# Medische informatie en onderzoek naar incidenten: Tijd voor modernisering van het medisch beroepsgeheim?!

## Het krachtenspel van inhoudelijke overwegingen en morele/juridische kaders

*Arlette van der Kolk MSc/MP, e-mail: a.vanderkolk@onderzoeksraad.nl*

### Samenvatting

Na een ernstig ongeval of incident verrichten vele instanties onderzoek om oorzaken te achterhalen en herhalingen te voorkomen. Onderzoeksmethoden geven vergaande houvasten voor het vergaren en analyseren van technische en organisatorische aspecten. Voor menselijke factoren volstaan de methoden echter vaak met de opmerking 'als menselijke aspecten van belang zijn, moeten ze in het onderzoek betrokken worden'. Bovendien hebben onderzoekers te maken met juridisch/ethische randvoorwaarden. Zowel het ontbreken van inhoudelijk houvast als juridisch/ethische randvoorwaarden kunnen zeer beperkend zijn voor het onderzoek, en daarmee de mogelijkheid om te leren van het gebeurde. Dit geldt voor ongevallen en incidenten in alle maatschappelijke sectoren, van transport, tot industrie, tot de gezondheidszorg.

Rapportages van onderzoeken naar ongevallen en incidenten lieten zien dat het gebruiken van medische informatie bij kan dragen aan het zicht op de oorzaken, het verloop en/of de hulpverlening na een incident. Van belang is om op basis van een eerste beschrijving van een ongeval of incident na te denken over de vraag in hoeverre medische informatie va belang kan zijn, en zo ja welke. Over het vergaren van sommige informatie moeten in de eerste uren na een incident besluiten worden genomen (bloed- en weefselonderzoek / autopsie), voor andere informatie geldt dat deze niet zonder meer beschikbaar is (verklaringen van artsen / informatie uit dossiers). De inhoudelijke onderbouwing speelt een belangrijke rol voor het bepalen van de soort informatie die gewenst is, de vorm waarin de informatie verstrekt wordt en het verkrijgen van toegang tot de informatie.

Het voorgaande geldt natuurlijk voor alle soorten informatie die een veiligheidsonderzoeker opvraagt. Maar voor medische informatie is het nog iets belangrijker. Medisch beroepsbeoefenaren zijn gebonden aan het medisch beroepsgeheim. Zij moeten zelf een besluit nemen of zij de gevraagde informatie mogen verstrekken. Er zijn weinig situaties waarin medische informatie verstrekt moet worden. Sterker nog het over het algemeen is het eerder andersom, medische informatie mag niet verstrekt worden tenzij er een wettelijke grond is om het beroepsgeheim te doorbreken. Tot op heden hoort het incident onderzoek ter lering daar niet bij.
Veiligheidskundigen kunnen bijdragen aan het moderniseren van de regels voor het medisch beroepsgeheim ten gunste van het onderzoek ter lering. Zij hebben ervaring met het gebruiken van (vertrouwelijke) informatie over technische en organisatorische aspecten van het incident onderzoek. Vanuit hun ervaring kunnen zij meedenken over de noodzaak om verschillende soorten informatie op te vragen en de randvoorwaarden waaronder medische informatie gebruikt kan worden.

### Sleutelbegrippen

Leren van incidenten, technische, organisatorische en menselijke factoren, fysieke en mentale medische factoren, medisch beroepsgeheim, borging van de privacy van patiënt én beroepsbeoefenaren

### Stelling

Het is hoog tijd dat ´leren van incidenten´ wordt toegevoegd aan de gronden om het medisch beroepsgeheim te doorbreken. Veiligheidskundigen kunnen vanuit hun achtergrond een belangrijke bijdrage leveren aan dit debat.

**Onderbouwing**

**1. Inleiding**
Laat ik voorop stellen dat het medisch beroepsgeheim voor mij een belangrijke waarde heeft, als veiligheidsonderzoeker én als patiënt. Het medisch beroepsgeheim heeft een lange historie. De eed van Hippocrates bevat de eerste bekende formulering [Mei09]. In de tijd van de industriële revolutie groeide de betekenis van het medisch beroepsgeheim in de bescherming van werknemers tegen oneigenlijk gebruik van informatie over hun gezondheid door werkgevers en anderen. Wat tussen patiënt en behandelaar wordt besproken, blijft tussen hen. Dit is wettelijk belegd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet geneeskundige behandelovereenkomst onderdeel van het Nieuw Burgerlijk Wetboek. Het beroepsgeheim is niet absoluut er zijn enkele gronden om het te doorbreken [Dui09]. Incidentonderzoek ter lering hoort daar niet bij.

De vraag is of het medisch beroepsgeheim zoals het momenteel is vastgelegd, niet tekort doet aan zowel de patiënt als de betrokken professionals. Immers:
- Medisch beroepsbeoefenaren wordt soms verweten zich onterecht te beroepen op het medisch beroepsgeheim, met name wanneer er vraagtekens bestaan over de uitvoering van een medische behandeling. De enige manier om hier uitspraken over te doen, is het starten van een onderzoek. Collega professionals, al dan niet bijgestaan door veiligheidskundigen, kunnen door onderzoek komen tot een oordeel over de uitvoering van de behandeling en eventuele achterliggende factoren die het verloop van de behandeling en het eindresultaat verklaren.
- Patiënten zijn niet alleen gebaat bij een zorgvuldige behandeling, maar ook bij het leren van ervaringen van eerder uitgevoerde behandelingen. De medische wetenschap is sterk in ontwikkeling. Wat nu state of the art is, kan over een paar jaar al weer achterhaald zijn. Niet alleen nieuwe ontwikkelingen, maar ook de ervaringen van eerdere behandelingen inclusief de lange termijn opvolging en incidenten geven waardevolle informatie voor verdere verbetering van de bestaande praktijk.

Tot slot is er een derde reden om de doorwerking van het medisch beroepsgeheim tegen het licht te houden. Medische informatie kan ook belang zijn voor het verbeteren van veiligheid in andere maatschappelijke sectoren. Na een ongeval of ernstig incident verrichten vele instanties onderzoek om oorzaken te achterhalen en herhalingen te voorkomen. Bij dit onderzoek spelen altijd technische, organisatorische en menselijke aspecten een rol. Bestaande onderzoeksmethoden geven vergaande houvasten voor het vergaren en analyseren van technische en organisatorische aspecten. Maar hoe is dat wanneer menselijke factoren, in het bijzonder als de fysieke en/of mentale gesteldheid van betrokken, na een incident van belang zijn om zicht te krijgen op de oorzaken, het verloop of de hulpverlening? Onderzoeksmethoden volstaan dan vaak met de opmerking: 'als menselijke aspecten van belang zijn, moeten ze in het onderzoek betrokken worden' [Kol12]. Het doorbreken van het beroepsgeheim ten behoeve van het leren van incidenten kan helpen om deze omissie in te vullen.
In het vervolg van deze onderbouwing van de stelling geef ik u enkele voorbeelden van het gebruik van (medische) informatie bij het onderzoek naar niet-medische en medische incidenten. Daarna ga ik in op het krachtenspel van het vergaren van inhoudelijke informatie en de morele/juridische dilemma´s daarbij.

**2. Voorbeelden van gebruik van medische informatie in incident onderzoek.**
*'Cabrio-Boeing 737'*
Mijn eerste concrete kennismaking met veiligheidsonderzoek herinner ik me nog goed. Het was ergens in 1988: mijn vader liet na een van zijn eigen vluchten een foto zien van Aloha Airlines Flight 243; de Boeing 737-200 die tijdens de vlucht in Hawaï onbedoeld in een cabrio veranderde.

*Figuur 1. Cabrio-boeing 737-200.*

Hoewel veiligheidskunde nog niet mijn aandacht had, waren wij wel opgevoed met 'veiligheidsdrills' zoals het testen van nooduitgangen en het stellen van vragen naar het waarom. De cabrio-boeing kwam dan ook terug. De oorzaak was gevonden. Het was metaalmoeheid. Daarmee leek de kous af. Maar wat bleek, het antwoord bevredigde niet. Want waardoor had deze moeheid kunnen ontstaan? Verder zoeken bracht aan het licht dat het vliegtuig door zijn inzet op vele korte vluchten veel vaker aan vervorming van de romp bloot stond dan waar bij het ontwerp en de testen rekening mee was gehouden.

In dit voorbeeld is meteen duidelijk dat medische informatie over piloten, ontwerpers, onderzoekers en andere betrokkenen geen verschil had gemaakt. Maar het voorbeeld laat wel iets anders zien. De basis ´metaalmoeheid´ was nodig om het mechanisme van het ontstaan ervan in kaart te brengen en te komen tot verbetering. Was het materiaal niet onderzocht, dan was dit ook niet gevonden. Het onderzoeken van basis factoren, lijkt logisch, maar is het dat ook altijd?

Uit onderzoek naar andere luchtvaartongevallen, maar ook naar incidenten in andere transportsectoren, blijkt dat informatie over de medische gesteldheid van betrokkenen vaak essentieel is. Niet alleen om oorzaken aan te tonen, maar ook om ze uit te kunnen sluiten. Daarnaast kan de informatie uit een autopsie of schouw inzicht geven in het verloop van het incident [Kol12].

*Treinbotsing bij Amsterdam – april 2012*
In 2012 onderzocht de Onderzoeksraad voor Veiligheid de botsing tussen een intercity en een sprinter bij Amsterdam. In het onderzoek stonden twee vragen centraal: was de trein door rood gereden en hoe was het gesteld met de botsveiligheid van beide treinen. Met name voor het tweede deel van het onderzoek was informatie nodig over de fysieke gesteldheid van de inzittenden.
Voor het onderzoek omschreven inzittenden op verzoek het door hen opgelopen letsel. De beschrijvingen zijn gecodeerd aan de hand van twee internationaal gebruikte letselschalen n gebruik voor het onderzoek naar botsveiligheid bij transportongelukken en luchtvaartincidenten. Voor het onderzoek werd betrokkenen toestemming gevraagd om het medisch dossier te mogen raadplegen. Tijdens het verwerken van de informatie bleek dat de informatie uit medische dossiers onvoldoende meerwaarde had ten opzichte van de reeds verstrekte informatie. Om deze reden is de dossier informatie uiteindelijk niet opgevraagd.
Op basis van de beschrijvingen werd een overzicht gemaakt van het letsel per lichaamsregio en een overzicht van het type zit- of staplaats waar de inzittende zich op het moment van de botsing bevond. De overzichten gaven een indicatie van de ernst van het letsel dat ontstond bij de treinbotsing. Daarnaast werden risicofactoren in de trein geïdentificeerd die bijdroegen aan het ontstaan van het letsel. Daardoor kon de aandacht worden gevraagd voor verbetering van de botsveiligheid voor inzittenden, met name wat betreft het interieur van de trein [OVV12].
Uit andere landen, met name Engeland, is een nadere analyse van de relatie tussen het letsel en het interieur wel bekend, omdat zo snel mogelijk na de botsing van alle betrokkenen informatie wordt vergaard over de exacte locatie van de inzittenden ten tijde van de botsing én het opgelopen letsel [STR10].

*Bariatrische chirurgie*
Verschillende onderzoeken zijn verricht voorafgaand aan en na de berichtgeving over calamiteiten bij de bariatrische chirurgie in het Scheper Ziekenhuis in het voorjaar van 2009 [Kol12]:

- Al voor de berichtgeving waren onderzoeken naar enkele sterfgevallen in gang gezet. Conform de Systematische Incident Reconstructie en Evaluatiemethode werd het verloop van de ingreep en de zorg daarna gereconstrueerd aan de hand van informatie van betrokkenen artsen en medische dossiers. De reconstructie werd nader geanalyseerd om oorzaken te identificeren die primair bijdroegen aan het ontstaan van het letsel. Uit deze analyse kwamen ook oorzaken naar voren die niet direct leidden tot het incident, maar die de situatie in ieder geval niet verbeterden. De onderzoeken resulteerden in een oordeel of er sprake was van: een complicatie die bij de betreffende medische ingreep kan horen of een calamiteit. Belangrijker dan het oordeel over wel of geen complicatie of calamiteit, waren de vele gesignaleerde systeemzwaktes en ontbrekende borgingsmechanismen: substandaard medische handelingen, verslaglegging, informatie beschikbaarheid, informatie uitwisseling tussen zorgverleners en afdelingen onderling, ontbrekende of niet nageleefde protocollen en afspraken, coördinatie en logistiek van het zorgproces, eigenaarschap (delen van de) behandeling, supervisie / beschikbaarheid en benaderbaarheid ervaren collega zorgverleners, werken volgens plan.
- De maatschap deed onderzoek naar de aantallen ingrepen, de complicaties en de sterfgevallen per type bariatrische ingreep, verricht in de periode 2007-2009. Dit onderzoek ging uit van medische dossiers en de registraties van chirurgen. De resultaten van het werk van de maatschap werden gecontroleerd door de externe commissie en toegevoegd aan hun werk.
- Het ziekenhuis gelastte een intern onderzoek uit te voeren door een externe commissie. De externe commissie controleerde de bevindingen van het dossieronderzoek van de maatschap en trok conclusies ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening op basis van normen van de beroepsgroep, informatie van betrokkenen en documentatie over het zorgproces.

De commissie stelde vast dat er sprake was van tekortkomingen in het medisch handelen van de chirurg, zowel wat betreft technische aspecten, als wat betreft communicatie en administratie. De commissie oordeelde evenwel dat de organisatie van de bariatrische chirurgie voldeed.

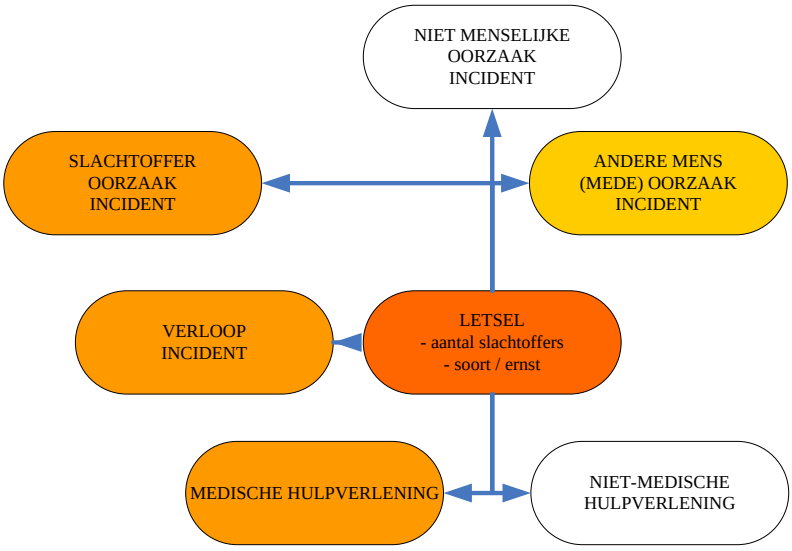
- De Onderzoeksraad startte in de zomer van 2009 eveneens een onderzoek. Het onderzoek van de Raad omvatte een:
  - Reconstructie van de introductie en verdere ontwikkeling van de bariatrische chirurgie vanaf het begin (eind 2003; eerste ingrepen medio 2004)
  - Analyse van de resultaten van de geleverde bariatrisch chirurgische zorg in het Scheper Ziekenhuis (2004-2009) om hiaten in het bredere systeem om de chirurg heen te identificeren en deze te relateren aan kenmerken van de organisatie
  - Analyse van de ontwikkeling van de bariatrische chirurgie, gericht op het identificeren van door betrokken partijen geadresseerde potentiële bedreigingen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en de wijze waarop hierop gereageerd werd; Achterliggende factoren en beweegredenen die ten grondslag lagen aan de geobserveerde ontwikkeling en die een potentiële bedreiging vormden voor de kwaliteit en veiligheid van zorg; Aanwezige mechanismen binnen en buiten de zorginstelling om de kwaliteit van zorg te bewaken en te verbeteren of mogelijkheden daarvoor, en de wijze waarop deze benut zijn.

  Uit het onderzoek van de Raad bleek, dat het bestuur van het ziekenhuis zich niet informeerde over de geleverde kwaliteit van zorg en daarmee ook de vernieuwing in de zorg niet stuurde. Een algemeen gedeeld beeld van verantwoorde zorg ontbrak. Ook ontbraken parameters die gebruikt konden worden om het gesprek over te maken keuzes, tussen bestuurders (Kwaliteitswet) en zorgverleners (Wet BIG) te faciliteren.
  Uit de vergelijking van de verschillende registratiesystemen bleek verder dat er grote verschillen waren in de registratie van complicaties, die een belangrijke functie vervullen bij het monitoren van de kwaliteit van zorg.
  In het onderzoek was hoe dan ook aan het licht gekomen dat de ontwikkeling van het nieuwe zorgaanbod sprongsgewijs verliep en dat de communicatie tussen medici en bestuurders minimaal was. De ernst ervan werd echter duidelijk door de analyse van de registraties van complicaties en resultaten van de dossieronderzoeken verricht door anderen. Dat de ingrepen met name in 2008 in toenemende mate gepaard gingen met complicaties en heringrepen, bleek uit de koppeling van de registraties van het ziekenhuis en de chirurg gekoppeld aan de brondata van het dossieronderzoek van de maatschap.

De laatste jaren zijn regelmatig onderzoeken naar het handelen van medisch specialisten, incidenten in ziekenhuizen en vermijdbare schade in de zorg in het nieuws. Opvallend is de groeiende vanzelfsprekendheid waarmee het dossieronderzoek vermeld wordt. Een recent voorbeeld is het dossier-onderzoek verricht door het externe bureau Medirede op last van het bestuur van het Ruwaard van Putten ziekenhuis, evenals de aangekondigde vervolgstudies naar andere dossiers [Nie12].
Ik twijfel geen moment aan de waarde van een dergelijk onderzoek. Medische dossiers bevatten nu eenmaal essentiële informatie over het medisch proces. Om na te gaan in hoeverre er sprake is van vermijdbare fouten is deze informatie vereist. En ook wanneer er geen aantoonbare sprake is van vermijdbare fouten kan het dossieronderzoek risicofactoren en aandachtspunten aan het licht brengen waarmee de zorg in de toekomst verbeterd kan worden. Net als de informatie over het metaal bij de eerder beschreven Boeing 737 vormt de medische informatie bij de incidenten in de zorg de primaire basis om te beoordelen in hoeverre de zorgverlening verliep zoals bedoeld.

**3. Dilemma's bij en grenzen aan het gebruik van medische informatie**

Uit de hiervoor beschreven voorbeelden praktijk van incidentonderzoek blijkt dat menselijke falen en het letsel als gevolgen daarvan, vanaf het begin van het onderzoek in beschouwing moet worden genomen. Het kan zijn, dat snel blijkt dat menselijke factoren geen rol spelen. Maar het is even goed denkbaar dat het menselijk functioneren nader onderzocht moet worden. Het onderzoek kan inzicht geven in oorzaken en het verloop van het incident en in de hulpverlening na het incident bedoeld om schade te beperken [Kol12].




*Figuur 2. Gebruik van medische informatie bij incidentonderzoek gezien vanuit het letsel*

- Er zijn incidenten waarbij na een korte beschouwing van de eerste informatie blijkt dat nader onderzoek van het letsel geen meerwaarde heeft voor het onderzoek.
- Er zijn ook incidenten waarbij het onderzoek een nadere beschouwing van informatie over het letsel vereiste om inzicht te krijgen in het ontstaan en de beheersing ervan. De informatiebronnen voor deze onderzoeken verschillen per onderzoek, van een simpele beschrijving van het letsel door betrokkenen of getuigen tot en met het raadplegen van medische dossiers.

Het verzamelen van informatie gebeurt in stappen. Op basis van verzamelde informatie moet telkens weer bepaald worden, welke aanvullende informatie vereist is om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

- Informatie mag alleen vergaard worden voor zover dat voor het onderzoek redelijkerwijs noodzakelijk is. De inhoudelijke onderbouwing komt extra nauw, wanneer het vertrouwelijke informatie betreft.
- Bij een verzoek om vertrouwelijke informatie, moet altijd nagegaan worden of er geen andere mogelijkheden zijn om de gewenste inzichten te verkrijgen.
- Voor alle persoonsgebonden informatie geldt, dat het voor de onderzoekers tijdens het onderzoek nodig kan zijn om te weten welke personen het betreft, zodat de juiste conclusies getrokken kunnen worden en er geen verwisselingen optreden. Voor de lessen uit het incident, is hooguit een koppeling naar functies in het bestudeerde systeem van belang.
- Voor medische informatie moet daarnaast rekening worden gehouden met de wettelijke kaders ter bescherming van de belangen van patiënten. Waar mogelijk moet toestemming verkregen worden van degenen die het aangaat. Wanneer het overleden slachtoffers betreft, moet de medicus bepalen wat de reactie van de patiënt zou zijn en dienovereenkomstig handelen.

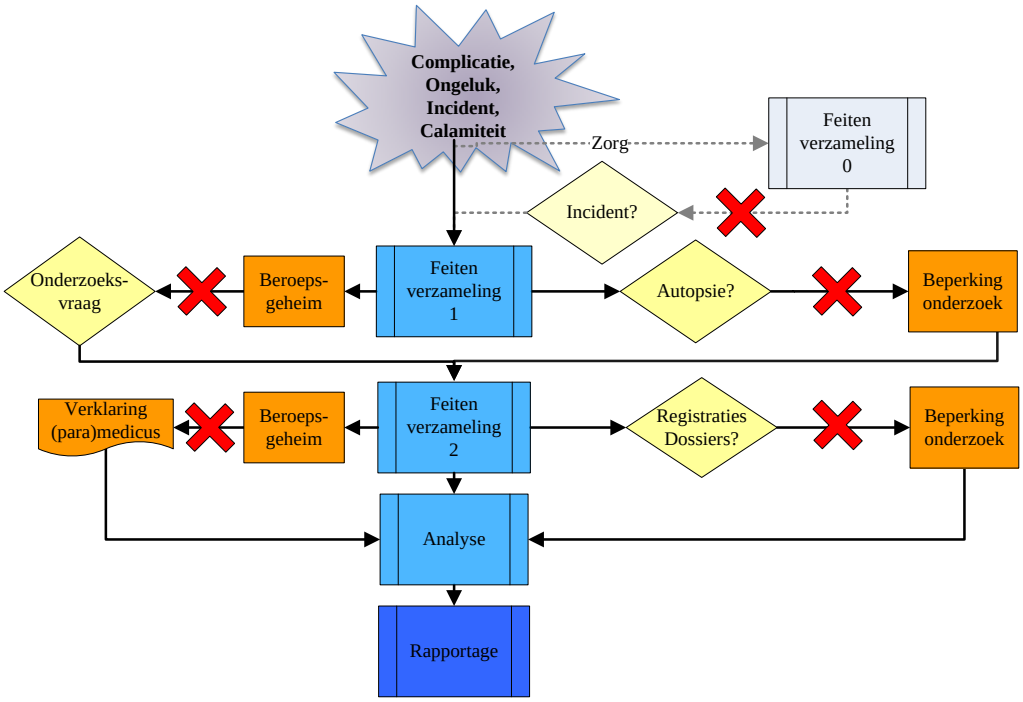
Onderzoekers maken de eerste afweging of het verzamelen van medische informatie nodig is in de uren nadat het incident bekend wordt. Voor de afweging volstaat summiere informatie van overlevenden, ooggetuigen, hulpverleners en onderzoekers die ter plaatse waren. Wanneer vastgesteld wordt dat medische aspecten van belang kunnen zijn voor het onderzoek ter lering, is het zaak de informatiebehoefte snel nader in kaart te brengen. Sommige informatiebronnen zijn maar gedurende een beperkte periode beschikbaar:

- De herinnering van slachtoffers en hulpverleners vervaagt snel.
- Wanneer meer informatie over het letsel nodig is, is een autopsie de eerste mogelijkheid. Het besluit over te gaan tot een autopsie moet in de eerste uren na een incident worden genomen. In de luchtvaart is in de loop der jaren uitgekristalliseerd welke informatie wenselijk is voor het onderzoek ter lering. Voor andere sectoren vergt het snel denkwerk en inschakelen van aanvullende expertise. Hoe dan ook geeft een autopsie altijd beperkt informatie. Het is een moment opname en geeft inzicht in de medische doodsoorzaak en eventueel onderliggend medisch lijden. Informatie over het proces voorafgaand aan het overlijden volgt niet uit de autopsie zelf. Ook is een autopsie niet altijd mogelijk.

Voor het vergaren van informatie uit andere bronnen, zoals aanvullende verklaringen van medici, inzage in (geanonimiseerde) dossier informatie, of gegevens uit registratiebestanden, is meer tijd beschikbaar. Maar ook voor het raadplegen van is een goede voorbereiding nodig, zowel inhoudelijk als procedureel.

- Verklaringen medici: binnen de bestaande juridische kaders zijn medici gehouden een afweging te maken of zij de gevraagde informatie kunnen verstrekken en zo ja, op welke wijze. Hoe gerichter de vraag en hoe duidelijker de reden van het verzoek, hoe makkelijker het voor medici is om te bepalen welke informatie zij kunnen verstrekken en in welke vorm.
- Medische dossiers: 'Het´ medisch dossier bestaat niet. De gewenste medische informatie is altijd gebonden aan het incident en het proces waarin zich dit voordoet. Daarmee is voor het onderzoek maar een (beperkt) deel nodig van de medische gegevens die over een persoon beschikbaar zijn.
- Registraties: Voor registraties geldt dat kennis van de geregistreerde parameters en soms ook van het system zelf vereist is om de juiste informatie op te vragen.

Gezien de huidige juridische beperkingen is momenteel niet zeker of de gevraagde informatie voor het onderzoek beschikbaar komt. Voor het onderzoek ter lering kan dit betekenen dat onderzoeksvragen en delen van het systeem waarin het incident zich voordeed niet bestudeerd kunnen worden.




*Figuur 3. Visualisatie van beperkingen voor incidentonderzoek van het ontbreken van medische informatie.*

## 4. Tenslotte

In enkele sectoren is het gebruik van medische informatie van oudsher ingebed in onderzoeksprotocollen. Het belangrijkste voorbeeld is de luchtvaart. Centraal staat de mentale en fysieke gesteldheid van de (cockpit)bemanning. Om te beoordelen of iemand geschikt is om te vliegen (fit-to-fly) worden bemanningen periodiek gekeurd. In het verlengde hiervan kan na een ongeluk worden onderzocht of er geen sprake was van onontdekt medisch lijden of het gebruik van verboden middelen door middel van autopsies bij overleden bemanningsleden of medische keuringen bij overlevende bemanningsleden. Ook in andere transportsectoren wordt aandacht besteed aan de mentale en fysieke gesteldheid van de bestuurders, al zijn de protocollen daarvoor minder uitgebreid en dwingend.

Sinds 2005 is de aandacht toegenomen voor onderzoek naar incidenten waarbij medische informatie van essentieel belang is. De methoden en commissies voor onderzoek in de zorg, gaan impliciet of expliciet uit van de beschikbaarheid van medische informatie verstrekt door collega beroepsbeoefenaren en vastgelegd in dossiers. Bezien vanuit de behandelovereenkomst en het beroepsgeheim moeten onderzoekscommissies en onderzoekers in de zorg zich beperken tot het gebruiken van geanonimiseerde en niet tot individuele personen herleidbare informatie. Tenzij toestemming is gegeven door betrokkene. Vanuit een breder perspectief zijn medische dossiers echter dé bron van proces informatie in de zorg. Hierdoor wordt het gebruik van de informatie een vereiste voor het optimaliseren van zorgprocessen en is dit ook in het belang van elke behandeling.

Wat in het voorbeeld de onderzoeken in de zorg waarbij sprake was van dossierstudies dan ook opvalt is het volgende: In geen enkele publicatie over de problemen in dit ziekenhuis en de aangekondigde onderzoeken is een kritische noot geuit ten aanzien van de vertrouwelijkheid van de onderzochte medische dossiers. Een schril contrast met de commotie die ontstond rond het televisieprogramma '24 Uur: Tussen Leven en Dood' van Eyeworks opgenomen op de eerste hulp van het VUmc.
Natuurlijk is het incidentonderzoek in essentie anders dan een televisieprogramma. Echter volgens de regels van het medisch beroepsgeheim mogen ook voor het incidentonderzoek geen medische dossiers gelicht worden door niet-behandelend artsen zonder toestemming van de betrokken patiënten of moeten medische gegevens zodanig geanonimiseerd zijn dat ze niet meer herleidbaar zijn tot individuele patiënten. Incidentonderzoekers in de zorg zijn zich hier wel van bewust. Maar toestemming krijgen is niet altijd mogelijk. Het argument: 'er is nog nooit een tuchtzaak gevoerd' [Lei09] is echter geen reden om medische dossiers te lichten en informatie van medische beroepsbeoefenaren te vergaren. Hoe goed het doel van incidentonderzoek ook is.

Onlangs pleitte dhr. Giard in het tijdschrift Expertise en Recht voor een toetsingskader voor het onderzoek van ernstige fouten in ziekenhuizen. In het artikel worden de beginselen van behoorlijk onderzoek vertaald naar het calamiteitenonderzoek. Daarnaast staat de auteur stil bij de doelstelling, de vraagstelling, het onderzoeksobject, de onderzoeksuitvoering, de onderzoekers, de eindconclusie, de aanbevelingen en de wijze van rapporteren [Gia12]. Opvallende afwezige is een bespreking van de te gebruiken informatiebronnen.

## Conclusie

Het is mogelijk incident onderzoek te verrichten zonder toegang tot medische informatie. Het ontbreken van medische informatie kan echter een beperking betekenen voor de scope van het onderzoek. Dit geldt met name bij incidenten waar het medisch handelen, of de medische hulpverlening, object van onderzoek is. Maar ook voor andere ongevallen kunnen daardoor vragen over de toedracht, inclusief onderliggend medisch lijden, onbeantwoord blijven. In beide gevallen kan het betekenen, dat van het incident beperkt geleerd wordt.
Het medische beroepsgeheim is een groot goed. Er verschijnen niet voor niets regelmatig onderzoeken en boeken over de waarde en grenzen van het medisch beroepsgeheim [Dui09; Bro12; Jan12]. Maar belangen van (toekomstige) patiënten én beroepsbeoefenaren zijn niet gebaat bij het ten allen tijde afschermen van informatie. Het beroepsgeheim is daarom ook niet absoluut. Er zijn gronden om het beroepsgeheim te doorbreken waarop een beroepsbeoefenaar zich kan beroepen. En er zijn enkele instanties die beroepsbeoefenaren kunnen vragen dit te doen. Het onderzoek naar incidenten maakt geen deel uit van deze gronden.
Beroepsbeoefenaren verplichten zich om de geneeskunst zo goed als zij kunnen uit te uitoefenen. Daarbij zetten zij zich in om de geneeskundige kennis van zichzelf en anderen te bevorderen en stellen zij zichzelf open en toetsbaar op. [KNM09]. Daarnaast zijn zowel BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren als zorginstellingen wettelijk gehouden, verantwoorde zorg te bieden. In het verlengde hiervan is het verdedigbaar, dat dit ook betekent, dat medische beroepsbeoefenaren en zorginstellingen gehouden zijn mee te werken aan het optimaliseren van zorg, waaronder het onderzoek naar incidenten.
Om het medisch beroepsgeheim en verantwoorde zorg met elkaar te verenigingen, is van belang toegang tot medische informatie ten behoeve van incidentonderzoek mogelijk te maken. Om recht te doen aan de gronden van het beroepsgeheim, moeten voorwaarden worden gesteld aan de inhoud van een verzoek om informatie, de wijze waarop de informatie gebruikt mag worden en aan degenen die om toegang kunnen verzoeken. Het is daarnaast van belang patiënten hierin een stem te geven.

## Discussie

De koepelorganisaties van medische beroepsbeoefenaren en zorginstellingen vraag ik om de uitwisseling van informatie over individuele patiënten ten behoeve van incidentonderzoek een eigen plaats te geven in de wettelijke gronden om het beroepsgeheim te doorbreken, in overleg met patiëntenorganisaties en de wetgever. Veiligheidskundigen kunnen vanuit hun achtergrond en visie op leren van incidenten ervaringen uit andere sectoren inbrengen. Van belang daarbij is om na te denken over:

1. Modernisering van de gronden om het beroepsgeheim te doorbreken, zodanig dat de belangen van betrokkenen geborgd zijn. Bijvoorbeeld door eisen te stellen aan zowel de voorwaarden waaronder de informatie opgevraagd kan worden, als voorwaarden voor het rapporteren van de onderzoeksbevindingen.

2. De vraag om toestemming voor het gebruik van medische informatie ten behoeve van incidentonderzoek te bespreken bij het aangaan van een behandelovereenkomst. Voor patiënten moet duidelijk zijn:
   - Dat patiënten niet verplicht zijn om toestemming te geven. De vraag wordt gesteld omdat inzichten uit het onderzoek ten goede kunnen komen voor toekomstige patiënten, niet voor hun eigen behandeling.
   - Welke functionarissen en instanties toegang zouden kunnen krijgen tot de informatie.
   - Hoe omgegaan wordt met de informatie en hoe de belangen van de patiënt gewaarborgd zijn.
   - Op welke wijze en wanneer patiënten of hun nabestaanden worden geïnformeerd.

   Het is zaak een open gesprek te voeren, vanuit de gedachte dat er in beginsel geen toestemming is, tenzij een patiënt deze geeft. Informatie over patiënten is namelijk in essentie anders dan informatie over het persoonlijk handelen van beroepsbeoefenaren. Patiënten hebben geen andere keus dan zich te laten behandelen. Beroepsbeoefenaren hebben voor hun beroep gekozen hebben en zich daarmee verplicht om zich toetsbaar op te stellen. Dat neemt niet weg dat ook zij recht hebben op bescherming tegen oneigenlijk gebruik van informatie over hun handelen.
   Het vooraf vastleggen van toestemming vooraf is met name bedoeld om het dilemma op te lossen waarmee een zorgverlener geconfronteerd wordt, als een patiënt als gevolg van een incident (tijdelijk) niet in staat is toestemming te verlenen of is overleden.

3. Als voor moderniseren van de gronden om het beroepsgeheim te doorbreken geen mogelijkheden gevonden worden: Verbeteren van het geanonimiseerd verstrekken van dossierinformatie ten behoeve van incidentonderzoek ter lering, zodanig dat verwisseling van patiënten en behandelaars voorkomen wordt.

De discussie over het medisch beroepsgeheim is niet zonder reden een gevoelige. Toch ben ik ervan overtuigd dat het tijd is de discussie te voeren. Niet alleen voor de patiënt, maar juist ook ter bescherming van de beroepsbeoefenaar. Ik denk daarbij ook dat veiligheidskundigen vanuit de afstand die zij hebben tot het primaire proces en de voorbeelden uit andere sectoren aan deze discussie een bijdrage kunnen leveren. Ook in andere sectoren is er sprake van 'bedrijfsgeheimen' en privacy regels. Vanuit het oogpunt van leren van incidenten, worden echter doorgaans bruggen geslagen en oplossingen gevonden om de voor het onderzoek vereiste informatie te delen.

Vraagt u zich voor de discussie en de toekomst het volgende eens af:
- Voelde u zich wel eens belemmerd om een onderzoek te doen omdat u behoefte had aan medische informatie om het onderzoek naar een incident uit te voeren?
- Heeft u in een onderzoek wel eens de grenzen van het medisch beroepsgeheim doorbroken omdat u kennis had van niet-geanonimiseerde medische informatie, terwijl u daartoe niet bevoegd was?
- Welke rol zou u als veiligheidskundige kunnen spelen in het debat over het verrichten van onderzoek naar incidenten waarbij het gebruik van medische informatie wenselijk is?
- Welke rol zou u als veiligheidskundige kunnen spelen in het debat over het borgen van de grenzen van het medisch beroepsgeheim?

Niet alleen in het incidentonderzoek, maar bijvoorbeeld ook in de discussie rond het elektronisch patiënten dossier lijkt de vraag <u>waarom</u> medische informatie beter toegankelijk zou moeten zijn, verdrongen te worden door organisatorische en technologische knelpunten die veel emotie oproepen. Het gevolg? Alles on hold en elke zorgorganisatie gaat zelf het wiel uitvinden omdat zij zelf ook wel zien dat goede informatie uitwisseling tussen zorgverleners essentieel is. Bovendien worden zorginstellingen ook meer en meer aangesproken door bijvoorbeeld de inspectie, maar ook door het grotere publiek, dat het toch niet zo kan zijn dat er knelpunten in de zorgverlening optreden of niet verbeteren omdat de juiste informatie ontbreekt. Temeer daar patiënten nog te vaak moeite hebben om hun eigen gegevens in te zien, laat staan te krijgen. En de medische wereld ondertussen zelf meer en meer dossiers licht, omdat het voor hen nu eenmaal procesinformatie is (zoals logboeken en metingen dat zijn in de industrie).

Ik hoop met deze stellingname een bijdrage te leveren aan het bredere gesprek over het inhoudelijke belang van het gebruik van medische informatie: waarom, wanneer en vooral door wie en onder welke voorwaarden.

**Referenties**


- [Bro12] Broersen, S. Artsen: *'Beroepsgeheim is onmisbaar, maar soms lastig'*. Medisch Contact, 51 52, december 2012
- [Dui09] Duijst, W.L.J.M. *Beroepsgeheim en informatie verstrekking in de zorg* – Praktijkboek. Apeldoorn/Antwerpen, Maklu; 2009
- [Gia12] Giard, R. Ziekenhuizen op drift. De noodzaak van een toetsingskader voor het onderzoek van Ernstige fouten in ziekenhuizen. Expertise en Recht, 2012-06:p224-234; 2012
- [Jan12] Jansen, H. & M. Knapen. *Over de grenzen van het medisch beroepsgeheim. Dilemma's rond privacy en vertrouwen in de zorg*. Eindhoven; Uitgeverij Pepijn; 2012
- [Kol12a] Kolk, A.J. van der. *Leren van incidenten zonder informatie over de mentale en fysieke gesteldheid van betrokkenen: (on)mogelijk?! Over het gebruik van (beschermde) medische informatie ten behoeve van incidentonderzoek*. Scriptie Master Public Safety. Delft; Top Tech; 2012
- [Kol12b] Kolk, A.J. *4. Gebruik van medische informatie ten behoeve van ongevalsonderzoek ter lering*. In: Mertens, F., K. van Schaardenburgh-Verhoeve & S. Sillem. Methodische aspecten van het onderzoek naar ongevallen. Delft; E*buron*; 2012
- [Lei09] Leistikow, I., K. den Ridder & B. de Vries. *Patiëntveiligheid. Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie.* 2e herziene druk. Maarssen; Elsevier Gezondheidszorg; 2009
- [Nie12] Nieuwsuur. Uitzending over de knelpunten in het Ruwaard van Putten ziekenhuis met openbaarmaking van het *Dossieronderzoek Ruwaard van Putten Ziekenhuis* door Medirede. 2012
- [Mei09] Meijs, Marjolein. *Doorbreken van het medisch beroepsgeheim: zorg of zegen?* Scriptie Master Nederlands recht. Tilburg, Universiteit van Tilburg; 2009
- [OVV12] OVV. *Treinbotsing Amsterdam Westerpark*. Den Haag; Onderzoeksraad voor Veiligheid; 2012
- [STR10] Safe Interiors. *Train Interior Passive Safety for Europe* – Publishable Final Activity Report. Specific Target Research Project (STREP), FP6-031-260; 2010.


**Fotoverantwoording (van internet)**

- Figuur 1 http://thetakeaway.tumblr.com/post/4717636489/inothernews-flight-or-fright-the-cabin-roof
- Alternatief http://www.reishonger.nl/persberichten/vs-beveelt-controles-boeings-737/.

http://www.veiligheidskunde.nl/congres2013-sessie2