijnen en protocollen in het FZR	27
4.2.2	Richtlijn voor preventie van valincidenten bij ouderen	28
4.2.3	Protocol zorgplan valpreventie	28
4.2.4	Vergelijking richtlijn valpreventie met valprotocol	29
4.2.5	Vrijheidsbeperkende maatregelen	29
4.2.6	Werkwijze na een valincident in de kliniek	31
4.3	Het Veilig Incidenten Melden	31
4.4	Calamiteiten	32
4.5	Observaties naar de werkwijze in de kliniek	32

5.	Conclusies en aanbevelingen	35
5.1	Conclusies	35
5.1.1	Conclusie risico op vallen van oudere patiënten in de kliniek	35
5.1.2	Conclusie (centrale) aansprakelijkheid van het FZR	35
5.1.3	Conclusie werkwijze in de kliniek ten aanzien van beperking van valincidenten	37
5.2	Aanbevelingen	39
5.2.1	Aanbevelingen richtlijnen en protocollen	39
5.2.2	Aanbevelingen bewustwording aansprakelijkheid	40
5.2.3	Aanbevelingen vrijheidsbeperkende maatregelen	40
5.2.4	Aanbevelingen toekomstige ontwikkelingen	41
6.	Literatuur- en bronnenlijst	42
7.	Jurisprudentielijst	45

Bijlagen

Bijlage A	Vragenlijst Janneke van Vliet
Bijlage B	Vragenlijst Anton Valk
Bijlage C	Vragenlijst Ton Akkermans
Bijlage D	Vragenlijst Cor van Nijnatten
Bijlage E	Vragenlijst Marinka Stolk
Bijlage F	Conclusies en aanbevelingen uit de richtlijn "Preventie bij valincidenten van ouderen"
Bijlage G	Zorgplan valpreventie
Bijlage H	Verpleegkundige anamnese
Bijlage I	Stappen en interventies uit het zorgplan
Bijlage J	Toestemmingsformulier voor vrijheidsbeperkende maatregelen
Bijlage K	Document gebruik fixatiemateriaal
Bijlage L	Patiëntenfolder "Beperk het risico te vallen"
Bijlage M	Patiëntenfolder "Acute verwardheid (Delirium)"
Bijlage N	Brief aan de hulpverleners over de observaties
Bijlage O	Patiënteninformatie: "Beperk het risico op vallen"

Samenvatting

Door de toenemende vergrijzing zullen er in de komende jaren steeds meer oudere patiënten in het Franciscus Ziekenhuis (FZR) worden opgenomen. Deze patiënten hebben een verhoogde kans om tijdens een ziekenhuisopname te vallen. Bij een val kan schade optreden die aan de patiënt moet worden vergoed wanneer blijkt dat het ziekenhuis hiervoor aansprakelijk is. Met het toenemend aantal oudere patiënten is ook het aantal schadeclaims na valincidenten toegenomen. Vandaar dat er bij de raad van bestuur behoefte bestaat aan onderzoek hoe deze claims (aansprakelijkheid) ten gevolge van valincidenten van oudere patiënten kunnen worden beperkt.

Om aan de raad van bestuur aanbevelingen te kunnen doen waarmee schadeclaims ten gevolge van valincidenten zijn te beperken, is onderzoek gedaan naar de gronden waarop het FZR aansprakelijk kan worden gesteld. Bij het onderzoek van de huidige wet- en regelgeving, jurisprudentie en richtlijnen is tevens gebruik gemaakt van literatuur. Hierna is getoetst hoe dit wettelijke kader is vertaald in de werkwijze van de kliniek rondom (het beperken van) valincidenten. Daarvoor zijn onder andere interviews gehouden, observaties verricht en is er documentenonderzoek gedaan. Uit het onderzoek zijn conclusies getrokken en aan de hand daarvan is een aantal aanbevelingen gedaan aan de raad van bestuur van het FZR. Door de aanbevelingen op te volgen kunnen schadeclaims (aansprakelijkheid) worden beperkt.

Uit het onderzoek is als belangrijkste conclusie naar voren gekomen dat enerzijds het beleid en de werkwijze van het FZR erop zijn gericht om valincidenten bij oudere patiënten in de kliniek te beperken. Maar anderzijds loopt het FZR de kans op aansprakelijkheid doordat het valprotocol niet exact wordt opgevolgd. De hulpverleners zijn er zich niet van bewust dat alle stappen van het protocol, na een hoog valrisico bij een patiënt, direct doorlopen moeten worden en dat bij afwijking hiervan dit beargumenteerd in het dossier moet worden aangetekend. Afwijken van het protocol mag slechts indien dit in het belang is van een goede patiëntenzorg. Het valprotocol is opgesteld om de patiënt te beschermen tegen een valrisico. Bij een schadeclaim na een valincident is een volledig dossier van cruciaal belang voor de bewijslast. Wanneer het FZR niet kan aantonen dat er volgens het protocol is gehandeld dan kan dit een omkering van de bewijslast opleveren. Het FZR dient dan te bewijzen dat er wél volgens het protocol is gehandeld.

Doordat er onbewust het risico wordt gelopen op aansprakelijkheid bij valincidenten is het van belang om hulpverleners erop te wijzen dat er volgens het protocol moet worden gehandeld. Omdat hulpverleners moeten werken met een grote hoeveelheid aan protocollen is hierbij digitale ondersteuning gewenst. Het is aan te bevelen om het valprotocol te koppelen aan het dossier van de patiënt zodra hij een hoog valrisico heeft. Door in het dossier verplichte velden aan te brengen is het voor de hulpverlener direct zichtbaar welke stappen hij moet nemen. Daarbij wordt dan direct digitaal verslag gelegd en kan worden aangetekend wanneer er van het protocol is afgeweken en wat de reden daarvan was. Door deze werkwijze hoeft de hulpverlener niet steeds zelf het valprotocol op te zoeken. Door het exact opvolgen van het protocol en de goede verslaglegging kunnen valincidenten en aansprakelijkheid worden beperkt.

Uit het onderzoek blijkt dat het beleid van het FZR erop is gericht om zoveel mogelijk valincidenten van oudere patiënten te beperken. In de kliniek zijn de hulpverleners zich bewust van de valrisico's en er wordt door hen veel gedaan aan valpreventie. Men zoekt steeds naar mogelijkheden om vallen van oudere patiënten te voorkomen. Valincidenten worden door de hulpverleners gemeld, geanalyseerd en in het team besproken. Ook wordt onderzocht of de incidenten voorkomen hadden kunnen worden en er worden verbetermaatregelen doorgevoerd. Patiënten (en familie) worden gewezen op valrisico's. Het beleid van het FZR zal er in de toekomst steeds op zijn gericht om de oudere patiënten zo veel mogelijk te behoeden voor valincidenten. Er kan geen garantie worden gegeven dat vallen bij oudere patiënten is te voorkomen, maar de intentie bij de hulpverleners is er in ieder geval wel!

Lijst van afkortingen

Atrium MC	: Atrium Medisch Centrum
BW	: Burgerlijk Wetboek
CBO	: Centraal Begeleidingsorgaan
DKS	: Documentbeheer voor Kwaliteitssystemen
DVD	: Digitaal Verpleegdossier
FZR	: Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
GBO	: Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Gw	: Grondwet
HR:	: Hoge Raad
IGZ	: Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KWZ	: Kwaliteitswet Zorginstellingen
MvT	: Memorie van Toelichting
NIAZ	: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NVZ	: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OMS	: Orde van Medisch Specialisten
PVC	: Patiënt Veiligheidscommissie
Rb	: Rechtbank
Rv	: Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering
SEH	: Spoedeisende Hulp
VAR	: Verpleegkundige Advies Raad
VIM	: Veilig Incidenten Melden
VMS	: Veiligheid Management Systeem
V&VN	: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	: Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	: Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WGBO	: Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WZD	: Wet Zorg en Dwang

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven wie de opdrachtgever is van het onderzoek en wat de aanleiding hiervoor was. Hierna wordt het probleem uitgelegd evenals de doelstelling van het onderzoek. Vervolgens worden de centrale vraag en de deelvragen aangegeven. Tevens komt de opbouw van het onderzoeksrapport aan bod en de verschillende methodes waarmee het onderzoek is verricht.

1.1 Het Franciscus Ziekenhuis

Het onderzoek werd verricht in opdracht van de raad van bestuur van het FZR te Roosendaal. Dit is een gemiddeld groot ziekenhuis met circa 132 medisch specialisten en ruim 1500 medewerkers¹. Het FZR is een stichting en heeft drie vestigingen: de hoofdvestiging is in Roosendaal en de twee buitenlocaties in Oudenbosch en in Etten-Leur.

1.2 Aanleiding

De raad van bestuur van het FZR heeft extra aandacht voor patiënten van zeventig jaar en ouder ("de kwetsbare ouderen"). Deze groep patiënten loopt vanwege hun leeftijd het risico om te vallen in de kliniek en voor hen zijn de gevolgen van een val vaak ernstig. Door de vergrijzing en het toenemend aantal opnames van oudere patiënten stijgt ook het aantal valincidenten. Voor de schade na een valincident ontvangt het FZR steeds vaker een aansprakelijkstelling (schadeclaim). Deze schade dient vergoed te worden wanneer die is ontstaan door een fout in het ziekenhuis en de schade het gevolg is van de val. Er is onderzoek nodig naar de gronden waarop het FZR aansprakelijk is voor de schade na een valincident in de kliniek. Wanneer deze gronden duidelijk zijn dan kunnen die worden getoetst aan de werkwijze in de kliniek. Hierna kan vervolgens beleid worden opgesteld om de aansprakelijkheid van het FZR te beperken.

1.3 Probleembeschrijving

Voor de raad van bestuur van het FZR is het vaak onduidelijk of hij aansprakelijk is voor de schade die een patiënt heeft ten gevolge van een val tijdens een ziekenhuisopname. Hij wil daarom weten op welke gronden het FZR aansprakelijk kan worden gesteld. Ook wil hij vernemen of de werkwijze in de kliniek ten aanzien van valincidenten conform de wet- en regelgeving, jurisprudentie en richtlijnen is. Indien uit het onderzoek blijkt dat er beleid moet worden opgesteld om de aansprakelijkheid (schadeclaims) bij valincidenten te beperken, dan dienen daar aanbevelingen voor te worden gedaan.

1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om, op grond van de conclusies, aanbevelingen te kunnen doen aan de raad van bestuur van het FZR. Aan de hand van deze aanbevelingen kan het FZR beleid opstellen om daarmee schadeclaims (aansprakelijkheid) te beperken. Afgesproken werd om vóór 27 mei 2013 aan de raad van bestuur van het FZR dit onderzoeksrapport te overhandigen.

1.5 Vraagstelling

De centrale onderzoeksvraag was: "Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan aan de raad van bestuur van het Franciscus Ziekenhuis ten aanzien van het beperken van aansprakelijkheid (schadeclaims) ten gevolge van valincidenten van oudere patiënten in de kliniek, gelet op de huidige wet- en regelgeving, jurisprudentie, richtlijnen en werkwijze binnen het ziekenhuis?"

Ter beantwoording van deze vraag is het antwoord gegeven op de volgende deelvragen:

1. Welke patiënten lopen er een risico op een valincident in de kliniek en wat is het beleid van het FZR en de overheid met betrekking tot deze groep patiënten?
2. Op welke gronden is het FZR aansprakelijk voor valincidenten van oudere patiënten in de kliniek op basis van wet- en regelgeving, en jurisprudentie?

¹ Franciscus Ziekenhuis, 'Over Franciscus', 2013, <www.franciscusziekenhuis.nl/over-franciscus>, 12 januari 2013.

3. Wat is de werkwijze in de kliniek ten aanzien van het beperken van valincidenten (aansprakelijkheid) op grond van de vigerende wet- en regelgeving, jurisprudentie, richtlijnen en protocollen?
4. Wat zijn de conclusies uit het onderzoek en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan aan de raad van bestuur van het FZR naar aanleiding van deze conclusies?

1.6 Methode van onderzoek

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden werden er verschillende onderzoeksmethoden gecombineerd (triangulatie). Voor het onderzoek naar het recht werd literatuuronderzoek gedaan en de relevante wet- en regelgeving en jurisprudentie werden bestudeerd. Voor het onderzoek naar de praktijk is gebruik gemaakt van empirisch onderzoek. Dit houdt in dat er onder andere interviews zijn afgenomen en observaties zijn verricht in de kliniek. Op die manier ontstond er een goed beeld van de werkwijze rondom valpreventie van oudere patiënten in de praktijk. Tegelijkertijd werd er documentonderzoek gedaan. Onder meer is de vertaling van de landelijke richtlijn over valpreventie vergeleken met het valprotocol dat hierover is opgesteld in de kliniek. In het kader van de vrijheidsbeperkende maatregelen zijn twee nieuwe wetsvoorstellen aangehaald. Om te toetsen of de werkwijze in de kliniek conform de richtlijn is over valpreventie werden er observaties gehouden op twee klinische afdelingen. Door een combinatie van observaties in de kliniek, het houden van gesprekken en het bestuderen van allerlei documenten, is er inzicht ontstaan in de wijze waarop bepaalde processen in het FZR verlopen.

Het onderzoek van het recht is beperkt gehouden tot het in Nederland geldend recht. Verder is er alleen jurisprudentie onderzocht van het civiele recht en zijn de uitspraken van de tuchtrechter en de strafrechter buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor is dat het oordeel van de tuchtrechter nog geen aansprakelijkheid hoeft te betekenen. Ook kan in een tuchtrechtelijke procedure geen schadevergoeding worden gevorderd. Beoordeling door de strafrechter over medische aansprakelijkheid komt vrijwel nooit voor.

1.7 Opbouw

Dit onderzoeksrapport bestaat uit een aantal verschillende hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk is de inleiding, bedoeld om een goed beeld te geven over onder andere het probleem en het doel van het onderzoek. Tevens wordt hierin de werkwijze van het onderzoek omschreven. Het tweede hoofdstuk gaat over de oudere patiënten die een risico lopen om te vallen tijdens een ziekenhuisopname. Het derde hoofdstuk beschrijft het onderzoek naar het recht, waarna vervolgens in hoofdstuk vier het onderzoek wordt beschreven naar de vertaalslag van het recht in de praktijk. In hoofdstuk vijf staan de conclusies beschreven die zijn getrokken uit het onderzoek en de aanbevelingen die worden gedaan aan de raad van bestuur van het FZR.

2. Het valrisico van oudere patiënten in de kliniek

Dit hoofdstuk gaat over de oudere patiënten die een risico lopen op een valincident tijdens een opname in de kliniek. Tevens wordt het beleid van het FZR rondom deze kwetsbare groep beschreven evenals het beleid hierover van de overheid.

2.1 De oudere patiënten en het valrisico

Het aantal ouderen in Nederland neemt hard toe tot 1.160.000 personen in 2030.² Op dit moment is ruim 25% van de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, 70 jaar of ouder.³ Deze patiënten hebben tijdens de ziekenhuisopname een verhoogde kans op een complicatie, zoals een val.⁴ Omdat in het FZR de valincidenten meestal bij oudere patiënten voorkomen, is dit onderzoek beperkt tot deze groep. Door de vaak verschillende aandoeningen en het verhoogde risico op vallen, wordt deze groep patiënten “de kwetsbare ouderen” genoemd.⁵ De gevolgen van een val kunnen variëren van hematomen en kneuzingen, tot hoofdletsel en fractures, of zelfs overlijden.⁶ Vandaar dat bij deze patiënten de focus moet worden gericht op preventie. Ondanks alle aandacht rondom het voorkomen van valincidenten, komt een val tijdens een ziekenhuisopname toch nog regelmatig voor. Wanneer blijkt dat de val is ontstaan door onzorgvuldig handelen in het FZR, kan de patiënt voor zijn schade het ziekenhuis aansprakelijk stellen. In hoofdstuk drie wordt daar uitgebreid op ingegaan.

2.2 Het beleid van het FZR ten aanzien van valpreventie bij oudere patiënten

Patiëntveiligheid staat hoog op de agenda van het FZR. Dit blijkt onder andere uit het feit dat het FZR door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) is geaccrediteerd. Het NIAZ heeft in haar norm een aantal zaken omtrent patiëntveiligheid opgenomen.⁷ Een aantal jaren geleden heeft het FZR een Patiëntveiligheidscommissie (PVC) opgericht en is het Veilig Melden Systeem (VIM) geïmplementeerd. In het VIM-systeem worden de valincidenten geregistreerd die door de decentrale, alsook de centrale VIM-commissie van het ziekenhuis, worden geanalyseerd. De valincidenten worden met de betrokkenen hulpverleners besproken en beoordeeld op verwijtbaarheid, zodat er eventueel maatregelen kunnen worden genomen om deze incidenten te beperken. Ernstige (val)incidenten (calamiteiten) worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Door de calamiteitencommissie van het FZR worden deze incidenten onderzocht en daarover wordt een rapport opgesteld, voorzien van verbetervoorstellen. Over de valincidenten, de VIM-meldingen en de (val)calamiteiten wordt in hoofdstuk vier dieper op ingegaan.

Zoals eerder aangegeven is een ziekenhuisopname voor kwetsbare oudere patiënten risicovol vanwege de kans op een val. Daarom worden vanaf 2012 alle klinische patiënten in het FZR van 70 jaar en ouder gescreend op vallen. Wanneer er bij een patiënt een hoog valrisico wordt geconstateerd, dan worden er zonodig preventieve interventies toegepast. Door de raad van bestuur van het FZR wordt een aantal veiligheidsronden uitgevoerd in de klinieken. Vorig jaar had de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) “de kwetsbare ouderen” als jaarthema gekozen en hield hij over dit onderwerp een symposium. Het FZR is zich bewust van het groeiend aantal “kwetsbare ouderen” en het stijgend aantal opnamen in de kliniek van deze patiënten. Op dit moment is er geen geriater verbonden aan het FZR. Daarom is het ziekenhuis met het Lievensberg Ziekenhuis een projectgroep gestart om de geriatrische zorg in het FZR te waarborgen. Aanvankelijk zal dit poliklinische zorg en een consultfunctie betreffen, waarbij in de toekomst uitbreiding naar klinische zorg mogelijk zal zijn. Tevens onderhoudt het FZR nauwe contacten met een specialist

² Sociaal en Cultureel Planbureau, *Kwetsbare ouderen*, Den Haag: SCP 2011, p. 71.

³ VMS, *Veiligheidsprogramma. Praktijkgids kwetsbare ouderen*, VMS 2009, p. 8.

⁴ KNMG, *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*, Utrecht: KNMG 2010, p. 37.

⁵ IGZ, *Het resultaat telt veiligheidsindicatoren 2009-2011. De veiligheid telt*, Utrecht: IGZ 2012, p. 30.

⁶ IGZ, *Het resultaat telt veiligheidsindicatoren 2009-2011. De veiligheid telt*, Utrecht: IGZ 2012, p. 37.

⁷ NIAZ, ‘Kwaliteitsnorm’, 2013, <www.niaz.nl/ziekenhuizen/normen>, 29 april 2013.

ouderengeneeskunde van het verpleeghuis Groenhuysen. Deze specialist geeft op consultbasis ondersteuning en advies bij de behandeling van de “kwetsbare ouderen” in de kliniek van het FZR.

2.3 Het beleid van de overheid met betrekking tot de groep kwetsbare ouderen

“Kwetsbare ouderen” vormen de laatste jaren ook een belangrijke doelgroep van het beleid van de overheid.⁸ Onder meer is patiëntveiligheid een pijler van het landelijke “Sneller Beter” programma van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).⁹ Ook heeft de overheid samen met een aantal partijen¹⁰ in juni 2007 het veiligheidsprogramma “Voorkom schade, werk veilig” gepresenteerd.¹¹ Hiermee wordt de inzet vergroot om de patiëntveiligheid te verbeteren om onder andere (val)schade voor de patiënt te voorkomen. Bij de start van het veiligheidsprogramma is afgesproken dat de doelstelling van dat programma is dat in vijf jaar tijd 50% reductie van onbedoelde schade wordt gerealiseerd.¹² Vóór 31 december 2012 moest aan de gestelde eisen van het Veiligheid Management Systeem (VMS) zijn voldaan en de doelstellingen bij de tien inhoudelijke thema’s zijn behaald. Eén van deze thema’s was “de kwetsbare ouderen”.¹³ De IZG ziet erop toe of de ziekenhuizen de gemaakte afspraken nakomen.¹⁴ Het FZR heeft deze doelstellingen grotendeels gehaald. In het meerjarenbeleidsplan 2012-2015 van de IGZ is een aantal permanente aandachtsgebieden benoemd. De IGZ geeft daarin onder andere aan meer en gericht aandacht te willen besteden aan de kwetsbare groepen en daar prioriteit aan te willen geven.¹⁵

⁸ Sociaal en Cultureel Planbureau, *Kwetsbare ouderen*, Den Haag: SCP 2011, p. 9-10.

⁹ Zonmw, ‘Sneller Beter’, 2012, <www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/sneller-beter-pijler-3/algemeen/>, 29 april 2013.

¹⁰ Ministerie van VWS, de IGZ, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), de Orde van Medische Specialisten (OMS), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en de Beroepsvereniging van zorgprofessionals (V&VN).

¹¹ Veiligheidsprogramma, *Voorkom schade, werk veilig in de Nederlandse ziekenhuizen*, VWS 2007.

¹² IGZ, *Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang*, Den Haag: IGZ 2009, p. 5.

¹³ IGZ, *Het resultaat telt veiligheidsindicatoren 2009-2011. De veiligheid telt*, Utrecht: IGZ 2012, p. 7.

¹⁴ IGZ, *Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang*, Den Haag: IGZ 2009, p. 3.

¹⁵ IGZ, *Meerjarenbeleidsplan 2012-2015. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II)*, Utrecht: IGZ 2011, p. 7.

3. Het wettelijk kader: de (centrale) aansprakelijkheid bij valincidenten

Om ten aanzien van beperking van aansprakelijkheid aanbevelingen te kunnen doen dienen eerst de gronden duidelijk te zijn waarop het FZR aansprakelijk is. Vandaar dat in dit hoofdstuk de aansprakelijkheid bij schadeclaims na (val)incidenten wordt beschreven. De centrale aansprakelijkheid is een belangrijk aspect omdat de patiënt¹⁶ bij een schadeclaim het FZR kan aanschrijven als centraal adres. Na de uitleg over de (centrale) aansprakelijkheid zijn in dit hoofdstuk de elementen en grondslagen voor aansprakelijkheid uitgewerkt. Er is veel jurisprudentie over medische aansprakelijkheid te vinden maar er zijn weinig uitspraken over valincidenten. Vandaar dat er tevens andere jurisprudentie is bestudeerd die aanvullende informatie opleverde. Omdat het bewijs een essentieel onderdeel vormt bij schadeclaims wordt ook de (omkering van de) bewijslast toegelicht, evenals de verzwaarde stelplicht. Hierna wordt ingegaan op de richtlijnen en protocollen. Tot slot wordt stilgestaan bij de toekomstige ontwikkelingen van het medische aansprakelijkheidsrecht.

3.1 De centrale aansprakelijkheid

In beginsel dient de patiënt de hulpverlener aansprakelijk te houden, maar omdat het voor hem vaak onduidelijk is bij wie hij moet zijn, kan hij hiervoor het FZR als centraal adres aanspreken.¹⁷ Dit geldt ook wanneer de hulpverlener niet in dienst is van het ziekenhuis, maar bijvoorbeeld werkzaam is op basis van een toelatingsovereenkomst. Op die manier wordt het FZR “mede aansprakelijk”, omdat dit wettelijk is bepaald in artikel 7:462 van het Burgerlijk Wetboek (BW):

“Indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, is het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk, als ware het zelf bij de overeenkomst partij”.

Deze bepaling staat in de vijfde afdeling van boek 7 van het BW, in het gedeelte dat de bijzondere overeenkomsten regelt en wordt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) genoemd.¹⁸ Ondanks dat de naam dit wel doet vermoeden is dit geen aparte wet, maar betreft het bepalingen over de geneeskundige behandelingsovereenkomst (GBO). De GBO is een bijzondere vorm van de overeenkomst van opdracht. Het is een overeenkomst waarbij de hulpverlener zich tegenover een opdrachtgever (patiënt) verbindt tot handelingen op het gebied van de geneeskunst, die rechtstreeks op een persoon (de patiënt) betrekking hebben (7:446 BW).

Uit de Memorie van Toelichting (MvT) van de WGBO blijkt dat het niet de bedoeling is van deze centrale regeling om de op hulpverleners rustende aansprakelijkheid uit te breiden, noch om het ziekenhuis op ruimere schaal dan hulpverleners aansprakelijk te stellen.¹⁹ Daarbij wordt aangegeven dat er onder meer in dit verband is gekozen voor deze constructie omdat het ziekenhuis in voorkomende gevallen regres kan nemen bij de hulpverleners die niet in dienst zijn van het FZR. Deze hulpverleners zijn vaak op dezelfde polis verzekerd. Overigens dient het FZR iedere aansprakelijkstelling in behandeling te nemen omdat krachtens artikel 7:463 BW geen aansprakelijkheid mag worden uitgesloten of beperkt (exoneratieverbod). Volgens de MvT van de WGBO heeft de wetgever dit bepaald vanwege het overwicht dat de hulpverlener heeft ten opzichte van een patiënt.²⁰

¹⁶ Het onderzoek gaat over de oudere patiënt, maar voor de leesbaarheid is ook “de patiënt” aangegeven. Hiervoor is gekozen omdat de onderzoeksresultaten veelal op alle patiënten van toepassing zijn.

¹⁷ Obbink 2005, p. 25.

¹⁸ Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008, p. 6.

¹⁹ Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 23.

²⁰ Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 45-46.

3.2 De aansprakelijkheid van het FZR

Uit artikel 7:462 BW blijkt dat het FZR voor “een tekortkoming” aansprakelijk is. Hiermee wordt bedoeld een tekortkoming in de nakoming van de GBO (waardoor een valincident is ontstaan). De patiënt gaat met een hulpverlener, zijn behandelend arts, een GBO aan. Toch richt dit onderzoek zich in beginsel niet op de tekortkomingen van deze hulpverleners. Dit komt omdat het onderzoek is beperkt tot de aansprakelijkheid bij valincidenten van oudere patiënten in de kliniek. Daarbij zijn vrijwel altijd andere hulpverleners betrokken. De behandelend arts blijft eindverantwoordelijk, maar door de centrale aansprakelijkheid is het FZR mede aansprakelijk voor tekortkomingen van alle hulpverleners. Dat ook de hulpverleners in de kliniek verplichtingen hebben op grond van de WGBO blijkt uit artikel 7:446 lid 3 BW. Hierin is bepaald dat tot de handelingen (zoals bedoeld in lid 1) mede worden gerekend het verplegen en verzorgen van de patiënt.

De wettelijke verplichtingen voor de hulpverleners zoals de artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten blijken niet alleen uit de WGBO, maar ook uit de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Zoals in de MvT van deze wet is beschreven maakt door de periodieke registratie in het BIG-register de hulpverlener zich kenbaar als deskundige op zijn gebied. Dit levert de patiënt informatie, vertrouwen en bescherming op tegen ondeskundig handelen.²¹ In artikel 40 van de Wet BIG worden de kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening van deze hulpverleners omschreven waarin “de verantwoorde zorg” is aangegeven. In artikel 4a lid 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) is bepaald dat onder hulpverleners wordt verstaan “iedere medewerker van een instelling”. Vandaar dat in het vervolg van dit onderzoek de term “hulpverlener” wordt gebruikt.

De wettelijke verantwoordelijkheden voor de raad van bestuur van het FZR zijn onder meer neergelegd in artikel 2 van de KWZ, waarin ook “de verantwoorde zorg” wordt aangegeven. Deze wet biedt waarborgen voor de kwaliteit van het zorgproces binnen het ziekenhuis. Het moet gaan om zorg van goed niveau dat doeltreffend is, doelmatig en patiëntgericht en dat is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Hieruit blijkt dat het FZR de zorg op een dusdanige verantwoorde manier dient in te richten, dat daarmee onder andere valincidenten zoveel mogelijk worden beperkt. In de MvT van de KWZ wordt de invulling van het begrip “verantwoorde zorg” aan de zorginstellingen zelf overlaten.²² Wanneer de norm van verantwoorde zorg wordt overschreden, dan kan dit tot een tekortkoming in de nakoming leiden voor het FZR.

Het aansprakelijkheidsrecht heeft als doel genoegdoening te bieden aan de patiënt indien er jegens hem toerekenbaar tekort is geschoten waardoor hij (val)schade heeft geleden.²³ De kern van het medische aansprakelijkheidsrecht is terug te vinden in het algemene aansprakelijkheidsrecht zoals is neergelegd in boek 6 BW. In de WGBO is een aantal bijzondere bepalingen opgenomen. Aansprakelijkheid op grond van het niet nakomen van een overeenkomst (GBO) noemt men contractuele aansprakelijkheid.²⁴ Wanneer een overeenkomst ontbreekt, dan zal “de onrechtmatige daad” als grondslag worden genomen (artikel 6:162 BW). Uitgangspunt in ons wettelijk systeem is dat schending van een krachtens contract (GBO) geldende norm niet tevens uit dien hoofde al automatisch een onrechtmatige daad oplevert. Daarom geldt in het geval van een toerekenbare tekortkoming in beginsel slechts de tekortkoming in de nakoming (artikel 6:74 BW) en niet daarnaast ook die van de onrechtmatige daad.²⁵ Vandaar dat in dit onderzoek de onrechtmatige daad onbeschreven blijft omdat er bij een opname in de kliniek altijd sprake is van een GBO.

²¹ *Kamerstukken II* 2005/06, 30 463, nr. 3, p. 2.

²² *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 19.

²³ Hartlief e.a. 2010, p. 42.

²⁴ Van Veen & Olsthorn–Hein 2008, p. 132.

²⁵ Reehuis 2010, p. 354.

Van belang voor dit onderzoek is om te vermelden dat er een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen een tekortkoming in de nakoming (fout) en complicaties. Complicaties zijn onbedoelde gebeurtenissen die inherent (kunnen) zijn aan bepaalde onderzoeken of behandelingen. Van een tekortkoming in de nakoming is dan (meestal) geen sprake.²⁶ Op een hulpverlener rust in beginsel een inspanningsverplichting; hij kan niet instaan voor het resultaat van de behandeling. Een slecht resultaat zal dan ook meestal het gevolg zijn van een niet verwijtbare complicatie, maar er kan ook sprake zijn van een fout.²⁷ Hieruit blijkt hoe complex medische aansprakelijkheid kan zijn.

3.3 Elementen voor aansprakelijkheid

Nadat de aansprakelijkstelling (schadeclaim) over een valincident door de patiënt is ingediend bij het FZR moet een aantal vragen worden beantwoord om te kunnen bepalen of de schade inderdaad dient te worden vergoed:

1. Is er toerekenbaar tekortgeschoten, oftewel is er een fout gemaakt?²⁸
2. Is er schade?
3. Is er een causaal verband tussen de fout en de schade?²⁹

Deze drie belangrijke elementen worden verder uitgewerkt in de volgende paragraaf en subparagrafen. Om over de verwijtbaarheid van wat de patiënt stelt te kunnen oordelen dient hij een weergave te geven van de relevante feiten. Verder moet hij aangeven hoe een behandeling volgens hem had moeten verlopen en wat er naar zijn mening fout is gegaan.³⁰

3.4 De toerekenbare tekortkoming

Al een paar keer is nu het begrip “tekortkoming in de nakoming” aangehaald. Maar wat houdt dit nu precies in? Voor het FZR betekent dit dat er een fout is gemaakt in het ziekenhuis die de hulpverleners is toe te rekenen (waardoor een patiënt is gevallen). Door de GBO moeten hulpverleners de wettelijke verplichtingen nakomen. De tekortkoming in de nakoming is terug te vinden in artikel 6:74 lid 1 BW. Uit deze bepaling is op te maken dat door een tekortkoming van een verbintenis (GBO) het FZR verplicht is de (val)schade die de patiënt daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming niet het FZR kan worden aangerekend. De patiënt die zich op een tekortkoming van het FZR beroept moet dit bewijzen wanneer het ziekenhuis haar betwist.³¹ Maar hoe weet het FZR of een valincident is ontstaan door een toerekenbare tekortkoming in de kliniek? Voor de meeste gevallen van medische aansprakelijkheid is de grondslag hiervoor te vinden in artikel 7:453 BW: schending van de norm van goed hulpverlenerschap. Wanneer een patiënt bij schending van die norm schade heeft opgelopen en daarvoor schadevergoeding eist, dan zal hij daarbij in de regel tevens verwijzen naar de toerekenbare tekortkoming van artikel 6:74 BW.³²

De toerekenbare tekortkoming van de norm van goed hulpverlenerschap levert dus grond op voor aansprakelijkheid. Wat die norm inhoudt heeft de Hoge Raad (HR) al in 1990 bepaald in het standaardarrest Speeckaert/Gradener.³³ De rechter heeft daarin geoordeeld dat de beoordelingsmaatstaf de zorgvuldigheid is die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mag worden verwacht in gelijke omstandigheden. Door de invoering van de WGBO

²⁶ De Letselschade Raad, *Gedragscode. Openheid medische incidenten; betere afwikkeling medische aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag: De Letselschade Raad 2010, p. 14.

²⁷ Hartlief e.a. 2010, p. 67.

²⁸ Ook wordt de term “wanprestatie” gebruikt.

²⁹ Hartlief e.a. 2010, p. 36.

³⁰ De Letselschade Raad, *Gedragscode. Openheid medische incidenten; betere afwikkeling medische aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag: De Letselschade Raad 2010, p. 18.

³¹ Reehuis 2010, p. 294.

³² Hartlief e.a. 2010, p. 17-18.

³³ HR 9 november 1990, NJ 1991, 26.

in 1995 is aan die norm geen wijziging aangebracht. Wel is de norm gepreciseerd in artikel 7:453 BW.³⁴ Onder goed hulpverlenerschap wordt volgens dit artikel verstaan:

“De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard”.

Aan deze bepaling kan een ruime invulling worden gegeven. Dat betekent dat deze wettelijke bepaling een zekere leemte laat die door de interpretatie van rechters wordt ingevuld. Vandaar dat hierbij jurisprudentie is bestudeerd. Daaruit blijkt dat door de rechters steeds vaker richtlijnen en protocollen als invulling worden gebruikt voor het begrip “professionele standaard”. De jurisprudentie wordt in dit onderzoeksrapport steeds als voorbeeld ter verduidelijking aangegeven. Uit de jurisprudentie blijkt ook dat voorlichting door medisch deskundigen van belang is voor de beantwoording van de vraag of de hulpverlener een zorgvuldigheidsnorm geschonden heeft. Bij aansprakelijkheid dient het in ieder geval te gaan om de standaard die gold ten tijde van het professionele handelen, niet om de standaard ten tijde van de juridische procedure die vaak vele jaren later wordt gevoerd.³⁵ De rechters hebben in de loop der jaren dus al invulling gegeven aan het begrip “goed hulpverlenerschap”, maar wat heeft de wetgever er indertijd mee beoogd? In de MvT van de WGBO is beschreven dat gedragsregels die worden gehanteerd door de desbetreffende beroepsorganisatie van belang kunnen zijn voor de toepassing van artikel 7:453 BW. De wetgever heeft daarmee in ieder geval ook de richtlijnen en protocollen bedoeld.³⁶ Om aansprakelijkheid te beperken ten aanzien van valincidenten zullen de hulpverleners zich daarom moeten houden aan richtlijnen en protocollen ten aanzien van valpreventie. Dient een hulpverlener zich dan altijd strikt aan deze voorschriften te houden? Om op die vraag antwoord te krijgen wordt een aantal uitspraken van rechters aangehaald.

Ten eerste het bekende trombose-arrest uit 2001 dat ook wel het protocolarrest I wordt genoemd.³⁷ Hierin heeft de Hoge Raad (HR) bepaald dat het niet naleven van een intern protocol, dat beoogt tegen een specifiek risico te beschermen, waarna dat risico zich voltrokken heeft, tot toerekenbaar tekortschieten leidt en tot omkering van de bewijslast.³⁸

In casu ontstond er bij een patiënt trombose na een operatie aan zijn knie. In het protocol van het ziekenhuis was opgenomen dat er voor deze operatie (arthroscopie) antistolling toegediend diende te worden. Het ziekenhuis verzuimde om deze antistolling te geven. De voorgeschreven antistolling was een veiligheidsnorm; het voorschrift diende om de kans op trombose tegen te gaan. Doordat het protocol van het ziekenhuis niet was nageleefd, kon dit risico zich voltrekken en heeft het specifieke gevaar zich verwezenlijkt.³⁹ De rechter oordeelde dat afwijken van de voorschriften slechts aanvaardbaar is wanneer dit in het belang van een goede patiëntenzorg wenselijk is. De patiënt werd in het gelijk gesteld.

Ten tweede het arrest van een paar jaar later. In 2005 werd er een uitspraak gedaan in het augmentin-arrest, ook wel het protocol II-arrest genoemd. Van belang in dit arrest is dat door de HR werd geoordeeld dat er juist van het protocol had moeten worden afgeweken.⁴⁰

In casu kreeg een patiënt volgens protocol na een keizersnede het medicament augmentin toegediend, terwijl bekend was dat er overgevoeligheid bestond voor penicilline. Hierdoor ontstond een ernstige allergische reactie. Zoals de rechter in het arrest oordeelde mag van een hulpverlener worden verwacht dat hij van het protocol afwijkt indien een redelijk bekwaam

³⁴ Hartlief e.a. 2010, p. 45.

³⁵ Hartlief e.a. 2010, p. 45-46.

³⁶ *Kamerstukken II* 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 33.

³⁷ HR 2 maart 2001, *NJ* 2001, 649.

³⁸ Hartlief e.a. 2010, p. 51.

³⁹ Hartlief e.a. 2010, p. 53.

⁴⁰ HR 1 april 2005, *NJ* 2006, 377.

en redelijk handelend beroepsgenoot niet tot het door het protocol voorgeschreven beleid had kunnen komen. In dit geval was afwijken juist wel geboden en was de hulpverlener daardoor toch aansprakelijk omdat hij het protocol naleefde waardoor er schade voor de patiënt optrad.⁴¹ Een hulpverlener dient te handelen conform de recente inzichten van de medische wetenschap en met inachtneming van de rechten van de patiënt.⁴² Het ziekenhuis was tekortgeschoten in de nakoming van de GBO doordat er niet was afgeweken van het protocol in het belang van de patiënt.

Ten derde een uitspraak van de rechtbank in Rotterdam uit 2005. Hieruit blijkt dat het in bepaalde gevallen wel is toegestaan om gemotiveerd af te wijken van een protocol.⁴³

In casu betrof het een verwarde en onrustige patiënt die zich regelmatig wist los te maken uit de onrustbanden en over de bedhekken klom. Om die reden werd besloten om de bedhekken naar beneden te zetten. De patiënt wist zich weer opnieuw los te maken uit de onrustband en werd door een hulpverlener liggend op de gang aangetroffen met een bovenbeenfractuur. Het ziekenhuis ontving een schadeclaim van de patiënt vanwege het tekortschieten in de zorgplicht. Een veiligheidsnorm zou zijn geschonden omdat het toepasselijk protocol op diverse onderdelen niet was nageleefd. Bij de beoordeling van het handelen van de hulpverleners werd door de rechter als maatstaf aangehouden of het verplegend personeel had gehandeld met de zorgvuldigheid die van een redelijk en bekwaam handelend vakgenoot in soortgelijke omstandigheden mocht worden verwacht. De rechter oordeelde dat mag worden verwacht dat in de kliniek de eigen protocollen worden nageleefd. Afwijking daarvan is slechts aanvaardbaar indien dat van belang is en wenselijk voor de patiëntenzorg. Uit niets was gebleken dat de onrustbanden bij de patiënt onjuist of onzorgvuldig zouden zijn aangelegd. De verpleegkundige rapportage betrof een grote hoeveelheid aantekeningen over een betrekkelijk korte ziekenhuisperiode. De rechter oordeelde dat de hulpverleners voldoende zorg aan de patiënt hadden besteed. Voortdurende observatie werd niet in de protocollen voorgeschreven. De enkele omstandigheid dat in het medisch dossier niet was aangetekend dat de onrustbanden afdoende, overeenkomstig het toepasselijke protocol waren vastgemaakt, betekende niet dat er in het ziekenhuis onzorgvuldig was gehandeld of dat er een veiligheidsnorm was geschonden. De patiënt werd in het ongelijk gesteld.

Ten vierde blijkt uit een uitspraak uit 2002 van de rechtbank uit Arnhem dat er, ondanks het ontbreken van een richtlijn, niet direct sprake hoeft te zijn van onzorgvuldig handelen wanneer een patiënt ten val komt⁴⁴.

In casu lag een patiënt na een operatie op een bed waarbij de gordijnen waren gesloten en de bedhekken naar beneden stonden. Deze patiënt is uit bed gevallen en heeft daarbij letsel opgelopen waarvoor een schadeclaim werd ingediend. De deskundige oordeelde dat er geen landelijke richtlijn of protocol bestond over het gebruik van bedhekken. Daarom was het naar beneden laten van de bedhekken niet in strijd met wat in de gezondheidszorg gebruikelijk is. Het nalaten van het omhoog zetten van de bedhekken werd dan ook niet als onzorgvuldig aangenomen. Wel werd overwogen dat het sluiten van bedgordijnen in concrete omstandigheden gevaarscheppend kan zijn en in verband daarmee de kans op schade wordt vergroot. De rechter oordeelde dat het ziekenhuis niet was tekortgeschoten in de nakoming van de GBO en de patiënt werd in het ongelijk gesteld. Dit had dus vooral te maken met het ontbreken van landelijke richtlijnen op dit punt. (Overigens blijkt uit onderzoek dat er tot op heden geen richtlijn bestaat voor het gebruik van bedhekken. Ook het FZR heeft hier geen protocol voor ontwikkeld).

De vorige uitspraak is tijdens het onderzoek vergeleken met het arrest van de HR uit 1995 van De Heel/Korver⁴⁵ omdat beide uitspraken veel overeenkomsten vertonen. (Dat arrest komt later bij

⁴¹ Hartlief e.a. 2010, p. 52.

⁴² Janssen 2008, p. 76.

⁴³ Rb. Rotterdam 12 oktober 2005, *LJN* AE 5235.

⁴⁴ Rb. Arnhem 3 oktober 2002, *LJN* AE 9458.

⁴⁵ HR 13 januari 1995, *NJ* 1997, 175.

bespreking van de omkering van de bewijslast opnieuw aan de orde). Daarin werd door de rechter geoordeeld dat er een (ongeschreven) veiligheidsnorm was geschonden bij een patiënt die op de uitslaapkamer lag na zijn operatie. Ook bij deze patiënt stonden de bedhekken naar beneden waardoor de patiënt uit bed kon vallen. In de regel houden lagere rechters zich aan uitspraken van de hogere rechter maar zijn daartoe niet verplicht. Uit deze uitspraak blijkt dat geen enkele casus hetzelfde is en de rechter hier een eigen invulling aan kan geven. Bij iedere casus wordt immers gekeken naar alle feiten en omstandigheden van het incident. Hierbij wordt ook meegewogen wat een deskundige hierover oordeelt, of er een richtlijn of protocol over bestaat, of dit had moeten worden nageleefd of juist van had moeten worden afgeweken. Ook wordt geoordeeld of, wanneer er geen richtlijn of protocol voor een (be)handeling bestaat, er sprake is geweest van onzorgvuldig handelen waardoor een patiënt kon vallen.

Concluderend moet een hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen. Dit moet in overeenstemming zijn met de geldende professionele standaard, vaak beschreven in richtlijnen en protocollen. Deze protocollen moeten worden nageleefd, of beargumenteed van worden afgeweken indien dit in het belang is van de patiënt. Hierbij is tevens de verslaglegging in het dossier van belang. Er moet sprake zijn van zorgvuldig en verantwoord handelen waar de patiënt recht op heeft en waar aansprakelijkheid mee kan worden beperkt.

3.4.1 Tekortkoming van gebruikte materialen

Tekortkoming in de nakoming kan ook worden veroorzaakt door gebruikte materialen die ondeugdelijk blijken te zijn. Wanneer er in het FZR gebruik is gemaakt van ondeugdelijke materialen, waardoor een valincident is ontstaan waarbij een patiënt schade heeft opgelopen, dan kan dit grond opleveren voor aansprakelijkheid. In het FZR wordt veelvuldig gebruik gemaakt van allerlei materialen, de zogenoemde “hulpmiddelen”. Enkele voorbeelden hiervan zijn: alarmsysteem (bel), infuusstandaard op wielen, rollator en fixatiemateriaal. Bij “ongeschikte zaken” tijdens de uitvoering van een GBO geldt dat de tekortkoming die daardoor ontstaat aan het FZR kan worden toegerekend, tenzij dit onredelijk zou zijn (artikel 6:77 BW). Aansprakelijkheid voor het ziekenhuis bij “ongeschikte zaken” lag in het verleden niet snel voor de hand en een vordering werd afgewezen als het falen van het hulpmiddel niet aan het ziekenhuis was te wijten.⁴⁶ Aansprakelijkheid voor de producent lag dan meer voor de hand. Dit blijkt uit het pacemaker-arrest uit 1989⁴⁷.

In dit arrest werd door de rechter geoordeeld dat het onredelijk was om het ziekenhuis de schade te laten betalen voor het gebrek aan de pacemaker. Daardoor werd de tekortkoming niet toegerekend aan de hulpverlener en hoefde zij de schade van de patiënt niet te betalen. De hulpverlener had immers een niet zichtbaar defect aan de pacemaker niet kunnen opmerken, zo oordeelde de rechter.

Tegenwoordig lijkt de rechter de patiënt meer tegemoet te willen komen bij een claim vanwege gebrekkige hulpmiddelen. Dit blijkt uit een uitspraak van de rechtbank in Breda uit begin 2011.⁴⁸

De rechter oordeelde in deze casus dat het ziekenhuis aansprakelijk was voor de schade die de patiënt had opgelopen na een val in de kliniek. Deze patiënt was na een beroerte opgenomen en werd vanwege onrust vastgelegd in bed met een onrustband. 's Nachts werd hij door een hulpverlener naast zijn bed aangetroffen met een bekkenfractuur. Het slotje dat was gebruikt om de patiënt te fixeren met een onrustband (Zweedse band), bleek te zijn opengegaan. De rechter vond dat het risico van het gebruik van het ongeschikte slotje voor rekening moest komen van het ziekenhuis omdat het zelf de onrustbanden en de slotjes had gekocht. Het ziekenhuis zal vervolgens de schade op de producent kunnen verhalen (regres). Vandaar dat de rechter oordeelde dat er sprake was van een tekortkoming in de nakoming van het gebruikte materiaal. Dit leverde grond op voor aansprakelijkheid, in eerste instantie aan de zijde van het ziekenhuis. De patiënt werd daarom in het gelijk gesteld.

⁴⁶ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 167.

⁴⁷ Hof Amsterdam, 7 januari 1989, TvGR 1989/99.

⁴⁸ Rb. Breda 3 januari 2011, LJN BO9631.

3.4.2 Schending patiëntenrechten

Een aantal gronden waarop het FZR aansprakelijk kan worden gesteld bij valincidenten is nu besproken. Toch zijn er nog meerdere gronden waardoor een tekortkoming in de nakoming van de GBO kan ontstaan zoals schending van een aantal patiëntenrechten. Een patiënt dient niet alleen goede en verantwoorde zorg te krijgen, maar heeft onder andere ook recht op het krijgen van goede informatie. De belangrijkste rechten van de patiënt zijn neergelegd in de WGBO (artikel 7:446-468 BW). De doelstelling van de WGBO was om de rechtspositie van de patiënt te versterken door een aantal aspecten daarvan uitdrukkelijk vast te leggen. Dit blijkt uit de MvT van de WGBO waarin verder nog wordt aangegeven dat de hulpverlener de rechten van de patiënt moet naleven.⁴⁹ Daarmee zijn de patiëntenrechten tevens verplichtingen voor de hulpverlener. Die verplichtingen zijn direct bij aanvang van de behandelingsovereenkomst van toepassing.⁵⁰ De WGBO is “dwingend recht”, dus van de bepalingen die zijn opgenomen in deze wet mag niet worden afgeweken ten nadele van de patiënt (artikel 7:468 BW). Naast deze rechten heeft de patiënt ook plichten, zo blijkt uit artikel 7:452 BW. Hierin wordt bepaald dat de patiënt de hulpverlener naar beste weten moet informeren over zijn gezondheid en mee moet werken aan de behandeling.

Bij de patiëntenrechten mogen de grondrechten niet worden vergeten. In de artikelen 10 en 11 van de Grondwet (Gw) is de bescherming van de geestelijke en lichamelijke integriteit van de mens verankerd. Deze bepalingen waarborgen het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam (behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen). Voor zover de geestelijke integriteit van de mens niet door artikel 11 wordt beschermd, strekt de bescherming van artikel 10 van de Gw. zich daarover uit.⁵¹ Schending van deze grondrechten kan aansprakelijkheid voor het FZR opleveren.

3.4.3 De informatieplicht

Schending van de patiëntenrechten kan dus een tekortkoming in de nakoming opleveren. Vandaar dat een drietal belangrijke rechten (informatie, toestemming en dossier) verder wordt uitgewerkt, te beginnen met de informatieplicht. Het niet volledig bijhouden van het dossier waarin bijvoorbeeld niet het valincident is vermeld of de reden waarom er van een bepaald protocol is afgeweken, kan aansprakelijkheid opleveren. Uit artikel 7:448 BW is op te maken dat de hulpverlener de verplichting heeft om de patiënt op een duidelijke wijze in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling. Hieronder vallen tevens de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt (lid 1). Bij het uitvoeren van deze verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijs dient te weten (lid 2). Wat de patiënt redelijkerwijs dient te weten wordt in lid 2 sub a tot en met d van dit artikel aangegeven. Hieronder vallen de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling en de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt. Verder dient de hulpverlener de andere methoden van onderzoek of behandeling aan te geven die in aanmerking komen.

Het is dus van belang dat de patiënt goed is geïnformeerd over bepaalde (be)handelingen en over mogelijke complicaties en (val)risico's. Geen of gebrekkige informatie kan immers een tekortkoming opleveren in de nakoming waarvoor de patiënt het FZR aansprakelijk kan stellen. De rechter lijkt hierbij de hulpverlener tegemoet te willen komen. Indien een patiënt achteraf stelt dat hij niet voor een bepaalde behandeling zou hebben gekozen wanneer hij daarover beter was geïnformeerd, dan geldt de omkeringregel niet voor informed-consentzaken. De bewijslast hiervoor ligt volgens de HR bij de patiënt.⁵² Volgens de rechter is de informatieplicht van de hulpverlener er niet om patiënten te

⁴⁹ *Kamerstukken II* 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 23.

⁵⁰ Obbink, 2005, p. 25.

⁵¹ *Kamerstukken II* 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 4.

⁵² HR 23 november 2001, *NJ* 2002, 387.

beschermen tegen risico's van het mislukken van een behandeling, maar om patiënten in staat te stellen hun beschikkingsrecht uit te oefenen.

Bij een patiënt was na een polsoperatie een complicatie ontstaan waarvoor hij niet zou zijn gewaarschuwd. De Hoge Raad oordeelde dat de strekking van de informatieverplichting is bedoeld om de patiënt in staat te stellen goed geïnformeerd te beslissen; niet om bescherming te bieden tegen de risico's die zijn verbonden aan de behandeling.⁵³ Enkel schending van de informatieplicht levert dus geen aansprakelijkheid op.

3.4.4 Het toestemmingsvereiste

Ook het toestemmingsvereiste is een belangrijk aspect waar de hulpverlener niet in tekort mag schieten. In artikel 7:450 BW is dit toestemmingsvereiste, ook wel "informed consent" genoemd, bepaald. Dit houdt in dat voor verrichtingen ter uitvoering van een GBO de toestemming van de patiënt is vereist (lid 1). Artikel 7:451 BW vult daarop aan dat op verzoek van de patiënt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vastlegt voor welke verrichtingen van ingrijpende aard hij deze toestemming heeft gegeven. Niet voor iedere behandeling hoeft toestemming te worden gegeven. Bij voorbeeld wanneer een patiënt om een pijnstiller vraagt, dan hoeft vervolgens geen toestemming te worden gevraagd om die pijnstilling toe te dienen. Maar bij vrijheidsbeperkende maatregelen, om daarmee te voorkomen dat een patiënt valt, is wel toestemming nodig van de patiënt (of vertegenwoordiger). Een vuistregel is dat de patiënt de informatie moet krijgen die hij nodig heeft om een verantwoorde beslissing over de behandeling te nemen.⁵⁴ Voor de schadelijke gevolgen kan de hulpverlener aansprakelijk worden gehouden indien de behandeling niet zou zijn uitgevoerd wanneer de patiënt wel afdoende zou zijn geïnformeerd. Dit is ongeacht of het de hulpverlener al dan niet valt te verwijten dat de (val)complicatie als zodanig is opgetreden.⁵⁵

3.4.5 De dossierplicht

Bij medische aansprakelijkheidszaken is het noodzakelijk dat er kennis kan worden genomen van de relevante gegevens uit het medisch dossier van de patiënt. Dit dossier wordt gebruikt voor de beoordeling van het handelen door de hulpverlener(s) en van het causaal verband tussen de gevorderde schade en de fout van het FZR.⁵⁶ In artikel 7:454 BW is de dossierplicht neergelegd. Hierin is bepaald dat de hulpverlener een dossier inricht met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij dient in dat dossier aantekeningen van de gegevens over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen bij te houden. Ook wanneer een patiënt is gevallen dient dit te worden beschreven in het dossier. Verder moet de hulpverlener alle andere relevante stukken aan het dossier toevoegen voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is (lid 1). Bij een aansprakelijkstelling moet door de hulpverleners op de stellingen van de patiënt gemotiveerd worden ingegaan. Dit gaat over de verzwaarde stelplicht waarop in paragraaf 3.7.1 verder wordt ingegaan. Er zijn tal van uitspraken waarbij werd aangenomen dat een ziekenhuis niet aan die verzwaarde stelplicht had voldaan, enkel en alleen omdat relevante aantekeningen in het dossier ontbraken.⁵⁷ De jurisprudentie laat grote verschillen zien in hoe de wettelijke dossiervplichting in de praktijk wordt ingevuld.⁵⁸ Zelfs wanneer hulpverleners hebben verzuimd in het dossier de controlegegevens van vitale functies te noteren, kan dit al een tekortkoming opleveren.⁵⁹

3.5 Schade

Wanneer eenmaal duidelijk is dat, door een tekortkoming in de nakoming van de GBO, een patiënt is gevallen waarvoor het FZR aansprakelijk is, dan moet er nog worden geoordeeld of er sprake is

⁵³ Hartlief e.a. 2010, p. 28.

⁵⁴ Janssen 2008, p. 72-73.

⁵⁵ Hartlief e.a. 2010, p. 87.

⁵⁶ De Letselschade Raad, *Gedragscode. Openheid medische incidenten; betere afwikkeling medische aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag, De Letselschade Raad 2010, p. 18.

⁵⁷ Hartlief e.a. 2010, p. 74.

⁵⁸ Hartlief e.a. 2010, p. 75.

⁵⁹ Rb. Assen, 24 oktober 2007, *LJN*: BD2052.

van schade aan de patiënt. De patiënt zal deze schade in zijn aansprakelijkstelling vorderen. Hij zal daarbij in de regel aangeven dat hij alle materiële en immateriële schade vordert die hij door het valincident heeft geleden en in de toekomst nog gaat lijden. Vandaar dat is onderzocht hoe dit wettelijk is geregeld. Artikel 6:98 BW heeft vooral betrekking op de omvang van de schadevergoeding nadat eenmaal aansprakelijkheid op grond van art. 6:74 BW is vastgesteld.⁶⁰ De hoofdregel is dat de schadevergoeding in geld geschiedt. Vooral een oudere patiënt houdt na een val vaak blijvende schade over. De schade die moet worden vergoed bestaat dan uit vermogensschade en ander nadeel voor zover de wet op vergoeding daarvan recht geeft (artikel 6:95 BW).

De totale omvang van de valschade is meestal niet direct bekend en zal daarom moeten worden geschat (artikel 6:97 BW). Het betreft een “naar billijkheid” vast te stellen schadevergoeding (artikel 6:106 lid 1 BW). Voor de toekomstige schade kan aansluiting worden gezocht bij artikel 6:105 BW. Hierin wordt aangegeven dat begroting van de nog niet ingetreden schade geheel of gedeeltelijk kan worden uitgesteld (lid 1), of de toekomstige schade periodiek kan worden uitgekeerd (lid 2). Voor schadevergoeding bij overlijden na een valincident waarvoor het FZR aansprakelijk is geeft artikel 6:108, lid 1 BW uitleg. Daarin wordt aangegeven dat, indien iemand ten gevolge van een gebeurtenis waarvoor een ander jegens hem aansprakelijk is overlijdt, die ander (FZR) verplicht is tot vergoeding van schade door het derven van levensonderhoud. Aangezien het onderzoek is gericht op de groep van zeventig jaar en ouder zal dit veelal niet van toepassing zijn. Wel is dan lid 2 van dit artikel van toepassing waarin staat dat de aansprakelijke (FZR) verplicht is aan degene die de kosten heeft moeten maken voor de begrafenis of crematie, deze kosten te vergoeden.

Soms is ook een aan de patiënt toe te rekenen omstandigheid mede oorzaak van de (val)schade: de zogenoemde “eigen schuld”. De vraag is dan of en zo ja in hoeverre deze aan FZR toe te rekenen omstandigheid van invloed is op de door het ziekenhuis te betalen schadevergoeding.⁶¹ In artikel 6:101 lid 1 BW is bepaald dat de schadevergoedingsplicht wordt verminderd wanneer de schade mede het gevolg is van een omstandigheid die aan de benadeelde valt toe te rekenen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een patiënt die, nadat hij is gevallen, niet heeft meegewerkt aan zijn genezingsproces (bijvoorbeeld weigering van fysiotherapie). Indien de toekenning van volledige schadevergoeding in gegeven omstandigheden tot kennelijke onaanvaardbare gevolgen leidt, dan kan de verplichting tot schadevergoeding worden gematigd op grond van artikel 6:109 lid 1 BW. Het gebeurt ook wel dat een ziekenhuis slechts voor een bepaald percentage aansprakelijk wordt gesteld zoals voor het eerst werd gedaan door het Hof in de casus *De Wever/De Kraker*.⁶² De berekening van de materiële schadevergoeding kan een gecompliceerde kwestie zijn. Dit wordt meestal door de verzekeringsmaatschappij van het ziekenhuis in behandeling genomen. In deze rapportage wordt daarom niet ingegaan op de berekening van die schade.

3.6 Causaal verband

Nadat is vastgesteld dat het FZR aansprakelijk is voor een tekortkoming in de nakoming van de GBO, waardoor een patiënt is gevallen én schade heeft opgelopen, dient nog het causale (oorzakelijke) verband tussen de fout en schade door de patiënt te worden aangetoond. Omdat een patiënt meestal al lichamelijke klachten had voordat hij in het FZR werd opgenomen, is het vaak moeilijk te beoordelen in hoeverre de klachten na de val aan de tekortkoming in het ziekenhuis zijn toe te schrijven. Pas wanneer er samenhang bestaat tussen de fout (de tekortkoming in de nakoming) en de schade, is er sprake van een wettelijke schadevergoedingsverplichting.⁶³ Er dient dus een duidelijk verband te bestaan tussen de gebeurtenis (de val van de patiënt) en de schade die is ontstaan naar aanleiding van de val (artikel 6:98 BW). Lukt het de patiënt om te bewijzen dat het

⁶⁰ Reehuis 2010, p. 384.

⁶¹ Reehuis 2010, p. 390.

⁶² Hof Amsterdam, 4 januari 1996, *NJ* 1997, 213.

⁶³ Reehuis 2010, p. 384.

FZR aansprakelijk is dan volgt daarna de vraag in hoeverre zijn schade voor vergoeding in aanmerking komt. Het gaat daarbij met name om de tekortkoming van het FZR de door de patiënt gevorderde schade heeft veroorzaakt.⁶⁴ Het gaat dan om de leer van de causaliteit, van de koppeling van de fout en de schade, oftewel de “condicio sine qua non” (c.s.q.n.). Dit betekent: “voorwaarde zonder welke niet” en houdt in dat alles oorzaak is van de schade: wat men niet kan wegdenken zonder ook de schade te moeten wegdenken.⁶⁵ Als de schade dan toch zou zijn ontstaan is er geen sprake van een c.s.q.n.-verband.

Het toetsingscriterium dat meestal wordt gebruikt is in beginsel “een redelijke mate van waarschijnlijkheid”.⁶⁶ Vanaf de jaren zeventig wordt “de leer van de toerekening naar redelijkheid” gehanteerd. Deze leer gaat voor het aannemen van causaal verband niet meer uit van één criterium, maar houdt een multifactorbenadering in, waarbij veel meer elementen een rol spelen bij de vraag of en zo ja in hoeverre de schade aan de gebeurtenis is toe te rekenen.⁶⁷ Het causale verband dient de patiënt zelf te bewijzen. Deze bewijslast komt in de volgende paragraaf aan de orde. Daarin komt onder andere ook het trombose-arrest uit 2001 nogmaals ter sprake.⁶⁸ Ook al gaat het in dat arrest niet over valschaad, het is wel een goed voorbeeld van hoe de rechter het causale verband beoordeelt. De patiënt moest in beginsel zelf bewijzen dat hij geen trombose zou hebben gekregen wanneer er wel (conform het protocol) antistolling was toegediend. Het overtreden voorschrift diende er specifiek voor om het postoperatief optreden van trombose tegen te gaan (te verkleinen), terwijl dit risico (het optreden van trombose) zich uiteindelijk heeft verwezenlijkt. Het causaal verband is daarmee in beginsel gegeven want dat ligt dan als het ware in de geschonden (veiligheids)norm besloten.⁶⁹

3.7 Het bewijs

Zoals al eerder werd aangegeven moet een patiënt, die zich op een tekortkoming van het FZR beroept, die tekortkoming bewijzen. Het is mogelijk dat al direct duidelijk is dat het FZR aansprakelijk is. Een duidelijk voorbeeld hiervan is wanneer een patiënt letsel heeft opgelopen bij een val omdat een hulpverlener vloeibare zeep op de vloer heeft geknoeid. Maar wanneer het FZR de aansprakelijkheid betwist dan zal de patiënt zelf zijn stellingen en het vereiste causale verband moeten bewijzen op grond van de hoofdregel van artikel 150 Rv: “Wie stelt, die bewijst”. De eisen van redelijkheid en billijkheid kunnen, zo volgt uit het tweede zinsdeel van dit artikel, een uitzondering vormen op die hoofdregel. Uit artikel 149 Rv valt vervolgens op te maken dat feiten of rechten die door de patiënt zijn gesteld en door het FZR niet of niet voldoende zijn betwist, als vaststaand beschouwd dienen te worden. De patiënt kan met zijn bewijslast worden geholpen door de verzwaarde stelplicht en de omkeringregel. Vandaar dat deze twee aspecten hieronder worden toegelicht.

3.7.1 De verzwaarde stelplicht

Doordat de medische gegevens in het bezit zijn van het ziekenhuis kan de patiënt moeilijkheden hebben om aanknopingspunten te vinden voor zijn aansprakelijkstelling. Daarom heeft de HR al in de jaren tachtig dit probleem verlicht in het Timmer/Deutman-arrest door de introductie van de “verzwaarde stelplicht”.⁷⁰ Hierin is bepaald dat van de hulpverlener wordt verlangd dat hij voldoende gegevens verstrekt ter motivering van de betwisting van de stellingen van de patiënt teneinde de patiënt aanknopingspunten voor bewijslevering te verschaffen.⁷¹ De verzwaarde stelplicht pleegt eisen te stellen aan de zorgaanbieder die kunnen leiden tot een verlichting of verschuiving van de

⁶⁴ Smeehuijzen, Akkermans & Vansweevelt 2013, p. 19-20.

⁶⁵ Reehuis 2010, p. 385.

⁶⁶ Hartlief e.a. 2010, p. 95.

⁶⁷ Reehuis 2010, p. 386.

⁶⁸ HR 2 maart 2001, *NJ* 2001, 649.

⁶⁹ Reehuis 2010, p. 384.

⁷⁰ HR 20 november 1987, *NJ* 1988, 500.

⁷¹ Smeehuijzen, Akkermans & Vansweevelt 2013, p. 36.

bewijslast.⁷² Een voorbeeld hiervan is het anesthesie-arrest waarbij de HR in 2001 heeft bepaald dat van een hulpverlener mag worden verwacht dat hij een uitgebreid verweer geeft van hetgeen is voorgevallen en gegevens verschaft waar hij de beschikking over heeft.⁷³ Hieruit kan tevens worden opgemaakt dat de rechter niet zo ver gaat dat van alle betrokkenen hulpverleners tijdens een behandeling de namen in het dossier moeten worden genoteerd.

In casu had een patiënt het ziekenhuis aansprakelijk gesteld omdat de hulpverlener tekort zou zijn geschoten in de voorlichting over de mogelijke complicaties en het toedienen van de epidurale anesthesie. De patiënt verweet het ziekenhuis een tekortkoming in de nakoming waardoor er een whiplash was ontstaan. In cassatie klaagde deze patiënt erover dat de anesthesist niet aan zijn verzwaarde stelplicht had voldaan. Zo kon hij de naam van de anesthesieassistente niet aangeven waardoor deze niet als getuige kon worden opgeroepen. De HR oordeelde dat de arts wél voldoende informatie had verschaft en daarmee aan zijn verzwaarde stelplicht had voldaan. Hierbij werd aangegeven dat niet gebleken was dat de anesthesist verslag moest doen van welke personen hem assisteerden. Het ziekenhuis was niet tekortgeschoten en was daarom niet aansprakelijk, zodat de vordering van de patiënt werd afgewezen.

Na dit arrest bleef het lange tijd onduidelijk of er, in het kader van de verzwaarde stelplicht, dezelfde eisen mogen worden gesteld als uit de wettelijke plicht tot het bijhouden van een dossier voortvloeit (artikel 7:454, lid 1 BW).⁷⁴ In het Ulnaris-arrest uit 2007 heeft de HR daar nog meer duidelijkheid in gebracht.⁷⁵

Een patiënt had na de operatie last van uitval van de rechter arm en verweet het ziekenhuis dat deze arm tijdens de operatie niet goed was gepositioneerd. Omdat daarover geen aantekeningen in het dossier waren te vinden was deze patiënt van mening dat de hulpverlener niet aan zijn verzwaarde stelplicht had voldaan. De HR overwoog dat een redelijk handelend bekwaam beroepsgenoot deze aantekeningen ook niet zou hebben gemaakt. Dit hoorde ten tijde van de operatie niet tot de professionele standaard. Vandaar dat ook hier de patiënt in het ongelijk werd gesteld en de vordering werd afgewezen.

Wel kan het soms nodig zijn dat de situatie van een zuivere omkering van de bewijslast dicht wordt benaderd.⁷⁶ Een voorbeeld daarvan is het Schepers/De Bruin-arrest uit 1994.⁷⁷

Een gynaecoloog had een baarmoederverwijdering uitgevoerd en na twee weken was er een bloeding opgetreden doordat de patiënt gemeenschap had gehad. Hierdoor was een fistel ontstaan en voor de schade werd het ziekenhuis aansprakelijk gesteld. De patiënt ontkende dat er een onthoudingsadvies was gegeven en de gynaecoloog gaf in zijn verweer aan dat hij dit advies altijd aan iedere patiënt gaf die deze operatie onderging. Omdat daar geen aantekeningen over in het dossier waren gemaakt voldeed de gynaecoloog niet aan zijn verzwaarde stelplicht. Hij moest daarom bewijzen dat hij het advies had gegeven maar kon dat niet, waardoor deze patiënt in het gelijk werd gesteld en het ziekenhuis de schade moest betalen.

Uit het Filshieclip-arrest uit 2007 blijkt echter dat het nog wel mogelijk is dat de hulpverlener achteraf een aanvullende verklaring geeft ter onderbouwing van zijn verweer.⁷⁸

Dit arrest gaat over een schadeclaim van een patiënt na een mislukte sterilisatie.⁷⁹ De Hoge Raad besliste dat de door het ziekenhuis verschaftte gegevens in de vorm van een verklaring van de hulpverlener kennelijk voldoende ter zake waren en concreet. De rechter gaf daarbij aan dat in die verklaring voldoende verslag werd gedaan van de wijze waarop de arts de

⁷² Smeehuijzen, Akkermans & Vansweevelt 2013, p. 76.

⁷³ HR 7 september 2001, *NJ* 2001, 615.

⁷⁴ Hartlief e.a. 2010, p. 74.

⁷⁵ HR 15 juni 2007, *NJ* 2007, 335.

⁷⁶ Hartlief e.a. 2010, p. 72.

⁷⁷ HR 18 februari 1994, *NJ* 1994, 368.

⁷⁸ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 411.

⁷⁹ HR 20 april 2007, *LJN* BA1093.

plaatsing van de clips zou hebben gecontroleerd. Hierdoor werd de patiënt in het ongelijk gesteld.

3.7.2. De omkeringsregel

Wanneer een (ongeschreven) veiligheidsnorm wordt geschonden, dan wordt de bewijslast ten aanzien van het causale verband omgedraaid.⁸⁰ Dit heet de omkeringsregel en wordt sinds het standaardarrest De Heel/Korver uit 1995 ook bij medische aansprakelijkheid toegepast.⁸¹

In casu kwam tijdens het uitslapen na een operatie een patiënt ten val waarbij hij ernstig oogletsel opliep. Het ziekenhuis had geen veiligheidsmaatregelen genomen zoals het vastleggen van de patiënt met een onrustband, of het omhoog zetten van de bedhekken. De rechter oordeelde dat het ziekenhuis was tekortgeschoten in het nemen van voorzorgsmaatregelen.⁸²

Dit betekent niet dat iedere schending van een norm (zoals van goed hulpverlenerschap van artikel 7:453 BW) een schending oplevert van een veiligheidsnorm. Dit werd in het dwarslaesie-arrest bepaald.⁸³ De HR oordeelde daarin dat het niet naleven van de verplichting om een patiënt te informeren en op basis daarvan toestemming voor de ingreep te krijgen geen schending oplevert van een veiligheidsnorm en dus niet leidt tot omkering van de bewijslast.

In het eerder besproken trombose-arrest (protocol-arrest) uit 2001 was er sprake van het niet naleven van een veiligheidsnorm.⁸⁴ Hierin bepaalde de HR dat het niet naleven van een intern protocol, dat beoogt tegen een specifiek risico te beschermen (trombose) waarna dat risico zich voltrokken heeft, leidt tot toerekenbaar tekortschieten en tot omkering van de bewijslast. De patiënt moet aannemelijk maken dat in het concrete geval juist het (specifieke) gevaar waartegen de norm beoogt te beschermen zich heeft verwezenlijkt.⁸⁵ Het is dan aan het ziekenhuis om aannemelijk te maken dat het causaal verband ontbreekt. De hulpverlener moet vervolgens bewijzen dat de schade ook zou zijn opgetreden indien deze norm wel zou zijn nageleefd.⁸⁶ In het aansprakelijkheidsrecht is de omkeringsregel bedoeld om de patiënt tegemoet te komen in zijn bewijsnood op het vlak van de c.s.q.n.-verband tussen de fout en de schade.⁸⁷ Het trombose-arrest was volgens professor Hartlief een uitzondering en volgens hem is sindsdien de omkeringsregel in de medische wereld nauwelijks meer aan de orde.⁸⁸

Een ander voorbeeld is het obductie/seresta-arrest uit 2004.⁸⁹ Daarin had de Hoge Raad eveneens bepaald dat voor toepassing van de omkeringsregel is vereist dat door de fout van de hulpverlener een specifiek gevaar in het leven moet zijn geroepen en dat dit specifieke gevaar zich vervolgens heeft verwezenlijkt.

In casu was een waarnemend huisarts bij een patiënt langs geweest die al heel lang lag te slapen na het innemen van twee tabletten seresta. De huisarts had verwacht dat de patiënt na een paar uur wakker zou worden, maar de patiënt bleek de andere dag te zijn overleden. De omkeringsregel werd door de HR niet ingesteld omdat dit onredelijk zou zijn omdat de doodsoorzaak niet bekend was. Ook was het niet bekend of het risico op overlijden door de huisarts had kunnen worden afgewend. Enkel schending van de norm van goed hulpverlenerschap rechtvaardigde volgens de HR geen omkering van de bewijslast en daarom werd de huisarts niet aansprakelijk gesteld voor de dood van deze patiënt.

⁸⁰ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 412.

⁸¹ HR 13 januari 1995, NJ 1997, 175.

⁸² Reehuis 2010, p. 344.

⁸³ HR 23 november 2001, NJ 2002, 387.

⁸⁴ HR 2 maart 2001, NJ 2001, 649.

⁸⁵ Reehuis 2010, p. 384.

⁸⁶ Obbink 2005, p. 35.

⁸⁷ Hartlief e.a. 2010, p. 27.

⁸⁸ Hartlief e.a. 2010, p. 30.

⁸⁹ HR 19 maart 2004 NJ 2004, 307.

Concluderend wordt de omkering van de bewijslast niet snel door de rechter overwogen. Om de patiënt toch tegemoet te komen om voldoende aanknopingspunten te vinden voor zijn stellingen komt wel regelmatig de “verzwaarde stelplicht” voor. Voor het FZR betekent dit dat de patiënt van voldoende informatie moet worden voorzien ter motivering van zijn stellingen. Omkering in de bewijslast kan ontstaan wanneer de fout bestaat uit het niet naleven van een veiligheidsnorm wanneer een daartoe strekkend protocol niet wordt nageleefd. De hulpverlener moet dan bewijzen dat de (val)schade ook zou zijn opgetreden indien deze norm wel zou zijn nageleefd.

3.8 Richtlijnen en protocollen

Uit de onderzochte jurisprudentie bleek al eerder dat bij medische aansprakelijkheid steeds vaker richtlijnen en protocollen als invulling worden gebruikt voor het begrip professionele standaard” uit artikel 7:453 BW (“goed hulpverlenerschap”). Daarom is het belangrijk dat de richtlijnen op de juiste manier worden vertaald in protocollen van het FZR. Uit het oogpunt van praktische hanteerbaarheid moeten opstellers van een protocol er rekening mee houden dat het wordt gehanteerd door redelijk bekwame hulpverleners en dat derhalve niet alle gegevens hoeven te worden vermeld die op grond van kennis en ervaring bekend horen te zijn.⁹⁰ Volgens de MvT bij de KWZ is de wettelijke verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders te waarborgen dat zorg conform richtlijnen wordt verleend.⁹¹ Omdat dit onderzoek gaat over de aansprakelijkheid voor het ziekenhuis bij valincidenten in de kliniek is onderzocht welke richtlijnen er over dit onderwerp zijn. Over valpreventie blijkt er slechts één landelijke richtlijn te zijn: “Preventie van valincidenten bij ouderen” van het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) uit 2004”.⁹² Daarna is onderzocht welke protocollen er in het FZR worden gehanteerd die afgeleid zijn van deze richtlijnen. In de kliniek wordt hiervoor het valprotocol gehanteerd: “zorgplan valpreventie”. Dit protocol is opgesteld aan de hand van de CBO-richtlijn. Tijdens het onderzoek is vervolgens beoordeeld of deze richtlijn op de juiste manier is vertaald in het valprotocol en in de werkwijze in de kliniek van het FZR. Verslag hierover volgt in hoofdstuk vier.

Volgens het CBO is een richtlijn een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. Een richtlijn berust op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van goed medisch handelen.⁹³ In de richtlijn worden aanbevelingen gedaan waaraan de hulpverleners moeten voldoen om goede zorg te verlenen. Daarbij wordt uitgaan van “gemiddelde patiënten” en zorgverleners moeten in individuele gevallen zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken dient dit te worden beargumenteerd, gedocumenteerd en -waar nodig- in overleg met de patiënt worden gedaan.⁹⁴ Deze tekst is ook terug te vinden in de jurisprudentie zoals eerder in dit hoofdstuk is besproken.

Veel richtlijnen die van belang zijn voor het medisch handelen worden opgesteld door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).⁹⁵ De KNMG blijkt geen richtlijn te hebben ontwikkeld die betrekking heeft op valpreventie.⁹⁶ Om te voorkomen dat steeds verschillende hulpverleners richtlijnen gaan vertalen in eigen protocollen, is het verstandig om daarvoor externe ondersteuning te zoeken. Dit zal aan de raad van bestuur als aanbeveling worden gegeven. Ter ondersteuning bij het opstellen van medisch-specialistische richtlijnen (protocollen)

⁹⁰ Hartlief e.a. 2010, p. 52.

⁹¹ *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 10.

⁹² CBO, *Richtlijn. Preventie van valincidenten bij ouderen*, Utrecht: Van Zuiden Communications 2004.

⁹³ CBO, *Richtlijn. Preventie van valincidenten bij ouderen*, Utrecht: Van Zuiden Communications 2004. p. 7-8.

⁹⁴ Zorgprotocollen, ‘Achtergrondinformatie met betrekking tot protocollen en richtlijnen’, 2012, <www.zorgprotocollen.nl/protocolachtergrond.htm>, 28 april 2013.

⁹⁵ KNMG, ‘Richtlijnen’, 2013, <knmg.artsennet.nl/web/show/search?searchstring=richtlijnen>, 13 april 2013.

⁹⁶ KNMG, ‘Over KNMG’, 2013, <knmg.artsennet.nl/Over-KNMG.htm>, 28 april 2013.

verwijst de Orde van Medisch Specialisten (OMS) naar adviseurs.⁹⁷ Deze adviseurs stellen richtlijnen op conform de eisen uit het rapport “Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0” van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad van Kwaliteit uit 2011.⁹⁸ Het CBO heeft ter ondersteuning bij het opstellen van richtlijnen (protocollen) een aantal handleidingen en andere hulpmiddelen ontwikkeld.⁹⁹ Het CBO biedt ondersteuning aan bij het ontwikkelen van indicatoren op basis van de richtlijn. Voor het opstellen en de toetsing van richtlijnen (protocollen) voor de kliniek kan tevens ondersteuning worden gezocht bij de Toetsingscommissie Richtlijnen van de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Volgens het V&VN worden richtlijnen via verschillende methoden ontwikkeld en bestaan er daardoor grote verschillen in de kwaliteit.¹⁰⁰

3.9 Toekomstige ontwikkelingen aansprakelijkheidsrecht

Omdat wet- en regelgeving soms snel kan veranderen dient het FZR rekening te houden met de toekomstige ontwikkelingen op het gebied van het aansprakelijkheidsrecht. Zo is er al jaren geleden een wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer betreffende de Wet cliëntenrechten zorg (WCZ). De wetgever had aanvankelijk de bedoeling om de rechtspositie van de patiënt te versterken en zijn rechten onder te brengen in één wet. In het wetsvoorstel is onder andere opgenomen om een groot aantal artikelen van de WGBO te vervangen.¹⁰¹ Over het wetsvoorstel bestaat een al jarenlange discussie. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met dit wetsvoorstel behoudens één verplichting. Dit betreft het aansluiten van de ziekenhuizen bij een onafhankelijke geschillencommissie. Minister Schippers heeft recent aangekondigd niet langer te willen wachten op invoering van deze nieuwe wet en gaat de zorginstellingen verplichten om nu al aan te sluiten bij een geschilleninstantie.¹⁰² Een geschillencommissie oordeelt binnen een korte termijn over de verwijtbaarheid van een schadeclaim en over het schadebedrag.¹⁰³ Het FZR is in het verleden aangesloten geweest bij een geschillencommissie maar daar werd nooit gebruik van gemaakt. Vandaar dat het lidmaatschap werd opgezegd. Aan de raad van bestuur van het FZR zal de aanbeveling worden gedaan om opnieuw aan te sluiten bij een geschillencommissie. Daarmee kan voor zowel de patiënt als voor het FRZ snel duidelijkheid zijn over de verwijtbaarheid van een valincident.

⁹⁷ OMS, ‘Richtlijnen’, 2013, <www.orde.nl/diensten/kims/richtlijnen>, 27 april 2013.

⁹⁸ OMS, *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0*, OMS 2012.

⁹⁹ CBO, ‘Richtlijnen’, 2013, <www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleidingen>, 27 april 2013.

¹⁰⁰ V&VN, ‘Richtlijnen’, 2013, <www.venvn.nl/OverVVN/Vereniging/CommissieLegitimeringRichtlijnen.aspx>, 1 mei 2013.

¹⁰¹ *Kamerstukken II* 2009/10, 32 402, nr. 1.

¹⁰² F. Weeda, ‘Medische fouten. Ziekenhuizen en medici hebben moeite met het erkennen van fouten’, *NRC Handelsblad*, 25 februari 2013, p. 4.

¹⁰³ De geschillencommissie, ‘De procedure in het kort’, <www.degeschillencommissie.nl/home>, 25 maart 2013.

4. De praktijk: de werkwijze in de kliniek ten aanzien van beperking van valincidenten

Uit het vorig hoofdstuk werd duidelijk wat de gronden zijn waarop het FZR aansprakelijk kan worden gesteld bij valincidenten. Hulpverleners hebben de verplichting om professioneel te handelen en van hen mag “goed hulpverlenerschap” worden verwacht. Daaronder valt ook de naleving van richtlijnen en protocollen. Om die reden is de vertaling van de richtlijn over preventie van valincidenten getoetst aan de hand van het protocol over valpreventie van het FZR. Die toetsing is beschreven in dit hoofdstuk. Tegelijkertijd is het onderzoek gestart naar de werkwijze rondom (het beperken van) valincidenten in de kliniek. Hiervoor zijn onder andere interviews gehouden, observaties verricht en is er documentatie onderzocht. Daarover zijn samenvattingen in dit hoofdstuk opgenomen.

4.1 Interviews

Voorafgaand aan de observaties en het documentenonderzoek zijn er interviews gehouden met een lid van de raad van bestuur, de manager zorgsectoren en de afdelingshoofden van de geobserveerde klinische afdelingen. Voor deze personen is gekozen omdat zij als leidinggevend verantwoordelijk zijn voor de werkwijze in de kliniek. Zij konden informatie geven over wat er in het FZR wordt gedaan aan valpreventie voor de oudere patiënten. Om aanvullende informatie te verkrijgen over valpreventie vond er een interview plaats met de voorzitter van de werkgroep “kwetsbare ouderen”. Voorafgaand aan de interviews zijn er vragen opgesteld om als leidraad te dienen tijdens het gesprek (zie bijlage A, B, C, D en E). De aantekeningen die tijdens de interviews zijn gemaakt, zijn in deze paragraaf verwerkt. Tussentijds zijn er vragen gesteld aan de kwaliteitsfunctionaris van het FZR over bepaalde procedures en werkwijzen.¹⁰⁴

De raad van bestuur is op grond van de KWZ verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid in de kliniek. Uit het interview blijkt dat hij op de hoogte wordt gehouden van belangrijke veranderingen rondom valpreventie, wet- en regelgeving door externen zoals het ministerie van VWS, de NVZ, de IGZ, brancheorganisaties, vakbladen, symposia en congressen.¹⁰⁵ De raad van bestuur informeert het managementteam, het stafbestuur en de raad van toezicht over belangrijke wijzigingen. Kwaliteit en veiligheid voor de oudere patiënten wordt tevens besproken binnen de PVC en de VAR. De zeer ernstige (val)incidenten, calamiteiten genoemd, worden in de overlegorganen besproken en afhankelijk van het onderwerp, ook in de stafvergadering van de medische staf. De raad van bestuur ontvangt managementinformatie over (val)incidenten en over de screening op hoog valrisico. Screening op hoog valrisico is als kwaliteitsindicator opgenomen. Tevens ontvangt de raad van bestuur van de centrale VIM-commissie elke vier maanden een trendanalyse van alle (val)incidenten en op basis daarvan worden aan hem aanbevelingen gedaan.

De manager zorgsectoren wordt door de raad van bestuur geïnformeerd over belangrijke wijzigingen. Deze informatie geeft de manager door in het overleg met de leidinggevendenden of in zijn bilaterale overleggen met hen.¹⁰⁶ De opvallende zaken uit de managementinformatie worden besproken met de leidinggevendenden en met de raad van bestuur. Protocollen zijn voor de hulpverleners te vinden in het Documentbeheer voor kwaliteitssystemen (DKS). In DKS komt er een melding wanneer er iets in een protocol is gewijzigd. De manager zorgsectoren maakt deel uit van de Documentbeheerscommissie van het FZR. Door de hoeveelheid aan richtlijnen, protocollen en alle andere documenten ligt de controle op de inhoud en de naleving daarvan momenteel bij de verschillende afdelingen. De commissie houdt zich onder andere bezig met het format waaraan een protocol moet voldoen en andere randvoorwaarden ten behoeve van de verschillende documenten. De manager zorgsectoren is zich bewust van goede verslaglegging in de dossiers in het kader van

¹⁰⁴ Frans Beekmans, kwaliteitsfunctionaris, *gesprekken*.

¹⁰⁵ Janneke van Vliet, lid raad van bestuur, *interview*, 5 april 2013.

¹⁰⁶ Anton Valk, manager zorgsectoren, *interview*, 12 april 2013.

aansprakelijkheid, maar meent dat de hulpverleners in de kliniek zich daarvan onvoldoende bewust van zijn. Om valincidenten te verminderen is volgens hem het bewustwordingsaspect van belang, evenals kennis van het probleem en inzicht en instrumentarium om (risico's op) valincidenten in beeld te krijgen (monitoren). Verder kan de familie van een patiënt een belangrijk rol spelen, evenals de specialist ouderengeneeskunde en de geriater. Ook is er voldoende expertise van buitenaf nodig.

De leidinggevenden van de afdeling chirurgie/orthopedie¹⁰⁷ en neurologie¹⁰⁸ gaven aan beperkt op de hoogte te worden gebracht van belangrijke veranderingen over valpreventie en veranderde wet- en regelgeving of richtlijnen. Toch worden er decentraal protocollen opgesteld waar zij vaak als leidinggevenden verantwoordelijk voor zijn. Wijzigingen geven zij door aan de hulpverleners in de kliniek in het team- of werkoverleg, tijdens een themabijeenkomst, per mail of via een nieuwsbrief. Valincidenten worden altijd binnen het team besproken en er wordt beoordeeld of het incident voorkomen had kunnen worden. Eventueel worden er verbetermaatregelen ingevoerd. Tevens vindt er op de afdeling een analyse plaats door de decentrale VIM-commissie en later nog door de centrale VIM-commissie. De leidinggevenden zijn zich bewust van goede verslaglegging, maar er moet volgens hen nog veel worden gedaan aan de bewustwording hiervan bij de hulpverleners. Om valincidenten te verminderen worden door de leidinggevenden maatregelen aangedragen als goede protocollen, speciale hoog/laagbedden, alarmering- en bewakingssysteem. Ook ondersteuning door automatiseringssystemen werd genoemd zoals een koppeling van een protocol aan het digitaal verpleegdossier (DVD). Tevens is het belangrijk dat de hulpverleners elkaar op bepaald gedrag durven aan te spreken. Tot slot dragen besprekingen van (val)incidenten bij aan de bewustwording en daarmee vermindering van valincidenten.

Ook werd er een interview gehouden met de voorzitter van de werkgroep “kwetsbare ouderen”.¹⁰⁹ Zij ziet elke maand de score van de hoog valrisico-screening. Per afdeling is er een hulpverlener die als “aandachtsvelder” deelneemt aan deze werkgroep. Verder bestaat de werkgroep uit twee fysiotherapeuten, een diëtist, een ergotherapeut, een psychiatrisch verpleegkundige en een revalidatiearts. De werkgroep vergaart zelf informatie op het gebied van valpreventie of veranderde regelgeving. Deze informatie wordt door de “aandachtsvelders” overgebracht naar de afdelingen. Indertijd heeft de werkgroep het protocol “zorgplan valpreventie” opgesteld op basis van de CBO-richtlijn. Zij richt zich vooral op de vakinhoudelijke aspecten van de groep “kwetsbare ouderen”. Op de vraag wat er moet gebeuren om valincidenten te beperken werd geantwoord dat er een preoperatieve screening op vallen nodig is. Verder dient er een goede overdracht plaats te vinden door de huisarts of de arts ouderengeneeskunde van het verpleeghuis, cultuurverandering en het meten van vervolgstappen, zodat er zicht komt op de risico's en daarop gestuurd kan worden.

4.2 Werkwijze conform de wet, jurisprudentie, richtlijnen en protocollen

Nadat de informatie was verkregen uit de interviews volgde het documentenonderzoek. Tegelijkertijd werd gestart met de observaties (paragraaf 4.5), vandaar dat in deze paragraaf daar soms al naar wordt verwezen. De werkwijze in de kliniek dient conform de wet- en regelgeving, jurisprudentie, richtlijnen en protocollen te zijn. De hulpverleners in de kliniek dienen zich te houden aan de wettelijke bepalingen zoals die in de Wet BIG en de WGBO zijn opgenomen. Hij heeft een eigen verantwoordelijkheid voor zijn handelen in de kliniek. Daaronder valt ook het handelen volgens een protocol, zoals blijkt uit de jurisprudentie.

4.2.1 Richtlijnen en protocollen in het FZR

Tijdens het onderzoek naar de valrichtlijnen bleek dat ook andere ziekenhuizen geconfronteerd worden met de naleving van de richtlijnen en protocollen. Vandaar dat het Atrium Medisch Centrum in Heerlen recent een inventarisatie heeft gehouden over de van toepassing zijnde wet- en

¹⁰⁷ Ton Akkermans, hoofd afdeling chirurgie/orthopedie, *interview*, 12 april 13.

¹⁰⁸ Cor van Nijnatten, hoofd afdeling neurologie, *interview*, 11 april 2013.

¹⁰⁹ Marinka Stolk, voorzitter werkgroep “kwetsbare ouderen” en fysiotherapeute, *interview* datum 3 april 2013.

regelgeving, richtlijnen van beroepsgroepen en gedragscodes.¹¹⁰ Tijdens de inventarisatie werden ruim 1200 wetten, regels, (beroeps)normen, richtlijnen, zorgstandaarden en gedragscodes geteld. Verder bleken er voor de verpleegkundige zorg 225 richtlijnen te bestaan. Daarom heeft dit ziekenhuis hiervoor een databank opgezet. Voor het FZR kan een dergelijke databank uitkomst bieden, want momenteel ontbreekt voor de raad van bestuur het overzicht van deze documenten waarvoor hij op grond van de KWZ verantwoordelijk is. Vandaar dat de aanbeveling wordt gedaan om met het Atrium MC contact op te nemen of deze databank voor het FZR beschikbaar kan worden gesteld. In het geval dat deze niet overgenomen kan of mag worden, is het aan te raden om zelf een dergelijke databank op te zetten. Verder is het aan te bevelen om een centrale commissie in te stellen die verantwoordelijk wordt voor overzicht, controle, implementatie en borging van alle richtlijnen en protocollen. Hiervoor kan ook de Documentbeheerscommissie met de nodige expertise worden uitgebreid. Ook alle nieuwe protocollen kunnen dan ter toetsing aan hen worden voorgelegd. Uit het onderzoek blijkt tevens dat oude protocollen niet worden bewaard, zodat bij een juridisch geschil de protocollen die zijn gebruikt ten tijde van het incident, niet meer beschikbaar zijn. Om aansprakelijkheid bij (val)incidenten te beperken verdient het aanbeveling de oude protocollen te bewaren in bij voorkeur een databank.

4.2.2. Richtlijn voor preventie van valincidenten bij ouderen

De CBO-richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” uit 2004¹¹¹ is bestudeerd om te kunnen beoordelen of deze op de juiste manier is vertaald in het protocol en in de werkwijze van de hulpverleners in de kliniek. In de richtlijn is een aantal conclusies getrokken en zijn er aanbevelingen in gedaan. Deze zijn uit de verschillende hoofdstukken van de richtlijn gehaald en in een apart document gezet om vergelijking met het protocol makkelijker te maken (zie bijlage F). Uit de CBO richtlijn blijkt dat training en scholingsprogramma’s voor hulpverleners beperkt bijdragen aan kennisvermeerdering. Een continu inzicht in het aantal valincidenten, de gevolgen hiervan en de patiëntenbesprekingen waarin de valincidenten worden geëvalueerd, sluiten volgens het CBO beter aan.¹¹² In de kliniek van het FZR worden valincidenten besproken in het team. Daarbij wordt gekeken naar de verwijtbaarheid van de val en wat er kan worden gedaan om dit in het vervolg te voorkomen. Als criterium hierbij kan in de analyse worden meegenomen de mate waarin het protocol redelijkerwijs werd opgevolgd, opgevolgd had kunnen worden, of is genegeerd.¹¹³ Hierover zal eveneens een aanbeveling aan de raad van bestuur worden gedaan.

4.2.3 Protocol zorgplan valpreventie

In het FZR wordt ter voorkoming van valincidenten het “zorgplan valpreventie” gehanteerd (zie bijlage G). Het zorgplan is opgesteld aan de hand van de onderzochte richtlijn. Tijdens de anamnese wordt aan de patiënt de vraag gesteld of hij het afgelopen jaar is gevallen. Bij geplande opnames krijgt de patiënt vooraf een vragenlijst thuisgestuurd waarin dezelfde vraag is opgenomen (zie bijlage H). Die gegevens worden daarna overgenomen in het DVD. Wanneer blijkt dat een patiënt een hoog risico heeft om te vallen dan dient er volgens het valprotocol te worden gehandeld. Het protocol kan ook worden gehanteerd wanneer de patiënt verward of vergeetachtig is waardoor hij ook een hoog valrisico kan scoren. In de anamnese wordt daarom niet alleen de vraag gesteld of de patiënt het afgelopen half jaar is gevallen, maar ook of hij verward is geweest of vergeetachtig. De stappen uit het protocol die moeten worden doorlopen zijn in een apart document uiteengezet om de vergelijking met de richtlijn makkelijker te maken (zie bijlage I). In het document zijn ook de interventies opgenomen die toegepast moeten worden bij een verhoogd valrisico. In het valprotocol worden tevens de handelingen voor andere hulpverleners beschreven (fysiotherapeut, ergotherapeut en medisch specialist).

¹¹⁰ Blume, Van Weert & Kerkkamp, ‘Ruim twaalfhonderd richtlijnen is te veel’, *Medisch Contact*, 2013-68, nr. 10, p. 546.

¹¹¹ CBO, *Richtlijn. Preventie van valincidenten bij ouderen*, Utrecht: Van Zuiden Communications 2004.

¹¹² CBO, *Richtlijn. Preventie van valincidenten bij ouderen*, Utrecht: Van Zuiden Communications 2004, p. 13-132.

¹¹³ CBO, *Richtlijn. Preventie van valincidenten bij ouderen*, Utrecht: Van Zuiden Communications 2004, p. 134.

Het valprotocol van het FZR beoogt dus een bepaald risico, namelijk het valrisico, te voorkomen. Wanneer hierbij nogmaals wordt gekeken naar wat de rechter indertijd heeft bepaald in het trombose-arrest (protocol I-arrest)¹¹⁴ dat in hoofdstuk drie is beschreven, dan kan die uitspraak worden vertaald naar het valprotocol van het FZR. Dit betekent dat wanneer het valprotocol niet wordt nageleefd daarmee een valrisico voor de patiënt kan ontstaan. Indien dan het specifieke valgevaar zich heeft verwezenlijkt, dus wanneer de patiënt is gevallen, dan kan dit leiden tot toerekenbaar tekortschieten voor het FZR. De rechter oordeelde dat afwijken van de voorschriften uit het protocol slechts aanvaardbaar is wanneer dit in het belang van een goede patiëntenzorg wenselijk is. Bij afwijken van het protocol moet dit altijd beargumenteerd in het dossier terug te vinden zijn. Uit het De Heel/Korver-arrest bleek vervolgens dat van een ziekenhuis mag worden verwacht dat het zijn eigen protocollen naleeft.¹¹⁵ Dit houdt in dat na een hoge valscore direct alle stappen uit het valprotocol doorlopen moeten worden. Het valprotocol is opgesteld om de patiënt te beschermen tegen vallen. Wanneer dit protocol niet wordt nageleefd dan zou dit naar het oordeel van de onderzoeker schending kunnen opleveren van een veiligheidsnorm. Dit kan zelfs omkering van de bewijslast opleveren. Wanneer bij een schadeclaim in het dossier van de patiënt niet is terug te vinden dat er volgens het valprotocol is gehandeld, dan moet het FZR bewijzen dat dit wel is gedaan. Of de hulpverlener moet bewijzen dat de valschade ook zou zijn ontstaan indien de norm (het protocol) wel zou zijn nageleefd. Wanneer het FZR dat niet kan bewijzen zal de schade die de patiënt heeft opgelopen naar aanleiding van de val vergoed moeten worden omdat er dan sprake is van aansprakelijkheid.

4.2.4 Vergelijking richtlijn valpreventie met valprotocol.

Uit vergelijkend onderzoek van de richtlijn met het valprotocol kan worden geconstateerd dat het protocol in grote lijnen in overeenstemming is met de richtlijn. In het protocol is niet opgenomen om patiënten met een hoog valrisico in de buurt te leggen van de zusterpost. Ook omschrijft het protocol niets over alarmmatten of een valpolikliniek. Uit een gesprek met een seniorverpleegkundige¹¹⁶ blijkt dat alarmmatten in het verleden zijn uitgetoetst, maar dat dit geen succes was omdat het alarm vaak onbedoeld afging. Een valpolikliniek is niet in het FZR aanwezig. Patiënten met een verhoogd valrisico in de buurt van de zusterpost leggen is volgens hem niet raadzaam. Deze patiënten zijn vaak ook verward en moeten dan opnieuw in een andere omgeving wennen wat een extra valrisico oplevert. In de richtlijn wordt aanbevolen om iedere oudere patiënt die zich met een fractuur meldt op de Spoedeisende Hulp (SEH), te screenen op een verhoogd osteoporoserisico en daar gerichte diagnostiek en behandeling op te laten volgen. Uit navraag op de SEH blijkt dit niet te gebeuren.¹¹⁷ Reden hiervoor is dat de SEH is bedoeld voor spoedzorg en de screening op osteoporose (botontkalking) te veel tijd in beslag neemt. Daarom gebeurt dit op de polikliniek wanneer de patiënt weer op controle komt. Uit het vergelijkend onderzoek blijkt verder dat het protocol aangepast moet worden. Er staat in dat er een sticker “valrisico” op het verpleegkundig dossier geplakt moet worden, terwijl het verpleegkundig dossier digitaal is. Ook zou het volgens de onderzoeker beter zijn om de titel van het protocol te wijzigen. De titel “zorgplan” kan verwarrend zijn omdat een zorgplan wordt gebruikt in de verpleeg- en verzorgingshuizen en het FZR gebruik maakt van een verpleegplan. Vandaar dat wordt aanbevolen om de titel te veranderen in “protocol valpreventie”, zodat het tevens duidelijk is dat het om een protocol gaat. Wat ook opviel was dat de controledatum van het protocol was verstreken. Het verdient daarom aanbeveling om, wanneer er een centrale commissie wordt ingesteld, de controlemomenten waarop een protocol moet worden geactualiseerd ook door deze commissie te laten uitvoeren. Of het valprotocol bekend is bij de hulpverleners in de kliniek en wordt nageleefd, is onderzocht tijdens de observaties.

¹¹⁴ HR 2 maart 2001, *NJ* 2001, 649.

¹¹⁵ HR 13 januari 1995, *NJ* 1997, 175.

¹¹⁶ Erik Huijbregts, senior verpleegkundige afdeling orthopedie, *gesprek*, 2 mei 2013.

¹¹⁷ Anne-Marlies Taselaar, arts-assistent, *gesprek*, 1 mei 2013.

4.2.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen in de kliniek

In de kliniek van het FZR blijkt het regelmatig nodig te zijn om vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen om valincidenten te beperken. Deze vrijheidsbeperkende maatregelen grijpen diep in op de rechten van de mens. In de richtlijn over valpreventie is een gedeelte opgenomen over deze maatregelen. Daarin staat onder meer beschreven dat bedhekken veelvuldig worden toegepast in ziekenhuizen ter preventie van valincidenten, maar dat 50-90% van de valincidenten plaatsvindt ondanks het gebruik van bedhekken.¹¹⁸ Wanneer de interventies niet op verantwoorde en deskundige wijze worden toegepast, kan er alsnog schade ontstaan voor de patiënt.¹¹⁹ Deze schade kan variëren van angst en huidbeschadiging tot afklemming en ophanging.¹²⁰ Voor deze schade kan het FZR aansprakelijk worden gesteld. Er blijken tot op heden geen landelijke richtlijnen te bestaan over het gebruik van bedhekken en het FZR heeft hier zelf geen protocol voor opgesteld. Omdat tijdens het gebruik van bedhekken schade voor een patiënt kan ontstaan, is het raadzaam om hierover beleid op te stellen om daarmee aansprakelijkheid te beperken.

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft in welke gevallen vrijheidsbeperkende maatregelen mogen worden opgelegd. Deze wet mag niet naar analogie worden toegepast op het FZR omdat deze is bedoeld voor de psychiatrische ziekenhuizen (artikel 1, sub h, Wet Bopz). Er ligt nu een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer om de Wet Bopz te vervangen door twee nieuwe wetten. De ene wet is de Wet Zorg en Dwang (WZD)¹²¹, bedoeld voor de psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte mensen en daarmee van toepassing op het FZR. De andere wet is de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ), die in de plaats moet komen van de Wet Bopz.¹²² Het uitgangspunt van deze twee nieuwe wetten is dat dwang in de zorg zoveel mogelijk wordt beperkt en een gedwongen behandeling alleen bij uiterste noodzaak wordt toegepast. Onvrijwillige zorg mag alleen worden verleend als het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel voor zichzelf of voor anderen en alleen als uiterste redmiddel worden gebruikt. Deze zorg mag nooit worden verleend zonder een zorgvuldige besluitvormingsprocedure.¹²³ Voor de hulpverlener wordt er in de WZD een helder wettelijke kader gecreëerd. Vrijheidsbeperkende maatregelen moeten altijd in een zorgplan/verpleegplan terug te vinden zijn, waarover van tevoren multidisciplinair is overlegd. Er mag volgens de WZD straks geen sprake zijn dat een patiënt in zijn vrijheid wordt beperkt en vervolgens alleen wordt gelaten.¹²⁴ Deze wet brengt dus een aantal consequenties met zich mee voor het FZR.

Totdat de WZD is vastgesteld dient het FZR zich met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen te houden aan de wettelijke bepaling van artikel 7:450, lid 3 BW. Dit artikel bepaalt wat er moet gebeuren indien een patiënt niet (meer) in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. In dat geval wordt door de hulpverlener en de curator van de patiënt of zijn schriftelijke gemachtigde (artikel 7:465 lid 2 en 3 BW), de “kennelijke opvattingen” van de patiënt opgevolgd. Tot het fixeren van een patiënt met onrustbanden wordt pas overgegaan als uiterst redmiddel (ultimum remedium). In het FZR wordt hiervoor toestemming aan de patiënt zelf gevraagd (indien hij deze maatregel kan begrijpen), of anderszins aan diens vertegenwoordiger. Hiervoor moet een toestemmingsformulier worden ingevuld (zie bijlage J). Tijdens de observaties

¹¹⁸ CBO, *Richtlijn. Preventie van valincidenten bij ouderen*, Utrecht: Van Zuiden Communications 2004, p. 119.

¹¹⁹ T. van de Pasch, ‘Vrijheidsbeperking brengt grote verantwoordelijkheid met zich mee’, *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2008, nr. 7/8, p. 47.

¹²⁰ IGZ, *Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, bedhekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen*, Den Haag: IGZ 2000.

¹²¹ *Kamerstukken II* 2011/12, 31996, nr. 31.

¹²² *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 2.

¹²³ Rijksoverheid, ‘Dwang in de zorg’, 2013, <www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/wetswijziging-dwang-in-de-zorg>, 4 mei 2013.

¹²⁴ Overheid, ‘Wetsvoorstel’, 2013, <www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-zorg-en-dwang>, 4 mei 2013.

lagen er patiënten in onrustbanden waar al toestemming voor was gevraagd. Aan de hand van de aftekenlijst bleek dat er voor die toestemming was getekend.

Bij de aanbevelingen zal worden opgenomen om onderzoek te laten verrichten naar de procedure rondom de vrijheidsbeperkende maatregelen, vooruitlopend op de invoering van het nieuwe wetsvoorstel. Het huidige protocol over preventie van valincidenten bij ouderen moet met de invoering van de WZD worden aangepast. Naast de procedure dienen ook de werkwijze, het toestemmingsformulier en het informatiemateriaal te worden getoetst aan het wetsvoorstel. Het is raadzaam om dan tegelijkertijd een onderzoek naar het fixatiemateriaal te doen. Over fixatiemateriaal is in DKS een document opgeslagen, maar dit is slechts opgesteld ten behoeve van het gebruik van de verschillende fixatiemiddelen (zie bijlage K) en niet over de kwaliteitscontrole. Fixatiemateriaal dient regelmatig te worden gecontroleerd omdat het schade kan opleveren voor een patiënt. En wanneer er schade is ontstaan door gebruik van ondeugdelijk fixatiemateriaal, dan kan dit aansprakelijkheid opleveren. (Tijdens de observaties bleek dat van een onrustband een belangrijk gedeelte ontbrak en op de andere afdeling was er geen onrustband voorradig). Uit navraag bij de klinisch fysicus¹²⁵, die verantwoordelijk is voor alle medische apparatuur, is er niemand in het FZR centraal verantwoordelijk gesteld voor het fixatiemateriaal en andere medische hulpmiddelen. Ook zij zag dit als een risico. Wel is er een verantwoordelijke aangesteld voor de steriele hulpmiddelen. Daarom zal de aanbeveling worden gedaan om een centrale commissie in te stellen die verantwoordelijk is voor de kwaliteitsbewaking van alle medische (steriele) hulpmiddelen (waaronder fixatiemateriaal). Ook de klinisch fysicus wil aan deze commissie deelnemen.

4.2.6. Werkwijze na een valincident in de kliniek

Een valincident wordt vrijwel altijd veroorzaakt door een samenspel van meerdere factoren. Het betreft dan een combinatie van persoonsgerelateerde en omgevingsgerelateerde risicofactoren.¹²⁶ Hierdoor is het bij een aansprakelijkstelling vaak moeilijk te achterhalen welke factor de belangrijkste bijdrage aan de val leverde. Open communicatie na een valincident is erg belangrijk; dit bleek uit de gesprekken met de hulpverleners in de kliniek. De eerste aandacht na een valincident gaat uit naar de opvang van de patiënt. Door de hulpverlener wordt een arts-assistent gevraagd om de patiënt te onderzoeken op letsel. Ook wordt de familie van de patiënt op de hoogte gebracht. Met de patiënt en zijn familie wordt gesproken over wat er is gebeurd en wat er gedaan kan worden om herhaling te voorkomen. Aan hen wordt de ziekenhuisfolder uitgereikt: “beperk het risico te vallen” (zie bijlage L). In deze folder staan onder andere de maatregelen beschreven die in de kliniek worden getroffen om valincidenten te beperken. Daarbij staan tevens de maatregelen die een patiënt zelf kan nemen. Een patiënt kan ook door acute verwardheid (delirium) zijn gevallen. Ook hierover kan een folder worden uitgereikt (zie bijlage M). Acute verwardheid is tijdelijk en verdwijnt na enkele uren of dagen. Wanneer de patiënt nog niet “hoog valrisico” had gescoord, dan zullen alsnog de stappen van het valprotocol doorlopen moeten worden. Tijdens de observaties zijn er geen patiënten gevallen, waardoor bovenstaande niet getoetst kon worden. Dit geldt ook voor hetgeen in de volgende paragrafen is beschreven over het melden van incidenten en calamiteiten. In de gesprekken met de hulpverleners werd door allen aangegeven dat zij zich wel aan deze procedures houden.

4.3 Het Veilig Incidenten Melden

Wanneer er een patiënt is gevallen, dan dient de hulpverlener dit te registreren in het systeem waarin incidenten “veilig” gemeld kunnen worden. Dit betekent dat de melder een zekere mate van bescherming heeft omdat er tegen hem in beginsel geen individuele maatregelen mogen worden getroffen.¹²⁷ De incidenten worden op de afdeling besproken en door de decentrale VIM-commissie geanalyseerd. Door de centrale VIM-commissie worden de “opvallende” incidenten geanalyseerd. Zij haalt daar “de trends” uit zodat daar op kan worden gestuurd. Bijvoorbeeld wanneer uit analyse blijkt

¹²⁵ Bunna Damink, klinisch fysicus, *gesprek*, 22 april 2013.

¹²⁶ VMS, *Veiligheidsprogramma. Praktijkgids kwetsbare ouderen*, VMS 2009, p. 37.

¹²⁷ Smeehuijzen, Akkermans & Vansweevelt 2013, p. 43.

dat op een bepaalde afdeling patiënten in de doucheruimte vallen, dan dient er onderzoek plaats te vinden of daarvoor verbetermaatregelen kunnen worden genomen. De centrale VIM-commissie rapporteert aan de raad van bestuur over haar bevindingen. Wanneer de commissie een valincident tegenkomt dat als calamiteit had moeten worden gemeld bij de raad van bestuur, dan verzoekt zij de melder dit alsnog doen. Door het VIM-systeem worden incidenten besproken en zo nodig worden er verbetermaatregelen ingesteld. Door de bespreking en de eventuele verbetermaatregelen kunnen valincidenten worden beperkt.

De patiënt heeft in het beginsel geen recht op een kopie van de VIM-melding of de analyse daarvan. Dit blijkt uit een uitspraak van het Hof in 2008 die daarbij verwees naar de criteria zoals in 1999 al door de HR waren gesteld.¹²⁸ Het Hof oordeelde dat het belang van het goed kunnen functioneren van een VIM-systeem in beginsel zwaarder dient te wegen dan het belang van de patiënt om zijn bewijslast rond te krijgen.¹²⁹ De VIM-gegevens maken dus geen onderdeel uit van het dossier. Echter, wanneer het medisch dossier niet volledig is dan kan de rechter uiteindelijk toch kiezen voor het zwaarwegende belang van de patiënt. In dat geval zal het FZR toch de VIM-gegevens beschikbaar moeten stellen. Hieruit blijkt nogmaals het belang van een volledig dossier.

4.4 Calamiteiten

Wanneer een val voor de patiënt een ernstig schadelijk gevolg heeft, of hij is daardoor overleden, dan spreekt men van een calamiteit. Een ernstig schadelijk gevolg is onder andere een fractuur, heropname in een ziekenhuis, heroperatie, aanzienlijke verlenging van de opnameduur, langdurig of ernstig toenemen van de zorgbehoefte van de patiënt. De definitie van een calamiteit is terug te vinden in artikel 4a lid 2 KWZ. Daarin wordt aangegeven dat onder een calamiteit wordt verstaan een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot een ernstig schadelijk gevolg of tot de dood van een patiënt heeft geleid.

Indien er sprake is van (een verdenking op) een calamiteit, dan wordt dit door de hulpverlener gemeld aan de raad van bestuur. Het FZR dient de calamiteit te melden aan de IGZ (artikel 4a lid 1 KWZ). Hierna wordt door de calamiteitencommissie van het FZR de casus onderzocht. Van het onderzoek stelt deze commissie een rapportage op die met eventuele verbetervoorstellen aan de raad van bestuur wordt gestuurd. De rapportage wordt vervolgens toegestuurd aan de IGZ. Het FZR ontvangt van de IGZ daarna bericht of er nog aanvullende vragen zijn, of er nog nader onderzoek nodig is, of dat de rapportage voldoende was en daarmee het dossier kan worden gesloten. Door bespreking van deze (val)calamiteiten, evenals het inzetten van eventuele verbetermaatregelen, kunnen (val)incidenten worden beperkt.

4.5 Observaties naar de werkwijze in de kliniek

Om de werkwijze in de kliniek ten aanzien van het beperken van valincidenten (en daarmee aansprakelijkheid) te kunnen toetsen zijn er observaties gehouden. Vanwege het korte tijdsbestek was het niet mogelijk om alle klinische afdelingen te observeren. Vandaar dat is gekozen voor de afdeling neurologie omdat daar veel (oudere) patiënten worden opgenomen met een verhoogd valrisico. Daarnaast werd gekozen voor de afdeling chirurgie/orthopedie vanwege “de kwetsbaarheid” van patiënten na een operatie of een fractuur. Om een zo goed mogelijk beeld van de werkwijze in de praktijk te krijgen werd gekozen voor “participerende observaties”. Dit betekent dat de onderzoeker heeft meegedaan aan de dagelijkse activiteiten in de kliniek. De observaties hebben gedurende vierentwintig uur op beide afdelingen plaatsgevonden vanwege de verschillen in bezetting en werkdruk. Door de observaties is een beeld van de praktijk ontstaan dat als representatief kan worden beschouwd voor de werkwijze in het FZR van alle klinische afdelingen. Voorafgaand werd de toestemming gevraagd aan de leidinggevenden om de observaties te mogen

¹²⁸ HR 15 oktober 1999, *NJ* 2001, 42.

¹²⁹ Hof Leeuwarden, 9 december 2008, *LJN* BG6616.

uitvoeren. Daarna is er een brief naar alle hulpverleners van de afdelingen gestuurd over het doel van de observaties (zie bijlage N). Daarin werd tevens aangegeven dat er tijdens de observaties ook vragen werden gesteld. Wanneer daar bezwaar tegen was kon dat vooraf kenbaar worden gemaakt. Geen enkele hulpverlener heeft bezwaar gemaakt.

Tijdens de observaties in de kliniek is niet gebleken dat de hulpverleners zich niet aan de wet houden, zoals aan de bepalingen uit de Wet BIG en de WGBO. Zij hadden een professionele houding, trachtten aan het begrip “goed hulpverlenerschap” te voldoen en hielden zich aan “de voorbehouden handelingen” (hoofdstuk IV Wet BIG). Dit bleek onder andere uit het feit dat de hulpverleners regelmatig een arts-assistent belden om een beslissing te nemen die zij zelf, op grond van de Wet BIG, niet mogen nemen. Tijdens de observaties werd geconstateerd dat de werkwijze in de kliniek van het FZR erop is gericht om valincidenten van oudere patiënten te beperken. Er wordt door de hulpverleners veel gedaan aan valpreventie en er wordt gezocht naar alternatieven om valincidenten te beperken. Zo zijn er bedden besteld die extra laag gezet kunnen worden. Door de seniorverpleegkundige¹³⁰ (tevens “aandachtsvelder” van de werkgroep “kwetsbare ouderen”) werd hierover uitleg gegeven. Het bed wordt dan aan één kant tegen de muur gezet en aan de andere kant wordt een matras bijgeschoven. Indien de patiënt dan uit bed rolt valt hij niet op de grond, maar komt hij op het matras terecht. Tijdens de observaties vielen er verschillende dingen op. Ten eerste de plastic houders die op alle kamers staan waarin informatie is te lezen voor de patiënt en zijn familie. Deze informatie gaat over wat de patiënt zelf kan doen om een valincident te voorkomen. Het gaat daarbij onder andere over het gebruik van stevige schoenen en het gebruik van eigen hulpmiddelen. Bij de tekst staan plaatjes afgebeeld ter verduidelijking (zie bijlage O). Patiënten worden door de hulpverleners ook mondeling op de risico's gewezen. Ten tweede viel het op dat op de gang de karretjes met verpleegkundig materiaal worden neergezet in de daarvoor bestemde vakken. Hiermee wordt voorkomen dat patiënten allerlei obstakels tegenkomen op de gang en daarover kunnen vallen. Ten derde bleken er in de douche- en toiletruimtes speciale douchestoelen te zijn en handgrepen te hangen om uitglijden te voorkomen. De patiënten met een valrisico worden begeleid bij het in en uit bed gaan, bij het naar het toilet gaan en bij het douchen. Deze patiënten worden er veelvuldig op gewezen om te bellen wanneer zij uit bed willen gaan. Ten slotte werden in het DVD alle belangrijke bevindingen van een patiënt genoteerd. Na iedere dienst worden de bevindingen in het DVD uitgedraaid en in de overdracht besproken. Om de hulpverleners te ondersteunen bij het invoeren en oproepen van informatie zijn er verschillende vrijrijdbare computers beschikbaar die meegenomen kunnen worden naar de patiënt. Om de hulpverlener te ondersteunen bij het volgen van een protocol (zoals het valprotocol) is het aan te bevelen om bij een patiënt die een hoog valrisico heeft, het protocol als verplicht veld in het DVD op te nemen. Daarmee kan worden geborgd dat de hulpverleners conform het valprotocol handelen en kan tevens de kans op aansprakelijkheid worden beperkt. Hierover zal een aanbeveling worden gedaan.

Verscheidende hulpverleners zijn tijdens de observaties bezig met (be)handelingen en besprekingen van patiënten, waaronder ook revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie en verpleging. Uit de observaties blijkt dat de oudere patiënten tijdens de anamnese op een hoog valrisico worden gescreend. Hierna wordt in overleg met de patiënt besproken wat er eventueel aan maatregelen genomen moeten worden om een valincident te voorkomen. Hierbij wordt geconstateerd dat de hulpverleners wel vanuit hun eigen professe een aantal bepalingen uit het protocol naleven, maar het protocol zelf vrijwel nooit raadplegen. Zij merken hierbij op dat het DKS een lastig systeem is om iets in op te zoeken. Verder geven zij aan dat door de hoeveelheid aan protocollen waar de hulpverleners zich aan moeten houden, het voor hen niet werkbaar is wanneer zij deze steeds moeten raadplegen. Zij menen wel te handelen volgens het valprotocol, maar kunnen desgevraagd niet alle stappen uit het protocol benoemen. Het screenen op hoog valrisico en het zo nodig nemen van maatregelen om valincidenten te beperken zijn wel bij alle hulpverleners bekend. Zij geven aan

¹³⁰ Chantal Bogers, seniorverpleegkundige afdeling neurologie, *gesprek*, 11 april 2013.

er zich niet bewust van te zijn dat bij een hoog valrisico direct alle stappen van het protocol doorlopen moeten worden en dat hiervan een aantekening moet worden gemaakt in het verpleegplan. Ook geven zij aan zich er niet van bewust te zijn dat, wanneer er van het protocol wordt afgeweken, dit beargumenteerd in het dossier moet worden vermeld. Dat het niet juist naleven van een protocol aansprakelijkheid kan opleveren is voor alle hulpverleners waarmee gesprekken zijn gevoerd, geheel onbekend.

Geconstateerd werd dat er veel bedhekken omhoog stonden. Uit navraag bij de hulpverleners bleek dat patiënten hier soms zelf om vragen. De bedden zijn redelijk smal en patiënten blijken zich daar vaak veiliger bij te voelen. Sommige bedhekken stonden aan één kant naar beneden. Op die manier stapt de patiënt aan die kant uit bed waar zijn schoeisel staat, zodat hij niet op blote voeten gaat lopen en daardoor kan vallen. Vooral op de afdeling neurologie worden veel vrijheidsbeperkende maatregelen genomen, zoals bedhekken die omhoog staan, maar ook patiënten die gefixeerd zijn. Dit laatste houdt in dat deze patiënten met onrustbanden vastliggen. Dat zijn vaak patiënten die een ernstig neurologisch probleem hebben zoals een cerebraal vasculair accident (CVA). Deze patiënten zijn meestal erg onrustig en verward en hebben geen goed ziektebeeld. Door de onrust lopen zij het risico uit bed te vallen. De meeste patiënten verblijven niet langer dan vijf dagen in de kliniek. Dit betekent dat, hetgeen waarvoor deze patiënten zijn opgenomen, hen pas recent is overkomen. Vandaar dat er patiënten zijn die soms “vergeten” half verlamd te zijn. Wanneer deze patiënten nachts uit bed stappen kunnen zij daardoor vallen. Uit navraag bij drie patiënten of zij het vervelend vonden om vast te liggen, werd ontkennend geantwoord. Aan de patiënt wordt duidelijk uitleg gegeven waarom hij vastligt en dit lijkt hij te begrijpen en daarin te berusten. Er lag zelfs een patiënt vast aan zijn pols, maar met een verlengstuk waardoor hij nog redelijk wat bewegingsvrijheid aan die arm had. De reden dat deze patiënt aan zijn pols gefixeerd lag had te maken met het feit dat hij anders (met zijn “goede” hand) het infuus, de sonde en de katheter eruit trok, met alle gevolgen van dien. Wanneer een sonde wordt uitgetrokken bestaat het risico dat de vloeistof in de longen loopt waardoor de patiënt kan stikken. Wanneer een patiënt aan de pols ligt gefixeerd dan moet hij ook aan zijn middel gefixeerd worden, omdat anders de kans bestaat dat hij zijn arm breekt. Bij een patiënt die wordt gefixeerd moeten altijd de beschermhoezen over de bedhekken worden gedaan. Hiermee wordt voorkomen dat de patiënt bekneld raakt tussen de bedhekken.

Na afronding van de observaties konden er conclusies uit het onderzoek worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan aan de raad van bestuur van het FZR. Deze conclusies en aanbevelingen staan in het volgende hoofdstuk beschreven.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies weergegeven uit het onderzoek. Naar aanleiding van deze conclusies worden aanbevelingen gedaan aan de raad van bestuur van het FZR. Het onderzoek was gericht op beantwoording van de centrale vraag. Deze luidt: “Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan aan de raad van bestuur van het Franciscus Ziekenhuis ten aanzien van het beperken van aansprakelijkheid (schadeclaims) ten gevolge van valincidenten van oudere patiënten in de kliniek, gelet op de huidige wet- en regelgeving, jurisprudentie, richtlijnen en werkwijze binnen het ziekenhuis?”

Het antwoord hierop is dat er verschillende aanbevelingen aan de raad van bestuur van het FZR kunnen worden gedaan, waarmee hij aansprakelijkheid (schadeclaims) ten gevolge van valincidenten van oudere patiënten in de kliniek kan beperken. Deze aanbevelingen staan in dit hoofdstuk in paragraaf 5.2 vermeld.

5.1 Conclusies

De belangrijkste conclusie uit het onderzoek is enerzijds dat het beleid en de werkwijze van het FZR erop zijn gericht om valincidenten (en daarmee aansprakelijkheid/schadeclaims) bij oudere patiënten in de kliniek te beperken. Anderzijds blijkt uit het onderzoek dat het FZR het risico loopt op aansprakelijkheid doordat het valprotocol niet exact wordt opgevolgd. De hulpverleners screenen een oudere patiënt op “hoog valrisico”. Wanneer een patiënt hoog scoort, dan moeten op dat moment *alle* stappen uit het valprotocol worden opgevolgd. Tegelijkertijd moet in het dossier worden aangetekend dat er volgens het protocol is gehandeld. Wanneer er van het protocol wordt afgeweken, dient de argumentatie daarvan in het dossier te worden beschreven. Uit de gesprekken tijdens de observaties en interviews met de leidinggevenden blijkt dat de hulpverleners zich hiervan niet bewust zijn. Tijdens bestudering van de jurisprudentie werd duidelijk dat bij een schadeclaim na een valincident wordt onderzocht of alle stappen uit het protocol zijn doorlopen. Wanneer dit niet uit het dossier kan worden opgemaakt, moet het FZR bewijzen dat er *wél* volgens het protocol is gehandeld. En dat wordt lastig als de bewijslast daarvan ontbreekt: de aantekeningen in het dossier. Dit alles betekent dat er in de kliniek onbewust risico wordt gelopen op aansprakelijkheid bij valincidenten. Wanneer de aanbevelingen worden overgenomen dan kan daarmee de kans op aansprakelijkheid worden beperkt.

5.1.1 Conclusie risico op vallen van oudere patiënten in de kliniek

Patiënten van 70 jaar en ouder (“de kwetsbare ouderen”) lopen een verhoogde kans op een valincident in de kliniek omdat zij vaak verschillende aandoeningen en complicaties hebben. Wanneer zij een val oplopen kunnen de gevolgen daarvan variëren van hematomen en kneuzingen, tot hoofdletsel en fractures of zelfs overlijden. Daarom is in het FZR bij deze oudere patiënten de focus gericht op preventie. Vanaf 2012 worden alle klinische patiënten van 70 jaar en ouder gescreend op vallen. Zodra er bij een patiënt een hoog valrisico wordt geconstateerd, is hier extra aandacht voor en worden er zo nodig preventieve maatregelen genomen. In het FZR is het beleid voor de oudere patiënten erop gericht om de veiligheid te verbeteren en daarmee de kans op schade (en schadeclaims) bij valincidenten te beperken. Valincidenten worden gemeld in het VIM-systeem en ernstige valincidenten (calamiteiten) bij de IGZ. Alle valincidenten worden geanalyseerd en besproken om daar het beleid op aan te kunnen passen (verbetermaatregelen). De ouderen vormen de laatste jaren ook een belangrijke doelgroep voor de overheid. Door de implementatie van het VMS en het toezicht hierop door de IGZ, blijft de patiëntveiligheid voor de groep “kwetsbare ouderen” hoog op de agenda staan van zowel het FZR als van de overheid.

5.1.2 Conclusie (centrale) aansprakelijkheid van het FZR

Op grond van de WGBB, waarin de centrale aansprakelijkheid is geregeld, is het FZR naast de hulpverlener mede aansprakelijk voor toerekenbare tekortkomingen bij valincidenten van oudere patiënten tijdens opname in het ziekenhuis. Deze centrale aansprakelijkheid is wettelijk geregeld om

een patiënt een centraal adres te geven waar hij een schadeclaim (na een valincident) kan indienen. De kern van het medisch aansprakelijkheidsrecht is te vinden in het algemene deel van boek 6 van het BW. Patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen zijn een overeenkomst (GBO) aangegaan en daarom zijn -naast de algemene regels uit het BW- tevens de bijzondere wettelijke bepalingen uit boek 7 BW (WGBO) van toepassing. Een grond waarop het FZR aansprakelijk kan worden gesteld is de tekortkoming in de nakoming van de GBO (artikel 6:74 BW), waaronder ook het gebruik van ondeugdelijk materiaal valt en schending van de patiëntenrechten. Onder de patiëntenrechten vallen onder andere het informatie- en toestemmingsvereiste evenals de dossierplicht. Verdere grond voor aansprakelijkheid kan zijn het onzorgvuldig of niet professioneel handelen, waaronder ook valt de schending van (veiligheids)normen (artikel 7:453 BW). Ook het geven van onverantwoorde zorg (artikel 40 Wet BIG en artikel 2 KWZ) kan grond opleveren voor aansprakelijkheid.

Om de schade na een valincident vergoed te krijgen dient een patiënt voor zijn schadeclaim drie belangrijke elementen in te vullen. Allereerst moet de tekortkoming in de nakoming worden bewezen. Wanneer hem dat lukt dient hij aan te tonen dat hij schade heeft geleden. Daarna moet hij nog bewijzen dat er een causaal verband bestaat tussen de tekortkoming van het FZR en zijn valschade. Het is voor een patiënt vaak lastig om aanknopingspunten te vinden ter onderbouwing van zijn stellingen. Hij kan geholpen worden in zijn bewijslast door de verzwaarde stelplicht. Dit houdt in dat van de hulpverlener wordt verlangd dat hij voldoende gegevens verstrekt ter motivering van de betwisting van de stellingen door de patiënt. De verzwaarde stelplicht pleegt eisen te stellen aan de zorgaanbieder die kunnen leiden tot een verlichting of verschuiving van de bewijslast. Omkering van de bewijslast betekent dat de bewijslast ten aanzien van het causale verband wordt omgedraaid. Voor het toepassen van een omkeringsregel moet er een (ongeschreven) veiligheidsnorm zijn geschonden. Het niet naleven van een veiligheidsnorm (protocol) betekent nog niet de schending van een veiligheidsnorm. De patiënt dient dan aannemelijk te maken dat, in het concrete geval juist het (specifieke) gevaar waartegen de norm beoogt te beschermen, zich heeft verwezenlijkt. Het is in dat geval aan het FZR om aannemelijk te maken dat het causale verband ontbreekt.

Het niet naleven van “goed hulpverlenerschap” is een invulling van de toerekenbare tekortkoming. Door het geven van goede hulpverlening kunnen onder andere valincidenten worden beperkt. Door beperking van valincidenten kan daarmee tevens beperking van aansprakelijkheid (schadeclaims) worden gerealiseerd. De beoordelingsmaatstaf van het “goed hulpverlenerschap” (artikel 7:63 BW) is hetgeen wat van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mag worden verwacht onder gelijke omstandigheden. De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en daarbij handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. De bepaling van het goed hulpverlenerschap wordt verder ingevuld door de jurisprudentie. Daaruit blijkt dat door de rechters steeds vaker richtlijnen en protocollen als invulling worden gebruikt voor “de professionele standaard”. Ook de voorlichting van de medische deskundige is van belang voor beantwoording van de vraag of de hulpverlener een zorgvuldigheidsnorm heeft geschonden.

De hulpverleners in de kliniek van het FZR dienen te handelen volgens de professionele standaard. Zij moeten zich daarbij tevens houden aan de vigerende richtlijnen en (val)protocollen. Afwijken van voorschriften is slechts aanvaardbaar wanneer dit wenselijk is in het belang van een goede patiëntenzorg. In het belang van de goede patiëntenzorg is het soms weer juist verplicht om van een (val)protocol af te wijken. Het uitgangspunt hierbij is dat slechts afgeweken mag worden van een protocol, indien een redelijk handelend beroepsgenoot niet tot het door het protocol voorgeschreven beleid had kunnen komen. Wanneer wordt afgeweken van het protocol, dan moet dit in ieder geval goed gemotiveerd in het patiëntendossier worden aangetekend. Indien er geen protocol (of richtlijn) over een bepaalde (be)handeling bestaat, dan hoeft er bij een incident niet direct sprake te zijn van

aansprakelijkheid op grond van onzorgvuldig handelen. In dat geval zijn niet alleen de aantekeningen in het dossier, maar ook de feiten en omstandigheden en het oordeel van een of meerdere geraadpleegde deskundige(n), van belang. Soms kan een verklaring achteraf van de hulpverlener als voldoende aanvullend worden beschouwd. Uit dit alles blijkt dat een volledig dossier steeds belangrijker is geworden, want een onvolledig dossier kan aansprakelijkheid opleveren voor het FZR.

Wanneer een patiënt schade heeft geleden na een val door een tekortkoming in de nakoming van de GBO, dan is dat voor de patiënt erg vervelend. Daarbij is het juridische traject om de schade te verhalen voor hem vaak ingewikkeld. Ook het beoordelen van de schade is bij oudere patiënten lastig omdat zij vaak al allerlei aandoeningen hadden. Daardoor kunnen de behandeling en beoordeling van een schadeclaim meestal lang duren. Het FZR is voor de schade verzekerd bij een verzekeringsmaatschappij die de letselschades behandelt. Minister Schippers wil de patiënt tegemoetkomen door een snellere afhandeling van de schadeclaims. Vandaar dat zij binnenkort de zorginstellingen wil verplichten om zich aan te sluiten bij een geschillencommissie. Op die manier is er voor zowel de patiënt (alsook voor het FZR) binnen een korte termijn duidelijkheid over de aansprakelijkheid. Vandaar dat aan de raad van bestuur de aanbeveling wordt gedaan om niet te wachten op de verplichting van de minister en het FZR nu al aan te sluiten bij de geschillencommissie.

5.1.3 Conclusie werkwijze in de kliniek ten aanzien van beperking van valincidenten

De werkwijze in de kliniek van het FZR is erop gericht om valincidenten van oudere patiënten te beperken. Er wordt door de hulpverleners veel gedaan aan valpreventie. Zij zijn zich bewust van de valrisico's en zoeken steeds naar alternatieven om valincidenten te voorkomen. Ook worden valincidenten (en calamiteiten) gemeld en besproken en indien nodig worden er verbetermaatregelen toegepast. Door de managementinformatie en de (trend)analyses kan er op het beperken van valincidenten worden gestuurd. Door de werkgroep "kwetsbare ouderen" is er extra aandacht voor valpreventie bij oudere patiënten. Alle patiënten van 70 jaar en ouder worden gescreend op hoog valrisico. Wanneer een patiënt het afgelopen half jaar is gevallen (verward is geweest of vergeetachtig), dan bestaat er een verhoogd risico op vallen en dient er te worden gehandeld volgens het valprotocol. Dit protocol bestaat uit een aantal stappen dat moet worden doorlopen om daarmee het valrisico zoveel mogelijk te verkleinen. In het protocol staat een aantal interventies beschreven dat toegepast kan worden om valincidenten te beperken. Het valprotocol komt in grote lijnen overeen met de landelijke richtlijn voor valpreventie. Vanuit hun eigen professie wordt een aantal bepalingen uit het protocol nageleefd door de hulpverleners, maar het valprotocol zelf wordt vrijwel nooit geraadpleegd. Ten eerste komt dit door de hoeveelheid aan protocollen waar de hulpverleners zich aan moeten houden. Het is voor hen daardoor niet werkbaar om steeds het juiste (val)protocol op te moeten zoeken. Ook blijkt het in DKS lastig te zijn om protocollen in terug te zoeken. Ten tweede heeft het er mee te maken dat de hulpverleners menen te handelen volgens het protocol, maar de stappen niet allemaal kunnen benoemen. Het screenen op hoog valrisico en het zo nodig nemen van maatregelen om valincidenten te beperken, zijn wel bij alle hulpverleners bekend. Omdat het screenen een vast moment is in de anamnese en er zo nodig een aantal maatregelen wordt genomen om vallen te voorkomen, menen de hulpverleners dat daarmee aan de juiste werkwijze wordt voldaan. Men is er zich niet van bewust dat dan direct *alle* stappen doorlopen dienen te worden van het protocol en dit vervolgens in het dossier aangetekend moet worden. Ten derde zijn de hulpverleners er zich niet van bewust dat het niet houden aan een protocol (of beargumenteerd daarvan afwijken en documenteren) aansprakelijkheid voor het ziekenhuis kan opleveren. Het voordeel voor de hulpverleners hierbij is dat zij niet volgens een vast lijstje stappen hoeven te doorlopen die zij vanuit hun eigen professie merendeels zelf zullen nemen. Het nadeel is dat er stappen niet of niet tijdig worden genomen of niet worden aangetekend. Wanneer dan later bij een schadeclaim na een valincident blijkt dat er niet volgens het valprotocol is gehandeld (of wanneer dat wel is gebeurd maar dat niet is terug te vinden in het dossier), dan kan dit aansprakelijkheid voor het FZR opleveren.

Tijdens de observaties in de kliniek is niet gebleken dat de hulpverleners zich niet aan de wet houden, zoals aan de bepalingen uit de Wet BIG en de WGBO. Zij hadden een professionele houding, trachtten aan het begrip “goed hulpverlenerschap” te voldoen en hielden zich aan “de voorbehouden handelingen” (hoofdstuk IV Wet BIG). Dit bleek onder ander uit het feit dat de hulpverleners regelmatig een arts-assistent belden om een beslissing te nemen die zij zelf, op grond van de Wet BIG, niet mogen nemen. In de jurisprudentie is bepaald dat, met betrekking tot het handelen volgens de professionele standaard uit de WGBO, hieronder in ieder geval valt het naleven van richtlijnen en protocollen. In het kader van dit onderzoek is hiervoor alleen de werkwijze in de kliniek ten aanzien van de landelijke richtlijn valpreventie en het valprotocol van het FZR onderzocht.

Knelpunt: de werkwijze in de kliniek is erop gericht om valincidenten te beperken door zorgvuldig te handelen, waarmee tevens schadeclaims (aansprakelijkheid) worden beperkt. Maar aangezien er in de kliniek niet altijd volgens het valprotocol wordt gewerkt, kan dit juist tot schadeclaims (aansprakelijkheid) leiden.

Om ervoor te zorgen dat de werkwijze van de hulpverleners conform het valprotocol verloopt, wordt door zowel de leidinggevenden als door de hulpverleners aangegeven dat hierbij digitale ondersteuning is gewenst. Wanneer bij screening van een patiënt met een hoog valrisico vanuit de anamnese direct een koppeling kan worden gemaakt met het verpleegplan, kan het protocol als een “verplicht veld” daarin worden opgenomen. Op die manier kunnen ook de andere hulpverleners direct zien dat er volgens het valprotocol is gehandeld en de stappen zijn doorlopen. In het verpleegplan kunnen dan vervolgens eventuele acties en opmerkingen worden gezet. Tevens kan daarin worden aangegeven wanneer er van het valprotocol is afgeweken en de argumenten daarvoor. Door de leidinggevenden wordt aangegeven dat zij decentraal verantwoordelijk zijn voor protocollen, terwijl zij vaak slecht op de hoogte zijn van veranderde wet- en regelgeving. Daarmee bestaat het risico dat de inhoud van protocollen niet conform wet- en regelgeving en richtlijnen zijn/worden opgesteld. Op dit moment ontbreekt er centraal overzicht over alle richtlijnen en protocollen die in het FZR worden gebruikt en daarmee ook de controle hierop. Een argument om de protocollen decentraal te beheren kan zijn dat het protocol dan op afdelingsniveau kan worden ingericht. Argumenten om het centraal te beheren kunnen zijn dat daarmee niet alleen overzicht kan worden gehouden op alle documenten, maar tevens de inhoud ervan kan worden getoetst. De afweging om dit centraal te beheren is gelegen in het feit dat het niet naleven van wettelijke bepalingen aansprakelijkheid kan opleveren. De raad van bestuur is op grond van de KWZ verantwoordelijk voor de naleving van de richtlijnen en protocollen. Pas wanneer er zicht is op alle richtlijnen en protocollen en de controle daarop, kan worden gezorgd voor een goede naleving van deze documenten.

In de kliniek wordt gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen om valincidenten te voorkomen, waaronder ook het gebruik van bedhekken valt. Hiervoor zijn geen landelijke richtlijnen opgesteld en ook het FZR heeft daar geen protocol voor ontwikkeld. Op dit moment is er geen centrale (kwaliteits)controle van het fixatiemateriaal. Onder “goed hulpverlenerschap” valt tevens het gebruik maken van deugdelijk materiaal. Gebruikmaking van ondeugdelijke hulpmiddelen, waardoor (val)schade bij een patiënt ontstaat, kan aansprakelijkheid opleveren. Vandaar dat de raad van bestuur van het FZR wordt aanbevolen om voor de controle van het fixatiemateriaal een centrale commissie in te stellen. Uit het onderzoek bleek dat de verantwoordelijkheid voor medische hulpmiddelen decentraal bij de afdelingshoofden ligt. Voor de medische apparatuur en steriele hulpmiddelen ligt de verantwoordelijkheid wel centraal bij een aantal hulpverleners. Het verdient daarom aanbeveling om dit ook te regelen voor alle overige medische hulpmiddelen.

Zodra het wetsvoorstel WZD door de Tweede Kamer wordt aangenomen dient het FZR aan de bepalingen van deze wet te voldoen. Vandaar dat wordt aanbevolen om te onderzoeken welke consequenties deze wet heeft voor de werkwijze ten aanzien van valpreventie in de kliniek. Het valprotocol, de procedure, de informatie en dergelijke zullen daarbij tevens moeten worden getoetst

aan de WZD. Op dit moment wordt er conform de WGBO aan de patiënt (of aan de curator of wettelijke vertegenwoordiger) schriftelijke toestemming gevraagd om onrustbanden te mogen gebruiken. Hierbij wordt door de hulpverleners informatie gegeven en worden er aantekeningen in het dossier gemaakt. Hieruit kan worden opgemaakt dat de hulpverleners zoveel mogelijk tegemoetkomen aan de patiëntenrechten zoals het informatie- en toestemmingsvereiste en de dossiervoering. De hulpverleners spannen zich zoveel mogelijk in om valincidenten te beperken. Maar de conclusie van allen is, dat -hoe graag zij dat ook willen- valincidenten nooit helemaal zijn te voorkomen!

5.2 Aanbevelingen

Aan de hand van het onderzoek en de conclusies kan een aantal aanbevelingen worden gedaan aan de raad van bestuur van het FZR om aansprakelijkheid ten gevolge van valincidenten bij oudere patiënten in de kliniek te beperken.

5.2.1 Aanbevelingen richtlijnen en protocollen:

1. De raad van bestuur van het FZR is op grond van de WKZ verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en de naleving van alle richtlijnen en protocollen. Doordat op dit moment hiervan centraal het overzicht ontbreekt, loopt hij daarmee de kans op aansprakelijkheid wanneer blijkt dat richtlijnen en protocollen niet (goed) worden nageleefd. Doordat protocollen decentraal worden opgesteld bestaat het risico dat protocollen tegenstrijdig zijn, dubbel, onvolledig, of informatie bevatten die er niet in thuishoort. Daarom wordt de aanbeveling gedaan om hiervoor een centrale commissie op te stellen die overzicht heeft en houdt op alle richtlijnen en protocollen die in het FZR worden gehanteerd. Deze commissie kan dan tevens verantwoordelijk worden gemaakt voor de controle op en toetsing van nieuwe protocollen en implementatie en borging van alle richtlijnen en protocollen.

2. Om overzicht te krijgen op alle richtlijnen en protocollen in het FZR (en daarmee ook de controle op de valrichtlijn en het valprotocol) is een databank aan te bevelen. Hiervoor kan bij het Atrium MC worden geïnformeerd omdat dit ziekenhuis recent een databank heeft opgezet voor alle interne richtlijnen en protocollen. Wanneer zij deze databank beschikbaar wil stellen, zou dit een goed hulpmiddel zijn om de eigen richtlijnen en protocollen mee te vergelijken en in onder te brengen. Ook kunnen nieuwe richtlijnen en protocollen daarin worden opgenomen. In het geval dat deze databank niet overgenomen kan of mag worden, is het aan te bevelen om zelf een databank op te zetten. Wanneer de aanbeveling van de centrale commissie wordt overgenomen kan deze databank haar werk ondersteunen.

3. Omdat (val)protocollen worden opgesteld door verschillende hulpverleners en er geen externe toetsing op is, wordt daarbij het risico gelopen op protocollen die niet conform de richtlijnen zijn opgesteld. Vandaar dat het is aan te bevelen om voor het opstellen van een protocol externe ondersteuning te zoeken. Hierbij wordt verwezen naar hulp die daarvoor wordt aangeboden door de KNMG, de OMS, het CBO en de V&VN. Wanneer de aanbeveling wordt overgenomen om een centrale commissie verantwoordelijk te maken voor alle richtlijnen en protocollen, dan kan deze ondersteuning aan haar worden aangeboden.

4. Het FZR dient aan de patiënt zijn gegevens te verschaffen die hij nodig heeft ter onderbouwing van zijn stellingen. Een schadeclaim wordt vaak pas na lange tijd ingediend en dan zijn de protocollen die tijdens de opname van de patiënt zijn gehanteerd, soms al vernieuwd. Bij een aansprakelijkstelling is de bewijslast (dossier) vaak van cruciaal belang. Hierin moeten ook de aantekeningen te vinden zijn van het valincident, evenals andere relevante informatie. Daarin wordt meestal niet de richtlijn of (val)protocol vermeld. Toch dient dit als bewijs te worden overlegd. Daarom wordt aanbevolen om de oude richtlijnen en protocollen te bewaren. Wanneer de aanbeveling wordt overgenomen om een databank op te zetten dan kan het opslaan van oude documenten daarin worden meegenomen.

5. Door de hoeveelheid aan richtlijnen en protocollen waaraan hulpverleners zich moeten houden bestaat het risico dat zij hierbij het overzicht verliezen en niet conform de richtlijnen en protocollen handelen. Het is aan te bevelen de hulpverleners in de kliniek daarbij digitale ondersteuning te bieden. Wanneer het valprotocol wordt gekoppeld aan het verpleegplan, kan de hulpverlener het protocol direct raadplegen. Wanneer een patiënt hoog valrisico scoort en het protocol direct digitaal gekoppeld is aan het DVD, dan kunnen daarin verplichte stappen worden aangegeven. Doordat de gegevens in het verpleegplan zijn ingebracht, is vervolgens direct inzichtelijk welke stappen er zijn genomen. Ook wordt daarmee voldaan aan goede dossiervorming.

6. In het valprotocol van het FZR is de bepaling opgenomen dat er een sticker “valrisico” op het verpleegkundig dossier geplakt moet worden. Vanwege de digitalisering van het verpleegkundig dossier is het aan te bevelen deze bepaling te schrappen. Om aansprakelijkheid te beperken moet het valprotocol actueel zijn en daarom dienen er geen bepalingen in te staan die door de hulpverleners niet nagekomen kunnen worden.

7. Het valprotocol heeft de titel: “zorgplan valpreventie”. Dit kan verwarrend zijn omdat maatregelen uit dit protocol in het verpleegplan worden opgenomen en de term “verpleegplan” lijkt op “zorgplan”. Er wordt daarom aanbevolen om bij herziening van het protocol de naam te wijzigen in “protocol valpreventie” of “valprotocol” (de laatste term wordt al door veel hulpverleners gebruikt en is ook in de onderzoeksrapportage verschillende keren gebruikt).

5.2.2 Aanbevelingen bewustwording aansprakelijkheid:

8. Hulpverleners zijn zich in de regel bewust van het feit dat zij zorgvuldig dienen te handelen volgens de professionele standaard. Zij zijn zich onvoldoende bewust dat dit tevens betekent dat er exact volgens (val)protocol gehandeld moet worden om daarmee aansprakelijkheid te beperken. Vandaar dat het raadzaam is om iets aan die bewustwording te doen. Omdat ook de leidinggevendenden dit probleem erkennen, wordt de aanbeveling gedaan om dit probleem bij de hulpverleners onder de aandacht te brengen in de themavergaderingen. Tevens kan hierbij als aanbeveling worden gegeven de VAR hierbij te betrekken. Deze adviesraad kan ondersteuning bieden bij het bewustwordingproces van de hulpverleners.

9. Melding, analyse en bespreking van valincidenten zijn van belang voor de bewustwording van de hulpverleners op valrisico's. Door deze bewustwording kunnen valincidenten worden beperkt en daarmee ook het aantal schadeclaims. Bij de analyse van het valincident wordt als aanbeveling gegeven om in het vervolg niet alleen naar de verwijtbaarheid te kijken, dus of het incident voorkomen had kunnen worden, maar ook of er is gehandeld volgens het valprotocol. Op die manier kan de naleving van het protocol blijvend onder de aandacht worden gebracht van de hulpverleners.

5.2.3 Aanbevelingen vrijheidsbeperkende maatregelen:

10. Over het gebruik van bedhekken in de kliniek bestaan geen landelijke richtlijnen. Bedhekken worden vaak gebruikt om valincidenten te voorkomen, maar dit valt onder de vrijheidsbeperkende maatregelen. Omdat daar strenge eisen aan zijn verbonden, wordt aanbevolen om hier voor de gehele kliniek beleid (protocol) over op te stellen. In dat protocol zou bijvoorbeeld opgenomen kunnen worden dat standaard alle bedden in de laagste stand staan en de bedhekken naar beneden. Wanneer daarvan wordt afgeweken, dient dit -met redenen omkleed- in het dossier te worden aangetekend.

11. Fixatiemateriaal wordt in de kliniek gebruikt om valincidenten te voorkomen. Door gebruikmaking van dit materiaal kan dit juist een (val)risico voor de patiënt opleveren. Vandaar dat het fixatiemateriaal regelmatig gecontroleerd dient te worden op kwaliteit, omdat ondeugdelijk materiaal aansprakelijkheid kan opleveren voor het FZR. Ondeugdelijk materiaal valt onder de tekortkoming in de nakoming van een GBO. Omdat er op dit moment in het FZR niemand centraal verantwoordelijk is gesteld voor kwaliteitsbewaking van het fixatiemateriaal (en andere medische hulpmiddelen behoudens medisch apparatuur en steriele hulpmiddelen), wordt aanbevolen om dit in een centrale commissie onder te brengen.

5.2.4 Aanbevelingen toekomstige ontwikkelingen:

12. Zodra de WZD wordt ingevoerd dient het FZR te voldoen aan de bepalingen zoals in deze wet zijn opgenomen. Daarom wordt de aanbeveling gedaan om te onderzoeken welke consequenties de WZD heeft voor de werkwijze in de kliniek van het FZR ten aanzien van het beperken van valincidenten. Tevens is het daarbij aan te bevelen om het huidige valprotocol alsook de werkwijze, toestemming en informatie, te toetsen aan deze nieuwe wet. Hierbij is het eveneens raadzaam om een protocol op te stellen ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals het gebruik van bedhekken), omdat hiervoor op dit moment geen protocol in het FZR beschikbaar is. Het niet houden aan wettelijke verplichtingen kan aansprakelijkheid voor het FZR opleveren.

13. Minister Schippers heeft aangekondigd om binnenkort aansluiting bij een onafhankelijke geschillencommissie verplicht te stellen. Vandaar dat het FZR wordt aanbevolen om zich bij deze onafhankelijke commissie aan te sluiten. De geschillencommissie zorgt binnen een korte termijn voor een uitspraak over een schadeclaim (van een valincident). Op die manier is al snel duidelijk voor het FZR of er inderdaad sprake is van aansprakelijkheid. Indien er sprake blijkt van verwijtbaarheid voor het FZR waardoor een (val)incident heeft kunnen plaatsvinden, dan kunnen direct aan de hand van die uitspraak verbetermaatregelen worden genomen. Met het instellen van verbetermaatregelen en bespreking van het incident kan aansprakelijkheid worden beperkt.

6. Literatuur- en bronnenlijst

CBO 2004

Centraal Begeleidingsorgaan, *Richtlijn. Preventie van valincidenten bij ouderen*, Utrecht: Van Zuiden Communications 2004.

CBO 2013

Centraal Begeleidingsorgaan, 'Richtlijnen', 2013 <www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleidingen>.

Franciscus Ziekenhuis 2013

Franciscus Ziekenhuis, 'Over Franciscus', 2013 <www.franciscusziekenhuis.nl/over-franciscus>.

Geschillencommissie 2011

De geschillencommissie, 'De procedure in het kort', 2011 <www.degeschillencommissie.nl/home>, 25 maart 2013.

Hartlief e.a. 2010

T. Hartlief, W. Kastelein, C. van Dijk, E. de Kezel, R. Kottenhagen, M. de Ridder & J. Smeehuijzen, *Medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2010.

IGZ 2000

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, bedhekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen*, Den Haag: IGZ 2000.

IGZ 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang*, Den Haag: IGZ 2009.

IGZ 2011

Meerjarenbeleidsplan Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Meerjaren-beleidsplan 2012-2015. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II)*, Utrecht: IGZ 2011.

IGZ 2012

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Het resultaat telt veiligheidsindicatoren 2009-2011. De veiligheid telt*, Utrecht: 2012.

Janssen 2008

L. Janssen, *Gezondheidsrecht begrepen. Een praktische inleiding in het gezondheidsrecht voor (para)medici en verpleegkundigen*, Den Haag: Uitgeverij Lemma 2008.

KNMG 2010

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*, Utrecht: KNMG 2010.

KNMG 2013

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 'Over KNMG', 2013, <<http://knmg.artsennet.nl/Over-KNMG.htm>>.

KNMG 2013

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 'Richtlijnen', 2013, <<http://knmg.artsennet.nl/web/show/search?searchstring=richtlijnen>>.

Leenen, Dute & Kastelein 2008

H. Leenen, J. Dute & W. Kastelein, *Handboek gezondheidsrecht: Deel II: Gezondheidszorg en recht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2008.

De Letselschade Raad 2010

De Letselschade Raad, *Gedragcode. Openheid medische incidenten; betere afwikkeling medische aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag: De Letselschade Raad 2010.

Medisch Contact 2013

L. Blume, N. van Weert & H. Kerckamp, 'Ruim twaalfhonderd richtlijnen is te veel', *Medisch Contact*, 2013-68, nr. 10, p. 546.

NIAZ 2013

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, 'Kwaliteitsnorm', 2013, <www.niaz.nl/ziekenhuizen>.

Obbink 2005

J.P.C. Obbink, *Medische aansprakelijkheid: Praktijkbibliotheek 5*, Wormer: Inmerc bv 2005.

OMS 2012

Orde van Medisch Specialisten, *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0*, OMS 2012.

OMS 2013

Orde van Medische Specialisten, 'Richtlijnen', 2013, <www.orde.nl/diensten/kims/richtlijnen>.

Reehuis 2010

W. Reehuis, *Zwaartepunten van het vermogensrecht*, Deventer: Kluwer 2010.

Overheid 2013

Overheid, 'Wetsvoorstel', 2013, <www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-zorg-en-dwang>.

Rijksoverheid 2013

Rijksoverheid, 'Dwang in de zorg', 2013, <www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/wetswijziging-dwang-in-de-zorg>.

SCP 2011

Sociaal en Cultureel Planbureau, *Kwetsbare ouderen*, Den Haag: SCP 2011.

Smeehuijzen & Akkermans 2013

J.L. Smeehuijzen & A.J. Akkermans, *Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2013.

Tijdschrift voor verpleegkundigen 2008

T.van de Pasch, 'Vrijheidsbeperking brengt grote verantwoordelijkheid met zich mee', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2008. nr. 7/8, p. 47.

Van Veen & Olsthoorn - Heim 2008

E. van Veen en E. Olsthoorn-Heim, *De WGBO. De betekenis voor hulpverleners in de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

VMS 2009

Veiligheidsmanagementsysteem, *Veiligheidsprogramma. Praktijkgids kwetsbare ouderen*, VMS 2009.

VMS 2009

Veiligheidsmanagementsysteem, *Veiligheidsprogramma. Kwetsbare ouderen*, Den Haag: VMS 2009.

V&VN 2013

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 'Richtlijnen', 2013 <www.venvn.nl/OverVVN/Vereniging/CommissieLegitimeringRichtlijnen.aspx>.

VWS 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Veiligheidsprogramma, Voorkom schade, werk veilig in de Nederlandse ziekenhuizen*, VWS: 2007

Weerda 2013

F. Weeda, 'Medische fouten. Ziekenhuizen en medici hebben moeite met het erkennen van fouten', *NRC Handelsblad*, 25 februari 2013, p. 4.

Zonmw 2013

Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 'Sneller Beter', 2013, <www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/sneller-beter-pijler-3/algemeen/>

Zorgprotocollen 2012

Medisch-Verpleegkundige Protocollen en Richtlijnen, 'Achtergrondinformatie met betrekking tot protocollen en richtlijnen', 2012 <www.zorgprotocollen.nl/protocolachtergrond.htm>.

Parlementaire stukken

Kamerstukken II, 1989/90, 21 561, nr. 3.

Kamerstukken II, 1993/94, 23 633, nr. 3.

Kamerstukken II, 2005/06, 30 463, nr. 3.

Kamerstukken II, 2009/10, 32 399, nr. 2.

Kamerstukken II, 2011/12, 31 996, nr. 1.

Personen:

Ton Akkermans, afdelingshoofd, Franciscus Ziekenhuis

Frans Beekmans, kwaliteitsfunctionaris, Franciscus Ziekenhuis

Chantal Bogers, senior verpleegkundige, Franciscus Ziekenhuis

Anne-Marlies Taselaar, arts-assistente, Franciscus Ziekenhuis

Bunna Damink, klinisch fysicus, Franciscus Ziekenhuis

Erik Huijbregts, senior verpleegkundige, Franciscus Ziekenhuis

Cor van Nijnatten, afdelingshoofd, Franciscus Ziekenhuis

Marinka Stolk, fysiotherapeute, Franciscus Ziekenhuis

Anton Valk, manager zorgsectoren, Franciscus Ziekenhuis

Janneke van Vliet, lid raad van bestuur, Franciscus Ziekenhuis

7. Jurisprudentielijst

Hoge Raad

HR 20 november 1987, *NJ* 1988, 500.
HR 9 november 1990, *NJ* 1991, 26.
HR 18 februari 1994, *NJ* 1994, 368.
HR 13 januari 1995, *NJ* 1997, 175.
HR 15 oktober 1999, *NJ* 2001, 42.
HR 23 november 2001, *NJ* 2002, 387
HR 2 maart 2001, *NJ* 2001, 649.
HR 19 maart 2004, *NJ* 2004, 307.
HR 1 april 2005, *NJ* 2006, 377.
HR 20 april 2007, *LJN* BA1093.
HR 15 juni 2007, *NJ* 2007, 335.

Gerechtshof

Hof Amsterdam 7 januari 1989, *TvGR* 1989/99.
Hof Amsterdam 4 januari 1996, *NJ* 1997, 213.
Hof Leeuwarden 9 december 2008, *LJN* BG6616.

Rechtbank

Rb. Arnhem 3 oktober 2002, *LJN* AE 9458.
Rb. Rotterdam 12 oktober 2005, *LJN* AE 5235.
Rb. Assen, 24 oktober 2007, *LJN*: BD2052.
Rb. Breda 3 januari 2011, *LJN* BO9631.