

ceg

Centrum voor ethiek en gezondheid

Veilige Zorg, Goede Zorg?

Signalering ethiek en gezondheid 2019

Het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) signaleert ontwikkelingen op het gebied van gezondheid die een plaats verdienen op de ethische beleidsagenda van de overheid.

De website www.ceg.nl geeft achtergrondinformatie, adressen en links.

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG)

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 - 340 50 60

E-mail info@ceg.nl

Internet www.ceg.nl

Veilige zorg, goede zorg?

ceg

Centrum voor ethiek en gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2019

Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Veilige zorg, goede zorg?

Uitgave van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Beeldmateriaal: Adobe Stock en Myrthe Lenselink

ISBN 978-90-5732-280-8

Auteursrecht voorbehouden

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Veilige zorg, goede zorg?*

Signalering Ethiek en Gezondheid 2019/1

Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2019

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De heer H.M. de Jonge

Geachte minister De Jonge,

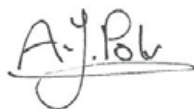
De laatste decennia is veel geïnvesteerd in het veiliger maken van de zorg. De aandacht voor veiligheid en het voorkomen van incidenten is toegenomen en diverse (grootschalige) verbetertrajecten zijn opgezet om schade en risico's hierop binnen de zorg te beperken. Tegelijkertijd klinken er ook andere geluiden. De focus op risicobeheersing kan voor zorgvrager en zorgverlener een rem zijn op ontwikkeling en kwaliteit van zorg. Moeten we altijd alle risico's op schade willen beheersen? Is veilige zorg hetzelfde als goede zorg?

In dit signalement onderzoekt het CEG hoe veiligheid in de zorg is geïmplementeerd. Het CEG beoogt met dit signalement een bijdrage te leveren aan de benodigde ethische reflectie.

Hoogachtend,



Prof. dr. M.H.N. Schermer,
voorzitter CEG Commissie



Prof. dr. A.J. Pols,
vice-voorzitter CEG Commissie

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
E-mail info@ceg.nl
URL www.ceg.nl

Datum
4 april 2019
Uw brief van
--
Uw kenmerk
--
Ons kenmerk
56.02-1491486/sz
Doorkiesnummer
070-3405060
Onderwerp
Signalement
Veilige zorg, goede
zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Inleiding	11
2	Veiligheid in de literatuur	17
2.1	Inleiding	17
2.2	Concepten van veilige zorg	17
2.3	Resumé	20
3	Veiligheid in wetgeving en toezicht	23
3.1	Inleiding	23
3.2	Wet- en regelgeving	23
3.3	Rechtspraak en de professionele standaard	24
3.4	Toezicht	25
3.5	Resumé	26
4	Veiligheid in de praktijk	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Impliciete betekenissen en kwesties van veiligheid	29
4.3	Protocollen: hulpmiddel of obstakel?	32
4.4	Veiligheid: bescherming of beperking?	34
4.5	Lerende praktijk	37
4.6	Resumé	38
5	Slotbeschouwing	43
5.1	Reflectie	43
5.2	Lessen voor de toekomst	44
	Noten	47
	Literatuur	49
	Bijlagen	53

Samenvatting

De afgelopen decennia is veel geïnvesteerd in het veiliger maken van de zorg en het beheersen van risico's. Tegelijkertijd klinken er ook andere geluiden. Moeten we altijd alle risico's op schade willen beheersen? Is veilige zorg hetzelfde als goede zorg? En hoe werken de instrumenten om veiligheid in de praktijk te bevorderen? In dit signalement onderzoekt het CEG welke betekenissen de waarde van veiligheid krijgt, hoe veiligheid in de zorg is geïmplementeerd en wat er beter kan.

In literatuur zien we verschillende betekenissen van veilige zorg. Soms benaderen auteurs veiligheid als een op zichzelf staande waarde die altijd nagestreefd moet worden. Het gaat dan om het voorkomen van vermijdbare schade door fouten van professionals. Professionele standaarden geven hiervoor richtlijnen. Daarnaast vindt de waarde van veilige zorg een plaats in overwegingen over kwaliteit van zorg; veiligheid is dan een waarde tussen andere waarden, die in samenhang moeten bijdragen aan goede zorg. In de wetgeving is veiligheid ook altijd een onderdeel van een bredere notie van kwaliteit van zorg. Alleen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in 2016 is veiligheid apart benoemd. Bij het handhaven van veiligheid zien we een verschuiving van het opstellen en handhaven van regels naar meer context-gebonden afwegingen.

Uit de interviews die gehouden zijn voor dit signalement blijkt dat veilige zorg ook in de praktijk verschillende betekenissen kent, waardoor spraakverwarring kan ontstaan. Zorgverleners spreken in interviews over het voorkomen van vermijdbare schade door fouten. Iedereen onderschrijft het belang daarvan, het is een onbetwiste waarde. Maar het gaat in de interviews ook over het beschermen van cliënten tegen allerlei risico's uit het dagelijks leven. Hierover bestaan meer twijfels en zorgen, want veiligheid kan dan ten koste gaan van andere dingen die belangrijk zijn voor cliënten en patiënten. Veiligheid krijgt daarnaast betekenis in discussies over aansprakelijkheid, waarbij het gaat over het indekken van de organisatie tegen claims.

Veiligheid als waarde op zichzelf, in de betekenis van het voorkomen van vermijdbare schade kreeg veel aandacht in de acute zorg. Hier bestaan soms grote risico's op ernstige schade door onzorgvuldig professioneel handelen. Maar ook in de langdurige zorg zijn er gevallen waarin veiligheid als vermijdbare schade van belang is, zonder dat er

andere waarden in de knel komen. Een voorbeeld is een ongeluk bij verkeerd gebruik van een tillift. Ook hier doen maatregelen hun intrede om vermijdbare schade te voorkomen, zoals strenge richtlijnen voor medicatieveiligheid en het toedienen van insuline.

Fricities ontstaan wanneer het accent op veiligheid of het vermijden van risico's weinig ruimte laat voor andere belangrijke waarden, zoals autonomie, de mogelijkheid zichzelf te ontwikkelen of te floreren. Die situaties vragen om het afwegen van verschillende waarden. Weegt het voorkomen van het risico op verdwalen op tegen de waarde van zelfstandig naar buiten kunnen? Ook in de ziekenhuissetting worden waarden tegen elkaar afgewogen, bijvoorbeeld in het overleg met patiënten over wat een wenselijke behandeling is. Ook bleken veiligheidsprotocollen soms tegen elkaar te moeten worden afgewogen, omdat ze elkaar kunnen tegenspreken of niet goed op elkaar zijn afgestemd. Soms was de status van regels onduidelijk: is het een aanbeveling of een voorschrift? Daarnaast signaleren de geïnterviewden dat het accent op het vermijden van fouten weinig ruimte laat voor het leren van fouten. Door in detail voor te schrijven hoe zorgverleners moeten handelen, wordt steeds minder een beroep gedaan op hun morele actorschap: het vermogen waarden te wegen en te leren van de eigen geleverde zorg. Zij bepleiten het belang van een lerende praktijk. Door open te zijn over fouten kunnen bestuurders en professionals rust inbouwen om van situaties in de zorg te leren.

We concluderen dat er niet zozeer teveel aandacht voor veiligheid in de zorg is. Er blijft ruimte voor verbetering. Wel signaleren we een te exclusieve aandacht voor veiligheid en de manier om die te realiseren. Het in abstracto nadenken over veiligheid als geïsoleerde waarde en de implementatie van veiligheid door (vaak ad hoc opgestelde) regulering, is toe aan verandering. Het bevorderen van geïsoleerde waarden in de zorg is meestal niet mogelijk. Er zijn vaak, in meer of mindere mate, andere waarden in het geding. Dat maakt het wenselijk om ruimte te creëren voor het maken van afwegingen en het leren van fouten die (toch) gemaakt worden.

(Landelijke) beleidsmakers en zorgaanbieders kunnen zich meer richten op het 'beter' (in plaats van 'meer') reguleren van veiligheid. Dat is iets anders dan het schrappen van regels; het vraagt om onderzoek over hoe regels uitwerken in de praktijk. Het geheel aan regels moet consistent zijn en er is duidelijkheid nodig over de hiërarchie van regels. Het implementeren van meer regels in reactie op incidenten werkt soms averechts.

Opleidingen kunnen meer aandacht besteden aan het maken (of leren maken) van afwegingen tussen waarden die spelen in specifieke situaties. Organisaties kunnen professionals ruimte bieden om waardenafwegingen op zorgvuldige wijze te maken, bijvoorbeeld met behulp van instrumenten als moreel beraad.

Tenslotte is er ruimte nodig voor professionals om met elkaar te leren van situaties: van incidenten, maar ook van wat goed gaat. De zorg is een risicovolle sector. Het is belangrijk om te erkennen dat fouten niet geheel uit te bannen zijn, en dat het vermijden van risico's niet altijd tot goede zorg leidt. Het bespreekbaar maken van twijfels, prioriteiten, afwegingen en fouten met collega's en patiënten zijn essentieel voor goede zorg. Het analyseren en leren van de eigen geleverde zorg zijn dat eveneens. Instrumenten hiervoor zijn intervisie, videoreflectie en werkbezoeken. Goede en veilige zorg vraagt om een verschuiving van reguleren naar afwegingen maken en leren.



1 Inleiding

Drie dilemma's

Lekker eten

Meneer Dragomir, een man met een verstandelijke beperking, krijgt met het ouder worden steeds meer slikproblemen. Het risico op verstikking door het eten van vast voedsel hebben de behandelende artsen als hoog geschat. Daarom krijgt hij in de instelling waar hij woont voor zijn veiligheid alleen nog gemalen voedsel. Eten en uit eten gaan is volgens de ouders van meneer Dragomir een van zijn grootste pleziertjes. De ouders zien graag dat in de instelling vast voedsel aangeboden wordt aan hun zoon. Medewerkers zijn bang om aansprakelijk gesteld te worden, ook al zou de familie schriftelijk akkoord gaan met een risico op overlijden ten gevolge van verslikken of verstikking. Veilige en vanuit medisch perspectief verantwoorde zorg staat tegenover zorg die vanuit het perspectief van de familie bijdraagt aan het welbevinden en de kwaliteit van leven van deze cliënt. Wat is hier goede zorg?

Prettige bevalling

Mevrouw Zalagh is zwanger en komt voor controle bij de gynaecoloog. Meteen geeft ze aan dat ze – wat er ook gebeurt – niet wil dat het kindje wordt gehaald met een vacuümpomp. Ze heeft hierdoor nog steeds nachtmerries van de vorige bevalling en legt uit dat het als een aanranding voelde. Mevrouw Zalagh vraagt om een keizersnee als het kindje niet vanzelf komt. De arts twijfelt: de vacuümpomp is juist een zeer veilig instrument. Er is veel minder kans op complicaties voor moeder en kind dan bij een keizersnee. Deze patiënte vraagt de arts om niet te doen wat als meest veilig wordt beschouwd. Wat is hier goede zorg? (Casus uit de Volkskrant (Sir Edmund), M. Vermeulen, 'Volgens voorschrift', 7 oktober 2017).

Time out

Om de kans op fouten (zoals kantverwisselingen) te verkleinen voeren de opererende arts en het operatieteam standaard voordat de patiënt onder narcose wordt gebracht, de time-outprocedure uit. Dit houdt in dat zij samen met de patiënt een checklist doorlopen: betreft het de juiste patiënt, het juiste lichaamsdeel, zijn de juiste instrumenten en medicatie aanwezig? Bij patiënt meneer Van Ginckel is de procedure doorlopen, alles klopt. Het operatieteam brengt hem onder narcose. De arts loopt in de tussentijd even de operatiekamer uit. Wanneer zij terugkomt, moet een deel van de vragen uit de procedure opnieuw gesteld worden. De arts vindt het dubbel werk. Wat is hier goede zorg?

De laatste decennia is veel geïnvesteerd in het veiliger maken van de zorg. De aandacht voor veiligheid en het voorkomen van incidenten is toegenomen en diverse (grootschalige) verbetertrajecten zijn opgezet om schade en risico's hierop binnen de zorg te beperken. Tegelijkertijd klinken er ook andere geluiden. De focus op risicobeheersing kan voor zorgvrager en zorgverlener een rem zijn op ontwikkeling en kwaliteit van zorg. Moeten we altijd alle risico's op schade willen beheersen? Is veilige zorg hetzelfde als goede zorg?

Kranten kopten recentelijk: "Aanvaard dat niet alles te regelen is" (Jan Borger in NRC Handelsblad, 29 augustus 2017), "Breng het zachtgekookte eitje terug aan het verpleeghuisontbijt" (blog Wilco Achterberg, hoogleraar Institutionele zorg en Ouderengeneeskunde in het LUMC, 1 maart 2018) en "Beschermende zorg is als verwaarlozing" (Ineke Huibregtsen, directeur Prinsenstichting, organisatie voor gehandicaptenzorg, Trouw, 29 maart 2018). Door de toegenomen aandacht voor veiligheid in de zorg rijzen er vragen. Veiligheid is een belangrijke waarde, maar komen er andere waarden in het gedrang door een nadruk op het voorkomen van schade en het beheersen van risico's?

In dit signalement onderzoekt het CEG welke betekenissen de waarde van veiligheid krijgt en hoe veiligheid in de zorg is geïmplementeerd. Hierbij stellen wij de vraag of de toegenomen aandacht voor veiligheid is doorgeslagen. Is zo veilig mogelijke zorg ook de kwalitatief beste zorg? Om deze vraag te beantwoorden hebben wij een literatuurstudie verricht naar betekenissen van veiligheid, geanalyseerd hoe veiligheid is ingebed in wet- en regelgeving en een empirische studie gedaan naar wat zorgverleners zelf rapporteren over de plaats van veiligheid in de zorg die ze verlenen.

Context

De aandacht voor veiligheid heeft in 1999 een impuls gekregen toen het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) het rapport *To Err is Human: Building a Safer Health System* publiceerde. Dankzij dit rapport werd in één klap duidelijk hoeveel ongevallen en doden

het gevolg zijn van medische fouten in Amerikaanse ziekenhuizen. In Nederland volgden in de jaren daarna diverse rapporten en trajecten om de veiligheid van patiënten te bevorderen (Willems 2004; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2004; Raad voor Gezondheidsonderzoek 2005). In een brief van 14 mei 2007 (kenmerk CZ/TSZ-2768961) pleit Ab Klink, de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) “voor een cultuuromslag in de zorg waarmee het vanzelfsprekend moet worden om continu stil te staan bij de veiligheid voor de patiënt en cliënt”.

In 2007 verscheen het Nederlandse equivalent van het voornoemde IOM-rapport: de eerste Monitor Zorggerelateerde Schade van NIVEL/EMGO+ Instituut. Naar aanleiding van de resultaten sprak de minister de ambitie uit om de potentieel vermijdbare schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen met 50% terug te brengen (ZonMw 2010). Groot-schalige verbetertrajecten werden ingezet. Uit verder onderzoek van NIVEL/EMGO+ Instituut (2010; 2013) blijkt dat tussen 2008 en 2011/2012 de potentieel vermijdbare schade met 45% is gedaald en de potentieel vermijdbare sterfte met 53% is afgenomen. Het rapport noemt onder meer als reden het implementeren van veiligheidsmanagementsystemen en extra aandacht in het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voor diverse veiligheidsrisico's. Uit de derde meting in 2015/2016 blijkt dat de omvang van de potentieel vermijdbare sterfte gelijk is gebleven aan die van 2011/2012. Een mogelijke verklaring die hierbij wordt genoemd is dat de patiëntenpopulatie complexer is geworden (NIVEL/EMGO+ Instituut 2017).

Voornoemde ontwikkelingen hadden in eerste instantie vooral betrekking op veiligheid in ziekenhuizen. Maar ook in de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) kreeg veiligheid steeds meer aandacht en werden verbetertrajecten opgestart. Kwaliteitsbeleid kreeg een scherpere focus op cliëntveiligheid en een bredere, verplichtende aanpak van thema's als valpreventie, medicatieveiligheid en preventie van seksueel misbruik.

De toegenomen focus op veiligheid is niet alleen in de zorg, maar ook breder in de maatschappij waar te nemen. We leven in een tijdperk waarin (sociale) media ons stevast confronteren met rampen en ongelukken en waarin het publiek het bevoegd gezag na een incident vaak direct ter verantwoording roept. Hoewel de overheid voortdurend investeert in veiligheid, voeren emoties rondom risico's en incidenten toch vaak de boventoon in de maatschappij. Voormalig minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) Hirsch Ballin schrijft in het voorwoord van de essaybundel *Veiligheid boven alles* (Van Tol 2011): “Nederland is nog nooit zo veilig geweest, en toch is er bijna geen tolerantie meer voor risico's en incidenten. Na een zwaar ongeval met veel mediabelangstelling worden doorgaans onmiddellijk extra veiligheidsmaatregelen geëist om herhaling uit te sluiten.”

Ook in de zorgsector kennen we gevallen waarin een incident leidt tot verontwaardigde berichten op Twitter, waarna er Kamervragen volgen en het publiek om maatregelen

vraagt. Dit fenomeen wordt de ‘risico-regelreflex’ genoemd, “oftewel de neiging om het voortdurend verminderen van risico’s, al dan niet naar aanleiding van een incident, als vanzelfsprekende opgave aan te merken” (Van Tol 2014).

Doel, focus en afbakening

Met dit signalement wil het CEG een gesprek op gang brengen over welke betekenissen de waarde van veiligheid krijgt en hoe veiligheid in de zorg zou moeten worden geïmplementeerd. Is veilige zorg hetzelfde als goede zorg? De focus van dit signalement is zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg en is gericht op de veiligheid van patiënten/cliënten (en dus niet op de veiligheid van medewerkers).

In dit signalement verkennen wij allereerst de verschillende wijzen waarop veilige zorg wordt uitgelegd in literatuur (hoofdstuk 2) en in wet- en regelgeving (hoofdstuk 3). Vervolgens onderzoeken we hoe zorgverleners veiligheid ervaren binnen hun zorgpraktijk (hoofdstuk 4). Op basis van de praktijkervaringen verhelderen we wat in het (spraak)gebruik onder veilige zorg wordt verstaan en inventariseren we de problemen die zorgverleners en beleids mensen signaleren, vooral met de manier waarop veiligheid wordt geïmplementeerd.

N.B. De termen ‘veilige zorg’, ‘patiëntveiligheid’ en ‘cliëntveiligheid’ worden in literatuur en media en door personen door elkaar gebruikt. Wij kiezen er in dit signalement voor om de term veilige zorg te gebruiken. Waar veilige zorg staat, kan dus ook patiëntveiligheid of cliëntveiligheid worden gelezen.



2 Veiligheid in de literatuur

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk analyseren wij de verschillende wijzen waarop in literatuur het concept veilige zorg wordt uitgelegd. We beschrijven drie varianten. Dit betreft een afbakening van het begrip veiligheid zoals die in de literatuur gemaakt wordt.

2.2 Concepten van veilige zorg

Veilige zorg als het voorkomen van vermijdbare schade

Het rapport *To Err is Human: Building a Safer Health System* van het Institute of Medicine (IOM 1999) gaf de impuls voor de aandacht voor veiligheid binnen de Amerikaanse, en daarna ook Nederlandse ziekenhuiszorg. De uitleg van veilige zorg in dit rapport is als volgt:

“Safety, the first domain of quality, refers to ‘freedom from accidental injury’.”

Veiligheid wordt hier expliciet als onderdeel van kwaliteit benoemd. Het rapport legt *accidental injury* uit als schade/letsel als gevolg van een fout (een uitvoeringsfout, een planningsfout of fouten in medisch management). Het rapport stelt dat de focus moet verschuiven van het beschuldigen van individuen voor gemaakte fouten naar het voorkomen van toekomstige fouten. Dit door effectievere veiligheidssystemen te ontwerpen. Veiligheid wordt de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie. Veiligheid betekent hier de afwezigheid van schade (letsel) als gevolg van fouten.

De World Health Organization (WHO 2018) geeft een vergelijkbare uitleg van veilige zorg. Volgens de WHO gaat veilige zorg over het voorkomen van vermijdbare zorggerelateerde schade bij patiënten. Op haar website noemt de WHO haar visie op veilige zorg: “A world where every patient receives safe health care, without risks and harm, every time, everywhere.” Deze invulling betreft niet meer alleen het voorkomen van fouten, maar het voorkomen van alle schade en risico's daarop, altijd en overall. Deze visie veronderstelt dat het vermijden van alle onbedoelde schade en risico's een haalbaar doel is binnen de zorgsector. Veiligheid is binnen deze visie realiseerbaar; ‘onbedoeld kwaad’ is om te zetten in ‘bedoeld goed’. Fouten zijn in principe te vermijden.

Veilige zorg als het handelen volgens de standaard

Een betekenis van veilige zorg die in Nederland regelmatig wordt aangehaald, is die van Wagner en Van der Wal (2005):

“Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem.”

Deze omschrijving sluit aan op de vorige, maar bevat een toegevoegd element: het volgen van de professionele standaard. Het opnemen van de professionele standaard in de uitleg van veilige zorg impliceert dat het handelen van de zorgverleners controleerbaar is als afwijking van een vooraf geformuleerde standaard. De vraag die dan wordt gesteld in geval van ontstane schade, is of een zorgverlener zich aan de standaard heeft gehouden. (Juridische) aansprakelijkheid speelt hierbij een rol: in geval van schade wanneer een zorgverlener (niet gemotiveerd) is afgeweken van de standaard, kan de zorgverlener hiervoor op de vingers worden getikt. Tegelijk is veiligheid een systeemverantwoordelijkheid: voor het formuleren en implementeren van de standaard en het borgen van veiligheid zijn zowel de zorgverleners als de organisatie (zorgaanbieder) verantwoordelijk.

Wat onder de professionele standaard wordt verstaan, wordt (vaak tot in detail) bepaald door diverse richtlijnen, protocollen en handreikingen (normen) die zorgaanbieders en hun beroepsorganisaties zelf opstellen. Het aantal documenten is immens; het is onmogelijk om een overzicht te geven van alle veiligheidsnormen in richtlijnen en protocollen. Richtlijnen en protocollen die aan bepaalde algemene voorwaarden voldoen (zorgvuldige wijze van totstandkoming, evidence, draagvlak) gebruikt de rechter om algemene wettelijke begrippen als ‘goede zorg’ en ‘goed hulpverlenerschap’ in te kleuren. Op die wijze kan een bestaande richtlijn of protocol voor de rechter een belangrijk hulpmiddel zijn om in een concrete situatie het handelen van de zorgverlener te toetsen aan wat binnen de beroepsgroep als geldende norm is aanvaard. Hoewel richtlijnen en protocollen geen wettelijke instrumenten zijn, bevatten zij wel aanbevelingen van de beroepsgroep of beroepsgenoten over goed medisch handelen, en is het naleven van richtlijnen dus geen vrijblijvende zaak. Uit de rechtspraak blijkt bijvoorbeeld dat naleven van richtlijnen in beginsel regel is, tenzij het patiëntenbelang vraagt dat van een richtlijn wordt afgeweken.

Juridisch gezien mag (of moet) een zorgverlener afwijken van een protocol of richtlijn als dat tot betere zorg leidt (zie bijvoorbeeld Protocol I arrest¹ en Protocol II arrest²). Dit betekent echter niet dat zorgverleners deze ruimte om af te wijken ook altijd ervaren of durven te nemen. Hoogleraar patiëntveiligheid Cordula Wagner stelt in een interview met het CEG dat deze ruimte er juist wel moet zijn: bewust en beredeneerd afwijken van de standaard kan volgens haar gerechtvaardigd zijn en er kunnen zich situaties voordoen

die niet passen binnen het protocol. Zij legt uit dat de term ‘schade’ in de hiervoor genoemde betekenis (Wagner en Van der Wal 2005) gaat over ernstige schade. Een patiënt moet er bijvoorbeeld langer voor in het ziekenhuis blijven, of het gaat om blijvend letsel of zelfs overlijden. Het gaat dus expliciet om situaties waarin iets is fout gegaan met (zeer) ongewenste uitkomsten.

Naast diverse richtlijnen, protocollen en checklists voor het handelen van zorgverleners zijn er afspraken waaraan zorgaanbieders moeten voldoen voor veilige zorg (accreditaties, certificaten, enzovoorts). Een voorbeeld hiervan is het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn sinds 2008 verplicht een gecertificeerd en geaccrediteerd VMS in te voeren (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2009). Ziekenhuizen kunnen met een VMS risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen (VMSzorg.nl 2018). Het VMS is een onderdeel van kwaliteitsnormen in Nederlandse ziekenhuizen, waarmee getoetst en beoordeeld kan worden of het ziekenhuis aan veilige zorg werkt.

Veilige zorg als waarde tussen andere waarden

In literatuur over veilige zorg valt op dat vooral in (relatief) nieuwere documenten meer aandacht wordt besteed aan veiligheid als waarde tussen andere waarden. Strikt genomen is dit geen betekenis van veilige zorg, maar plaatst het de waarde van veiligheid in een context waarin ook andere waarden van belang zijn. Veiligheid moet worden gewogen met andere waarden. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017 (Zorginstituut Nederland) stelt bijvoorbeeld het volgende:

“Veiligheid: garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. [...] Streven naar optimale veiligheid moet een hoge prioriteit hebben, maar moet wel gezien worden in balans met andere belangrijke waarden in de verpleeghuiszorg. Daarbij zullen vragen beantwoord moeten worden over de spanning die kan ontstaan tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.”

Dit ligt in lijn met wat in literatuur het ‘Safety II’ concept genoemd wordt: de focus verschuift van het elimineren van fouten (de beperkte definitie van veilige zorg, ‘Safety I’) naar het leren van wat juist wel goed gaat, alsmede ‘het vergroten en ondersteunen van het aanpassingsvermogen en de veerkracht van professionals’ (FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN 2019). Reflectie en het gesprek tussen zorgverleners en met de patiënt (en/of familie) zijn hierbij van groot belang. Ook is er aandacht voor het verschil tussen protocollen die abstract en formeel zijn, en de daadwerkelijke context van zorg, die dynamisch en complex is en waarbij andere waarden ook een rol spelen (het

verschil tussen 'work-as-imagined' en 'work-as-done') (Hollnagel 2015). Safety-II is gebaseerd op het principe dat aanpassingen in de wijze waarop zorg geleverd wordt alomtegenwoordig zijn. Deze variabiliteit moet echter niet negatief worden geïnterpreteerd (als afwijkingen van de standaard of overtredingen): volgens het Safety-II concept is de bekwaamheid tot aanpassingen juist de essentiële menselijke bijdrage aan het zorgproces (Hollnagel 2015). Eerder dan om regels vraagt dit om een open sfeer en attitude, een lerende omgeving en een investering in training en reflectie in het omgaan met ingewikkelde situaties en morele vraagstukken.

2.3 Resumé

De eerste betekenis (veilige zorg als het voorkomen van vermijdbare schade) bevat de aanname dat veilige zorg een waarde is die op zichzelf kan worden nagestreefd en gerealiseerd. Het gaat in de sterkste variant niet over het beperken van vermijdbare schade, maar over de afwezigheid ervan: het gaat om het altijd en overal voorkomen van vermijdbare schade en de risico's daarop. Cruciaal zijn de woorden 'onbedoeld' en 'vermijdbaar': iedereen wil onbedoelde en vermijdbare schade voorkomen. Ook in de tweede betekenis van veilige zorg als het handelen volgens de standaard is veiligheid een waarde op zichzelf. Schade wordt hier veroorzaakt door afwijking van de standaard. Wanneer zorgverleners zich aan de professionele standaard houden (of beredeneerd afwijken) en wanneer zorgsystemen goed zijn ingericht, wordt vermijdbare schade vermeden. Veilige zorg ontstaat volgens deze betekenis bij gratie van controleerbare processen en is een meetbare en toetsbare waarde.

Waar de eerdergenoemde betekenissen vooral vragen om sturing van veiligheid door middel van protocollen en controleerbare processen, is veilige zorg als waarde tussen andere waarden juist onderdeel van een professionele verantwoordelijkheid en dialoog over wat goede zorg is tussen zorgverleners en met de patiënt. In de visie op veilige zorg in deze derde betekenis (veilige zorg als waarde tussen andere waarden) zien we dat het begrip niet als geïsoleerde waarde wordt beschouwd, maar in de context van zorg en andere waarden wordt geplaatst. Dat maakt zorg complex en laat zien dat het streven naar het voorkomen van alle risico's en het vermijden van alle schade kan leiden tot slechte zorg. Het gaat dan om een afweging in individuele gevallen. Er is een weging nodig om de morele vraag wat goede zorg is te kunnen beantwoorden. Het accent verschuift van het elimineren van fouten naar leren van fouten, en ook van wat juist wel goed gaat.



3 Veiligheid in wetgeving en toezicht

3.1 Inleiding

Hoe is veilige zorg gereguleerd in Nederland? In hoeverre schrijven wetgeving en instanties voor of en hoe veiligheid in de zorg geoperationaliseerd moet worden? In dit hoofdstuk gaan wij op zoek naar de manier waarop veilige zorg verankerd is in relevante wet- en regelgeving, rechtspraak en toezicht. Is er sprake van een (te grote) nadruk op veiligheid?

3.2 Wet- en regelgeving

Tot de inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in 2016 werd veilige zorg in wetgeving niet expliciet genoemd. In wetgeving wordt veilige zorg beschouwd als een impliciet onderdeel van kwaliteit van zorg, wat bijvoorbeeld zichtbaar is in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

De WGBO beschrijft de rechten en plichten van zorgverleners (en patiënten) bij het aangaan van een overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. In de wet is een algemene norm opgenomen die bepaalt dat zorgverleners dienen te handelen in overeenstemming met de voor hen geldende professionele standaard. Diverse richtlijnen en protocollen (die samen de professionele standaard vormen) zijn wel specifiek op veilige zorg gericht.

De Wet BIG heeft tot doel de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en het publiek te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Hoewel veilige zorg niet genoemd wordt, is dit wel verpakt in de bescherming tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Ook het tuchtrecht, zoals geregeld in de Wet BIG, heeft tot doel de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te beschermen en bevorderen.

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) bevat eisen waaraan zorginstellingen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding van zorg op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg. De wet stelt dat zorginstellingen een orgaan moeten hebben dat toezicht houdt op de leiding en het beleid van de organisatie (raad van toezicht). De wet vraagt van zorgaanbieders zich toetsbaar op te stellen en aantoonbaar te werken aan goede en veilige zorg. In de Wkkgz komt veilige zorg daarmee voor het eerst expliciet aan

bod. De kernbepaling van de Wkkgz is artikel 2, dat de zorgaanbieder³ verplicht om 'goede zorg' aan te bieden. Daaronder wordt volgens de wet verstaan:

“zorg van goede kwaliteit en van goed niveau: a) die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt, b) waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, en c) waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.”

Het element 'veilig' wordt nadrukkelijk genoemd als onderdeel van het begrip goede zorg. Doel daarvan is, aldus de Memorie van Toelichting:

“dat er minder fouten worden gemaakt dan nu het geval is. Om dit te benadrukken, wordt het verlenen van veilige zorg een expliciete verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. [...] Onder veiligheid wordt verstaan het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de cliënt toegebrachte schade (lichamelijk of psychisch) als gevolg van het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners of door een tekortkoming van de organisatie van de zorg.”

Dit betreft de definitie van Wagner en Van der Wal uit 2005. De Wkkgz schrijft op hoofdlijnen voor waaraan een zorgaanbieder moet voldoen. Om waarborgen te scheppen voor het verlenen van goede zorg dient de zorgaanbieder systematisch zijn kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren (art. 7 Wkkgz). Ook dient de zorgaanbieder een systeem te hebben voor het melden van incidenten bij de zorgverlening bij patiënten (art. 9). Incidenten moeten direct worden gemeld aan de betrokkene of zijn of haar vertegenwoordiger (art. 10). Ook is in de Wkkgz de wettelijke verplichting opgenomen (art. 11) dat de zorgaanbieder direct bij de IGJ melding moet maken van calamiteiten, geweld in de zorgrelatie, en de opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst met een zorgverlener omdat deze naar het oordeel van de zorgaanbieder ernstig tekort is geschoten in zijn functioneren.

Behalve in de Wkkgz komt veilige zorg alleen impliciet (en globaal) aan bod in wetgeving als onderdeel van kwalitatief goede zorg. Veilige zorg staat niet op zichzelf.

3.3 Rechtspraak en de professionele standaard

Voor een goed begrip van de regulering van veiligheid moeten we weten hoe (tucht)rechters voornoemde wetten in de praktijk interpreteren en wat de oorsprong en de status van de vele richtlijnen en protocollen zijn.

Wettelijke bepalingen over kwaliteit van zorg zijn doorgaans open geformuleerd. Ze moeten in de praktijk worden geïnterpreteerd. Er is enorm veel jurisprudentie. In voorkomende gevallen toetst de rechter of de zorgverlener-in-kwestie zich gehouden heeft aan de professionele

standaard. De professionele standaard is geen regel, maar een kapstok waaraan de algemeen aanvaarde uitgangspunten en beroepsnormen zijn opgehangen. Die kapstok is nader uitgewerkt in normen, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en dergelijke. Deze zijn gebaseerd op ethische inzichten, praktijkervaring en/of wetenschappelijk onderzoek en zijn te vinden in een veelheid van bronnen: gedragsregels en standpunten van de KNMG of beroepsverenigingen, richtlijnen, standaarden of protocollen van een wetenschappelijke beroepsvereniging, zorgorganisaties, enzovoorts. Zo is ook veiligheid een waarde die via regels en protocollen wordt geïmplementeerd. De formele status van deze teksten kan worden getypeerd als (al dan niet zwaarwegende) adviezen aan de leden van de organisatie of vereniging. Behalve voor zorgprofessionals bestaan er voor zorgbestuurders en -toezichthouders richtlijnen. De Governancecode Zorg 2017, die geldt voor iedere zorgorganisatie die lid is van een van de brancheorganisaties, biedt de sector een instrument “om de governance zo in te richten dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, aan het realiseren van haar maatschappelijke doelstelling en daarmee aan het maatschappelijk vertrouwen”.

Het verminderen van de ontstane regeldruk in de zorg (breder dan alleen veiligheid) is al jaren een politiek thema. Vanuit de overtuiging dat een groot deel van de regels, richtlijnen en protocollen bij de politiek en zorgverzekeraars vandaan kwamen, heeft een groep huisartsen in 2015 het initiatief genomen voor ‘Het roer moet om’, een oproep om de administratieve druk te verminderen. Als vervolg hierop is in 2017 de denktank ‘(Ont)regel de zorg’ van start gegaan, gesteund door het ministerie van VWS. De denktank richt zich op het terugdringen van (onzinnige) administratie en registratie. Hoewel een deel van de regels door het ministerie is opgelegd (10% volgens voormalig minister Schippers van VWS), is een veel groter deel afkomstig uit de beroepsgroepen en zorgorganisaties zelf (Van Steenberghe 2017).

3.4 Toezicht

Naast regels is het overheidstoezicht op de volksgezondheid een belangrijk instrument om veilige zorg te borgen. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en bewaakt de rechten van de patiënt. Veilige zorg vormt al jaren een nadrukkelijk aandachtspunt van de IGJ. Dat blijkt onder meer uit haar achtereenvolgende meerjarenbeleidplannen (MJB). Zo vermeldt het MJB 2008-2011 als eerste prioritaire doel: “Kwaliteit van zorg (met name patiëntveiligheid) bevorderen.” En in het MJB van 2012-2015 staat: “Ons doel is: zo weinig mogelijk risico’s op gezondheidsschade.” In het huidige MJB 2016-2019 geeft de IGJ aan dat patiëntveiligheid nog steeds hoge prioriteit heeft. De IGJ bevordert op verschillende manieren dat het veld normen voor veiligheid van zorg ontwikkelt en vaststelt en ziet erop toe dat de ontwikkelde veiligheidsprogramma’s of plannen binnen de afgesproken tijd worden uitgevoerd.

Ronnie van Diemen, inspecteur-generaal van de IGJ, geeft in een gesprek met het CEG aan dat zij ziet dat sommige zorgverleners niet durven afwijken van veiligheidsnormen, ook al levert dit betere zorg op. De normen waar zorgverleners aan vasthouden worden door het

veld zelf opgesteld, maar worden vaak toch gezien als afkomstig van de IGJ, om het handelen van zorgverleners aan te toetsen. Van Diemen geeft aan dat veel professionals nooit contact hebben met inspecteurs, waardoor professionals het beeld van de IGJ blijven houden als van een politieagent die toetst of zorgverleners zich wel aan de regels houden. Daar speelt de IGJ zelf ook een rol in, volgens Van Diemen. Soms handhaaft de IGJ een norm erg strak, wat niet altijd goed is. Van Diemen noemt als voorbeeld de zwarte lijst van verpleeghuizen (zie bijvoorbeeld Zorgvisie, 'Veel boosheid over verpleeghuislijst IGZ', 6 juli 2016). Wat in het verleden ook geschuurd heeft, is dat de normen uit het veld in de praktijk soms niet werkten, maar wel door de IGJ gehanteerd werden. Dit was bijvoorbeeld het geval bij regels voor medicatieveiligheid.

Bij de IGJ is sprake van een kentering in het idee dat veiligheid het best bevorderd kan worden door regels. Voorheen controleerde de IGJ met behulp van checklists. Inspecteurs lopen nu een dag mee met professionals en praten met patiënten en hun naasten. Vervolgens voeren zij een gesprek met medewerkers over wat zij geobserveerd hebben en medewerkers kunnen uitleggen hoe zij goede zorg organiseren en verlenen. Van Diemen wijst daarbij op het belang om niet alleen te focussen op de minimale basis van zorg, zoals veiligheid. Daarmee wordt vaak geen recht gedaan aan de manier waarop zorgverleners persoonsgerichte zorg leveren. Er kunnen zich situaties voordoen waarin een zorgverlener een afweging maakt tussen enerzijds veiligheid en anderzijds kwaliteit van leven. Hierbij kan een zorgverlener beredeneerd en gerechtvaardigd niet-maximale veiligheid nastreven. De IGJ kijkt volgens Van Diemen dus idealiter altijd vanuit goede zorg als geheel waarbinnen verschillende waarden een rol spelen. Ze hecht eraan dat de IGJ ook kijkt naar hoe er met de verlangens van patiënten wordt omgegaan. Dat staat uit de aard der zaak niet in het protocol. De IGJ wil de zorgverlener de ruimte geven om afwegingen te maken. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de beschreven kentering een cultuuromslag vraagt binnen de organisatie van de IGJ en nog geen gelopen race is: het kost tijd om inspecteurs de nieuwe manier van inspecteren eigen te maken. Dit, terwijl de politieke druk op de IGJ om (streng) op te treden blijft bestaan.

3.5 Resumé

Van een grote nadruk op veiligheid is binnen wetgeving geen sprake. Wel is zichtbaar dat een beperkte definitie van veiligheid in de Wkkgz wordt gehanteerd: het gaat vooral om het beperken van fouten ten opzichte van de professionele standaard, de tweede betekenis van veiligheid uit het vorige hoofdstuk. Toch zien we ook bij het implementeren en handhaven van veiligheid een verschuiving optreden van het opstellen en handhaven van regels naar meer context gebonden evaluaties. Hierbij wegen andere waarden dan veiligheid mee: de derde omschrijving van veiligheid uit hoofdstuk 2. Wetgeving en de veranderende visie van de IGJ bieden hiertoe de gelegenheid.



4 Veiligheid in de praktijk

4.1 Inleiding

Hoe krijgen zorgverleners in de praktijk te maken met veiligheid? In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de interviews met zorgverleners uit de curatieve en langdurige zorg. Wij hebben gesproken met respondenten die werkzaam zijn in de verpleeghuiszorg, wijkzorg, ggz, huisartszorg, ouderenzorg, thuiszorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en ziekenhuiszorg. In de interviews hebben wij betrokkenen gevraagd naar de betekenis die zij aan de waarde veiligheid geven in hun dagelijkse werkzaamheden, hoe ze veiligheid geïmplementeerd zien in hun organisatie en op welke manieren het bevorderen van veiligheid tot problemen kan leiden. Ligt er volgens hen genoeg, te veel of juist te weinig nadruk op veiligheid binnen de zorg?

4.2 Impliciete betekenissen en kwesties van veiligheid

Respondenten hadden weinig kritiek op de waarde van veiligheid. Integendeel, veel respondenten vonden dat de zorg nog wel veiliger kan. Deze brede instemming verwijst naar de betekenis van veiligheid als 'het voorkomen van vermijdbare schade'. Daar is weinig bezwaar tegen te maken. Des te meer kritiek hadden de respondenten op de manieren om veiligheid te bereiken: door het implementeren van steeds meer protocollen. Respondenten noemden zelfs dat het sturen vanuit protocollen de daadwerkelijke veiligheid van patiënten juist niet ten goede komt. Hoewel de aandacht voor veiligheid volgens de meeste respondenten niet is doorgeslagen, is de sturing door middel van protocollen dat naar hun idee wel. In onze beschrijving besteden wij hier dan ook de meeste aandacht aan.

Eerst kijken we naar de betekenis van veiligheid volgens de respondenten. In de interviews zien we dat veilige zorg verschillend wordt geïnterpreteerd. De respondenten spreken over veiligheid als onbetwistbare en geïsoleerde waarde, naast veiligheid in relatie tot de context van zorgverlening en de leefwereld van de cliënt. Hier spelen ook andere waarden een rol. Neem bijvoorbeeld de uitspraak: "Er is te veel (of te weinig) aandacht voor veiligheid in de zorg." Die uitspraak krijgt pas betekenis als we weten wat iemand met veiligheid bedoelt. Een en dezelfde persoon kan stellen dat er meer aandacht moet zijn voor het voorkomen van schade door fouten van professionals, maar tegelijkertijd willen dat er minder nadruk ligt op het beschermen van cliënten tegen allerlei risico's die 'nou eenmaal' bij het leven

horen. Uit de interviews kwamen drie betekenissen van veilige zorg naar voren: het voorkomen van schade door fouten, het beschermen van cliënten tegen risico's 'uit het dagelijks leven' en het voorkómen van aansprakelijkheid. De eerste interpretatie komt vrijwel overeen met de eerste betekenis van veilige zorg uit hoofdstuk 2. De tweede betekenis raakt aan de derde betekenis uit hoofdstuk 2: veiligheid als waarde tussen andere waarden. Aansprakelijkheid is geen operationalisatie van veiligheid, maar een nieuwe betekenisgever ervan die in de praktijk tot uiting komt. Hieronder beschrijven wij hoe respondenten veilige zorg uitleggen.

Veilige zorg als het voorkomen van schade door fouten

Bij het voorkomen van schade als gevolg van fouten door professionals (vermijdbare schade) is een aantal zaken van belang. Meerdere respondenten spreken expliciet over het voorkomen van fouten door professionals. Zij noemen onder meer schade als gevolg van communicatiefouten tussen verschillende specialisten of beroepen. Het welbekende voorbeeld is dat de chirurg de linker- in plaats van de rechterknie opereert. Van belang is dat de schade te vermijden was en niet het gevolg is van een ingecalculeerd risico, een complicatie van een behandeling of van schade die een patiënt tijdens een behandeling noodzakelijkerwijs wordt toegebracht (zoals snijden tijdens een operatie).

In deze betekenis van veiligheid spreken respondenten expliciet over het voorkomen van fouten door professionals met ernstige schade als gevolg: vermijdbare sterfte, verlies van lichaamsfuncties, een (extra) operatie. Dergelijke vormen van schade komen vaker voor in ziekenhuissituaties – waar de risico's zeer hoog kunnen zijn – dan in langdurige zorg en ondersteuning. Wanneer veiligheid de betekenis heeft van vermijdbare schade zeggen de respondenten dat veiligheid prioriteit moet krijgen. De teneur is dat de urgentie van veiligheid als het voorkomen van schade door te vermijden fouten van professionals nog steeds niet voldoende is doorgedrongen binnen de praktijk.

Deze vorm van veiligheid sluit aan bij de eerste vormen van veiligheid die aan bod kwamen in de literatuurverkenning. Veiligheid uitgelegd als het voorkomen van vermijdbare schade is een waarde waarover niet te twisten valt. Het voorkomen van fouten is op zichzelf altijd goed, en veiligheid in deze vorm moet altijd worden nagestreefd. Respondenten bespreken deze waarde van veiligheid niet als te wegen met andere waarden of de context van zorg. Ze geldt overal, het is een waarde op zichzelf.

Veiligheid als bescherming van cliënten tegen risico's 'uit het dagelijks leven'

De tweede betekenis van veiligheid die naar voren komt uit de interviews heeft te maken met bescherming van de cliënt tegen schade die kan ontstaan door dingen die bij het dagelijks leven horen, maar die binnen een zorgsetting als risico worden gezien. Voorbeelden zijn buiten wandelen, zachtgekookte eitjes eten (vanwege het risico op voedselvergiftiging) en met mensen omgaan die mogelijk een slechte invloed hebben. Deze betekenis van veilige zorg komt het sterkst naar voren in de langdurige zorg en ondersteuning. Het gaat in

deze betekenis niet zozeer over het beschermen van de cliënt tegen fouten in het professioneel handelen, maar om de bescherming van de cliënt tegen allerlei risico's op mogelijke schade in het leven (bijvoorbeeld vallen, ondervoeding of verdwalen). In de meeste gevallen betreft het risico's die vanuit de buitenwereld komen, maar waarvoor zorgverleners zich verantwoordelijk voelen, zoals zelfstandig wonende zwakbegaafde cliënten die te maken krijgen met loverboys of worden afgeperst door buurtgenoten. Ook de maatschappij acht zorgverleners hier verantwoordelijk voor.

Het begrip 'risico' kan op verschillende manieren worden uitgelegd, maar wordt in het gebruik veelal negatief ingevuld: het gaat dan om ideeën over gevaar, verlies, dreiging, schade en letsel (Morgan 2010). 'Risico' verwijst dan naar een ongewenste gebeurtenis die al dan niet kan plaatsvinden of naar de oorzaak van deze ongewenste gebeurtenis (Hansson 2014).

Respondenten benoemen dat veiligheid als bescherming tegen risico's van het leven niet altijd prioriteit moet krijgen. Zij stellen dat veiligheid een relatief begrip is en gebruiken termen als probeerruimte, zoeken, experimenteren en ontwikkeling. Dit zijn aspecten die in de knel kunnen komen. Risico's (en incidenten) horen volgens deze respondenten bij het leven. Zonder risico's kan een mens niet floreren. Een nadruk op veilige zorg kan botsen met waarden als vrijheid, eigen regie, kwaliteit van leven en zelfontplooiing.

Deze vorm van veiligheid sluit aan bij de derde betekenis van veiligheid uit hoofdstuk 2. Veiligheid is een waarde tussen andere waarden en kan ook met die andere waarden botsen. Ze komt het meest duidelijk naar voren in de langdurige zorg, maar speelt ook in de ziekenhuizen een rol, zoals we verderop bespreken.

Veiligheid als het afweren van aansprakelijkheid

Hoewel het afweren van klachten en aansprakelijkheid niet direct tot veilige zorg leidt, worden beide termen wel met elkaar in verband gebracht. In de naam van veilige zorg worden keuzes gemaakt en protocollen opgesteld, terwijl deze volgens respondenten feitelijk over iets anders gaan: de aansprakelijkheid van de organisatie (of van de individuele zorgverleners).

Als er schade ontstaat bij een patiënt, kan dit onder meer leiden tot boze berichten op Twitter, verhitte discussies in de media, een (dreiging met een) klacht of schadeclaim van een patiënt of diens familie, een maatregel van de Inspectie of een (tucht)rechtszaak. De maatschappij lijkt minder tolerant te zijn geworden tegenover incidenten, zo stelt een respondent. Zij zegt dat in (sociale) media vooral incidenten worden vermeld, omdat die meer nieuwswaarde hebben dan situaties waarin het goed gaat. Hierdoor ontstaat maatschappelijke druk om incidenten te voorkomen. Het standaardmiddel om dat te doen is regulering, soms vanuit de risico-regel-reflex.

De veiligheidsprotocollen die op die manier tot stand komen, zijn opgesteld met een ander doel dan de veiligheid van de patiënt of cliënt, namelijk het indekken van de organisatie tegen claims en negatieve berichtgeving wanneer het misgaat. Dit betreft de aansprakelijkheid van de organisatie. Vanuit de organisatie kan er sterk worden gestuurd op strikte naleving van veiligheidsprotocollen omwille van het vermijden van klachten en aansprakelijkheid of om negatieve beeldvorming te voorkomen, zoals de zwarte lijst van verpleeghuizen. Als gevolg hiervan, vertellen respondenten, gaan zorgverleners zich verschuilen achter hun 'vinkjes'. Veilige zorg verwordt dan tot het invullen van vragenlijsten voor het vermijden van klachten en claims. Veiligheid is dan geen waarde meer om na te streven, maar een bureaucratische handeling. Een dergelijke invulling van veilige zorg doet afbreuk aan de kwaliteit van zorg, vinden zij. In het RVS-advies over anders verantwoorden (te verschijnen in 2019) komt dit thema ook aan bod.

Naast de aansprakelijkheid van de zorgorganisatie is in interviews ook de aansprakelijkheid van individuele medewerkers en daarmee samenhangend de angst voor tuchtklachten naar voren gekomen. Een respondent ziet dat veel zorgverleners murw zijn door de aandacht voor fouten. Het lijkt volgens haar soms alsof mensen wachten totdat zorgverleners 'iets uit hun handen laten vallen'. Een respondent geeft aan dat wanneer er op het gebied van veiligheid iets misgaat, er bij het bestuur en management paniek kan ontstaan, waarbij de tendens is om degene 'onderaan in de hiërarchie' de schuld te geven. Dat is vaak de verpleegkundige die de laatste handeling heeft verricht. Zo lijkt het alsof die ene zorgverlener de 'rotte appel' was binnen een organisatie die verder alles goed op orde heeft. Dit kan tot gevolg hebben dat medewerkers het vermijden om gemaakte fouten te melden of te bespreken. Voorts noemt een respondent dat zij ziet dat zorgverleners vanwege een grote druk op veiligheid, c.q. aansprakelijkheid, (te) veel onderzoeken bij patiënten uitvoeren ten behoeve van diagnostiek: 'overdiagnostiek' uit vrees om een signaal te missen.

4.3 Protocollen: hulpmiddel of obstakel?

Is veilige zorg altijd de kwalitatief beste zorg? En wanneer wringt dit nu juist?

Respondenten benoemen dat de instrumenten die veelal worden ingezet om veilige zorg te bevorderen (veiligheidsprotocollen, -richtlijnen en -regels) niet altijd tot betere en veiligere zorg leiden. Het standaardiseren van zorghandelingen heeft volgens hen tot op zekere hoogte tot minder schade als gevolg van fouten geleid. Maar wanneer de focus van veilige zorg te veel is gericht op het volgen van regels en veiligheidsprotocollen, ontstaan problemen. In veiligheidsprotocollen is veiligheid een geïsoleerde waarde die op zichzelf kan worden nagestreefd en gerealiseerd, terwijl de context en de andere waarden daarin op afstand blijven. Veel respondenten stellen dat er inmiddels een woud aan veiligheidsprotocollen is ontstaan die samen de professionele standaard moeten vormen. Veel instellingen hebben een documentbeheersysteem om overzicht te bewaren over geldige (veiligheid)protocollen. Toch kunnen protocollen met elkaar botsen en is de hiërarchie

van protocollen soms onduidelijk. Hierdoor wordt de zorg in sommige gevallen zelfs minder veilig.

Respondenten signaleren dat nieuwe veiligheidsprotocollen weleens overhaast en ad hoc worden opgesteld naar aanleiding van een incident. Wanneer verbeteringen worden ingevoerd als gevolg van louter een analyse van fouten of incidenten, bestaat het risico dat ook de dingen die bijdragen aan wat goed gaat kunnen worden 'weggesneden'. Respondenten vinden dat de balans is doorgeslagen. Ook het rapport 'Tijd voor verbinding' benoemt dat richtlijnen en protocollen behulpzaam kunnen zijn, maar dat overregulatie ervoor zorgt dat zorgverleners zich onderdrukt en klemgezet voelen. (FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN 2019)

Protocollen kunnen storend of zinloos zijn

Respondenten geven aan dat diverse veiligheidsnormen niet (goed) realiseerbaar zijn of storend zijn voor het zorgproces. Dit heeft er mee te maken dat ze niet altijd goed zijn afgestemd op de praktijk. De veiligheidsnorm botst dan met wat in de praktijk goed werkt en wordt storend en ondoelmatig. Een respondent benoemt dat zij in haar werk binnen het ziekenhuis diverse checklists en scoresystemen tegenkomt waarvan het doel niet direct duidelijk is. Als zorgverleners niet begrijpen waarom ze iets moeten doen, ontbreekt volgens de respondent de motivatie om het goed te doen. Zorgverleners zien dan de waarde die de checklists motiveert niet en voelen zich niet aangesproken op hun morele verantwoordelijkheid. Zij voegt toe dat er ook diverse checklists zijn die juist heel belangrijk zijn, zoals de registratie van complicaties, maar dat het onduidelijk is welke regel het zwaarst moet wegen. Omdat protocollen en checklists vaak meerdere doelen dienen, zoals prestatie-indicatoren, financiële administratie of benchmarkgegevens, is de zin van registratie soms onduidelijk.

Protocollen passen niet altijd goed door algemeenheid en specificiteit

Respondenten geven ook aan dat veel veiligheidsprotocollen tegelijkertijd generiek en gedetailleerd zijn. Wanneer protocollen steeds meer in detail de specifieke handelingen van zorgverleners voorschrijven, maar wel zijn bestemd voor 'de gemiddelde patiënt', wordt de kans groter dat ze niet bij iedere specifieke situatie passen.

Protocollen kunnen tegenstrijdig zijn

Respondenten geven aan dat er in sommige gevallen meerdere protocollen tegelijk gelden en dat die elkaar zelfs tegenspreken. Hoogleraar patiëntveiligheid Wagner legt uit dat er bijvoorbeeld binnen een ziekenhuis op verschillende afdelingen protocollen zijn opgesteld voor eenzelfde of soortgelijke situatie. Als een patiënt op verschillende afdelingen behandeld wordt, blijkt dat deze protocollen verschillen en zelfs botsen. Inspecteur-generaal Van Diemen van de IGJ noemt als voorbeeld richtlijnen omtrent antistolling. Er waren op een bepaald moment zo veel verschillende richtlijnen vanuit verschillende onderdelen in de zorg, zelfs binnen één ziekenhuis, dat het niet meer veilig was voor een

patiënt die op verschillende plekken in de zorg komt. Dit voorbeeld illustreert het gevaar van het de-contextualiseren van veiligheid, ditmaal uit de context van andere protocollen.

Samenhang en hiërarchie protocollen is onduidelijk

Respondenten geven aan dat van veel protocollen niet (meer) duidelijk is wat de status ervan is. Betreft het een dwingende regel die moet worden nageleefd of een wat lossere richtlijn die met name ondersteunend is en meer ruimte voor interpretatie van de zorgverlener overlaat? En als er meerdere protocollen gelden, welk protocol moet dan wanneer gevolgd worden? Wagner signaleert dat richtlijnen in de loop der tijd steeds strakker zijn geworden. Waar deze in eerste instantie werden opgesteld ter ondersteuning voor de zorgverleners in situaties waarin zij twijfelen of niet goed weten hoe te handelen, zijn er langzaamaan steeds strakkere 'veldnormen' bij gekomen die een dwingend karakter hebben.

Protocollen kunnen het nadenken en afwegen belemmeren

Als de zorg dichtgetimmerd wordt met protocollen, kunnen zorgverleners minder bouwen op hun eigen kunde en de relatie met de patiënt, zo stelt een respondent. Niet alles valt in een protocol te vangen. Een respondent noemt als voorbeeld een checklist voor verpleegkundigen met vragen over risico's op ondervoeding, huidletsel, vallen, depressie, mondproblemen, incontinentie en medicatiefouten. Wanneer een zorgverlener bij een van deze onderwerpen minstens eenmaal 'ja' op een vraag antwoordt, verwijst de checklist door naar een volgende checklist. Deze lijsten zijn volgens de respondent nu zo opgesteld dat een zorgverlener haast niet zelf hoeft na te denken. Zijn er voor de cliënt wellicht andere nijpende kwesties aan de orde? Volgens de respondent moet het er ook om gaan hoe een zorgverlener de situatie inschat, gebaseerd op vakkennis en het kennen van de patiënt en diens situatie en verlangens. Een checklist is goed als herinnering, maar het risico is dat een zorgverlener meer naar de lijst kijkt dan naar wat de patiënt nodig heeft.

Wanneer protocollen (al te) leidend worden bij het leveren van zorg, blijft er ook minder ruimte over voor het luisteren naar de patiënt en diens familie en dus de gespreksvoering over wat voor de patiënt belangrijk is voor goede en veilige zorg. Compassie en luisteren, en het gesprek voeren over of de patiënt zich veilig en goed voelt, zijn niet te vangen in een checklist of protocol, zo stelt een respondent.

4.4 Veiligheid: bescherming of beperking?

Kan de wens om risico's te beheersen ook doorslaan? Is veilige zorg altijd goede zorg? Respondenten stellen dat een te groot accent op veiligheid – uitgelegd als bescherming tegen de dagelijkse risico's in het leven van hun cliënten – niet wenselijk is, omdat dit kan botsen met andere waarden. Het is volgens hen van belang om veiligheid te wegen ten opzichte van andere waarden, als welzijn, vrijheid en kwaliteit van leven. Hillman et al. (2013) beschrijven bijvoorbeeld een situatie op een acute afdeling in een ziekenhuis, waar het doel was om valincidenten te voorkomen. De bezorgdheid over het vallen van de patiënten manifesteerde zich in een cultuur van beperking, waarin patiënten die op de

ziekenhuisafdeling verbleven werden aangemoedigd om in bed of op hun stoel te blijven en gebruik te maken van bedpannen in plaats van naar het toilet te lopen. Hier is zichtbaar dat veiligheidsmaatregelen ten koste van comfort en prettige zorg voor de patiënt kunnen gaan, en zelfs het gevaar op vallen kunnen vergroten (als patiënten bijna nooit lopen, is het risico op vallen groter wanneer ze dit wel doen).

Een respondent merkt op dat hij een trend ziet in de langdurige zorg: er is op individueel cliëntniveau meer behoefte aan vrijheid, maar vanuit de maatschappij is er juist meer een drang naar veiligheid van cliënten, met name in reactie op incidenten. Een incident is zo dramatisch dat mensen een garantie willen dat een dergelijke situatie nooit meer kan voorkomen. Hoewel een nieuwe maatregel de maatschappij tevreden kan stellen, kan die tegelijkertijd nadelige gevolgen hebben voor cliënten, die vooral het beperkende effect ervan ervaren. Als voorbeeld noemde een respondent dat na een incident waarbij een cliënt zich aan heet water had gebrand, alle kranen binnen een verpleeghuis werden vervangen zodat die niet meer te heet konden worden gezet. Hierdoor was het voor sommige cliënten echter niet meer prettig om te douchen, omdat zij het water te koud vonden.

Welzijn en kwaliteit van leven

Dat het verhogen van veiligheid ten koste van andere waarden kan gaan, wordt ook duidelijk wanneer we kijken naar de volgende voorbeelden en dilemma's. Een respondent geeft aan dat zij jarenlang in de reguliere verpleeghuiszorg heeft gewerkt, waar bescherming van cliënten tegen risico's op schade steeds prioriteit had. De deuren zaten op slot, dierbare vloerkleedjes mochten niet in de kamer liggen in verband met valpreventie, ouderen mochten vaak niet zelfstandig meer lopen, voedsel moest voldoen aan HACCP-normen.⁴ Cliënten die nog in staat waren om te helpen met koken, mochten geen groente snijden, omdat het risico bestond dat zij zich in hun vingers zouden snijden. Dat is direct in strijd met de vigerende waarde van het bevorderen van zelfredzaamheid. Zij zag vaak dat ervoor werd gekozen om een cliënt die niet meer veilig loopt, in een rolstoel met een blad te zetten, op de rem.

In deze voorbeelden is te zien dat de bescherming van cliënten soms kan botsen met andere waarden, zoals een zo gewoon mogelijk huiselijk leven, lekker eten, zelfredzaamheid en vrijheid. Goed leven in al zijn rijkdom en kleur komt hier tegenover het 'grote goed' van veiligheid te staan. Een taak van het verpleeghuis is ook om de waarde van een prettig leven zo goed mogelijk te faciliteren. De respondent benoemt dat geen mens het fijn vindt om opgesloten te zijn. Ook personen met dementie merken het als ze opgesloten zijn, zo stelt zij. Volgens de respondent is de frustratie die regelmatig voorkomt op gesloten afdelingen in reguliere verpleeghuizen deels te wijten aan het feit dat de cliënten zich ervan bewust zijn dat ze opgesloten zitten. Het openzetten van alle deuren is ook geen optie, maar er zijn tussenwegen te vinden (zie voorbeeld op de volgende pagina).

Praktijkvoorbeeld

Een respondent vertelt over een oudere cliënt met dementie in een verpleeghuis, die dagelijks 'naar zijn werk' wil gaan. De cliënt heeft zijn leven lang gewerkt; als hij niet meer 's morgens vroeg de deur uit kan lopen, raakt hij gefrustreerd. Het is het veiligst om de cliënt binnen de instelling te houden. Daartegenover staat dat hij het prettig vindt om aan zijn gewoontes vast te houden en op eigen initiatief naar buiten te gaan. Dit draagt bij aan zijn kwaliteit van leven. De zorgverleners overleggen en kiezen ervoor de cliënt iedere ochtend 'naar zijn werk' (een rondje door de wijk) te laten gaan. De cliënt loopt vrijwel altijd dezelfde route, en een zorgverlener loopt hem dan via een andere route tegemoet. Na een gesprek vraagt de zorgverlener dan of hij mee gaat koffiedrinken in het huis, waarna hij altijd weer mee terug wil. De cliënt heeft ook een gps-tracker in zijn rollator, waarmee zijn locatie tijdens zijn rondje door de buurt in de gaten kan worden gehouden. De cliënt binnenhouden is in deze situatie niet nodig en de veiligheid van de cliënt wordt op een andere manier zo veel mogelijk geborgd. Zorgverleners hebben op creatieve wijze en met behulp van technologie een oplossing gezocht die past bij de situatie van deze cliënt.

Vrijheid en eigen regie

Een andere respondent vertelt over haar schoonmoeder, die in een verpleeghuis verbleef. Zij kon nog zelfstandig wandelen, maar de respondent en haar partner hebben heel assertief moeten handelen om voor elkaar te krijgen dat zij dit ook kon doen. De gesprekken hierover met het verpleeghuis waren ingewikkeld, er werd benoemd dat de dame 'onder een auto zou kunnen komen'. Hier is te zien dat het accent verschuift: waar eerst schade moest worden voorkomen, moet nu ook het risico op schade worden uitgebannen. Een mogelijkheid wordt dan (soms onterecht) als waarschijnlijkheid beschouwd. Volgens de respondent en haar partner was het nog altijd beter om het risico te nemen dan om haar schoonmoeder binnen op te sluiten. Liever een leven met risico's dan een leven zonder plezier. Het verpleeghuis stemde hier uiteindelijk mee in, zij het onder protest. De respondent en haar partner moesten expliciet verantwoordelijkheid nemen en meermaals een handtekening zetten. Hier zien we dat voor het verpleeghuis niet alleen de veiligheid van de cliënt de gang van zaken bepaalt, maar ook de mogelijkheid van aansprakelijkheid van de organisatie in geval van schade.

Een respondent over het beschermen van cliënten:

“Iemand die kan vallen, kun je vastbinden op zijn stoel zodat hij niet valt. Maar ik kies ervoor om te lopen. Daar horen risico's bij, maar daar staat kwaliteit van leven tegenover. Kinderen kunnen uit een boom vallen, maar dat betekent niet meteen dat je ze moet verbieden om in bomen te klimmen.”

Ontplooiing en zelfstandigheid

Wanneer cliënten te veel beschermd worden, kan dit ook beperkend werken in hun ontwikkeling. Cliënten, met name in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de ggz, hebben probeerruimte nodig waarin zij risico's kunnen nemen om te leren en zo te floreren. Hoeveel een cliënt kan en aankan, kan wisselen in de tijd en vormt bovendien een leerproces. Cliënten continu beschermen tegen allerlei risico's werkt beperkend voor dit proces. Voor ouderen is het behouden van zo veel mogelijk vrijheid en zelfstandigheid bij een steeds groter wordende kwetsbaarheid van belang. Een voorbeeld van veiligheid in concurrentie met ontwikkeling en zelfstandigheid betreft een woongroep voor mensen met een verstandelijke beperking, waar als gevolg van een incident (een cliënt drukt een schilmesje in zijn duim om aandacht te vragen) wordt besloten om de messenlade in de keuken op slot te doen. Geen van de cliënten kan meer een mes pakken. Daardoor kunnen de cliënten echter ook niet leren wat veilig gebruik van messen is en kunnen ze niet helpen met koken.

Een ander voorbeeld van een dilemma tussen veiligheid en ontwikkeling is een meisje van 18 jaar met een lichte verstandelijke beperking, dat - net als anderen van haar leeftijd - uit wil gaan. Een andere cliënte uit de instelling is bij het uitgaan met een loverboy in aanraking gekomen. Zorgverleners twijfelen of ze het meisje moeten laten uitgaan of niet. Is het beperking of bescherming om haar voorlopig nog niet te laten gaan? Als zij thuis moet blijven, kan het meisje niet leren en ontdekken wat veilig uitgaan en omgaan met anderen is en hoe zij haar grenzen kan aangeven. Zij wordt dan beperkt in de ontwikkeling van haar zelfstandigheid. Tegelijkertijd willen de zorgverleners absoluut niet dat ook dit meisje slachtoffer wordt van een loverboy. Een zorgvuldige morele afweging maken omtrent veiligheid en vrijheidsbeperking kan bijzonder ingewikkeld zijn (Schermer et al. 2016). Het regelmatig voeren van een moreel beraad draagt bij aan het vermogen om te reflecteren op lastige dilemma's.

4.5 Lerende praktijk

Respondenten wijzen, naast de nadelen van sturing vanuit protocollen en het belang van het maken van afwegingen tussen veiligheid en andere waarden, ook op het nut van een lerende praktijk. Hierbij gaat het om het ontwikkelen van vaardigheden die niet in protocollen te vangen zijn, maar die wel essentieel zijn voor veilige zorg. Het continu samen

leren van situaties zorgt voor flexibiliteit: zorgverleners kunnen inspelen op unieke situaties en plotse wendingen in het zorgproces.

Volgens een respondent kan veilige zorg worden begrepen als alle handelingen om de risico's op schade 'acceptabel' te houden, maar vooral ook als de mogelijkheid tot het kunnen herstellen als de situatie niet liep zoals gepland (met name in hoge risicosettings). Een protocol helpt dan niet en het gaat ook niet over een waardenafweging: wat de bedoeling is, is al duidelijk. De vraag is hoe dit te bereiken. Volgens een respondent leunt de zorg nog te veel op het inbouwen van barrières (regels) die incidenten moeten voorkomen, terwijl zorgverleners juist moeten leren om weerbaarder te worden tegen incidenten: het gaat om het herstelvermogen. Bij een onverwachte of niet-geplande gebeurtenis, moeten zorgverleners gebruik maken van hun kennis en kunde om te voorkomen dat er schade optreedt bij patiënten. Zorgverleners kunnen dit leren door oefening (bijvoorbeeld acute situatietrainingen, of trainingen met videoreflectie, waarbij situaties worden gefilmd om deze vervolgens met elkaar te bespreken) en in multidisciplinair overleg: hiermee bevorderen zorgverleners de onderlinge samenwerking en kunnen zij met elkaar leren van gemaakte fouten.

Een respondent schetst een situatie waarin flexibiliteit een vereiste is: als op een afdeling kindergeneeskunde opeens vijf opnames tegelijk plaatsvinden, moeten zorgverleners weten welke stappen uit het protocol zij kunnen overslaan om de veiligheid te waarborgen. Als dan toch sec de protocollen zouden worden gevolgd, kunnen er eventueel fricties ontstaan die mogelijk voor een minder veilige situatie kunnen zorgen.

In deze lerende praktijk is ook oog voor minder zichtbare aspecten van zorg: een respondent spreekt over tacit knowledge (onbewuste kennis) en ongeschreven culturele regels van een organisatie of team. Bewustwording hiervan is een leerproces dat de kracht van teams kan versterken. Hoe komt het dat dingen steeds goed gaan en wat is daarvan te leren? Ook hierbij kan videoreflectie helpen.

Deze lerende praktijk sluit aan bij het concept van Safety-II, dat in hoofdstuk 2 aan bod kwam: de focus verschuift van het elimineren van fouten naar het leren van wat juist wel goed gaat, alsmede 'het vergroten en ondersteunen van het aanpassingsvermogen en de veerkracht van professionals' (FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN 2019).

4.6 Resumé

Wat is veiligheid nu in de praktijk? We hebben gezien dat zorgverleners spreken over het voorkomen van schade door fouten (vermijdbare schade), het beschermen van cliënten tegen allerlei risico's uit het dagelijks leven en over het afwenden van aansprakelijkheid. Op het eerste gezicht lijken de door de respondenten genoemde varianten van veilige zorg vrij makkelijk te categoriseren. De eerste definitie (voorkomen van vermijdbare

schade) leent zich vooral voor de acute zorg, waar meer risico's op ernstige schade zijn. In de langdurige zorg speelt vooral de bescherming van de cliënt zelf en de veiligheid van medewerkers. Maar, ook in de langdurige zorg zijn er gevallen van schade zoals bedoeld in de eerste definitie (zoals een ongeluk bij verkeerd gebruik van een tillift) en doen maatregelen hun intrede om vermijdbare schade te voorkomen, zoals strenge richtlijnen voor medicatieveiligheid en maatregelen voor het toedienen en achter slot en grendel bewaren van insuline. En ook in de ziekenhuissetting worden waarden afgewogen en bestaat er een context waarin de patiënt en diens familie en de diverse zorgverleners ideeën hebben over wat goede en veilige zorg is. Ook moeten soms protocollen tegen elkaar worden afgewogen.

De interviews maken duidelijk dat veiligheidsprotocollen niet altijd het gewenste effect bereiken en soms het verlenen van goede zorg in de weg staan. Doordat deze protocollen los van de context van zorg worden opgesteld of een specifieke uitsnede van de context maken, blijkt dat ze niet altijd goed aansluiten. Protocollen zijn opgesteld om de algemene handwijze voor zorgverleners voor te schrijven, maar zijn tegelijkertijd soms zo gedetailleerd dat er weinig ruimte is voor het aansluiten bij de specifieke situatie van een individuele patiënt. Door de 'wildgroei' van protocollen ontbreekt samenhang. Daar kan frictie ontstaan: het protocol is op zichzelf coherent, maar botst met andere protocollen. Wanneer meerdere protocollen tegelijkertijd van toepassing zijn terwijl niet helder is hoe die zich hiërarchisch tot elkaar verhouden, is het moeilijk te bepalen wat het goede is om te doen.

Een morele kwestie bij een te grote focus op veiligheidsprotocollen is dat zorgverleners minder zelf gaan nadenken over wat goede zorg is. Door tot in detail voor te schrijven hoe zorgverleners moeten handelen, wordt steeds minder een beroep gedaan op het morele actorschap van zorgverleners zelf. De verantwoordelijkheid voor veilige zorg wordt gedelegeerd naar de regels en procedures. Er is minder ruimte voor maatwerk, flexibiliteit, het luisteren naar de verlangens van de patiënt en creatieve oplossingen. Het gevaar dreigt dat veiligheid niet meer gezien wordt als een waarde, maar verwordt tot het verrichten van een bureaucratische handeling.

Wanneer veiligheid wordt begrepen als bescherming van cliënt (en patiënt) tegen allerlei 'dagelijkse' risico's, staat veiligheid als waarde tussen andere waarden. Wanneer dit als hoogste goed zou worden beschouwd, is er in het leven dat overblijft nauwelijks nog ruimte voor pleziertjes, genieten van het leven en leren. Hier is het van belang om telkens een afweging te maken. In de meeste gevallen is hier ruimte voor, zo volgt uit de interviews, maar de (morele) dilemma's die ontstaan zijn lastig en het is belangrijk om zorgverleners te equiperen om dergelijke afwegingen zorgvuldig en op basis van argumenten te kunnen maken, bijvoorbeeld met behulp van intervisie en moreel beraad. Dit vraagt om maatwerk en gesprekken met patiënten en naasten over wat voor hen belangrijk is, welke risico's zij willen accepteren en wat mogelijke alternatieven zijn.

Ten slotte noemen respondenten het belang van de lerende praktijk: zij pleiten voor het continu leren van situaties om zo de flexibiliteit en het herstellvermogen te versterken. Minder leunen op sturing vanuit protocollen, en meer investeren in het versterken van de kunde en de veerkracht van zorgverleners en teams.



5 Slotbeschouwing

5.1 Reflectie

We zagen dat er drie manieren zijn waarop veiligheid in de zorg wordt georganiseerd: door de invoer van protocollen en richtlijnen (reguleren), door het in dialoog onderzoeken van situaties waarin veiligheid op het spel stond of staat (afwegen) en door het continu analyseren van situaties om zo het lerend vermogen van zorgverleners en bestuurders te versterken (leren).

Het beleid om veiligheid van patiënten te bevorderen heeft zich tot nu toe vooral gericht op veiligheid als waarde die los gezien kan worden van andere waarden. Het gaat dan om het voorkomen van vermijdbare schade als gevolg van fouten door zorgprofessionals. Als middel om deze waarde te implementeren, werden professionele standaarden geïmplementeerd, zoals protocollen en richtlijnen. De regelgeving omschrijft wat binnen de organisatie of beroepsgroep als standaard geldt, en hoe men dient te handelen, zodat fouten en risico's vermeden kunnen worden. Veilige zorg is dan zorg zonder onnodige vergissingen of risico's, of onterecht afwijken van de standaard. In deze betekenis is veiligheid ook een beheersbaar fenomeen. Veiligheid als waarde op zichzelf krijgt zijn beslag in protocollen en richtlijnen die specifiek gericht zijn op het realiseren van veiligheid, los van andere waarden.

In de wetgeving is vooral sprake van kwaliteit van zorg als paraplu van waarden waar veiligheid een onderdeel van is. Alleen in de Wkkgz wordt veilige zorg expliciet gemaakt. Uit de interviews kwamen vooral problemen naar voren die voortkomen uit de exclusieve aandacht voor veiligheid en de wens om veiligheid te implementeren en reguleren los van andere waarden. De context van de zorg waarin andere waarden ook een rol spelen, dringt zich op. Veiligheid is dan een waarde naast andere belangrijke waarden, zoals autonomie, de mogelijkheid om te floreren of om zichzelf te ontwikkelen. Er ontstaan dan in de praktijk fricties tussen waarden die vragen om een afweging. In onvoorziene gebeurtenissen en unieke situaties moeten hulpverleners improviseren. Ook kunnen veiligheidsrichtlijnen gaan schuren met protocollen en richtlijnen die slecht op elkaar aansluiten.

Veiligheid is vaak een onderdeel van een gesprek over wat goede zorg is voor deze specifieke patiënt. Veiligheid moet worden gewogen ten opzichte van andere waarden. Als 'wandelen' een 'risico op vallen' met zich meebrengt, moeten zorgverleners en organisaties het plezier van wandelen, de vrijheid van de patiënt, het belang dat de familie of de samenleving hecht aan een frisse neus, enzovoorts, wegen met dit risico. Bij een te grote nadruk op veiligheid zagen we voorbeelden waarin zorgorganisaties en zorgverleners dit soort risico's willen uitbannen. De angst voor aansprakelijkheid kan hierbij een rol spelen. De nadruk op veiligheid wordt dan verstikkend. Veilige zorg is niet langer goede zorg.

Fouten zijn niet altijd te vermijden, en het vermijden van fouten leidt niet altijd tot goede zorg. Deze conclusie verhoudt zich moeizaam tot wat de geïnterviewden omschreven als de risico-regel-reflex. Incidenten in de zorg leiden vaak tot publieke verontwaardiging, en een roep om maatregelen. De ad-hocregels sluiten soms slecht aan op het zorgproces of verstoren dat. Het ontbreekt aan afstemming van het geheel aan regels en richtlijnen binnen een instelling. Omdat ook de status van een regel lang niet altijd duidelijk is, raken professionals het overzicht kwijt en is het onduidelijk of individuele wensen van patiënten wel of niet gehonoreerd mogen worden. De angst om fouten te melden staat in de weg van de mogelijkheid te leren van fouten. De nadruk op veiligheid leidt dan paradoxaal genoeg tot minder veilige en minder goede zorg.

5.2 Lessen voor de toekomst

Is de aandacht voor veiligheid in de zorg doorgeslagen? Nee, dat is het volgens het CEG niet. Maar het in abstracto nadenken over veiligheid als waarde die losstaat van andere waarden heeft zijn langste tijd wel gehad. Het reguleren van veiligheid heeft zijn vruchten afgeworpen, maar het bevorderen van geïsoleerde waarden in de zorg is niet mogelijk. Er zullen vaak, in meer of mindere mate, andere waarden in het geding zijn. Dat maakt het wenselijk om ruimte te creëren voor het maken van afwegingen en het leren van fouten die (toch) gemaakt worden. Het realiseren van goede en veilige zorg vraagt om een verschuiving van reguleren naar afwegingen maken en leren. Wij formuleren drie lessen voor de toekomst.

Beter reguleren

Regels vormen niet het enige sturingsmechanisme, en ook niet altijd het beste; regulering brengt het risico met zich mee dat één waarde voorrang krijgt boven andere. (Landelijke) beleidsmakers en beroeps- en zorgorganisaties kunnen meer accent leggen op het 'beter (in plaats van 'meer') reguleren van veiligheid'. Dat is iets anders dan het schrappen van regels. Het consistent maken en op elkaar afstemmen van regels en protocollen is soms hard nodig, om de zorg niet onveilig te maken door tegenstrijdige regels. Ook het aanbrengen van hiërarchie tussen regels verdient aandacht. Het middel om beide doelen te bereiken is het toetsen van de werking van regels in de praktijk. Hoe werken regels uit? Is er onduidelijkheid over de status van een regel: is het een zachte aanbeveling of harde

eis? Hoe beoordelen de professionals specifieke regels, zijn er fricties of botsingen? Beleidsmakers hoeven dan minder regels te maken, maar wegen af welke regels echt nodig zijn, door te leren van de werking van de regels die er zijn.

Moreel actorschap versterken: afwegingen maken

Meer ruimte en aandacht voor het leren maken van afwegingen versterkt het morele actorschap van zorgprofessionals. In de opleiding zou meer aandacht besteed kunnen worden aan het maken van afwegingen tussen waarden die spelen in specifieke situaties, maar ook tussen de ene of de andere regel. Het wegen van waarden is onvermijdelijk in de langdurige zorg. Hier raakt de zorg aan het dagelijks leven van cliënten en patiënten, en in het leven is het vermijden van risico's niet altijd het belangrijkste. Andere waarden dienen zich aan, zoals de mogelijkheid te floreren, zich te ontwikkelen, of deel te nemen aan de samenleving. Maar ook in ziekenhuizen is het wegen van waarden van belang. Dit geldt bijvoorbeeld voor het met patiënten bespreken van voor- en nadelen, en doelen van behandelingen. Maar het geldt ook voor het afstemmen en evalueren van protocollen die gericht zijn op veilige zorg. Welke waarden zijn in het geding? Welke daarvan moeten voorrang krijgen in deze specifieke situatie? En hoe beperken we de problemen met de waarden die in deze situatie niet gehonoreerd worden?

Veiligheid krijgt dan weer een plaats in de context van zorg; verschillende waarden spelen een rol en zorgverleners passen zich aan aan onverwachte situaties. Op veel plaatsen is een verschuiving te zien van 'reguleren' naar 'afwegen' en 'leren' om de zorg veiliger te maken: bij de inspectie, in de ziekenhuizen (zie het rapport Tijd voor verbinding, (FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN 2019), in het wetenschappelijk onderzoek en bij de ontwikkeling van nieuwe methodieken zoals videoreflectie (Carroll 2018). De RVS bereidt een advies voor over het ombuigen van manieren van verantwoorden die de zorg teisteren in plaats van verbeteren (verschijnt in 2019). Organisaties kunnen professionals ruimte bieden om waardenafwegingen op zorgvuldige wijze te maken, bijvoorbeeld met behulp van moreel beraad.

Leren van fouten én van wat goed gaat

In de zorg gaat veel goed, maar het is een risicovolle sector waarin incidenten zullen blijven voorkomen. Het is belangrijk om dit te erkennen. Tegelijkertijd lijken (emotionele) reacties op incidenten, zowel vanuit de zorgsector als breder vanuit de maatschappij, te roepen om meer daadkracht en meer regels. Nieuwe maatregelen of strengere controle als gevolg van incidentenpolitiek leiden echter vaak niet tot betere of veiligere zorg. Wanneer politici, beleidsmakers en zorgbestuurders zich minder laten leiden door maatschappelijke verontwaardiging, maar rust inbouwen en de tijd te nemen om te leren, leidt dat tot betere resultaten.

Verantwoordelijkheid, moreel actorschap en kwetsbaarheid passen slecht in een cultuur die gericht is op beheersen en op het vermijden van risico's en aansprakelijkheid⁵

(Jameton 1984; RVZ 2009). Het vergt morele moed om de verantwoordelijkheid te nemen om sommige risico's te accepteren. Bij het ondersteunen en ontwikkelen van het morele actorschap van zorgprofessionals hoort ruimte om met elkaar te leren van fouten, maar ook van wat goed gaat. Daarvoor zijn het bespreekbaar maken van twijfels, afwegingen, prioriteiten en fouten met collega's en patiënten essentieel. Het analyseren en leren van de eigen geleverde zorg is dat ook. Dat vraagt veel van professionals: ze krijgen meer verantwoordelijkheden, en moeten zich kwetsbaar durven opstellen. Extra zorg is nodig voor de begeleiding van jonge collega's die nog weinig ervaring hebben en aan regels houvast vinden. Instrumenten hiervoor zijn bijvoorbeeld intervisie, videoreflectie en werkbezoeken. Bestuurders kunnen een voorbeeldfunctie vervullen door zelf open te zijn over fouten.

Noten

¹ Protocol I-arrest: HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001: AB0377.

² Protocol II-arrest: HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005: AS6006.

³ Een zorgaanbieder is volgens de Wkkgz een instelling of een solistisch werkende zorgverlener (art.1 Wkkgz).

⁴ Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) is een voedselveiligheidssysteem. Bedrijven die voedsel produceren of verwerken, moeten mogelijke risico's beschrijven in een voedselveiligheidsplan. (Bron: voedingscentrum.nl).

⁵ Moral distress treedt op wanneer men weet wat goed is om te doen, maar institutionele beperkingen het bijna onmogelijk maken om dat ook ten uitvoer te brengen (Jameton 1984).

Literatuur

Actiz, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN. Veilige Principes in de medicatieketen. November 2016. URL <https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/medicatieveiligheid/veilige-principes-in-de-medicatieketen.pdf> (geraadpleegd op 7 januari 2019)

Achterberg, W. Breng het zachtgekookte eitje terug aan het verpleeghuisontbijt. Blog, 1 maart 2018. URL <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/nieuws/2018/maart/zachtgekookte-eitje-verpleeghuis/> (geraadpleegd op 7 januari 2019)

Borger, J. Aanvaard dat niet alles te regelen is. NRC Handelsblad, 29 augustus 2017.

Brenninkmeijer, A. Risico's, chaos en het perspectief van de burger. In: J. van Tol (red.), Veiligheid boven alles: Essays over oorzaken en gevolgen van de risicoregelreflex. Den Haag: Boom Lemma, 2011.

Carroll, K., & Mesman, J. Multiple Researcher Roles in Video-Reflexive Ethnography. Qualitative Health Research, 2018.

Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C., Walton, M. What Exactly Is Patient Safety? Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. Vol. 1: Assessment, 2008.

FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN. Tijd voor verbinding: de volgende stap voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen. 2019.

Frissen, P. De fatale staat: Over de politiek noodzakelijke verzoening met tragiek. Amsterdam: Van Genneep, 2013.

Goeij, J.I.M. de. Opdracht programma patiëntveiligheid. Brief (kenmerk IBE/I 2541343), 23 december 2004.

Graaf, B. de. Het temmen van de toekomst: Van een veiligheids- naar een risicocultuur. Tijdschrift over Cultuur & Criminaliteit 2013; (3) 2: 155-171.

Hansson, S.O. Risk. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2014 Edition), Edward N. Zalta (ed.). URL <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/risk/>>. (geraadpleegd op 7 januari 2019)

Hillman, A., Tadd, W., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, A., Read, S. Risk, governance and the experience of care. Sociology of Health & Illness Vol. 35 No. 6 2013.

Hollnagel E., Wears R.L., Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia. 2015.

Huibregtsen, I. Beschermende zorg is als verwaarlozing. Trouw, 29 maart 2018.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009.
- Institute of Medicine (IOM). To Err Is Human: Building a Safer Health System. 1999.
- Jameton, A. Nursing Practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984.
- Koning, B. de. De veiligheidsmythe. Vrij Nederland, 24 september 2012.
- Langelaan, M., Baines, R.J., Broekens, M.A., Siemering, K.M., Van de Steeg, L., Asscheman, H., De Bruijne, M.C., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2008: Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. NIVEL en EMGO+ Instituut 2010.
- Langelaan, M., De Bruijne, M.C., Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schilp, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. NIVEL en EMGO+ Instituut 2013.
- Langelaan, M., De Bruijne, M.C., Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schilp, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016: Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. NIVEL en EMGO+ Instituut 2017.
- Legemaate, J. Het fenomeen 'professionele standaard, bezien vanuit ontwikkelingen in de medische beroepsgroep. De Advocatenstandaard. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2007.
- Morgan, S. Making good risk decisions in mental health and social care. Health Care Risk Report 2010; 16(5): 16-17.
- Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit. Wat HACCP is. Den Haag: Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit 2018.
- NIVEL. Potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen niet gedaald, 2017. URL <<https://www.nivel.nl/nl/nieuws/potentieel-vermijdbare-sterfte-ziekenhuizen-niet-gedaald>>. (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- Peeters, R. Het Verlangen Naar Voorkomen: Hoe het preventieparadigma de overheid verandert. Amsterdam: Van Genneep, 2015.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Patiëntveiligheid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden. Signalering ethiek en gezondheid 2009/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2009.
- Ramesar, P. Teveel aan regels en protocollen is verstikkend voor zorgverleners. Trouw, 10 september 2013. URL. <https://www.trouw.nl/home/teveel-aan-regels-en-protocollen-is-verstikkend-voor-zorgverleners~a449c61a/> (geraadpleegd op 7 januari 2019)

- Schermer, M., Ewals, F., Weisz, M. Ethische dilemma's in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Koninklijke van Gorcum B.V. 2016
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., Baker, L. Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. *Health Services Research* 44.2 Pt 1 (2009): 399-421.
- Slawomirski, L.; Auraaen, A.; Klazinga, N.S. The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-based Approach to Reducing Patient Harm at National Level. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017.
- Steenbergen, E. van. De zorg is alle overbodige regels, procedures en checklists zat. *NRC Handelsblad*, 25 augustus 2017. URL <<https://www.nrc.nl/nieuws/2017/08/25/zoveel-regels-dat-voelt-als-wantrouwen-12673594-a1571131>> (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- Tol, J. van, Omgaan met de risico-regelreflex. In: P.B. Boersma en A.E. Ronner (red.), *Jaarboek 2013, Nationaal Netwerk Risicomanagement*, 2014.
- Trappenburg, M. Waarom het allemaal niet lukt. In: J. van Tol (red.), *Veiligheid boven alles: Essays over oorzaken en gevolgen van de risico-regelreflex*. Den Haag: Boom Lemma, 2011.
- Veiligheidsagenda. *Praktijkvoorbeelden & Tools*. Vmszorg.nl 2018. URL <<https://www.vmszorg.nl/praktijkvoorbeelden-en-tools/nta-80092007>> (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- Veiligheidsagenda. *Praktijkvoorbeelden*. Vmszorg.nl 2018. URL <https://www.vmszorg.nl/praktijkvoorbeelden-en-tools/praktijkgids-veilig-incidenten-melden/> (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- Veiligheidsagenda. Wat is een VMS? Vmszorg.nl 2018. URL <https://www.vmszorg.nl/vms-in-uw-ziekenhuis/wat-is-een-vms/> (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- Vermeulen, M. Volgens voorschrift. *De Volkskrant*, bijlage Sir Edmund, 7 oktober 2017; 10-15.
- Vilans. Er lijkt sprake van wildgroei aan kwaliteitsinstrumenten. 25 september 2018. URL <https://www.vilans.nl/artikelen/er-lijkt-sprake-van-wildgroei-aan-kwaliteitsinstrumenten> (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- VMS Veiligheidsprogramma. *Praktijkgids Veilig incident melden*. VMS Veiligheidsprogramma. 2009. URL https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/web_2009.0106_praktijkgids_vim.pdf (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- Wagner, C., Van der Wal, G. Voor een goed begrip: Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. *Medisch Contact* 2005; 60: 1888-1891.
- Wijnberg, R. We zijn verleerd hoe je tragedie tolereert. *De Correspondent*, 15 april 2015.
- Willems, R. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. *Eindrapportage Shell Nederland*, november 2004.
- World Health Organization. *More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Final Technical Report, 2009.
- World Health Organization. *Patient Safety*. World Health Organization, 2018. URL <https://www.who.int/patientsafety/about/en> (geraadpleegd op 7 januari 2019)
- World Health Organization. *Patient Safety*. World Health Organization, 2018. URL <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety>> (geraadpleegd op 7 januari 2019)

ZonMw. Programmavoorstel Veiligheid in de Zorg. 14 april 2010.

Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en verbeteren. Van goede zorg verzekerd. 13 januari 2017.

Zorgvisie. Verpleeghuiszorg gaat te veel over regels, geld en protocollen. 4 juli 2016. URL <https://www.zorgvisie.nl/zorg-gaat-over-regels-geld-en-protocollen/> (geraadpleegd op 7 januari 2019)

Zorgvisie. Veel boosheid over verpleeghuislijst IGZ. 6 juli 2016. URL <https://www.zorgvisie.nl/veel-boosheid-over-verpleeghuislijst-igz/> (geraadpleegd op 7 januari 2019)

Bijlage 1

CEG Presidium

- Prof. dr. P.L. Meurs, voorzitter Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
- Prof. dr. dr. W.A. van Gool, voorzitter Gezondheidsraad
- Prof. dr. M.H.N. Schermer, bijzonder hoogleraar Filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens, Erasmus MC, Rotterdam
- Prof. dr. A.J. Pols, Socrates hoogleraar Sociale Theorie, Humanisme & Materialiteit, Universiteit van Amsterdam, en universitair hoofddocent en principal investigator, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Samenstelling CEG Commissie

De CEG Commissie is vanaf 24 november 2015 geïnstalleerd voor de signaleringstaak van het CEG.

- Prof. dr. M.H.N. Schermer, bijzonder hoogleraar Filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens, Erasmus MC, Rotterdam, voorzitter
- Prof. dr. A.J. Pols, Socrates hoogleraar Sociale Theorie, Humanisme & Materialiteit, Universiteit van Amsterdam, en universitair hoofddocent en principal investigator, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, vicevoorzitter
- Prof. dr. G. A. den Hartogh, bijzonder hoogleraar Medische ethiek, Universiteit Amsterdam
- Prof. mr. A.C. Hendriks, hoogleraar Gezondheidsrecht, Universiteit Leiden
- Prof. dr. C. Leget, hoogleraar Zorgethiek, Universiteit voor Humanistiek Utrecht
- P. Lips, huisarts en MPhil, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mr. A.W. Ouweland, bestuurder van Beweging 3.0
- Dr. G.J.M.W. van Thiel, universitair docent Medische Ethiek, UMC Utrecht
- Prof. dr. ir. P.P. Verbeek, hoogleraar Filosofie van Mens en Techniek en co-director van het DesignLab, Universiteit Twente
- Dr. A.A.E. Wagenaar, afdeling Orthopedagogiek, Universiteit Amsterdam

Bijlage 2

Verantwoording voorbereiding signalement

AUTEURS SIGNALEMENT

- M. Lenselink MA, adviseur CEG (projectleider)
- Prof. dr. A.J. Pols, vicevoorzitter CEG-commissie
- F.J. Alkemade, stagiair CEG
- G. Oostendorp-Van der Jagt MA, rijkstraine

INTERNE LEESCOMMISSIE

- Prof. Dr. M.H.N. Schermer, voorzitter CEG commissie
- Mr. dr. R.E. van Hellemond, coördinator CEG
- Dr. I. Geesink, adviseur CEG
- Mr. M. de Lint, adviseur RVS
- Dr. H.J.A. Rolden, adviseur RVS
- Drs. J.H. Stalman, communicatie adviseur CEG

GECONSULTEERDEN

Voor de totstandkoming van dit signalement zijn semigestructureerde interviews afgenomen met de onderstaande personen uit verschillende sectoren binnen de zorg. Vermelding van citaten van respondenten in het signalement betekent niet dat het Centrum voor Ethiek en Gezondheid de betreffende stelling per definitie onderschrijft.

- C. Ballering, buurtteammedewerker, Buurtteams Utrecht
- S. Broekhoff, patiënt
- C. Collette, huisarts
- J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde, inspecteur-generaal, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- W.A.B. Donners, patiënt
- S. Greuters, anesthesist, heli-arts mobiel medisch team en (zorgsupport)adviseur voor de raad van bestuur, VUmc
- L. Isbouts, arts in opleiding kindergeneeskunde, Radboudumc
- M. Janson, agogisch begeleider, Stichting Het Raamwerk en Gemiva-SVG Groep
- A.C.M. Kleinsman, psychiater geneesheer-directeur, IrisZorg
- J. Mesman, universitair hoofddocent, Universiteit van Maastricht

- C. Muusse, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
- J. Noordover, senior beleidsmedewerker Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- M. Prins, begeleider gehandicaptenzorg en moeilijk verstaanbaar gedrag, Gemiva SVG-groep
- A. Stekelenburg, Ministerie van Leven
- C. van der Toorn, verpleegkundige woonvoorziening voor mensen met dementie De Herbergier
- G. Vis, verpleegkundige wijkzorg en medewerker innovatie Aafje Thuiszorg, Huizen en Zorghotels
- C. Wagner, hoogleraar Patiëntveiligheid en directeur NIVEL
- R. Weghorst, psycholoog intramurale ouderenzorg woonzorgcentrum St. Elisabeth, Carintreggeland

Concept versies en vaststelling signalement

CEG COMMISSIE

Laatste concept signalement besproken: 21 februari 2019

CEG PRESIDIUM

Laatste concept signalement voorgelegd aan het Presidium: 21 februari 2019

Vastgesteld: 1 maart 2019

Bijlage 3

Publicaties CEG

Signalementen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2018

- Digitale dokters. Een ethische verkenning van medische expertsystemen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2017

- Geslachtscellen uit het lab: Een ethische verkenning van in-vitrogame-togenese als nieuwe voortplantingstechnologie

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2016

- Leefstijlbeïnvloeding op de werkvloer
- Samen zorgen in de wijk
- Integriteit in zorgorganisaties: perspectieven van bestuurders

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2015

- Wensgeneeskunde

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2014

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt: Reflecties van patiënten en artsen over gezamenlijke besluitvorming
- Leefstijlbeïnvloeding: tussen betuttelen en verwaarlozen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2013

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering. Een overzicht van ethische argumenten

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2012

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Rechtvaardige selectie bij een pandemie
- De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2011

Gezondheidsraad

- Laaggeletterdheid te lijf (briefadvies)

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Genetische aanleg en registratie van etniciteit CEG, 2011 (briefadvies)

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand

Gezondheidsraad

- Het 'duizend dollar genoom': een ethische verkenning

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2009

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden
- Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie

Gezondheidsraad

- Wie betaalt, bepaalt? Over financiering en het ontwikkelen van medische kennis
- Zorg voor het ongeboren kind. Ethische en juridische aspecten van foetale therapie

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2008

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties
- Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2007

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van *evidence* in het zorgbeleid
- Financiële stimulering van orgaandonatie

- Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg

Gezondheidsraad

- Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2006

Gezondheidsraad

- Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob?

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2005

Gezondheidsraad

- Embryonale stamcellen zonder morele pijn?
- Ethische aspecten van kostenutiliteitsanalyse
- Nu met extra bacteriën! Voedingsmiddelen met gezondheidsclaims

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Zorgverlener èn opsporingsambtenaar?
- Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2004

Gezondheidsraad

- 'Vruchtbaarheidsverzekering': medische en niet-medische redenen
- Terminale sedatie
- Bestrijdingsmiddelen, cosmetica, verf: de bescherming van proefpersonen in blootstellingsonderzoek
- Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een ethisch ideaal

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Intermezzo
- Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een nieuwe zorgpraktijk
- Mantelzorg, kostenbeheersing en eigen verantwoordelijkheid
- Economisering van zorg en beroepsethiek

SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2003

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Eisend gedrag en agressie van zorgvragers
- Drang en informele dwang in de zorg
- Culturele eigenheid en zelfbeschikking van allochtone zorgvragers

- Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap

Gezondheidsraad

- Handelingen met geslachtscellen en embryo's
- Screening van pasgeborenen op aangeboren stofwisselingsziekten
- Geneesmiddelen voor kinderen
- De maakbare mens

Achtergrondstudies

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt: normatieve achtergrond, 2013
- Ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen, 2005
- Economisering van zorg en beroepsethiek, 2004

Verkenningen

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Over keuzevrijheid en kiesplicht, 2006
- De vertwijfeling van de mantelmeeuw, 2004

Publieksversies

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Argumentenwijzer over Elektronische Patiënten Dossiers, 2013 (geactualiseerde en geheel digitale versie)
- Argumentenwijzer over Elektronische Patiënten Dossiers, 2011
- Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie, 2008

Els Borst Lezingen

- 6^e Els Borst Lezing, uitgesproken door Annelien Bredenoord. Nieuwe voortplantingstechnologie, nieuwe familievormen, nieuwe ethische vragen? 2018
- 5^e Els Borst Lezing, uitgesproken door Joris Slaets. Kwaliteit van zorg: wie mag het zeggen? 2017
- 4^e Els Borst Lezing, uitgesproken door Trudy Dehue. Omwille van de feiten en de democratie
- 3^e Els Borst Lezing, uitgesproken door Bert Keizer. De mens achter de moleculen, 2015
- 2^e Els Borst Lezing, uitgesproken door prof. dr. Margo Trappenburg. Bescheiden professies. Over evidence based werken buiten de cure, 2014
- 1^e Els Borst Lezing, uitgesproken door prof. dr. Inez de Beaufort. Kleine ode aan onafhankelijkheid, 2013

Deze publicaties zijn te verkrijgen via info@ceg.nl en te downloaden via www.ceg.nl

