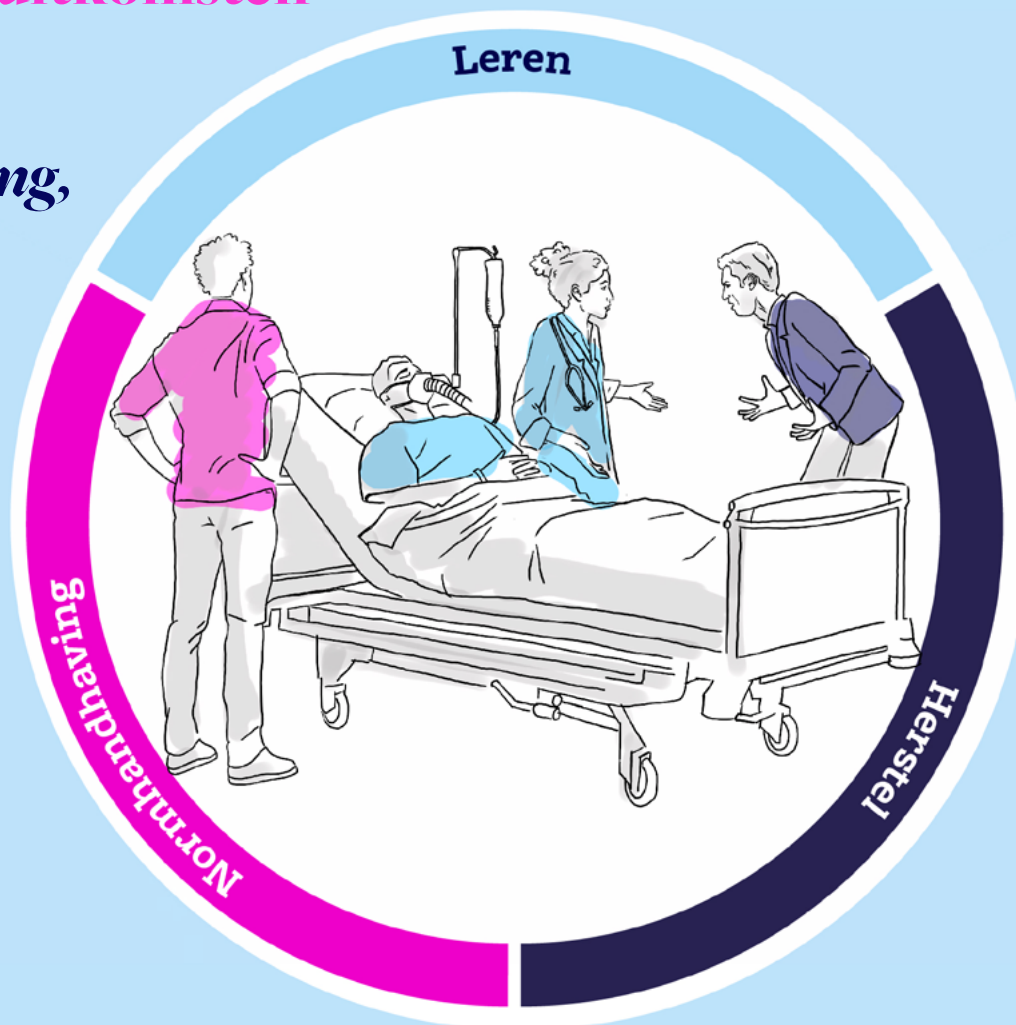


Omgaan met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg

Normhandhaving, leren en herstel



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

Omgaan met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg

Normhandhaving, leren en herstellen

Signalering Ethiek en Gezondheid
- 2022 -

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid signaleert en informeert over nieuwe en actuele ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek, die van belang zijn voor overheidsbeleid.

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

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
070 - 340 50 60
info@ceg.nl | www.ceg.nl

Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

Inhoudsopgave

1	Inleiding	8
1.1	Aanleiding en urgentie	9
1.2	Afbakening, doel en vraagstelling	9
1.3	Werkwijze	10
1.4	Leeswijzer	10
2	Praktijkervaringen van zorgontvangers en zorgverleners	11
2.1	Ervaringen van zorgontvangers en hun naasten	11
2.2	Ervaringen van zorgverleners	14
2.3	Gemeenschappelijk belang	22
3	Drie morele logica's ten grondslag aan het huidige regulerende systeem	23
3.1	Normhandhaving	25
3.2	Leren	28
3.3	Herstel	31
3.4	Drie voorbeeldcasussen opnieuw bekeken	34
4	Spanningen in het regulerende systeem	37
4.1	Normhandhaving zet leren onder druk	37
4.2	Weinig ruimte voor herstel	38
4.3	Keerzijde van roep om transparantie	39
5	Slotbeschouwing	41
	Bijlage 1 Regulerend systeem	42
	Bijlage 2 Definities	45
	Bijlage 3 Geraadpleegde personen	46
	Bijlage 4 Samenstelling commissie	47
	Referenties	48

Publicatienummer: 2022/02

ISBN/EAN: 978-90-5732-325-6

Titel: Omgaan met onbedoelde en
ongewenste uitkomsten in de zorg

Ondertitel: Normhandhaving, leren
en herstel

Grafisch ontwerp: Studio Duel

Deze publicatie kan als volgt worden
aangehaald: Centrum voor Ethiek en
Gezondheid, Omgaan met onbedoelde en
ongewenste uitkomsten in de zorg

[Commissie CEG](#) 

Samenvatting

De kwaliteit van zorg in Nederland is hoog. Dat kan niet garanderen dat de uitkomsten in de zorg altijd naar ieders bedoeling of wens zijn. Het is zowel voor de zorgontvangers als voor de zorgverleners van belang dat er op een goede manier wordt omgegaan met zorguitkomsten die onbedoeld of ongewenst zijn. Zowel zorgverleners als zorgontvangers lopen in de praktijk tegen knelpunten aan rondom de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. Volgens het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) zijn die knelpunten te verklaren aan de hand van verschillende morele logica's over wat de juiste omgang is met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. Die logica's lopen in het stelsel dat de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg moet reguleren door elkaar en kunnen op gespannen voet staan met elkaar.

Praktijkervaringen

Uit onderzoek blijkt dat zorgontvangers na een onbedoelde of ongewenste zorguitkomst vooral behoefte hebben aan openheid over en erkenning van de (emotionele) impact van de gebeurtenis door de zorgverlener of zorgorganisatie. Bij dit alles ervaren zorgontvangers een informatieachterstand ten opzichte van

de zorgverleners, zowel medisch-inhoudelijk als over eventuele procedures. Als zorgontvangers het gevoel hebben dat er informatie wordt achtergehouden of hun beleving niet serieus wordt genomen, is er een grotere kans dat ze de situatie escaleren naar meer formele procedures. Waar zorgontvangers ook tegenaan lopen is dat veel (juridische) procedures niet veel ruimte bieden voor herstel van de ontstane situatie. Een ander knelpunt is de emotionele belasting van de (juridische) procedures. Niet alleen de gebeurtenis zelf, maar ook de procedure over de gebeurtenis kan als traumatiserend ervaren worden, vooral door de lange duur ervan, de sfeer van oppositie en de formele en als onpersoonlijk ervaren toon.

Ook zorgverleners hebben er last van als ze betrokken zijn bij een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg, ongeacht de eventuele verwijtbaarheid. Daarnaast kunnen ook de procedures die soms volgen, door de lange duur, sfeer van oppositie en de onzekere uitkomst, een zware emotionele belasting vormen. Zorgverleners hebben behoefte aan openheid met de zorgontvanger en naasten over gebeurtenissen, maar weten soms niet hoe ze het gesprek het best kunnen vormgeven. De vrees bestaat bovendien dat openheid

door collega's, zorgorganisaties en verzekeraars niet wordt gewaardeerd en ertoe kan leiden dat ze individueel verantwoordelijk of aansprakelijk worden gehouden, al dan niet via een tuchtzaak. Die zorg wordt vooral veroorzaakt doordat er in de beleving van zorgverleners weinig oog is voor de complexiteit en inherente onzekerheid van de zorgpraktijk – waardoor ze kunnen worden aangesproken op factoren die buiten hun invloedssfeer liggen.

Drie morele logica's

Volgens het CEG zijn er drie morele logica's te onderscheiden over wat de juiste omgang is met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg: één gericht op normhandhaving, één gericht op leren en één gericht op herstel. Binnen elke morele logica worden andere accenten gelegd in de bepaling van de juiste reactie op een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg. De logica's betreffen dus andere manieren van kijken naar dezelfde gebeurtenis.

Normhandhaving is bedoeld om de kwaliteit van zorg te waarborgen door zorgontvangers te beschermen tegen ondeskundig en onwettig handelen van zorgverleners. Als een zorgverlener iets doet wat niet hoort volgens wettelijke of pro-

fessionele normen, dan kan een passende maatregel of sanctie volgen, tenzij de zorgverlener voor de (niet) verleende zorg een goede verklaring heeft. Aangezien de consequenties van een sanctie groot kunnen zijn, is het belangrijk dat de zorgverlener of de zorgorganisatie de kans krijgt om zijn handelen toe te lichten en zich te verdedigen in een zorgvuldige en eerlijke procedure. Daarnaast is het belangrijk dat de beoordeling plaatsvindt door een onafhankelijke partij die onafhankelijk en op basis van de feiten oordeelt.

Binnen een logica die gericht is op leren is het met name belangrijk dat herhaling van ongewenste en onbedoelde gebeurtenissen in de zorg uitblijft. Er wordt niet zozeer gekeken naar de individuele zorgverlener als wel naar de context. Het uitgangspunt is niet 'welke regel/norm is overtreden?', maar 'wat maakte het logisch voor de betrokkenen om te handelen zoals zij handelden?'. Het doel is preventie: het voorkomen van onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de toekomst. Een voorwaarde daarvoor is psychologische veiligheid, waarbinnen twijfels, zorgen en vragen open kunnen worden besproken.

Bij de derde morele logica over de juiste omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg staat herstel van de ontstane schade centraal. Niet het handelen van de zorgverleners is het uitgangspunt, maar de schade die is ontstaan bij alle betrokkenen (de zorgontvanger, maar

ook bijvoorbeeld de betrokken zorgverleners) en de mogelijkheden om die schade te herstellen. Het gaat dan om die strategieën te vinden die de schade naar aanleiding van de gebeurtenis zoveel mogelijk herstellen voor alle betrokkenen. Binnen een morele logica gericht op herstel is er niet alleen aandacht voor de materiële schade, maar ook voor emotionele schade en schade aan bijvoorbeeld het vertrouwen tussen arts en patiënt. Het vinden van een nieuw perspectief en het herstel van de relaties is hierbij belangrijk.

Spanningen

Het onderscheid tussen de drie morele logica's op de juiste omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten is een analytisch onderscheid. In de praktijk kunnen deze logica's door elkaar heenlopen. Het herkennen van de verschillen kan volgens het CEG bijdragen aan het begrijpen en verhelpen van de knelpunten in de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten. Dat is niet alleen van belang voor alle betrokkenen, maar ook voor de zorg en het vertrouwen in (de kwaliteit) daarvan. De drie morele logica's kunnen op gespannen voet staan met elkaar.

Normhandhaving zet leren onder druk

Zo is er geredeneerd vanuit normhandhaving weinig ruimte voor twijfels over de verleende zorg. Gezien de mogelijk verstrekkende gevolgen voor zorgverleners

of zorgorganisaties zullen zij zich verdedigen op basis van die feiten waarvan ze overtuigd zijn. Om te kunnen leren van onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg is het nodig om te kunnen twijfelen, om vragen te stellen en te onderzoeken. Ook is het voor leren van belang dat er aandacht is voor de context waarbinnen een gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Bij normhandhaving ligt de nadruk echter vooral op de individuele zorgverlener en het naleven van wettelijke en professionele normen. Dat kan ervoor zorgen dat zorgverleners vooral defensief gaan handelen: ze volgen precies de protocollen en richtlijnen om er zeker van te zijn dat er geen nadelige consequenties volgen. Dat levert niet altijd betere zorg op, want soms vraagt de situatie juist om af te wijken van de regels.

Weinig ruimte voor herstel

Er is in de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg relatief weinig aandacht voor herstel van de (emotionele) schade. Daarmee blijft een belangrijke behoefte van zorgontvangers, hun naasten én zorgverleners die betrokken waren bij een onbedoelde of ongewenste gebeurtenis onderbelicht. Herstel van de schade is essentieel voor het herstellen van vertrouwen in de zorg. Aandacht voor herstel van de schade die bijvoorbeeld aan de zorgrelatie of het vertrouwen is ontstaan kan ook verdere escalatie helpen voorkomen. Herstel van schade hoeft niet

altijd gepaard te gaan met uitgebreide juridische procedures, die juist extra emotionele schade kunnen veroorzaken. Aandacht voor herstel vraagt om maatwerk en creativiteit; wat hebben de betrokkenen nodig? Hoeveel gesprekken moeten daartoe worden gevoerd? Dit verschilt per persoon en per situatie. Erkenning van de emotionele en praktische impact op het leven van de zorgontvanger en steun (zowel emotioneel als praktisch) met het leren leven van de gevolgen van de onbedoelde of ongewenste gebeurtenis, zijn belangrijke elementen voor herstel van de ontstane schade. Ook gesprekken met de betrokken zorgverleners kunnen bijdragen aan herstel. Dat vraagt aandacht en steun voor zorgverleners die deze ingewikkelde gesprekken moeten voeren op momenten dat ze zelf mogelijk ook met emoties en schuldgevoel zitten. Ook voor zorgverleners kunnen strategieën als gesprekken met de zorgontvanger, hun naasten, maar bijvoorbeeld ook betrokkenheid bij het opstellen van eventuele verbetermaatregelen bijdragen aan het herstel van de ontstane schade.

Keerzijde van roep om transparantie

De maatschappelijke roep om openbaarheid en transparantie zet aandacht voor leren en herstel onder druk. Bij gebeurtenissen in de zorg die veel media-aandacht krijgen, ligt de nadruk op normhandha-

ving en op volledige transparantie daarover. Maar volledige transparantie en openbaarheid kunnen juist zorgen voor minder openheid tussen de direct betrokkenen. Als alles openbaar wordt, zal ieder woord immers worden gewogen. Dat staat een open houding van alle betrokkenen in de weg, terwijl die juist cruciaal is voor een omgang met onbedoelde en ongewenste zorguitkomsten, die leidt tot leren en herstel.

Gezamenlijk belang

Het CEG betoogt niet dat de ene logica op de juiste omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg beter is dan de andere, maar wel dat het van belang is de juiste balans te vinden. De juiste balans zal per situatie verschillen. Bewustzijn van de drie morele logica's kan kwaliteitsstaf, beleidsmedewerkers, management, bestuur, beroepsgroepen en beroepsorganisaties helpen zichtbaar te maken waar knelpunten zitten en aan welke behoeften van zorgontvangers en zorgverleners mogelijk niet tegemoet wordt gekomen. Zeker als het gaat om de behoefte aan contact en openheid, die zowel leeft bij zorgontvangers als zorgverleners, is het van belang die niet uit het oog te verliezen.

Het CEG betoogt niet dat de ene logica op de juiste omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg beter is dan de andere, maar wel dat het van belang is de juiste balans te vinden.

Begrijp je dat dit heeft kunnen plaatsvinden?

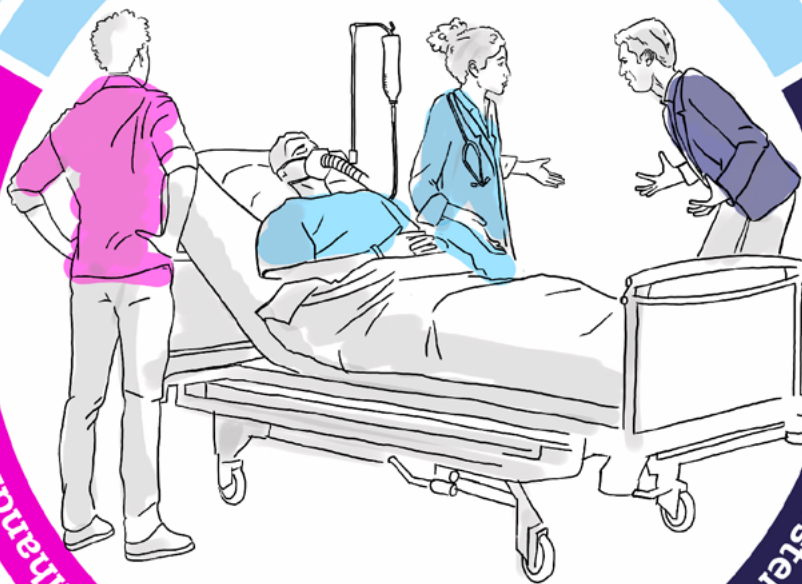
Wat maakte het logisch dat het zo gegaan is?

Wat ging er goed?

Hoe kunnen we deze gebeurtenis in het vervolg voorkomen?

Wat kan op het niveau van het individu, team, systeem, organisatie of beroepsgroep geleerd worden van deze gebeurtenis?

Leren



Hoeveel impact had de gebeurtenis en wat zijn de gevolgen van deze gebeurtenis?

Golden er bepaalde wettelijke of professionele regels?

Wie was de zorgverantwoordelijke (soms aangeduid als regiebehandelaar of hoofdbehandelaar)?

Zou dit bij je collega ook gebeurd zijn? Waarom wel/niet?

Wat is een passende, proportionele maatregel of interventie?

Wie is er getroffen?

Wie neemt daarvoor verantwoordelijkheid?

Wat heeft de getroffen nodig om te kunnen herstellen?

Wat moet de veroorzaker doen om er weer bij te horen?

En is dat dan ook voor alle betrokkenen voldoende of moet er nog meer gebeuren?

Normandividing

Herstel



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

1 | Inleiding

Hoewel de kwaliteit van zorg in Nederland op hoog niveau is, is het verlenen van zorg mensenwerk. Dat betekent dat er dingen verkeerd kunnen gaan, mogelijk met schade voor de zorgontvanger tot gevolg. Ook kunnen er situaties zijn waarin er volgens de oprechte overtuiging van de zorgverleners goede zorg is verleend, maar de zorgontvanger (patiënt of cliënt) of diens naaste daar anders over denkt. Er bestaat in Nederland een uitgebreid regulerend systeem dat onder meer moet zorgen voor een goede omgang met dit soort onbedoelde en ongewenste gebeurtenissen in de zorg. In de praktijk zijn er spanningen aan te wijzen binnen dit systeem. In dit signalement betoogt het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) dat deze spanningen zijn te verklaren aan de hand van verschillende morele logica's over wat de juiste manier is om met onbedoelde of ongewenste uitkomsten in de zorg om te gaan. Hiermee beoogt het CEG te verhelderen hoe het regulerende systeem voor de zorg in de praktijk uitpakt en politici en beleidsmakers te helpen bij het in kaart brengen van mogelijke gevolgen van toekomstige systeemwijzigingen in het regulerende stelsel.

Het CEG introduceert drie casussen die dienen ter illustratie van dit betoog.

Voorbeeld 1: agressie-incident met schaar

Er wordt een zeer angstig persoon opgenomen in een GGZ-instelling. De persoon houdt zijn tas stevig vast, als enige houvast in de nieuwe omgeving. De huisregel binnen de afdeling bij nieuwe opnames is dat er gekeken wordt in de tas naar voorwerpen die eventueel gevaarlijk zouden kunnen zijn. De betrokken verpleegkundige schat in dat in de tas kijken op dit moment zou leiden tot hevig verzet en escalatie. Ook schat ze in dat de kans op een agressie-incident met iets uit de tas klein is. Ze besluit om de inhoud van de tas op een later moment te bekijken, als de persoon wat meer op zijn gemak is. Kort daarop vindt toch een agressie-incident plaats jegens een andere cliënt, met een schaar uit de tas. Deze andere cliënt is blijvend beschadigd door het incident en kan nooit meer werken. Ze dient een schadeclaim in bij de GGZ-instelling voor verlies van inkomen. De zorgorganisatie reageert met formele en afhoudende schriftelijke correspondentie, wat de getroffen cliënt als zeer pijnlijk ervaart.

Voorbeeld 2: seksuele relatie tussen zorgverlener en patiënt

Een zorgverlener binnen de langdurige zorg knoopt een seksuele relatie aan met meerdere zorgontvangers. De relaties komen aan het licht, er volgt een tuchtprocedure, aangespannen door de IGJ, en de zorgverlener wordt blijvend geschrapt uit het BIG-register (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Er wordt een vervanger gezocht voor de betreffende zorgverlener en al snel draait de zorg weer als normaal. Maar het team zit nog wel vol schuldgevoelens. Hoe hebben we dit kunnen missen? Welke signalen hadden we moeten oppikken? Vanwege privacy kan er echter niets met het team gedeeld worden, zeker niet gedurende de procedure die meerdere maanden in beslag neemt.

Voorbeeld 3: patiënt bij spoedeisende hulp

Een man met ernstige klachten meldt zich in de avonduren bij de spoedeisende hulp en wordt voor onderzoek opgenomen in het ziekenhuis van een andere locatie. Alleen een arts-assistent is aanwezig. Hij is nog maar kort als arts aan het werk. Hij bespreekt - zoals gebruikelijk - de casus telefonisch met de betrokken medisch specialist. De arts-assistent heeft een niet-pluisgevoel, maar kan dat niet staven en pas in de ochtend wordt aanvullend onderzoek opgestart. Nog net op tijd wordt de juiste behandeling opgestart, maar de patiënt herstelt nooit meer volledig. De patiënt dient eerst een klacht in bij de zorgaanbieder start daarna een civiele procedure. De patiënt start een tuchtzaak tegen de verantwoordelijk medisch specialist, mede om later sterker te staan bij de civiele rechter voor toekenning van een schadevergoeding.

1.1 | Aanleiding en urgentie

Er zijn signalen vanuit de praktijk dat het regulerend systeem over onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg soms niet het beoogde effect heeft. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de recente wetsevaluatie van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz), waarin onder andere wordt gesignaleerd dat het melden en onderzoeken van calamiteiten bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) goed op orde is, maar dat dit ten koste gaat van aandacht voor de zorg zelf en het door zorgverleners en zorgorganisaties leren van een calamiteit.¹ Ook is er steeds meer kennis over de emotionele impact van complicaties, incidenten en calamiteiten op zorgverleners^{2;3} en de schade die een juridische procedure te weeg kan brengen bij zowel de patiënt als de zorgverlener (zogenoemde secundaire victimisatie).^{4;5}

Daar komt bij dat er in de samenleving minder tolerantie lijkt te bestaan voor risico's, schade en tragedie.⁶ Als er iets misgaat, al dan niet verwijtbaar, willen mensen achterhaald zien waar het mis is gegaan, om dat in de toekomst te kunnen voorkomen en eventuele schade vergoed te krijgen. Dit wordt ook wel de 'risico-regelreflex' genoemd: de bijna vanzelfspre-

kende reactie in de zorg om risico's zoveel mogelijk uit te willen bannen, al dan niet naar aanleiding van een mogelijke fout, schade of klacht.⁷

De zorg is in toenemende mate complex (zowel medisch inhoudelijk als organisatorisch). Bovendien kampt de sector met grote personeelskrapte en een hoog ziekteverzuim, mede door de buitengewone inspanning tijdens de coronacrisis. Voor het bevorderen en waarborgen van de kwaliteit van zorg is het belangrijk zorgmedewerkers voor de zorg te behouden. Een werkklimaat waar zorgverleners zich kunnen ontwikkelen en zich veilig, gewaardeerd, betrokken en gecommiteerd voelen aan de zorgketen en zorgorganisatie draagt daaraan bij.^{8;9} De omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg is hier een belangrijk en onderbelicht aspect van.

1.2 | Afbakening, doel en vraagstelling

In dit signalement gaat het om alle gevallen waarin de zorg niet is verlopen zoals beoogd of gewenst vanuit het perspectief van ten minste één van de betrokkenen, ongeacht eventuele verwijtbaarheid.^a Het betreft alle zorgdomeinen en alle soorten

^a Dus de geïncludeerde gebeurtenissen variëren van een ernstige calamiteit, een al dan niet bewuste normoverschrijding van een zorgverlener tot aan een patiënt die zelf de verkeerde medicatie inneemt of een patiënt die zich onheus bejegend voelt. Dit betreffen dus verwijtbare en niet-verwijtbare ongewenste en onbedoelde gebeurtenissen binnen alle vormen van zorg.

zorg, dus zowel *cure* als *care*. In bijlage 2 staat een toelichting op de terminologie en in bijlage 1 een beschrijving van het huidige regulerende systeem. Met schade wordt niet alleen medische, lichamelijke schade bedoeld, maar ook andere materiële schade (zoals proceskosten), immateriële (emotionele) schade, relationele schade (schade aan relaties tussen mensen) of schade aan het vertrouwen in de zorgverlener of zorg, en schade aan de rechtsorde.

Dit signalement bouwt voort op het CEG-signalement 'Veilige zorg, goede zorg?' uit 2019.¹⁰ Daarin is onderzocht welke betekenissen de waarde veiligheid in de zorg heeft, hoe veiligheid in de zorg is geïmplementeerd en welke spanningen er ontstaan als de nadruk in de zorg op veiligheid ligt, onder meer als gevolg van de risico-regelreflex. Welke andere waarden komen er dan in het geding? De focus in dat signalement lag op het voorkomen van onbedoelde effecten in de zorg.

In het voorliggende signalement ligt de nadruk op het omgaan met onbedoelde of ongewenste uitkomsten in de zorg. Hoe pakt het regulerende systeem dan uit en wat zijn de knelpunten? Het CEG beoogt met dit signalement politici en beleidsmakers te helpen bij het in kaart brengen van mogelijke gevolgen van toekomstige systeemwijzigingen, door een ethische analyse aan te reiken over de knelpunten die in de praktijk worden ervaren en door

middel van het onderscheiden van drie morele logica's. Bewustzijn van de drie morele logica's kan kwaliteitsstaf, beleidsmedewerkers, management en bestuur helpen om zichtbaar te maken waar lacunes zitten en aan welke behoeften van zorgontvangers en zorgverleners mogelijk niet tegemoet wordt gekomen.

1.3 | Werkwijze

Het CEG werkt met een vaste commissie van experts, waaronder juristen en ethici en een besluitvormend presidium (zie www.ceg.nl). De CEG-commissie heeft tussen april 2021 en juni 2022 drie keer vergaderd over conceptversies van het voorliggend signalement. Het CEG-presidium heeft het signalement op 24 november 2022 vastgesteld. Bij het opstellen van het signalement heeft het CEG gebruik gemaakt van een (brede) verkenning van internationale en nationale (populair) wetenschappelijke literatuur. Om meer inzicht te verkrijgen in de praktijkervaringen heeft het CEG gesproken met verschillende experts die betrokken zijn bij (onderzoek naar) het regulerende stelsel. In bijlage 3 is een lijst van geconsulteerden opgenomen. De namen van het CEG-presidium, de CEG-commissie en de betrokken stafleden staan achterin het signalement vermeld.

1.4 | Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden praktijkervaringen met het huidige regulerende systeem beschreven vanuit zorgontvangers en vanuit zorgverleners. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 beschreven op welke drie manieren aangekeken wordt tegen de vraag wat de passende reactie is op onbedoelde en ongewenste zorguitkomsten. Daarbij gaat het om een morele logica gericht op normhandhaving (3.1.), gericht op leren (3.2.) en op herstel (3.3.). Hoofdstuk 4 laat zien hoe die verschillende logica's elkaar in de weg kunnen zitten in het huidige regulerende systeem. Hoofdstuk 5 bevat een korte reflectie en enkele lessen voor de toekomst.

2 | Praktijkervaringen van zorgontvangers en zorgverleners

KERNBOODSCHAP

In de praktijk lopen zowel zorgontvangers en hun naasten als zorgverleners, tegen knelpunten aan in de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. Zorgontvangers ervaren bijvoorbeeld een verschil in kennis ten opzichte van zorgverleners, zowel medisch inhoudelijk als ten aanzien van de procedures. Ook kunnen zij ervaren dat het regulerend systeem en de houding van bijvoorbeeld schadeverzekeraars de openheid waar ze behoefte aan hebben juist in de weg zit. Zorgverleners hebben er ook last van als zij betrokken zijn bij onbedoelde en ongewenste gebeurtenissen in de zorg. Zij ervaren het regulerende systeem als onvoorspelbaar en gedragen zich vaak defensiever na betrokkenheid bij een procedure. Dit heeft ook een belangrijke negatieve uitwerking op de organisatie waar de betrokken zorgverlener werkt. De procedures zelf worden zowel door zorgontvangers, als door de zorgverleners, als zeer belastend ervaren.

2.1 | Ervaringen van zorgontvangers en hun naasten

Vershil in kennis

Zorgontvangers en/of hun wettelijk vertegenwoordigers, hebben recht op informatie. Dit geldt ook over de wijze waarop zorg is verleend en mogelijke onbedoelde en ongewenste uitkomsten. Deze laatste informatie kunnen zij wensen om het gebeurde beter te kunnen begrijpen en te verwerken.¹¹ Uit onderzoek blijkt dat zorgontvangers in de praktijk informatieachterstand ervaren ten opzichte van de zorgverleners en zorgorganisatie. Daarmee doelen zij zowel op medisch-inhoudelijke kennis over de gebeurtenis als informatie over de procedures die gevolgd kunnen worden. Zij zijn afhankelijk van anderen om hen hierover te informeren. Zorgontvangers voelen die afhankelijkheid, wat hen er soms van weerhoudt mogelijke onvrede bespreekbaar te maken of kritische vragen te stellen. Zij willen de zorgrelatie immers meestal goed houden.

Behoeftte aan erkenning

Onderzoek laat zien dat zorgontvangers niet altijd tevreden zijn over de manier waarop zorgverleners en zorgorganisaties omgaan met onbedoelde of ongewenste uitkom-

sten.¹² Zorgontvangers en hun naasten voelen zich niet altijd gehoord, willen een open gesprek en vinden soms niet de juiste ingang.¹³ Gevolg is dat ze bijvoorbeeld een tuchtzaak starten, terwijl ze eigenlijk een andere behoefte hebben dan de beoordeling van een zorgverlener door een tuchtcollege.¹⁴ Tuchtzaken duren vaak lang vanuit de beleving van zorgontvangers. Betrokkenen ervaren het proces als onpersoonlijk, frustrerend en intensief.¹⁵

Deze ervaring geldt ook voor andere procedures waarbij een zorgontvanger betrokken kan zijn: een onderzoek naar aanleiding van een calamiteit of een schadeclaim.^{16, 17} Daarnaast hechten zorgontvangers er groot belang aan dat in een open gesprek eventuele fouten worden toegegeven en er excuses worden gemaakt, als dat passend is. Ook als er geen fout is gemaakt, wordt een empathische reactie en erkenning van de impact van de gebeurtenis op de zorgontvanger of de naasten zeer gewaardeerd. Erkenning van de emotionele impact van de gebeurtenis kan los staan van excuses maken of uitspraken doen over de eventuele verwijtbaarheid. De meeste zorgontvangers hebben behoefte aan openheid over de gebeurtenis, aan contact, verbinding en

medeleven. En ze willen serieus genomen worden. Ook naasten geven aan dit open gesprek te missen. Zo schrijft een weduwe in Medisch Contact;

Ik weet vanuit mijn ervaring als medisch secretaresse dat er in de zorg heel hard gewerkt wordt, met vaak weinig personeel en een hoge werkdruk. Ik weet ook dat er fouten worden gemaakt; dat is menselijk. Maar ik ben van mening dat als er iets bewezen fout is gegaan, er open en eerlijk over gesproken moet worden met elkaar. Ik heb in de diverse gesprekken, verweerschriften en zittingen - [...] - een ongemakkelijke, defensieve houding bij de vertegenwoordigers van dit ziekenhuis ervaren. In plaats van een eerlijk gesprek over de inhoud, werd het een juridisch moddergevecht, buiten de betrokken artsen om. Voor ons als nabestaanden is dit hard en pijnlijk; voor betrokken artsen ook, kan ik mij zo voorstellen. Wat heb ik een eerlijk gesprek met de artsen van het ziekenhuis gemist.¹⁸

Als zorgontvangers en naasten zien dat de gebeurtenis ook een grote impact heeft gehad op de betrokken zorgverlener(s), dan helpt dit hen het gebeurde te aanvaarden.¹¹ Bovendien blijkt uit onderzoek dat volledige openheid over de gebeurtenis richting de zorgontvanger en diens naasten vaak leidt tot meer begrip voor de zorgverlener en de omstandigheden waaronder de zorgverlener werkte.^{19; 11} Bij klachtenafhandeling binnen de Wkkgz

is er een groot verschil gevonden tussen situaties waar een zorgaanbieder wel een reactie heeft gegeven en situaties waarin dat niet was gebeurd.¹ Er zijn belangrijke aanwijzingen dat openheid en erkenning van de emotionele impact het aantal klachten en schadeclaims doet afnemen.

^{14; 20; 21; 22}

Zorgontvangers geven soms aan dat de behoefte aan erkenning niet is afgedaan in één gesprek. Soms willen ze meerdere gesprekken voeren met betrokkenen. Ook de timing verschilt. Zorgontvangers zijn niet altijd meteen emotioneel klaar voor een gesprek, maar voelen soms later wel die behoefte.¹⁹

Zorgontvangers en hun naasten moeten leren leven met de gebeurtenis en deze in hun leven integreren. Emotionele en psychische ondersteuning daarbij wordt als helpend ervaren, net als ondersteuning bij praktische zaken, zoals een financiële bijdrage voor de begrafenis of wachtlijstbemiddeling met andere zorginstanties of een doorverwijzing voor een second opinion. Zorgontvangers ervaren deze ondersteuning ook als een signaal vanuit de zorgorganisatie dat hun situatie gezien, erkend en serieus genomen wordt.¹¹

Last van procedures

De procedures (tuchtzaken, calamiteitenonderzoeken, afwikkeling schadeclaims) worden vaak als belastend ervaren door zorgontvangers, mede door de lengte

ervan en de formele, onpersoonlijke taal die wordt gebruikt. Zie bijlage 2 voor meer uitleg over de procedures. Zorgontvangers kunnen zo last krijgen van zogeheten 'secundaire victimisatie': de procedure over de traumatiserende gebeurtenis is opnieuw traumatiserend. Vooral schadeclaims waarin oorzakelijk verband moet worden aangetoond en soms wordt betwist, worden door zorgontvangers als zeer pijnlijk ervaren. Zo vertelt een patiënt over zijn beleving van de correspondentie:

“Het is een continu gevecht tegen mezelf, tegen hoe mensen tegen me aankijken, tegen allerlei instanties”
 [...] **“Ik lees de brieven niet meer. Er wordt namelijk systematisch gezegd dat je liegt, dat het aan jou ligt, en dat je je aanstelt.”**²³

Aansprakelijkheidsprocedures hebben een gemiddelde doorlooptijd van 2,5 jaar.²⁴ De emotionele belasting van causaliteit aan proberen te tonen als zorgontvanger is zeer hoog, zeker als uiteindelijk de claim wordt afgewezen, wat bij de helft van de zaken het geval is.²⁴

Als er een calamiteitenonderzoek wordt gestart, dan is het voor zorgontvangers en hun naasten belangrijk dat ze uitgebreid, duidelijk en regelmatig worden geïnformeerd.¹¹ Aangezien dat niet het doel is van een calamiteitenonderzoek kan dit soms wel eens over het hoofd worden gezien door de betreffende zorgorganisatie. Ziekenhuizen zien steeds meer in dat het belangrijk is om de zorgontvanger te betrekken bij het calamiteitenonderzoek maar worstelen soms met het vinden van de juiste vorm. Uit onderzoek blijkt dat de manier waarop zorgontvangers worden betrokken bij calamiteitenonderzoek verbeterd kan worden.¹⁶

Overigens kunnen ook zorgverleners last krijgen van secundaire victimisatie als gevolg van procedures, zie verderop (in 2.2).

Gevolgen van verkokering

Uit onderzoek blijkt dat zorgontvangers last kunnen ondervinden van de zogenoemde 'verkokering' van het regulerende systeem.²⁵ Als gevolg van wet- en regelgeving hebben calamiteiten, incidenten en klachten allemaal hun eigen

traject en procedures. Mede afhankelijk van het type ongewenste of onbedoelde gebeurtenis komt een zorgontvanger in een bepaald traject terecht. Vanuit bestuurlijk en juridisch perspectief is het logisch om de gebeurtenissen in deze 'kokers' te ordenen, maar vanuit het perspectief van de zorgontvanger is dat niet het geval. Voor zorgontvangers is het moeilijk deze indeling met bijbehorende trajecten en doelen te achterhalen voordat de gebeurtenis wordt geclassificeerd, terwijl de classificatie wel veel uitmaakt voor hen.

Er worden twee problemen met deze verkokering gesignaleerd.²⁵ Ten eerste wordt de rol van de zorgontvanger gereduceerd tot de rol die gedefinieerd is in het betreffende traject. De zorgontvanger wordt dus of een klager, of een claimant, of een onderzoeksobject. De rol die ze toebedeeld krijgen binnen de procedure stemt echter vaak niet overeen met hoe ze behandeld willen worden. Veel zorgontvangers willen graag openheid, erkenning en emotionele en materiële ondersteuning, ongeacht de classificatie van de gebeurtenis. Maar contact met de zorgontvanger heeft alleen in een klachtprocedure veel aandacht, bij een incidentenmelding, tuchtprocedure of calamiteitenonderzoek veel minder, aangezien dat niet het primaire doel van zo'n traject is. En binnen het medisch aansprakelijkheidsrecht (waar verwijtbaar

handelen moet worden aangetoond) kan de classificatie het verschil maken tussen wel of geen schadevergoeding.

Ten tweede kan de zorgontvanger uit zicht raken, omdat de ongewenste gebeurtenis niet wordt geclassificeerd als incident of calamiteit maar als complicatie. Als de zorgontvanger geen klacht indient zijn er in dit geval geen procedures van toepassing. Dat neemt niet weg dat de zorgontvanger, maar ook de betrokken zorgverlener, behoefte kan hebben aan duiding van of ondersteuning bij de gebeurtenis. Dit benadrukt het belang van proactief contact met de zorgontvanger en/of diens naasten ongeacht de classificatie van de gebeurtenis en de aangewezen procedure.

Belang van openheid

Uit onderzoek blijkt dat met name de eerste reactie (direct ná de gebeurtenis) richting zorgontvangers of nabestaanden van groot belang is voor het vertrouwen van zorgontvangers of hun naasten in het vervolgetraject en lerend vermogen van de zorgverleners en de zorgorganisatie.¹¹ Als er openheid wordt gegeven over informatie die op dat moment beschikbaar is, gecombineerd met empathie en oprechte betrokkenheid van de zorgverleners, dan blijft het vertrouwen op peil. Als zorgontvangers of hun naasten het gevoel hebben dat er informatie wordt achtergehouden of de gebeurtenis gebagatelliseerd wordt dan voelen zorgontvangers

zich niet gehoord en versterkt dit het gevoel dat het anderen ook kan overkomen. Dat leidt tot een neiging om te escaleren naar meer formele procedures.

2.2 | Ervaringen van zorgverleners

Zorgverleners hebben over het algemeen veel last van betrokkenheid bij onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. Zij voelen zich verantwoordelijk en schuldig. Hier is binnen de zorg steeds meer aandacht voor. Waar in de praktijk minder aandacht voor is, is de negatieve beleving die de zorgverleners hebben van de procedures. Deze negatieve beleving heeft ook een negatieve uitwerking op de zorgorganisatie waar de betrokken zorgverlener werkt.

Last van betrokkenheid

Zorgverleners die bij een – mogelijk schadeveroorzakende – onbedoelde of ongewenste gebeurtenis betrokken zijn, ondervinden daar vaak ook negatieve effecten van. Ze worden om die reden in de literatuur ook wel *second victims* genoemd, een term die wat ongelukkig is omdat het een vergelijking tussen leed suggereert.

Een enquête van de Federatie Medisch Specialisten uit 2016 (n=1706) laat zien dat de impact van een medisch incident

groot is. Van de respondenten zegt 15% weleens overwogen te hebben tijdelijk te stoppen met de uitoefening van hun beroep als gevolg van hun ervaring met een medisch incident en 9% heeft weleens overwogen geheel te stoppen.²⁶ Een ander grootschalig onderzoek onder 5137 medisch specialisten, artsen in opleiding, verpleegkundigen en paramedici toont dat 80% één keer of vaker betrokken is geweest bij een incident. Ruim 3100 van deze respondenten beschreven dat zij verschillende negatieve gevolgen ervaren in de nasleep van het incident. Meer dan de helft noemde hyperaltherheid, schaamte, twijfel over kennis en kunde, stress en angst. Daarnaast zeiden twee op de tien zorgverleners last te hebben van flashbacks.²⁷

Zo merkte een respondent binnen een onderzoek op over haar collega's:

Wat ik echt schokkend vond in dit proces [...] dat degenen die betrokken waren [...], in tranen uitbarstten in deze sessies. En als je na twee jaar nog steeds [...] zo gevoelig bent, betekent dit dat je de ruimte [om ermee om te gaan] gedurende deze twee jaar niet hebt gevonden.²⁸

Last hebben van schaamte, spijt of twijfel kan een passende reactie zijn op een serieus incident. Het wordt problematischer als deze gevoelens het medisch handelen van de zorgverlener negatief beïnvloeden

en serieuze gevolgen heeft voor de mentale gezondheid van de zorgverlener. Dit heeft ook duidelijk negatieve gevolgen voor de zorgorganisatie of de zorgketen waarin de zorgverlener werkt.

Agent-regret beschrijft een speciaal soort spijt of schuldgevoel waarvan alleen sprake is wanneer iemand causaal verantwoordelijk is voor de geleden schade, maar niet moreel verantwoordelijk.

Wanneer zorgverleners voor een morele beslissing staan en door omstandigheden niet kunnen handelen zoals zij ethisch juist achten, kan dit leiden tot moral distress.

AGENT-REGRET

Agent-regret beschrijft een speciaal soort spijt of schuldgevoel waarvan alleen sprake is wanneer iemand causaal verantwoordelijk is voor de geleden schade, maar niet moreel verantwoordelijk. Mensen die *agent-regret* ervaren voelen vaak de behoefte om boete te doen, of hun fout te compenseren, ondanks dat zij niet moreel verantwoordelijk zijn voor de negatieve consequenties die, in dit geval een zorgontvanger, heeft ervaren (Bernard Williams).³⁹ De term *agent-regret* verheldert het onderscheid tussen causale en morele verantwoordelijkheid, dat overigens in de dagelijkse praktijk van de zorg niet zo makkelijk te maken is. Want wanneer houdt causale verantwoordelijkheid op en start morele verantwoordelijkheid? Dat is onderwerp van interpretatie en hangt daarom af wie en op basis van welke criteria dit oordeel geeft.³⁹ Precies deze vragen kunnen goed zijn om te bespreken met zorgverleners.

MORAL DISTRESS

Wanneer zorgverleners voor een morele beslissing staan en door omstandigheden niet kunnen handelen zoals zij ethisch juist achten, kan dit leiden tot *moral distress*, een term geïntroduceerd door filosoof en ethicus Jameton.³¹ Voorbeelden van omstandigheden waarin *moral distress* kan voorkomen zijn onder andere: te weinig beschikbare tijd hebben voor een zorgontvanger, een gebrek aan voldoende medewerkers, regelgeving die passende zorg in de weg staat of een bepalende machtsstructuur in een zorginstelling die openheid in de weg staat. *Moral distress* komt dus voort uit niet zo kunnen handelen als zorgverleners juist achten, door omstandigheden die buiten hen liggen. Dit kan leiden tot negatieve stress en zelfs tot burn-out.³²

Last van procedures

Niet alleen de gebeurtenis zelf, maar ook de procedures die erop volgen kunnen belastend zijn voor zorgverleners. Ook zorgverleners kunnen last krijgen van secundaire victimisatie. Procedures veroorzaken een grote mate van onzekerheid en kunnen zeer lang duren. Nederlandse zorgverleners geven aan na een tucht-klacht minder te functioneren, ongeacht de uitkomst van de zaak.^{33; 34; 35} Ook in andere landen blijken zorgverleners last te hebben van de procedures na een ongewenste gebeurtenis. Zo blijkt uit een studie in het Verenigd Koninkrijk (n=7926) dat artsen tegen wie een klacht was ingediend significant meer kans hadden op depressie, suïcide en angstklachten. Ook was hun medisch handelen defensiever geworden.³⁶ Studies in Australië en Nieuw-Zeeland rapporteren vergelijkbare uitkomsten bij huisartsen die een klacht ontvingen: onder andere minder werkplezier, meer negatieve gevoelens en minder vertrouwen in het eigen functioneren. Bij mannelijke huisartsen werd op de lange termijn vaker depressie en alcoholmisbruik gesignaleerd.^{37; 38}

NO-FAULT-SYSTEEM

In Nederland is het aansprakelijkheidsstelsel binnen civiel recht gebaseerd op het idee dat ieder de eigen schade draagt. Dat is slechts anders als iemand aantoonbaar schade is ontstaan door een fout van een ander en de schade daardoor is ontstaan. Nadeel daarvan is echter dat het een sfeer van confrontatie en twist over de gang van zaken met zich meebrengt. Daarnaast schrikt het sommige zorgontvangers af waardoor sommige schade niet wordt gecompenseerd. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben er baat bij de kosten laag te houden.

In landen als België, Zweden, Denemarken, Frankrijk, Polen, Oostenrijk, Nieuw-Zeeland en in sommige staten van de Verenigde Staten bestaat een geheel of gedeeltelijk no-fault-systeem. Binnen dit systeem wordt het bieden van compensatie losgezien van verwijtbaarheid. Een zorgontvanger die te maken heeft met schade na een medische interventie krijgt dan een, meestal een vooraf genormeerd en vast bedrag uitgekeerd, ongeacht of het een fout (verwijtbaar) of een complicatie (niet verwijtbaar) betrof.

Het voordeel van dergelijke systemen is dat het besluitvormingsproces sneller is en dat in principe de mate van neutraliteit van de autoriteit die de criteria voor compensatie bepaalt, hoger is. Ook scheelt het veel emotionele belasting voor zorgontvangers die niet te maken krijgen met een verzekeringsmaatschappij of zorgaanbieder die de verwijtbaarheid van de zorgverlener betwist. Bovendien vergroot het de toegankelijkheid voor de zorgontvanger, terwijl administratieve kosten significant lager zijn ten opzichte van de klassieke rechtelijke procesvoering. Tot slot wordt het makkelijker voor zorgverleners om fouten te rapporteren en creëert het een veiligere ruimte om fouten toe te geven en excuses te maken aan zorgontvangers, omdat er niet direct civiele gevolgen zullen zijn.

Tegelijkertijd is er in de meeste gevallen sprake van een maximaal compensatiebedrag en in sommige systemen worden ongelijke compensatiebedragen uitgekeerd voor vergelijkbare fysieke verwondingen in verschillende regio's. Bovendien wordt er soms een smalle definitie gehanteerd van de inclusiecriteria en er moet nog steeds sprake zijn van een causale link tussen de medische behandeling of het verblijf in een zorginstelling en de schade die geleden is. In België bleek dat dit de doorlooptijd niet korter maakte. De grote kostenpost wordt regelmatig genoemd als een nadeel van het systeem. Ten slotte zou een no-fault-systeem het afschrikkende effect van geschillen bij klinische nalatigheid verminderen. Op Kamervragen van leden Nispen en Hijink (SP) gaf voormalig minister Van Ark aan er geen voorstander van te zijn om een dergelijk systeem in Nederland in te voeren.²⁴

Onzeker over openheid

Zorgverleners zijn soms onzeker over de manier waarop ze openheid over een ongewenste of onbedoelde gebeurtenis het best kunnen vormgeven.²⁵ Zo leeft bij zorgverleners de angst dat ze van de schadeverzekeraar geen excuses mogen aanbieden of dat er een tuchtzaak wordt aangespannen.¹⁷ Ook wordt wel gevreesd dat ze individueel verantwoordelijk of aansprakelijk worden gehouden. Tot slot denken sommige zorgverleners dat openheid schadelijk kan zijn voor de zorgontvanger, omdat het vertrouwen in de zorgverlener of in de zorgorganisaties erdoor beschadigd zou raken.

De manier waarop openheid wordt betracht verdient ook aandacht. Zorgontvangers willen aandacht voor wat de gebeurtenis voor hen betekend heeft en hoe het hun leven heeft beïnvloed, terwijl zorgverleners de gebeurtenis heel medisch-technisch benaderen.²⁵ Bestuur, management en kwaliteitsstaf benaderen de gebeurtenis soms juist vanuit de gejuridiseerde 'kokers', waar het vooral belangrijk is wat er op papier komt te staan en hoe de gebeurtenis wordt geclassificeerd (waar zorgverleners weer moeite mee kunnen hebben).¹⁷

OPEN DISCLOSURE BELEID

Met *open disclosure-beleid* (OD) wordt een breed en geïntegreerd beleid met betrekking tot openheid over incidenten in de zorg bedoeld. De wettelijke bepaling uit de Wkkgz maakt daar een onderdeel van uit maar dat betekent nog niet dat alle zorgverleners en zorgorganisaties daadwerkelijk die openheid betrachten. Een zogenoemd OD-beleid betreft een continu proces, gericht op een vlotte, eerlijke en voortdurende communicatie tussen de zorgverleners en zorgontvanger, waarbij er aandacht is voor empathie en medeleven wordt getoond. In Engeland en Australië is al redelijk wat ervaring opgedaan bijvoorbeeld middels het *Australian Open Disclosure Framework*.³⁹ In Nederland is hier nog weinig structureel ontwikkeld beleid op.⁴

PEER SUPPORT

In veel ziekenhuizen wordt tegenwoordig peer support aangeboden: opvang en ondersteuning van een collega. Ook hier is sprake van verkokering, want dit wordt meestal gekoppeld aan een medisch incident of een calamiteitenmelding.²⁵

DISCLOSURE COACHING

Beleid dat zorgverleners ondersteunt in het gesprek met zorgontvangers is zeldzaam (*disclosure coaching*). Dat geldt met name in het begin als nog niet duidelijk is hoe de gebeurtenis geclassificeerd moet worden.²⁵ In een latere fase, bijvoorbeeld bij de toelichting aan de zorgontvanger van een calamiteitenrapportage is vaak wel ondersteuning vanuit de zorgorganisatie, of wordt de zorgverlener soms niet meer betrokken, maar wordt het gesprek gevoerd door een kwaliteitsmedewerker, klachtenfunctionaris of leidinggevende. Zoals eerder vermeld is de emotionele impact van een fout of andere schade, of het nou een complicatie incident of een calamiteit betreft, op de betrokken zorgverleners vaak groot. Onder die omstandigheden een open en zorgvuldig gesprek voeren met de zorgontvanger of naasten vraagt hoogontwikkelde communicatieve vaardigheden van zorgverleners.

Geen oog voor complexiteit zorgpraktijk

De praktijk van de zorg verloopt altijd anders dan in een ideale situatie zoals geschetst in richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. In de literatuur wordt dit ook wel aangeduid met het onderscheid tussen work as done (WAD) in tegenstelling tot work as imagined (WAI), oftewel de papieren werkelijkheid.⁴⁰ In de praktijk is er sprake van tijdsdruk en een veelheid aan zorgontvangers terwijl de kwaliteitsstandaarden en andere documenten vaak uitgaan van goede zorg voor die ene zorgontvanger. Goede zorg betekent soms tijd besparen op een zorgontvanger ten gunste van andere zorgontvangers. Verder is niet altijd duidelijk hoe een bepaalde algemene handreiking of kwaliteitsstandaard moet worden toegepast op een concreet uitzonderlijk geval. Soms vraagt goede zorg zelfs van zorgverleners om in te gaan tegen bepaalde richtlijnen.^b

Daarnaast is de zorg soms hoog-complex, vanwege de handelingen zelf of door de context (tijdgebrek, gebrek aan middelen, collega's). Daar komt bij dat zorg in toenemende plaats vindt in een keten van zorgverleners en organisaties en dat de kwaliteit van de zorg afhankelijk is van factoren die buiten de invloed van een individuele zorgverlener liggen.⁴¹ Indien zich een

ongewenste of onbedoelde gebeurtenis voordoet, kan de individuele zorgverlener die de laatste in de keten is daarop worden aangesproken of een klacht ontvangen, terwijl de gebeurtenis meestal mede een oorzaak had in de zorg die geleverd is door de samenwerkingspartners. Dat kan ook gebeuren als het een handeling betreft die algemeen geaccepteerd is in de alledaagse praktijk. Dit ervaren zorgverleners als onvoorspelbaar. Geregeld moeten risico-afwegingen gemaakt in situaties waarin de uitkomst per definitie nog niet zeker is, met serieuze gevolgen voor zorgontvangers. Zorgverleners geven aan de indruk te hebben dat de beoordelaars van de kwaliteit van zorg (IGJ, tuchtcolleges, of de eigen kwaliteitsstaf) zich soms onvoldoende rekenschap geven van deze complexiteit en inherente onzekerheid van de zorgpraktijk.⁴¹

Recent leidde bijvoorbeeld een berisping van een specialist ouderengeneeskunde-verontwaardiging.⁴² Zij was in haar eentje verantwoordelijk voor 400 ouderen, omdat twee collega's waren vertrokken. Hoewel zij herhaaldelijk haar zorgen over de situatie had geuit aan het management, oordeelde het tuchtcollege dat het de verantwoordelijkheid van een individuele arts is 'niet te werken in een omgeving waarin geen verantwoorde zorg kan worden

geboden'.⁴² Zij had dus moeten vertrekken. Huisarts Danka Stuijvers schreef naar aanleiding van de berisping;

*'Door dergelijke uitspraken van het tuchtcollege voel ik mij als zorgverlener 'vogelvrij' verklaard. Beter gezegd: overgeleverd aan de elementen. Elementen die ik niet kan beïnvloeden, maar die wel de kwaliteit van mijn werk beïnvloeden. Het maakt dat ik nog minder trek krijg in een dienst op een onderbezette huisartsenpost waar menig zorgverlener door de werkdruk aan zichzelf, maar ook aan zieke patiënten voorbij galoppeert. Onvergeeflijk als je werkt in een branche waar fouten maken niet menselijk is'. [...] 'De realiteit is dat we ons midden in een daverend zorginfarct bevinden. Waarbij, schat ik, driekwart van de zorgverleners onder een dusdanig hoge druk werkt, dat verantwoorde zorg bieden nauwelijks haalbaar is of kan worden verwacht. Zowel het tuchtcollege als de Nederlandse zorggebruiker lijkt daarvan nog onvoldoende doordrongen.'*⁴³

Ook de KNMG schreef recent over het tuchtrecht dat de uitspraken soms onvoldoende rekening lijken te houden met de huidige omstandigheden van toenemende werkdruk en schaarste in de zorg.⁴⁴ De KNMG heeft gevraagd naar een fundamenteel onderzoek naar het tuchtrecht.

b. Het volgen van de richtlijn is nu de norm. Als je afwijkt van een kwaliteitsstandaard die is gepubliceerd door het Zorginstituut, moet je dit kunnen verantwoorden vanwege bijzonderheden bij de patiënt. Het volgen van de richtlijn is dus de norm in plaats van het individualiseren van de richtlijn.

Dit is toegezegd door de minister en zal na 2024 worden uitgevoerd.

Tot slot kan er ook sprake zijn van een onbewuste bias bij werkgevers en zorgorganisaties die overgaan tot een officiële klacht of melding. Onderzoek uit Engeland toont aan dat er tegen dokters van een etnische minderheid twee keer zo vaak een zaak wordt aangespannen door hun werkgever bij de General Medical Council (GMC) (een soort tuchtcollege), en dat dit afneemt als de casussen geanonimiseerd worden.⁴⁵ In Nederland hebben we geen informatie over dergelijke cijfers.

HINDSIGHT BIAS

Het meenemen van de uitkomst in de beoordeling van het proces wordt ook wel *hindsight bias* of *outcome bias* genoemd. Het is voor mensen erg moeilijk om te ontkomen aan de *hindsight bias*. Volgens critici zijn de huidige regulerende systemen en beoordelingsmechanismen onvoldoende ingericht om adequaat met de *hindsight bias* om te gaan. De vraag of iemand juist/onjuist gehandeld heeft zou moeten worden beantwoord zonder de uitkomst in ogenschouw te nemen. Er kan immers onveilige of onvolkomen zorg worden geleverd met een goede uitkomst voor de zorgontvangers en andersom kan er veilige en goede zorg geleverd zijn, maar loopt een zorgontvanger schade op.³⁰

Last van verantwoordingsmechanismen

Diverse onderzoeken en rapporten laten zien dat het accent in de zorg steeds meer is komen te liggen op externe verantwoording, transparantie, standaardisatie en controle.^{46c} Deze toename op standaardisatie en *evidence* werpt ook zijn schaduw op de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. Bij verdergaande standaardisatie en de nadruk op *evidence* based handelen is er immers ook eerder sprake van afwijking van de standaard en daarmee eerder sprake van verwijtbaar handelen. Bovendien zal de nadruk van de afhandeling liggen op de vraag of de juiste procedures zijn gevolgd wat de aandacht af kan leiden van de beleving van de betrokkenen. De wetgever gaat aan de ene kant uit

van de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverlener en zorgaanbieder, maar probeert aan de andere kant grip op de kwaliteit zorg te houden door monitoringssystemen in te richten en transparantie te verplichten. De benadering van zorgverleners door de overheid kan daarmee als ambivalent tussen vertrouwen en controlerend worden geïnterpreteerd.⁴⁷ Zorgverleners rapporteren al jaren een toenemende regel-, verantwoordings- en administratieve druk, maar ondanks talloze initiatieven lijkt het niet te lukken hier structureel verandering in aan te brengen. Er is ook wel betoogd dat dit niet kán veranderen, als er in Nederland niet een fundamenteel ander verantwoordingsmechanisme wordt opgetuigd.⁴⁸ Veel administratieve handelingen van zorgverleners zijn er op gericht aan te kunnen tonen dat

c. Twee derde van de zorgverleners geeft aan dat de controle op zorgkwaliteit door zorgverzekeraars in hun ogen niet bijdraagt aan betere zorg. In hetzelfde onderzoek rapporteerde slechts 11% van de zorgverleners vertrouwen vanuit de politiek en 13% vanuit zorgverzekeraars. De toelichting die door zorgverleners hiervoor werd gegeven betrof de in hun ogen te grote afstand van de politiek, het ministerie van VWS en zorgverzekeraars tot de zorgpraktijk. Ook zijn zorgverleners kritisch op de instrumenten die gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te bewaken en fraude te voorkomen. Dit blijkt uit onderzoek van Stichting Beroepseer in opdracht van VvAA.⁷⁹

een bepaalde zorghandeling is verricht, zodat dit achteraf is aan te tonen mocht er zich een ongewenste of onbedoelde uitkomst van zorg voordoen.

Ook het mensbeeld van zorgverleners waarvan wordt uitgegaan binnen het regulerende systeem van zorg zou kritisch kunnen worden bekeken. Het essay 'Machtige Mensbeelden' van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, expliciteert de soms conflicterende mensbeelden van burgers die schuilgaan achter wet- en regelgeving. Een voorbeeld betreft bijvoorbeeld de vijf-minutenregistratie in de wijkverpleging die formeel is afgeschaft terwijl in de praktijk nog steeds zeer gedetailleerd verantwoording moet worden afgelegd over de bestede tijd en afwijking van de in detail geplande zorg lastig is.⁴⁹ Wordt er vertrouwd op de professionaliteit en integriteit van de zorgverlener of moet de kwaliteit van zorg en daarmee zorgverleners zoveel mogelijk geborgd worden door controlemechanismen op te tuigen en nieuwe regels te implementeren naar aanleiding van complicaties, incidenten en calamiteiten?

Met het oog op het voorkomen van zorgfraude worden soms maatregelen opge-tuigd (binnen zorgorganisaties, door zorgverzekeraars, vanuit de overheid) die een soort geïnstitutionaliseerd wantrouwen voor iedere zorgverlener voelbaar maken. Hoewel een regel/protocol wordt ingesteld om zorgfraude te voorkomen, kan dit een effect hebben dat alle zorgverleners wantrouwen ervaren vanuit de regel. Voor werkplezier en op hoog niveau presteren zijn ervaren autonomie en waardering erg belangrijke factoren, die hier, wellicht vaak onbedoeld, onder druk komen te staan.

EEN BENADERING GEBASEERD OP VERTROUWEN; AFSCHAFFING ONDERWIJSINSPECTIE FINLAND

Finland heeft binnen het onderwijs een radicaal andere keuze gemaakt en heeft een systeem ontwikkeld gebaseerd op vertrouwen, samenwerking en welzijn.⁵⁰ De overheid vertrouwt erop dat docenten professionals zijn die het beste weten hoe ze studenten les moeten geven. In plaats van investeren in capaciteit voor het controleren van de docenten wordt er geïnvesteerd in het opleiden van docenten. De lerarenopleiding is een universitaire opleiding, waarvoor doorgaans een op de tien sollicitanten wordt geaccepteerd.⁵¹ Hierdoor ontstaat er een hogere mate van respect voor docenten binnen de samenleving en bij schooldirecties en meer autonomie voor docenten.⁵¹

In de jaren '90 werd de onderwijsinspectie afgeschaft in Finland. Dit betekent dat docenten de controle hebben over het implementeren van lokale curricula en zelf kunnen beslissen over leer- en testmethoden. Dat inspireert docenten en maakt dat zij zich verantwoordelijker voelen om op de juiste manier les te geven.⁵¹ Er ontstonden wel zorgen over eventuele ongelijke situaties. Daarom werd in 2016 een nationaal kerncurriculum opgesteld.⁵² De Finse overheid monitort daarnaast steekproefsgewijs schooldisciplines en maakt gebruik van thematische evaluaties, universitaire beoordelingen en internationale enquêtes. Deze worden ook gebruikt om schoolcijfers in het land te monitoren.⁵²

Er wordt beperkt geleerd

Uit onderzoek blijkt dat er beperkt wordt geleerd van klachten, calamiteiten en incidenten.¹ Een van de koepels had de indruk dat ook het leren van calamiteiten niet erg leeft onder de verpleegkundigen. Ze houden zich uiteraard aan de meldplichten, maar de dagelijkse werkzaamheden slokken daarna hun aandacht op.¹ Ook de VIM-meldingen (veilig incidenten melden; de Wkkgz verplicht iedere zorgaanbieder een systeem in te richten waar zorgverleners incidenten kunnen melden) lijken op dit moment nog te weinig te worden benut. In een vragenlijst van het Nivel gaven bijna alle ziekenhuizen aan het melden van incidenten te stimuleren, maar veel minder vaak rapporteerden zij dat medewerkers systematische terugkoppeling krijgen naar aanleiding van de meldingen. De meldingen worden op geaggregeerd niveau geanalyseerd en teruggekoppeld aan het bestuur. Naast de vraag of dit de beste methode is om te leren en de kwaliteit van zorg te bevorderen is duidelijk dat dit op gespannen voet staat met de behoefte aan betrokkenheid en verantwoordelijkheid nemen voor de gebeurtenis die vaak leeft onder zorgverleners.

Ook van tuchtrecht wordt maar beperkt geleerd, zeker door de individuele zorgverleners. Zorgverleners gaan zich met name verdedigen in plaats van hun twijfels naar voren te brengen. Binnen een tuchtprocedure worden beide partijen vaak begeleid

door advocaten die hun cliënten vertellen wat ze wel en niet mogen zeggen. In sommige gevallen worden informele gesprekken zelfs helemaal afgeraden.¹⁵ Uit een onderzoek naar de ervaringen met het tuchtrecht bleek dat de meeste ondervraagde artsen (n=16) geen contact meer hebben met de zorgontvanger nadat die een klacht heeft ingediend, terwijl in datzelfde onderzoek bleek dat klagers de tuchtzaak vooral starten uit behoefte aan erkenning en omdat ze willen dat er wordt geleerd.¹⁵ Ook gaf een geïnterviewde aan de indruk te hebben dat gedurende een tuchtzaak (die gemiddeld een jaar duurt, met de mogelijkheid van hoger beroep van nogmaals een klein jaar) de opstelling van beide partijen verhardt. In plaats van nader tot elkaar te komen en een herstellend gesprek te voeren waarin beide partijen hun ervaring kunnen delen, is de zorgverlener meer gericht op de verdediging van het eigen handelen en de klager op het krijgen van gelijk.

Op het niveau van de beroepsgroep wordt ook maar zeer beperkt geleerd van uitspraken van de tuchtcolleges.⁵³ Wetenschappelijk onderzoek, analyse en reflectie vindt met name plaats over de juridische aspecten van het tuchtrecht. Er is weinig onderzoek naar de impact van de uitspraken op medische aspecten; zoals de richtlijnen, ethische kwesties, ervaringen van zorgontvangers en beleid vanuit beroepsverenigingen.^{54; 55} Daarbij wordt er

soms door de beroepsgroep zelf flinke kritiek geuit op sommige uitspraken, terwijl draagvlak bij de beroepsgroep essentieel is voor leren op niveau van de beroepsgroep.⁴¹

Tot slot blijft ook het leren van calamiteiten beperkt. Kwaliteitsmedewerkers rapporteren dat het melden van calamiteiten een groot beslag legt op de capaciteit bij zorgaanbieders, waarbij vooral de juiste manier van melden en onderzoeken aandacht krijgt.¹ Een risico hierbij is ritualisering: kwaliteitsmedewerkers worden goed in de juiste manier van melden van calamiteiten, waarbij er minder aandacht overblijft voor het leerproces en de zorg voor de emotionele impact van de calamiteit op het betrokken team (zeker bij media-aandacht).⁵⁶ Ook de terugkoppeling van de IGJ op calamiteitenrapportages is meestal weinig inhoudelijk, maar meer een check of aan alle formele eisen van een calamiteitenonderzoek is voldaan. De terugkoppeling vanuit de IGJ wordt vaak niet gedeeld met de betrokken zorgverleners, dus ook dit stimuleert het leren niet. Een geïnterviewde verwoordde dat hij het gevoel had dat beide partijen elkaar 'aan het werk aan het houden zijn'. Hij pleitte voor systeemtoezicht, in ieder geval voor de instellingen die hebben aangetoond dat ze het calamiteitenonderzoek onder de knie hebben. Aan de andere kant wordt wel gezegd dat de IGJ nodig is als 'stok achter de deur' om draagvlak binnen de

eigen organisatie te krijgen voor diepgaand onderzoek.⁵⁷

2.3 | Gemeenschappelijk belang

Wat opvalt in de praktijkervaringen van zowel zorgontvangers als zorgverleners, is dat beide groepen last hebben van de procedures en dat voor beide groepen geldt dat die procedures ertoe kunnen leiden dat ze meer tegenover elkaar komen te staan.

Zorgontvangers hebben behoefte aan openheid. De zorgontvanger wil zijn verhaal vertellen zodat de zorgverlener dat hoort en daarmee in de toekomst rekening kan houden. Naast openheid is erkenning van belang voor zorgontvangers. Erkenning van emotionele impact van een gebeurtenis op een zorgontvanger, los van de vraag of de zorgverlener verwijtbaar heeft gehandeld, kan de zorgontvanger ondersteunen bij het accepteren van de gebeurtenis. Vooral bij het eerste contact tussen zorgverlener en zorgontvanger, nog vóórdat de gebeurtenis is geclassificeerd als incident, calamiteit of complicatie, kan erkenning van de emotionele impact veel verschil maken voor het verdere verloop. Dit is ook in het belang van de zorgverlener, die zich vaak verantwoordelijk voelt als er iets fout

is gegaan en er baat bij kan hebben dit te delen met de zorgontvanger en diens naasten en met teamleden. Die openheid kan bijdragen aan herstel van vertrouwen en verdere escalatie helpen voorkomen.

Ook zorgverleners hebben er last van als ze betrokken zijn bij een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg, ongeacht de eventuele verwijtbaarheid. Daarnaast kunnen ook de procedures die soms volgen, door de lange duur, sfeer van oppositie en de onzekere uitkomst, een zware emotionele belasting vormen. Zorgverleners ervaren soms twijfel over hoe ze openheid het beste kunnen vormgeven, bijvoorbeeld uit angst voor de eventuele gevolgen van het maken van excuses. Als zorgverleners zich gaan verdedigen over de gang van zaken, zullen ze de twijfels en vragen die kunnen spelen rond de casus niet naar voren brengen. Terwijl de twijfels en vragen juist erg belangrijk zijn om te kunnen leren van de gebeurtenis en belangrijke informatie kunnen bevatten voor de zorgontvanger. Wanneer de zorgontvanger het gevoel heeft dat er informatie achter wordt gehouden is de kans groter dat het escaleert naar meer formele procedures, waardoor de belangen alleen maar nog verder uit elkaar komen te liggen.

Wat opvalt in de praktijkervaringen van zowel zorgontvangers als zorgverleners, is dat beide groepen last hebben van de procedures en dat voor beide groepen geldt dat die procedures ertoe kunnen leiden dat ze meer tegenover elkaar komen te staan.

3

Drie morele logica's ten grondslag aan het huidige regulerende systeem

KERNBOODSCHAP

Er zijn drie morele logica's te onderscheiden op wat de juiste omgang is met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg: één gericht op normhandhaving, één gericht op leren en één gericht op herstel. Dit betreft een analytisch onderscheid. In de zorgpraktijk, het toezicht, de politiek en de samenleving lopen deze morele logica's door elkaar. Het herkennen van de verschillen kan volgens het CEG bijdragen aan het begrijpen en verhelpen van de knelpunten in de omgang met fouten. Het CEG betoogt nadrukkelijk niet dat één morele logica beter is dan de andere; eerder een bewustwording van deze logica's zodat lacunes zichtbaar worden en knelpunten beter te begrijpen zijn. De verschillen tussen de morele logica's worden extra goed zichtbaar aan de hand van de voorbeeldcasussen uit de inleiding.

Inleiding

Om de huidige praktijkervaringen met het regulerende systeem te verhelderen, helpt het om drie morele logica's te onderscheiden: een morele logica gericht op normhandhaving, een morele logica gericht op leren en een morele logica gericht op herstel. Met morele logica's doelen we op een manier van denken over wat eerlijk en passend is, de criteria die daarbij worden gehanteerd, en het bijpassende vocabulaire. Binnen elke morele logica worden andere accenten gelegd in de bepaling van de juiste reactie op een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg. Om dit te illustreren volgt na de uitleg over de morele logica's zelf, een uitwerking van de voorbeeldcasussen uit de inleiding. Ook beschrijven we hoe de bestaande kwaliteitsinstrumenten zich verhouden tot de morele logica's.

De taal die we hanteren over een gebeurtenis beïnvloedt onze ervaring van en mening over een gebeurtenis en beïnvloedt ook waar we de mogelijke oplossingsrichtingen zoeken. In dit hoofdstuk hanteren we een analytisch onderscheid tussen de morele logica's, waar ze in de

praktijk van het regulerende systeem en de morele en politieke argumentatie over de zorg door elkaar heen lopen. De morele logica's kunnen worden beschouwd als lenzen om naar de complexiteit van de dagelijkse zorg te kijken. De morele logica's zijn bedoeld als een instrument om de complexiteit van ons regulerende systeem te deconstrueren en de praktijkervaringen te duiden.

Dit signalement betoogt nadrukkelijk niet dat één morele logica beter is dan de andere, maar eerder dat alle drie morele logica's van belang zijn voor het waarborgen en bevorderen van de kwaliteit van zorg in Nederland. De morele logica's laten echter wel zien waar bepaalde lacunes en knelpunten in het huidige regulerende systeem aan te wijzen zijn. De verschillen tussen de morele logica's worden extra goed zichtbaar aan de hand van de voorbeeldcasussen uit de inleiding. Deze voorbeeldcasussen dienen ter illustratie van de morele logica's en de manier waarop de logica's andere accenten leggen ten aanzien van de juiste reactie op ongewenste en onbedoelde uitkomsten van zorg.

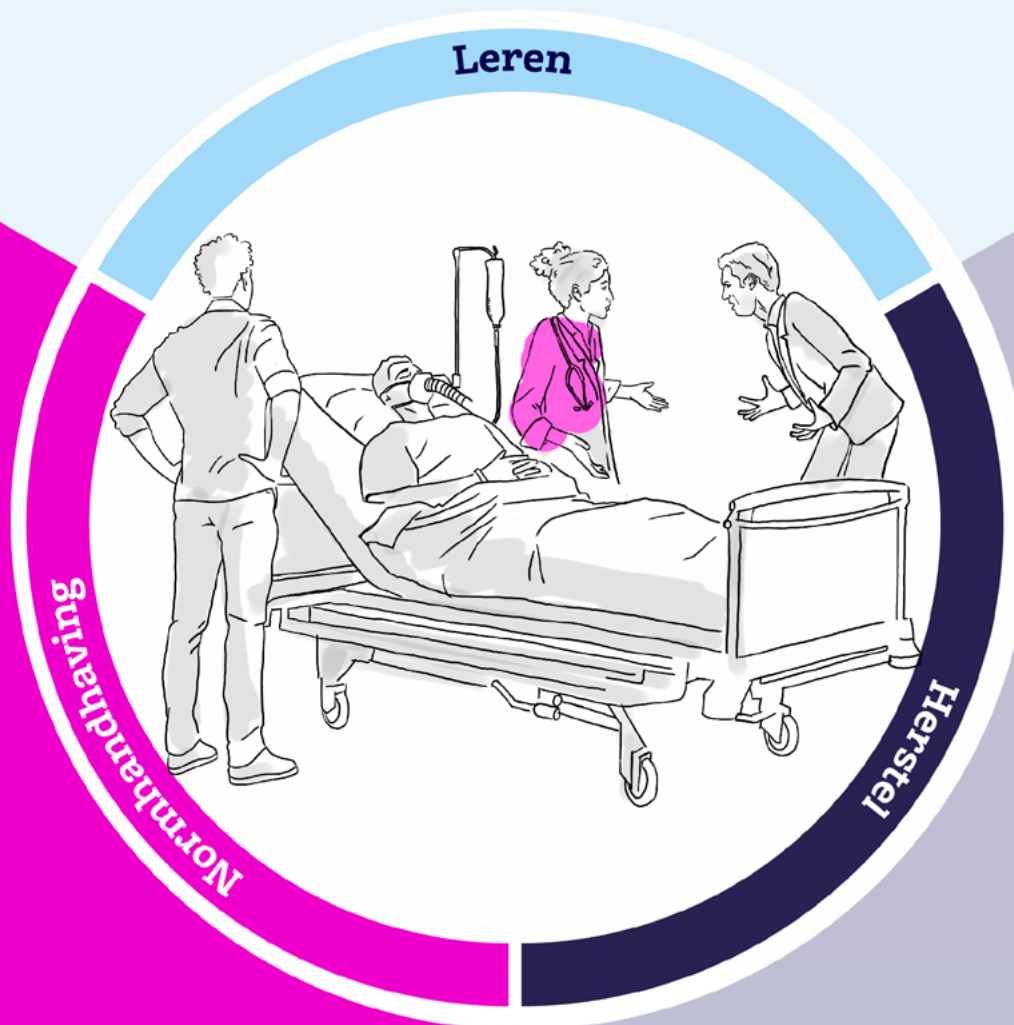
Hoeveel impact had de gebeurtenis en wat zijn de gevolgen van deze gebeurtenis?

Golden er bepaalde wettelijke of professionele regels?

Wie was de zorgverantwoordelijke (soms aangeduid als regiebehandelaar of hoofdbehandelaar)?

Zou dit bij je collega ook gebeurd zijn? Waarom wel/niet?

Wat is een passende, proportionele maatregel of interventie?



3.1 | Normhandhaving

Doel, focus en voorwaarden

Geredeneerd vanuit normhandhaving wordt het passend en rechtvaardig gevonden dat er consequenties volgen op onrechtmatig handelen om zo de kwaliteit van zorg te waarborgen. Het doel van de norm is om vast te leggen wat (minimaal) goede zorg is. Normhandhaving dient dus om zorgontvangers te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van een zorgverlener. Als een zorgverlener iets doet wat niet hoort of mag volgens de vastgestelde normen, dan volgt een passende en proportionele maatregel of sanctie, zoals het schrappen van de betrokken zorgverlener uit het BIG-register of het opleggen van een bestuurlijke boete aan de zorginstelling. Er wordt dus vooral gekeken naar het handelen van de zorgverlener of zorgaanbieder.

Aangezien de consequenties van een sanctie groot kunnen zijn voor een individuele zorgverlener of een zorgorganisatie, wordt het binnen de morele logica van normhandhaving heel belangrijk gevonden dat zorgverlener/zorgorganisatie de kans krijgt om zich te verdedigen en dat er een zorgvuldig en eerlijk proces

plaatsvindt met beroeps- en bezwaarmogelijkheden. Daarnaast is het belangrijk dat de beoordeling plaatsvindt door een onafhankelijke partij die op basis van de feiten oordeelt, en niet op basis van persoonlijke voorkeuren of loyaliteit. Binnen deze morele logica wordt getracht een objectief oordeel te vellen op basis van de feiten en de geldende wetten, normen en kwaliteitsstandaarden. Transparantie en onpartijdigheid zijn dus belangrijke voorwaarden voor een zorgvuldig en eerlijk proces gericht op normhandhaving. Wat minder in beeld komt is de impact die de procedure kan hebben op de betrokkenen.

Toepassingsgebied en instrumenten

De morele logica van normhandhaving is vooral relevant als er sprake is van duidelijke en bewuste normoverschrijdingen zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag, stelen van cliënten of medisch handelen zonder de bijbehorende bevoegdheden.^d De consequentie kan bestaan uit bijvoorbeeld het blijvend schrappen van de zorgverlener het BIG-register. Dat is bedoeld om de samenleving te beschermen tegen de betreffende zorgverlener en niet als straf (het tuchtcollege kan geen straf opleggen), al wordt het in de praktijk door

zorgverleners wel vaak als straf ervaren. Het OM kan in sommige gevallen besluiten tot vervolging over te gaan en een straf of maatregel opleggen.

Ook de IGJ heeft een aantal interventies tot haar beschikking om de kwaliteit van zorg te waarborgen als ze een normafwijking heeft geconstateerd. Het gaat onder meer om:

- aanspreken van de zorgaanbieder;
- laten opstellen van een verbeterplan met termijnen;
- instellen van verscherpt toezicht;
- een schriftelijke aanwijzing;
- opleggen van een bevel of bestuurlijke boete;
- starten van een tucht- of strafzaak.

Om te bepalen welke interventie het meest passend is voor de normafwijking kijkt de IGJ naar de eigen verbeterkracht van de zorgaanbieder of zorgverlener, het risico voor de kwaliteit van zorg en de uitstraling op de rest van de beroepsgroep.⁵⁸

De meld- en vergewisplicht binnen de Wkkgz is ook te plaatsen binnen de morele logica van normhandhaving. Om de kwaliteit van zorg te waarborgen, moet iedere zorgaanbieder die van plan is een

d. Een ander onderwerp uit de zorg binnen een morele logica gericht op normhandhaving, is actieve levensbeëindiging. Dit is heel bewust opgenomen in het wetboek van strafrecht (dit geldt ook voor abortus). Alleen wanneer de arts voldoet aan de zorgvuldigheidseisen kan de arts een beroep doen op een zogenaamde strafuitsluitingsgrond die ervoor zorgt dat de arts geen straf opgelegd krijgt. Als achteraf wordt bepaald dat de arts toch niet zorgvuldig heeft gehandeld kan het OM overgaan tot vervolging. Deze constructie is de uitkomst van een lange politieke discussie waarin een compromis is gezocht tussen het wel mogelijk maken van actieve levensbeëindiging maar ook de beschermwaardigheid van het menselijk leven zeer serieus te nemen en de kwaliteit van zorg te waarborgen.

zorgverlener in te huren zich verdiepen in het arbeidsverleden van de zorgverlener. Omgekeerd zijn werkgevers verplicht ontslag wegens disfunctioneren te melden bij de IGJ, zodat deze informatie weer kan worden opgevraagd door andere zorgaanbieders.⁵⁹

Passende reactie bepalen

Geredeneerd vanuit normhandhaving zijn vooral de handeling zelf, de intentie van de zorgverlener en de uitkomst van de gebeurtenis relevant voor het bepalen van een passende reactie.

De volgende vragen geven richting;

- **Hoeveel impact had de gebeurtenis en wat zijn de gevolgen van deze gebeurtenis?**
- **Golden er bepaalde wettelijke of professionele regels?**
- **Wie was de zorgverantwoordelijke (soms aangeduid als regiebehandelaar of hoofdbehandelaar)?**
- **Zou dit bij je collega ook gebeurd zijn? Waarom wel/niet?**
- **Wat is een passende, proportionele maatregel of interventie?**

Bij een fout of verkeerd uitgekakte risico-inschatting past een andere reactie dan bij roekeloos gedrag of een doelbewuste normoverschrijding. Binnen de morele logica van normhandhaving worden echter niet alleen de intentie en de handeling zelf, maar ook de uitkomst daarvan meegenomen. Het handelen van zorgverleners kan grote consequenties hebben voor zorgontvangers, met blijvend letsel of zelfs de dood tot gevolg. Het maken van een fout met dergelijke consequenties kan zo desastreus uitpakken dat het rechtvaardig wordt gevonden om dit ook mee te nemen in het bepalen van de passende maatregel voor de zorgverlener. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit het verschil tussen een calamiteit en incident, waar ook de uitkomst van de ongewenste gebeurtenis belangrijk is voor de definitie.

Een internationaal voorbeeld waarbij de uitkomst van zorg zwaar is meegewogen betreft bijvoorbeeld de recente veroordeling van RaDonda Vaught in de Verenigde Staten (VS). Zij diende per ongeluk een verkeerd medicijn toe, waarna de patiënt overleed. Ze gaf direct haar fout toe, betuigde spijt en is aangeklaagd voor dood door nalatigheid met een maximum van 8 jaar gevangenisstraf, met name omdat ze een aantal waarborgen die in het systeem waren opgetuigd om dergelijke vergissingen te voorkomen had overgeslagen vanwege tijdgebrek. Hier blijkt met name het belang van de uitkomst voor het

redeneren over de passende maatregel binnen een morele logica gericht op normhandhaving. Immers bij grotere risico's is er meer reden voor zorgvuldigheid en wordt een argument als tijdgebrek veel minder zwaar meegewogen. Uiteindelijk is RaDonda Vaught veroordeeld tot 3 jaar voorwaardelijke gevangenisstraf.⁶⁰

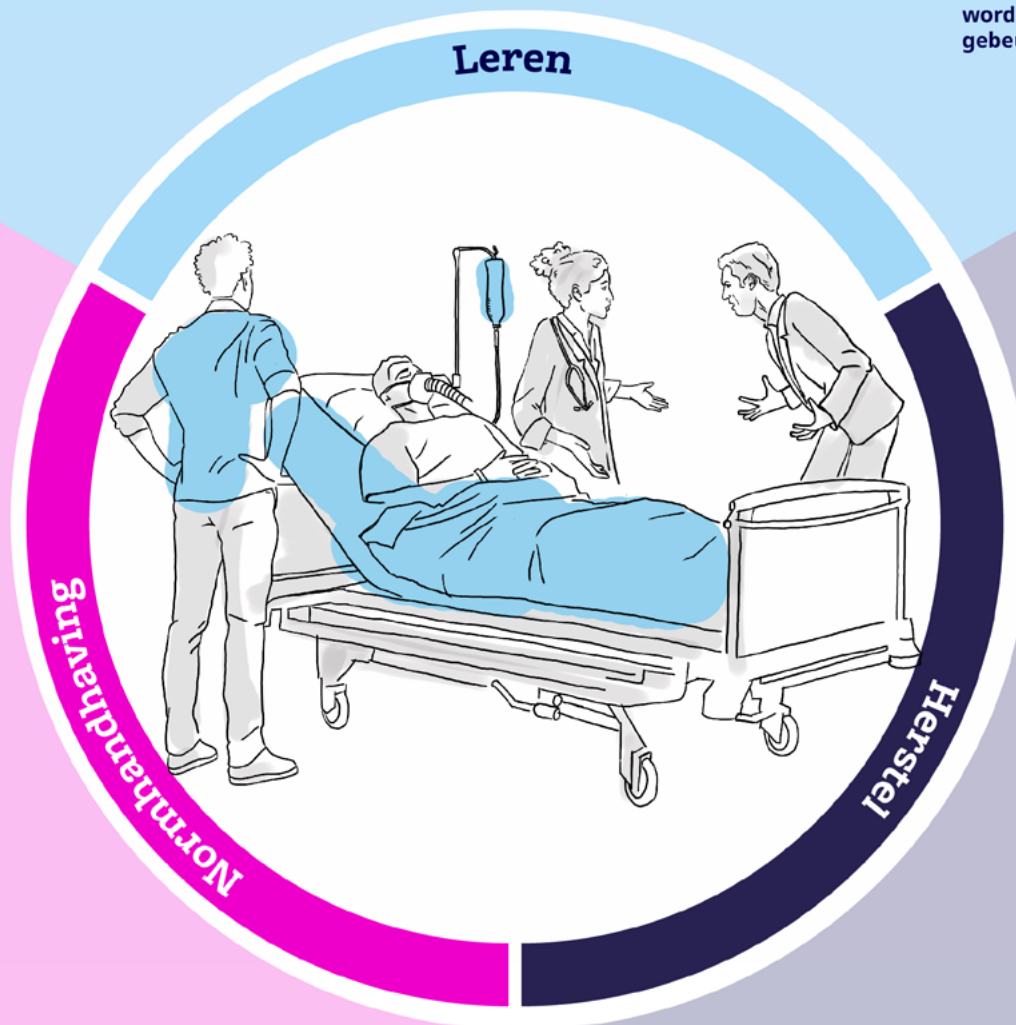
Begrijp je dat dit heeft kunnen plaatsvinden?

Wat maakte het logisch dat het zo gegaan is?

Wat ging er goed?

Hoe kunnen we deze gebeurtenis in het vervolg voorkomen?

Wat kan op het niveau van het individu, team, systeem, organisatie of beroepsgroep geleerd worden van deze gebeurtenis?



3.2 | Leren

Doel, focus en voorwaarden

Binnen een morele logica die gericht is op leren is het met name belangrijk dat herhaling van fouten wordt voorkomen. Er wordt vooral gekeken naar de context van een gebeurtenis: hoe heeft een dergelijke situatie zich kunnen voordoen? Hierbij is er zowel aandacht voor individuele verantwoordelijkheid als voor de structurele factoren die hebben kunnen bijdragen aan het ontstaan van de fout of schade. Het uitgangspunt is niet 'welke regel/norm is overtreden?', zoals bij een morele logica van normhandhaving, maar 'wat maakte het logisch voor de betrokkenen om te handelen zoals zij handelden?'. Binnen deze logica is het vooral van belang om tot een verbeterstrategie te komen waarmee de onbedoelde of ongewenste gebeurtenis in de toekomst voorkomen kan worden.

Een voorwaarde voor kunnen leren van onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg is dat er aan een veilige cultuur wordt gewerkt en dat zorgverleners incidenten veilig kunnen melden. Er is veel onderzoek naar het belang van psychologische veiligheid als voorwaarde voor leren. Psychologische veiligheid wordt gedefinieerd als de overtuiging geen nadeel te ondervinden van het uitspreken van ideeën, vragen, fouten of zorgen.⁶¹ Onderzoek toont aan dat de psychologische veiligheid niet eenduidig is voor een gehele organisatie, maar meer lokaal op team- en afdelingsniveau speelt.

Met name teamleiders en leidinggevendenden hebben een grote invloed op de mate van psychologische veiligheid die individuen in een team ervaren. Teams met een hogere psychologische veiligheid, rapporteren incidenten vaker, voelen zich comfortabeler om over gemaakte fouten te praten, durven zich kwetsbaar bij elkaar op te stellen en kritische vragen aan elkaar te stellen en elkaar aan te spreken. Volgens Edmondson is psychologische veiligheid een sleutelfactor voor teamprestaties en de kwaliteit van de geleverde zorg. Psychologische veiligheid gaat volgens haar nadrukkelijk niet om aardig en vriendelijk naar elkaar zijn, maar juist ook om moeilijke gesprekken voeren over fouten, van mening verschillen en kritische vragen stellen over de gang van zaken.

Toepassingsgebied en instrumenten

Een morele logica gericht op leren is op allerlei manieren verankerd binnen de zorg. Invloedrijk daarvoor was het rapport *'To err is human'* (2000) van het Amerikaanse *Institute of Medicine* (IOM).⁶² Een kern van dat denken betrof dat medische fouten niet zozeer worden veroorzaakt door individuele zorgverleners, maar door systemen, processen en randvoorwaarden waarbinnen individuen werken. Het heeft geleid tot de opkomst van procedures, checklists en protocollen die individuele zorgverleners moeten helpen fouten en schade te voorkomen. Deze protocollen en normen moeten de veiligheid vergroten en de kwaliteit van

zorg bevorderen, maar aan de andere kant perken ze maatwerk richting de zorgontvanger en de ervaren autonomie van zorgverleners in.

Wanneer er iets misgaat, moet worden geleerd van de gebeurtenis – zo is de gedachte binnen deze logica. Dat kan op organisatieniveau (aanpassing protocollen), op individueel niveau (nieuwe kennis of vaardigheden), op teamniveau (meer open cultuur), op het niveau van de beroepsgroep (richtlijnen en normen aanpassen) of op het niveau van het hele zorgsysteem. Bij een individu is integratie van de nieuwe kennis in de bestaande kennis belangrijk, inclusief wat situaties zijn om af te wijken van een bepaalde regel (*"To become proficient in a skill is to know when to depart from a rule"*).³⁰

Een morele logica gericht op leren is een belangrijke pijler van het huidige regulerende systeem binnen de zorg. Het belangrijkste doel van bijvoorbeeld de wijzigingen binnen de Wkkgz en het functioneren van de IGJ, is het bevorderen van het leren van het klachten, incidenten en calamiteiten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Interventies van de IGJ zoals het calamiteitenonderzoek maar ook een (on)verwacht toezichtbezoek en thematisch toezicht hebben het doel zorgverleners en zorgaanbieders te stimuleren de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ook de inrichting van een veilig intern meldsysteem (VIM) binnen de

Wkkgz is in het leven geroepen om leren van incidenten te bevorderen en daarmee de kwaliteit van zorg te bevorderen.¹

Meer fundamenteel kan wel de vraag worden gesteld of het de beste benadering is om kwaliteit van zorg te bevorderen door te leren van gebeurtenissen die mis zijn gegaan. Klachten, incidenten en calamiteiten gaan vaak gepaard met veel emoties, schuldgevoelens, vragen en twijfels. De zogenoemde *safety II*-benadering benadrukt dat er veel meer te leren valt van de gewone zorg. Wat zijn normale prestaties en waarom gaat dat goed? Wat valt daarvan te leren voor andere teams en/of andere organisaties? Leren van wat goed gaat is vaak meer inspirerend, terwijl leren van wat fout is gegaan ook een vertekend beeld kan geven en de capaciteit op de verkeerde plaats inzet. Dan wordt er door een klein ziekenhuis bijvoorbeeld relatief veel capaciteit gestoken in een onderzoek naar een calamiteit die misschien eens in de tien jaar voorkomt. Er wordt ook wel gepleit voor een combinatie, waarin beide benaderingen elkaar aanvullen.⁴⁰

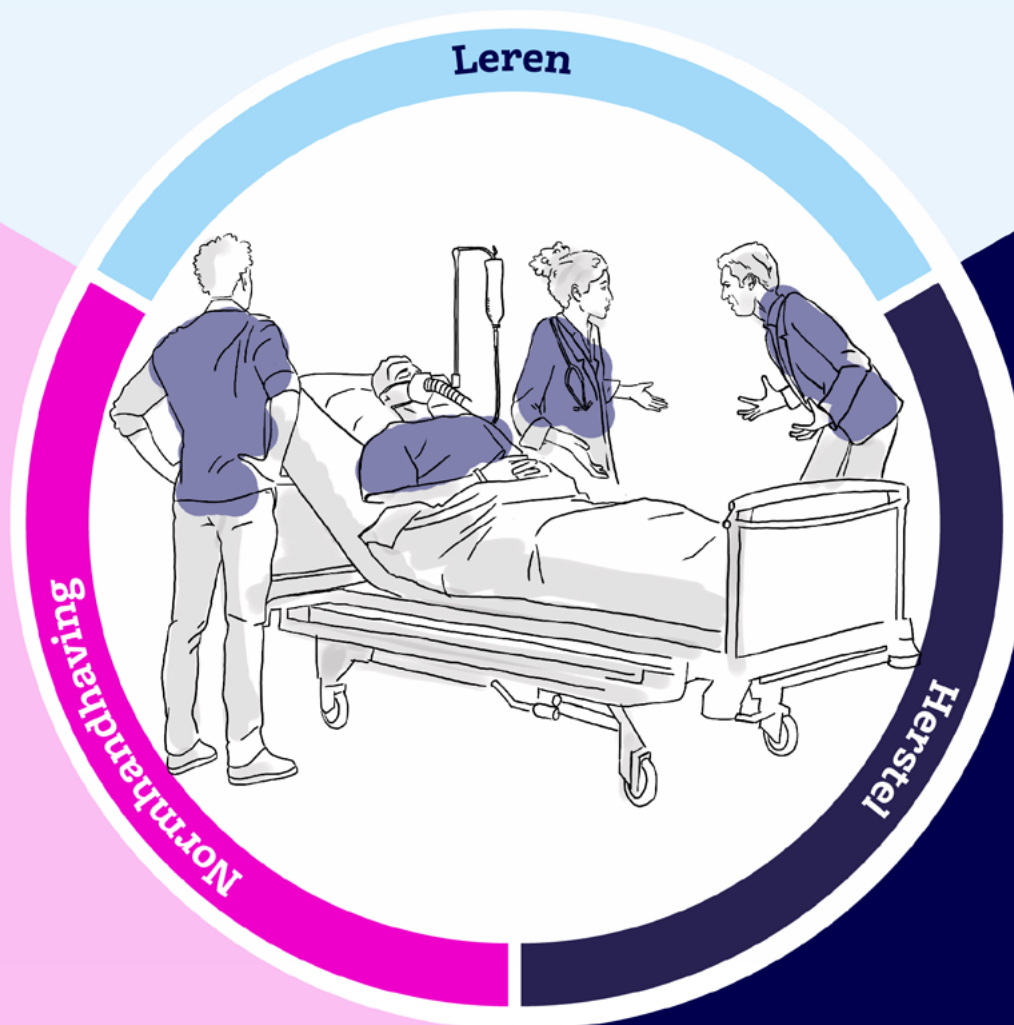
Passende reactie bepalen

Binnen een morele logica gericht op leren is bij het bepalen van de passende reactie de vraag leidend op welke manier zo veel mogelijk wordt geleerd van de fout, klacht of schade om zo herhaling te helpen voorkomen.

De volgende vragen geven richting;

- **Begrijp je dat dit heeft kunnen plaatsvinden?**
- **Wat maakte het logisch dat het zo gegaan is?**
- **Wat ging er goed?**
- **Hoe kunnen we deze gebeurtenis is het vervolg voorkomen?**
- **Wat kan op het niveau van het individu, team, systeem, organisatie of beroepsgroep geleerd worden van deze gebeurtenis?**

Er wordt daarbij uitdrukkelijk niet alleen gekeken naar de individuele zorgverlener (wat was diens aandeel en wat kan die persoon beter doen?) maar ook naar de context. Die context omvat het team en de onderlinge samenwerking, het systeem waarbinnen de zorgverleners werken (roostering, financiering, plaats van een apparaat, protocollen en handleidingen etc.), of de gehele beroepsgroep. Om te kunnen leren van momenten waarop dingen mis zijn gegaan of verkeerd zijn gedaan is een grote mate van zelfreflectie, openheid en veiligheid nodig vanuit zowel de zorgverleners als de leidinggevendenden. Er moet in alle openheid teruggekeken kunnen worden op ieders aandeel. Geredeerd vanuit leren moet een reactie op een ongewenste of onbedoelde uitkomst van zorg die zelfreflectie en openheid stimuleren.



| Wie is er getroffen?

| Wie neemt daarvoor verantwoordelijkheid?

| Wat heeft de getroffene nodig om te kunnen herstellen?

| Wat moet de veroorzaker doen om er weer bij te horen?

| En is dat dan ook voor alle betrokkenen voldoende of moet er nog meer gebeuren?

3.3 Herstel

Doel, focus en voorwaarden

Bij een morele logica gericht op herstel is niet het handelen van de zorgverlener het uitgangspunt, maar de schade die is ontstaan. Daarbij is ook aandacht voor de emotionele impact die een gebeurtenis heeft op alle betrokkenen. Binnen deze logica wordt met name de betekenis van de gebeurtenis voor de betrokkenen onderzocht en gedeeld. De ene persoon kan meer geraakt worden door een bepaalde gebeurtenis dan de andere en kan ook andere herstellende maatregelen nodig hebben. Waar bij normhandhaving en leren de nadruk ligt om de reconstructie van de gebeurtenis, om er een consequentie aan te verbinden of om herhaling te voorkomen, ligt hij herstel de nadruk op de schade die is ontstaan (inclusief de schade aan het vertrouwen). Herstel van de schade kan leiden tot meer begrip over en weer, wat acceptatie van de gebeurtenis kan bevorderen. Dat geldt voor de direct betrokkenen (zorgontvanger en zorgverlener), maar nadrukkelijk ook voor de indirect betrokkenen, bijvoorbeeld het team, de zorgorganisatie, het sociale netwerk van de zorgontvanger etc. Op deze manier kan een morele logica gericht op herstel ruimte bieden aan de unieke ervaring van ieder betrokken individu van een gebeurtenis.⁶³

Een morele logica gericht op herstel is het uitgangspunt van herstelrechtelijke procedures in internationaal recht en strafrecht. Herstelrecht is niet zozeer op een bepaalde wet gericht, maar een poging om een geschil anders te beslechten. Ook zijn initiatieven als mediation en spreekrecht van slachtoffers gemotiveerd vanuit herstelrecht. Er zijn vele varianten van herstelrecht in omloop. Een benadering geïnspireerd op herstelrecht kenmerkt zich door één of meerdere bijeenkomsten tussen alle betrokkenen, waarin degene die schade heeft geleden met hulp van of onder begeleiding van een neutrale en onafhankelijke derde (de bemiddelaar of mediator) in gesprek gaat met degenen die betrokken waren bij het veroorzaken van de schade.

Bij herstelrecht binnen het strafrecht wordt een misdaad geïnterpreteerd als een schending tussen de relaties van mensen. En die schending leidt tot schade. Een misdaad is dus een intermenselijk conflict. Dit betreft materiële schade en immateriële schade, zoals emotionele, relationele schade etc. Binnen herstelrecht wordt getracht die schade, door middel van overleg tussen de betrokkenen zoveel mogelijk te herstellen. Daders worden niet gestraft (zoals bij strafrecht) maar van daders wordt verwacht dat zij zoveel mogelijk bijdragen aan herstel naar de oorspronkelijke situatie (actieve verantwoordelijkheid). Wat dit specifiek behelst, wordt per

geval en in gesprek met de betrokkenen onderzocht. Dit kan een direct herstel betreffen (teruggave van het goed, reparatie van beschadigd goed, terugbrengen naar oude toestand), maar ook een meer symbolisch herstel (spijt betuigen, excuses maken, schadevergoeding, donatie aan goed doel, vrijwilligerswerk, werken aan gedragsverandering, meedenken over hoe toekomstige gevallen voorkomen kunnen worden, maken van afspraken over contact en gebiedsverboden).

Vrijwilligheid van partijen (informed consent) en een 'verantwoordelijkheid nemende houding' van de betrokkenen zijn basisvoorwaarden.⁶³ Als dat niet het geval is, kan er eigenlijk geen herstelrechtelijk proces plaatsvinden. Er zijn technieken binnen het herstelrecht ontwikkeld om erkenning van de feiten te bevorderen en bereidheid van de betrokkenen vooraf te toetsen. Onderzoek binnen het strafrecht laat zien dat mensen minder vaak recidiveren na een herstelrechtelijk proces (mede omdat zij de impact van hun handeling bij het slachtoffer onder ogen hebben moeten zien). Bij slachtoffers is er een afname van angst, verdriet en boosheid gevonden (onder andere omdat ze een mens met spijt en onmacht zien, het wordt minder abstract).⁶⁴

Toepassingsgebied en instrumenten

Herstel maakt geen deel uit van het huidige regulerende systeem van de zorg in Nederland.^e Er zijn wel initiatieven die op dit denken geënt zijn. Wel is *peer support* voor zorgverleners duidelijk geïnspireerd op het idee dat ook zij emotionele impact ondervinden van een medische fout of schade en dat ze daarbij ondersteund moeten worden. Ook het leernetwerk rond het OPEN-project in de zorg vertoont raakvlakken met deze morele logica. De aanpak beoogt openheid na medische incidenten te bevorderen en benadrukt het belang van erkenning en excuses richting zorgontvanger terwijl er tegelijkertijd begrip is voor het feit dat dergelijke gesprekken voor zorgverleners zeer moeilijk zijn.

Ook de inspanningen van de klachtenfunctionaris, de geschilleninstantie en de civielrechtelijke procedures zijn gedeeltelijk te plaatsen binnen een morele logica gericht op herstel. Via civiele procedures kunnen zorgontvangers vergoeding aanvragen voor materiële en immateriële schade die ze hebben opgelopen. De procedure is er dan echter op gericht om vast te stellen of er aanspraak kan worden gemaakt op schadevergoeding, hoe hoog die is en of die ook berekenbaar is. Dit

vindt doorgaans plaats in een sfeer van oppositie (partijen hebben conflicterende belangen) wat de emotionele schade juist kan verergeren en in de weg staat aan het herstellen van relaties en vertrouwen in de zorg.

Passende reactie bepalen

Geredeneerd vanuit herstel is de juiste reactie op een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg die reactie die de schade zoveel mogelijk herstelt voor alle betrokkenen. Het vinden van een nieuw perspectief en het herwinnen van vertrouwen is hierbij belangrijk. De klachtenfunctionaris kan hier een belangrijke rol in vervullen. Een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg kan het vertrouwen van de zorgontvanger en diens naasten in de zorgverlener schaden. Gesprekken tussen alle betrokkenen, waarbij de ervaring van de zorgontvanger wordt erkend en de eventuele veroorzaker of andere betrokkenen verantwoordelijkheid nemen, kunnen het vertrouwen helpen herstellen. Emoties krijgen veel ruimte binnen deze logica. Naast de direct betrokkenen worden ook het team, de zorgorganisatie en de leidinggevende meegenomen in de inventarisatie van alle soorten schade en het herstel daarvan. Bij het bepalen van de passende reactie

staan binnen een logica gericht op herstel geven de volgende vragen geven:

- **Wie is er getroffen?**
- **Wie neemt of heeft daarvoor verantwoordelijkheid?**
- **Wat heeft de getroffene nodig om te kunnen herstellen?**
- **Wat moet de veroorzaker doen om er weer bij te horen?**
- **En is dat dan ook voor alle betrokkenen voldoende of moet er nog meer gebeuren?**

e. Sidney Dekker heeft belangrijke elementen uit herstelrecht uitgewerkt voor het domein van de zorg onder de term Restorative Just Culture. Sidney Dekker bekritiseert de meer traditionele opvattingen van het concept Just Culture (stammend uit de luchtvaart en veel gebruikt in de petrochemie), door elementen uit het herstelrecht toe te voegen aan enkele kernelementen van een Just Culture. De meer traditionele invulling van een Just Culture vertoont veel raakvlakken met een morele logica gericht op leren.

In onderstaande tabel staan de drie morele logica's samengevat.

Morele logica	Doel	Huidige instrumenten	Focus	Voorwaarden
Normhandhaving	Kwaliteit van zorg waarborgen	<ul style="list-style-type: none"> - Tuchtcolleges (o.a. berispingen, waarschuwingen, doorhalen BIG-register) - IGJ (o.a. boetes, verscherpt toezicht) - Meld & vergewisplicht Wkkgz - Klachtenfunctionaris - Geschillencommissie 	Zorgverlener /zorgaanbieder	<ul style="list-style-type: none"> - Transparantie - Onpartijdigheid
Leren	Kwaliteit van zorg bevorderen	<ul style="list-style-type: none"> - Calamiteitenonderzoek door zorgaanbieder en IGJ - Thematisch toezicht IGJ - VIM-meldingen - Klachtenfunctionaris - Tuchtcolleges - Geschillencommissie 	Context: Individu Team Organisatie Beroepsgroep Systeem	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologische veiligheid - Openheid
Herstel	De ontstane schade bij de betrokkenen herstellen of aan tegemoet komen	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenfunctionaris - Peer support - Mediation - Geschilleninstanties - Civiel recht (schadevergoeding) - GOMA^f 	zorgontvanger, zorgverlener, naasten en andere indirect betrokkenen die schade hebben geleden	<ul style="list-style-type: none"> - Bereidheid bij betrokkenen om verantwoordelijkheid te nemen - Ruimte voor verschillende ervaringen

f. De GOMA betreft een richtlijn die in 2010 is opgesteld door De Letselschade Raad (DLR) en heeft als doel de afwikkeling van een medische schadeclaim te verbeteren door open en transparante communicatie. Er wordt momenteel gewerkt aan GOMA 2.0.

3.4 | Drie voorbeeldcasussen opnieuw bekeken

Binnen elke morele logica worden andere accenten gelegd in de reactie op een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg. Om dit te illustreren worden de drie voorbeeldcasussen uit de inleiding opnieuw bekeken, door de bril van de drie verschillende logica's.

Voorbeeld 1: agressie-incident met schaar

Bij het incident met de schaar eist de cliënt die gewond is geraakt maatregelen richting de verpleegkundige en dient een civiele claim in. De vraag is wat de juiste reactie is op de risico-inschatting van de verpleegkundige?

Geredeneerd vanuit normhandhaving zal een afweging worden gemaakt tussen de handeling, de intentie, de uitkomst en de vraag of het een juiste inschatting van de verpleegkundige was om het protocol niet te volgen. De verpleegkundige wil goede zorg verlenen door af te wijken van het protocol. Ze kent de regels maar maakt heel bewust een andere afweging om escalatie te voorkomen. Daar staat tegenover dat een andere cliënt, die ook recht heeft op een veilige omgeving, erg

is geschrokken en lichamelijk letsel heeft opgelopen. Ook dat wordt meegewogen. Als uit dit onderzoek blijkt dat de verpleegkundige een signaal gemist heeft, dan zou een interne waarschuwing vanuit de zorgorganisatie kunnen volgen. Resultaat hiervan kan zijn dat de verpleegkundige in het vervolg defensief gaat handelen. In plaats van per situatie een professionele inschatting te maken zal zij waarschijnlijk in alle gevallen de norm handhaven (de inhoud van de tas bekijken). Haar collega's gaan dat waarschijnlijk ook zo doen.

Geredeneerd vanuit leren is het met name belangrijk dat terug wordt gekeken op de risico-inschatting van de verpleegkundige om dergelijke situaties in de toekomst te helpen voorkomen. De focus ligt hier niet alleen op de verpleegkundige, maar ook op het team, de organisatie, de protocollen en de regels. Waar in het systeem gaat het fout? Moeten de bestaande protocollen worden aangepast? Is het bijvoorbeeld wel handig dat de verpleegkundige dit alleen beslist? Dat kan alleen ter tafel komen als de verpleegkundige en haar collega's erop vertrouwen dat ze niet 'de schuld' zal krijgen van het agressie-incident. Anders zullen ze zich gaan verdedigen.

Geredeneerd vanuit herstel ligt de focus op de cliënt die is aangevallen en de emotionele en lichamelijke schade die is ontstaan bij alle betrokkenen (de cliënt, de verpleegkundige, het team). Wat kan er gedaan worden om de cliënt weer een veilig gevoel te geven? Moeten er begeleiders in de buurt blijven of een tijdelijke of zelfs permanente verhuizing plaatsvinden? De schadeclaim die de cliënt heeft ingediend bij de GGZ-instelling voor verlies van inkomen leidt mogelijk tot schadevergoeding. Ze loopt door de procedure wel extra emotionele schade op. Daarnaast wordt ook de cliënt die de schade heeft veroorzaakt meegenomen. Heeft hij schuldgevoelens? Kan hij verantwoordelijkheid nemen en excuses maken? Ook de schade bij de verpleegkundige en het betrokken team en de verdere organisatie wordt in kaart gebracht en waar mogelijk hersteld, bijvoorbeeld door gesprekken. Mochten er verbeter- of herstelmaatregelen getroffen worden op basis van het incident (logica gericht op leren), dan zou de betrokken verpleegkundige ook kunnen helpen deze te formuleren en te implementeren. Zo krijgt de verpleegkundige de mogelijkheid verantwoordelijkheid^g te nemen voor de gebeurtenis en op deze manier bij te dragen aan herstel voor zichzelf en de rest van het team.

^g Er bestaat een verschil tussen verantwoording nemen en afleggen (accountability) en de schuld toebedeeld krijgen of op je nemen (blame). Verantwoording afleggen over het eigen aandeel en verantwoordelijkheid nemen voor bijvoorbeeld verbetermaatregelen kan herstellend werken voor zorgverleners, de schuld ergens van krijgen terwijl de ervaring van zorgverleners zelf genuanceerder ligt kan juist schade veroorzaken.

Voorbeeld 2: seksuele relatie tussen zorgverlener en patiënt

Bij de casus van de zorgverlener die een seksuele relatie heeft met een patiënt worden direct maatregelen getroffen. Normhandhaving is daarbij leidend geweest. Het verbod op een seksuele relatie tussen een zorgverlener en zorgontvanger in de zorg, is zeer helder geformuleerd. De zorgverlener heeft onrechtmatig gehandeld door deze te overtreden en wordt na een tuchtzaak uit het BIG-register geschrapt.

Geredeneerd vanuit leren zal de focus vooral liggen op het voorkomen van dergelijke situaties in de toekomst. Zowel voor de betrokken zorgverlener als voor het team en de zorgorganisatie. Wat maakte dat de zorgverlener seksuele relaties aanknoopte met verschillende cliënten? Zijn er signalen over het hoofd gezien dat deze zorgverlener worstelde met seksuele gevoelens? Wat maakte dat de zorgverlener erop handelde en geen hulp zocht, intern in de organisatie of buiten de organisatie? Kunnen er systemische veranderingen worden aangebracht zodat in de toekomst zorgverleners wél hulp zoeken? Een morele logica gericht op leren richt zich als het goed is ook op de cultuur binnen het team. Durfden collega's elkaar aan te spreken? Was er voldoende psychologische veiligheid binnen het team om seksuele aantrekkingskracht tot cliënten bespreekbaar te maken? Werd er intervisie

georganiseerd en werden zorgverleners erop aangesproken als ze zich hier stelselmatig aan onttrokken? Hier blijkt wederom dat psychologische veiligheid cruciaal is voor leren van een gebeurtenis.

Geredeneerd vanuit herstel wordt de schade bij de getroffene als uitgangspunt genomen. Wat kan en moet er gebeuren om de schade bij de zorgontvangers te herstellen? Kan de zorgorganisatie daar nog iets in betekenen (bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling voor een plek bij een andere zorgaanbieder)? Daarnaast verdient het team ook aandacht. Hoe is het team geraakt en wat hebben zij nodig? Is het vertrouwen tussen de teamleden onderling geschaad? Voelen teamleden zich schuldig omdat ze mogelijk signalen hebben gemist? Tot slot wordt ook de betrokken zorgverlener door deze bril bekeken. Wat is er nodig om te herstellen? Kan hij verantwoordelijkheid nemen en zo bijdragen aan het herstel van het slachtoffer en het team, bijvoorbeeld door excuses te maken of openheid van zaken te geven? Verantwoordelijkheid nemen voor de gevolgen van je handelingen draagt immers evenzeer bij aan herstel van de schade.

Voorbeeld 3: patiënt bij spoedeisende hulp

In het voorbeeld van de arts-assistent en de medisch specialist is het, geredeneerd vanuit een morele logica gericht op normhandhaving, vooral de vraag of de medisch specialist volgens de geldende normen heeft gehandeld. De medisch specialist voert ter verdediging aan dat zij vertrouwen in haar arts-assistent had, dat het protocol werd gevolgd en dat het volgens haar inschatting niet had uitmaakt of zij zelf de patiënt had gezien. Het tuchtcollege oordeelt echter dat de medisch specialist gezien de beperkte ervaring van de arts-assistent, in dit specifieke geval, de patiënt wel zelf had moeten beoordelen, of een collega had moeten vragen dit te doen. Aangezien er ook andere factoren hebben meegespeeld rondom deze gebeurtenis die buiten de verantwoordelijkheid van de medisch specialist liggen, volstaat het college met een waarschuwing. Vanuit een logica gericht op normhandhaving valt op dat alleen het handelen van de medisch specialist onderwerp van discussie is. De hele gebeurtenis versmalt zich tot de vraag of de inschatting van de medisch specialist om de patiënt niet zelf te zien op basis van de informatie die ze tot haar beschikking had, juist was.

Vanuit een morele logica gericht op leren zal het hele samenspel tussen arts-assistent, medisch specialist, maar ook

verpleging en doorverwijzing van de spoedeisende hulp naar een andere locatie worden onderzocht. Waar in dit hele traject had dit geval kunnen worden voorkomen? Wat is er te leren voor toekomstige gevallen? Dit geldt zowel op individueel niveau (had de arts-assistent meer moeite moeten doen om zijn niet-pluisgevoel te verwoorden, had de medisch specialist moeten doorvragen?), op teamniveau (wat was bijvoorbeeld de rol van de verpleging), en op organisatieniveau (hoe verliep de doorverwijzing naar de andere locatie, zijn er op het niveau van bestuur en management verbeterpunten aan te brengen)? Ook op systeemniveau zijn er vragen te stellen. Zo zou de motivatie van zorgontvangers om een tuchtklacht in te dienen om sterker te kunnen staan bij de civiele rechter nader onderzocht kunnen worden.

Geredeneerd vanuit herstel wordt uitgegaan van de schade bij alle betrokkenen bij deze gebeurtenis

Geredeneerd vanuit herstel wordt uitgegaan van de schade bij alle betrokkenen bij deze gebeurtenis. Dit zijn als eerste de patiënt die het betreft, en diens naasten. De patiënt herstelt nooit meer volledig, wat heeft hij nodig? Zowel praktisch als emotioneel zal de patiënt veel behoeftes en vragen hebben. Kunnen de betrokken arts-assistent en medisch specialist hier nog iets in betekenen? Kan de zorginstelling ondersteunen met direct praktische hulp of emotionele ondersteuning? In tweede instantie worden ook de arts-assistent en de medisch specialist door deze bril bekeken. Welke impact heeft deze gebeurtenis op hen gehad? De patiënt is onherstelbaar beschadigd. Durven zij nog te varen op hun eigen inschatting? Welke steun hebben zij nodig om te leren van deze gebeurtenis zonder dat er negatieve gevolgen ontstaan voor hun medisch handelen? Tot slot worden ook alle overige eventuele betrokkenen meegenomen; waar is nog meer schade ontstaan? (Denk aan verpleging, maar ook management).

4 | Spanningen in het regulerende systeem

De verschillende morele logica's die ten grondslag liggen aan het systeem dat de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg moet reguleren sluiten elkaar niet uit, maar kunnen wel op gespannen voet staan met elkaar. Wanneer er – al dan niet naar aanleiding van maatschappelijk debat – veel nadruk ligt op één van de logica's, is het moeilijk de doelen uit de andere logica te bereiken.

4.1 | Normhandhaving zet leren onder druk

Formeel hebben de IGJ en de tuchtcolleges als taak om de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. Leren van onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg om ze in de toekomst te voorkomen hoort daar nadrukkelijk ook bij. Toch ervaren zorgverleners vaak dat de betrokkenheid van de IGJ en tuchtcolleges vooral gericht is op normhandhaving. Dat komt waarschijnlijk doordat veel van de instrumenten die de IGJ en het tuchtrecht in handen hebben, gericht zijn op normhandhaving via bestuursrechtelijke maatregelen (IGJ) of maatregelen (tuchtcolleges).

Een zorgvuldige procedure rondom onbedoelde en ongewenste uitkomsten

in de zorg is van groot belang, omdat de consequenties groot kunnen zijn voor de zorgontvanger én de zorgverlener. Ook kunnen er grote financiële consequenties zijn voor zorgontvangers, verzekeraars en zorgorganisaties. Binnen de logica van normhandhaving is het proces erop gericht om via het horen van beide partijen een onafhankelijk oordeel te vellen. Beide partijen gaan zich verdedigen en feiten naar voor brengen waarvan ze overtuigd zijn en die hun belang dienen. Openheid over twijfels of over aspecten die nadelig voor een partij zouden kunnen uitpakken wordt hiermee niet gestimuleerd. Maar leren vraagt juist om openheid en twijfels. Geredeneerd vanuit het belang van leren moet er in het proces ruimte zijn voor reflectie, onderzoek en vragen. Dat vereist psychologische veiligheid en oog voor de ambiguïteit, rommeligheid en inherente onzekerheid van de alledaagse zorgpraktijk.

Juridisering of formalisering van de zorgpraktijk

Omgaan met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg vanuit de logica van normhandhaving werkt juridisering of formalisering van de zorgpraktijk in de hand: gebeurtenissen die onbedoeld of ongewenst zijn verlopen, worden in formele procedures of regels gegoten.

De context of de systemische achtergrond die aanleiding gaven tot de gebeurtenis blijven onderbelicht, waardoor leren slechts in beperkte mate kan plaatsvinden. Bij tuchtrechtzaken ligt de focus bijvoorbeeld op de vraag of de individuele zorgverlener verwijtbaar heeft gehandeld. Het lerend effect dat daarvan uitgaat, betreft primair een signaal naar de beroepsgroep over wat wel en niet verwijtbaar handelen is en in toenemende mate ook wat juist handelen was geweest.

Ook gedurende een calamiteitenonderzoek door de zorgorganisatie verliest de gebeurtenis soms haar nuance en context. Bij een calamiteitenonderzoek wordt de aandacht vaak weggetrokken bij de gebeurtenis zelf en verschuift deze naar een discussie over de correcte beschrijving en het passende oordeel over de gebeurtenis. Om de onafhankelijkheid te waarborgen wordt het calamiteitenonderzoek vaak door de kwaliteitsstaf uitgevoerd of soms door een extern bureau. De nadruk ligt dan met name op de formele vereisten die door de IGJ worden gesteld en minder op het betrokken team dat daadwerkelijk zou moeten leren van de gebeurtenis. Zo zijn teamleden vaak niet betrokken bij het opstellen van de verbetermaatregelen.

Omdat de consequenties van een calamiteitenonderzoek groot kunnen zijn voor zowel de betrokken zorgverleners als voor de zorgorganisatie gaat er vaak veel aandacht uit naar de oorzaak van de gebeurtenis. Betrof de calamiteit een menselijke, technische of organisatorische oorzaak? Dit kan zorgen voor een te beperkte kijk op de gebeurtenis. In werkelijkheid zullen immers bij de meeste ongewenste gebeurtenissen zowel technische als organisatorische als menselijke factoren een rol hebben gespeeld. Zelfs bij een overduidelijke normoverschrijding als seksueel grensoverschrijdend gedrag van een zorgverlener, zullen er organisatorisch ook veel vragen moeten worden gesteld. Hoe heeft dit überhaupt kunnen gebeuren? Waren er voldoende waarborgen? Hoe zit het met cultuur in het team. Was seksuele aantrekkingskracht tot zorgontvangers bespreekbaar?

Daarnaast benadrukken de juridische kaders soms bepaalde aspecten van een casus die niet noodzakelijk het meest relevant zijn om van te leren en herhaling te voorkomen. Een voorbeeld hiervan is een claim over een implantaat waar de patiënt veel last van heeft. De problemen zijn veroorzaakt door een ongelukkig samenspel tussen het handelen van de zorgverlener en gebreken aan het implantaat. In een juridische procedure jegens de zorgaanbieder is enkel relevant of de zorgaanbieder verwijtbaar heeft gehandeld en krijgt dit

samenspel niet de gewenste aandacht. Dit probleem wordt soms verergerd door misverstanden bij zorgverleners, kwaliteitstaf en juristen over de aard van de regels.

Defensief handelen

Goede zorg houdt vaak een eigen inschatting in van de situatie, waarin soms nadrukkelijk wordt afgeweken van de bestaande richtlijnen en protocollen. Hoewel regulerende instanties als tuchtcolleges en de IGJ herhaaldelijk aangeven dat er afgeweken mag – en soms moet – worden van de protocollen, mits gemotiveerd, ervaren zorgverleners dit toch als een risico. Daarbij is het niet altijd makkelijk om te motiveren. Intuïtie gebaseerd op jarenlange ervaring moet dan in woorden kunnen worden gevat. Het kan veiliger voelen voor een zorgverlener om de protocollen en richtlijnen precies op te volgen zodat hij of zij zeker weet dat er geen consequenties volgen, terwijl dat in sommige gevallen minder goede zorg oplevert. Betrokkenheid bij onbedoelde of ongewenste uitkomsten in de zorg kan dit mechanisme van defensief handelen aanwakkeren, vooral bij tuchtzaken, waarin alleen een oordeel wordt geveld over de individuele zorgverlener en niet over bestuur of management of de bredere context. Artsen die te maken hebben gehad met een tuchtprocedure rapporteren in meerderheid dat ze minder risico's nemen en hun medisch handelen defensiever is geworden, ongeacht de uitkomst van de zaak.^{33; 34; 35} Defensief

handelen treft niet alleen de individuele zorgverleners maar benadeelt ook de zorgontvangers van de betrokken zorgverlener en de zorgorganisatie waarbinnen de zorgverlener werkt.

4.2 | Weinig ruimte voor herstel

Waar mensen werken zullen altijd fouten worden gemaakt en zullen er onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg zijn. Zowel zorgontvangers en hun naasten als de betrokken zorgverleners ervaren meestal veel emoties rond een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg. Door de zorgvuldigheid die nodig is bij normhandhaving, omdat de consequenties en belangen groot zijn, duren de eventuele procedures die volgen vaak erg lang. Dat kan extra emotionele schade teweegbrengen. Zowel zorgverleners als zorgontvangers zullen moeten leren leven met wat er is gebeurd en afhankelijk van de ernst van de gebeurtenis ook de nodige aanpassingen in hun leven moeten doen.

Soms verdwijnt inzet op herstel van de schade voor de zorgontvanger, de naasten of de zorgverlener en andere betrokkenen uit beeld door een nadruk op normhandhaving en leren. Bij seksueel grensoverschrijdend gedrag reageren zorgorganisaties bijvoorbeeld vaak met ontslag van de betreffende zorgmedewerker (normhandhaving) en het opstellen en

aanscherpen van richtlijnen en protocollen (leren). Interventies bedoeld om bijvoorbeeld schuldgevoelens van teamgenoten bespreekbaar te maken zijn op dit moment niet gangbaar. Voor sommige zorgverleners is de betrokkenheid bij (onbedoelde) schade zo pijnlijk dat op een open en rustige manier reflecteren pas jaren later kan plaatsvinden. Een zorgverlener, die bijvoorbeeld betrokken was bij een brand, beschreef tijdens een presentatie op een conferentie op een geritualiseerde bijna onthechte manier door de procedures heen gegaan te zijn. Pas toen dat allemaal was afgerond en de persoonlijke consequenties voor iedereen duidelijk waren, ontstond er ruimte voor leren en herstel.

Betrokkenheid van de zorgverlener en het team bij verbetermaatregelen kan ook herstellend werken. Er is iets fout gegaan dat soms niet meer is terug te draaien. Vaak zijn juist de betrokken zorgverleners extra gemotiveerd om ervoor te zorgen dat het nooit meer gebeurt. Het geeft hen de mogelijkheid verantwoordelijkheid te nemen. Bij calamiteitenonderzoek worden zorgverleners echter alleen gehoord door de calamiteitenonderzoekers voor een reconstructie van de gebeurtenis. Daarna worden ze bewust op afstand worden gehouden om de onafhankelijkheid van het uiteindelijke oordeel te garanderen, conform de logica van normhandhaving. De verbetermaatregelen worden vaak door de calamiteitenonderzoekers opgesteld en naar het team

opgestuurd, wat herstel maar ook implementatie van de verbetermaatregelen niet per se bevordert.

Ook binnen het tuchtrecht is weinig ruimte voor emoties en herstel van schade (met uitzondering van een nadruk op mediati-on vooraf of zelfs tijdens de zitting – het vooronderzoek kan hier veel in betekenen). Er is weinig aandacht voor een alternatieve aanpak of toekomstige oplossing van de ontstane situatie. In het tuchtrecht wordt enkel beoordeeld of de individuele zorgverlener juist heeft gehandeld conform de geldende normen.

Tot slot geeft ook een civiele procedure weinig ruimte voor herstel. Binnen de civiele procedure gaat het om de technisch-juridische vraag of er schade is, hoe hoog die is en of er een causaal verband is tussen de schade en het handelen van de zorgverlener/zorgaanbieder en of dat handelen verwijtbaar is. Zo ja, dan kan de schade voor vergoeding in aanmerking komen. Deze beoordeling vindt plaats in een sfeer van oppositie. Gedurende de procedure verhardt de positie van beide partijen vaak. Er is dan steeds minder ruimte voor bijvoorbeeld herstellende gesprekken over de impact van de gebeurtenis. Het verschil sterk per zorgaanbieder in hoeverre zij het contact met de zorgontvanger en/of naaste onderhouden en in hoeverre zij investeren in mogelijkheden om naast de juridische procedure de schade te herstel-

len en verantwoordelijkheid te nemen voor de ontstane situatie. Want dat is wel nodig voor herstel: dat ernaast of in plaats van een formeel proces ook een proces met een informeel karakter is, waarin de nadruk niet ligt op al dan niet verwijtbaarheid maar op het herstellen van de schade.

Dat meer aandacht voor herstel escalatie kan helpen voorkomen betekent overigens niet dat escalatie nooit meer nodig is. Het blijft belangrijk dat zorgontvangers vol-doende bezwaarmogelijkheden hebben binnen het regulerende stelsel.

4.3 | Keerzijde van roep om transparantie

Bij gebeurtenissen in de zorg die veel media-aandacht krijgen valt op dat het maatschappelijke en politieke discours veel in de logica van normhandhaving plaatsvindt: ‘Hoe heeft dit kunnen gebeuren? Zijn daar geen richtlijnen voor? Wie waren verantwoordelijk? Wat zijn de sancties?’ Naar aanleiding daarvan worden vaak nieuwe protocollen opgesteld en/of aangescherpt. Wetswijzigingen zijn vaak in de richting van meer regulering, meer controle, meer transparantie en openbaarmaking. Toenemende transparantie over onbedoelde en ongewenste gebeurtenissen moet het vertrouwen in de zorg vergroten en de burger de mogelijkheid geven te kiezen tussen zorgorganisaties. Ook de mogelijkheden

voor zorgontvangers om een schadeclaim in te dienen nemen toe. Het aantal claims in de zorg stijgt dan ook.⁶⁵ Die transparantie gaat soms echter ten koste van de mogelijkheden tot leren en herstel. Voor beide processen is een veilig proces waarbinnen alle ruimte is voor nuance en context immers een voorwaarde.

Er bestaat een belangrijk verschil tussen openbaarheid en openheid. Openbare informatie is informatie die beschikbaar is voor iedereen. Openheid kan ook alleen tussen de direct betrokkenen zijn. Die openheid wordt soms juist verhinderd door openbaarheid. Als alles openbaar wordt, zal ieder woord immers gewogen worden en niet alles worden gedeeld. Het is dus niet automatisch zo dat de processen beter verlopen als er meer openbaar en transparant wordt.³⁰ Sterker nog, er zijn er eerder signalen dat openbaarheid de interne processen onder druk zet omdat er meer vanaf hangt wat er op papier komt te staan (zie 4.1.).

De zorgontvanger is binnen het zorgbeleid ook steeds meer in de rol van kritische zorgconsument geplaatst die op basis van zoveel mogelijk informatie een bewuste keuze maakt tussen zorgaanbieders en daarmee de kwaliteit van zorg van zorgaanbieders zou moeten bevorderen. De gedeeltelijke openbaarmaking van bijvoorbeeld de calamiteitenrapportages en bepaalde maatregelen in het tuchtrecht is

destijds ook ingezet om keuze-informatie te geven aan de zorgontvanger. Het is echter de vraag of je als zorgontvanger een betrouwbare inschatting kan maken over de kwaliteit van zorg op basis van deze informatie. Weinig meldingen van calamiteiten kan betekenen dat er weinig fout is gegaan, maar het kan ook betekenen dat teams zich niet veilig genoeg voelen om te melden. Ook kan je veiliger zorg krijgen bij iemand die geleerd heeft van een calamiteit dan bij iemand die onbewust onbekwaam is. Openbaarheid lijkt soms een doel op zich geworden, terwijl het precieze interne processen en zelfs openheid richting zorgontvangers en naasten onder druk kan zetten.

5 | Slotbeschouwing

Reflectie

Dit signalement onderscheidt drie verschillende morele logica's over de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. Het betreft een analytisch onderscheid. In de praktijk lopen deze morele logica's door elkaar. Volgens het CEG kan het expliciteren van de logica's in dit signalement de spanningen in de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg helpen te verklaren. Want ook al sluiten de logica's elkaar niet uit, ze kunnen elkaar in de weg zitten. Het CEG betoogt niet dat één morele logica beter is dan de andere, maar wel dat het van belang is de juiste balans te vinden tussen de logica's. Bewustwording van de drie verschillende zienswijzen kan helpen zichtbaar te maken waar de lacunes zitten, aan welke behoeften van zorgontvangers en zorgverleners mogelijk niet tegemoet wordt gekomen. Het is opvallend dat in veel gevallen zowel zorgontvangers als zorgverleners behoefte zeggen te hebben aan contact en openheid. In (juridische) procedures, waar zowel zorgontvangers als zorgverleners veel last van ondervinden, is er echter weinig ruimte voor contact en openheid. De nadruk komt te liggen op de conflicterende belangen en het gezamenlijk belang raakt buiten beeld.

Lessen voor de toekomst

Stimuleer zelfreflectie bij normhandhaving
Normhandhaving en leren zijn nadrukkelijk aanwezig in het regulerend stelsel en staan onderling op gespannen voet met elkaar. Lerend vermogen vereist namelijk dat zorgverleners zich veilig voelen, en dat er ruimte is voor zelfreflectie en twijfels. In de procedures gericht op normhandhaving is echter geen ruimte voor zelfreflectie en twijfel. Ze zijn bedoeld om een oordeel te vellen en leiden vaak tot defensief handelen, wat niet per se goede zorg oplevert. Wat kan helpen is bewustwording van het feit dat instrumenten gericht op normhandhaving het leren van de gebeurtenis onder druk zetten.

Investeer in aandacht voor herstel

Vergeleken bij normhandhaving en leren, is er in de omgang met onbedoelde en ongewenste zorguitkomsten relatief weinig aandacht voor herstel. Daarmee blijft een belangrijke behoefte van zorgontvangers, hun naasten maar ook zorgverleners die betrokken waren bij een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg, nu onderbelicht. Aandacht voor herstellen van de schade kan verdere escalatie helpen te voorkomen. Naast financiële tegemoetkoming zijn er legio mogelijkheden voor herstel, variërend van wachtlijstbemiddeling als de betrokkene geen vertrouwen meer heeft in de zorgaanbieder, tot gesprekken met de betrokken

artsen en het team tot aan de betrokken zorgverleners laten meedenken het implementeren van maatregelen die de gebeurtenis in de toekomst helpt voorkomen.

Wees open maar maak niet alles openbaar

Dat er binnen het regulerend stelsel in verhouding weinig ruimte is voor leren en herstel komt deels ook door de roep om openbaarheid en transparantie. Bij gebeurtenissen in de zorg die veel media-aandacht krijgen, ligt de nadruk op normhandhaving en op volledige transparantie daarover. Maar volledige transparantie en openbaarheid kan de interne veiligheid onder druk zetten. En juist die interne veiligheid is van belang voor de openheid waar zowel zorgontvangers als zorgverleners behoefte aan hebben. En die open houding is weer cruciaal voor een omgang met fouten die leidt tot leren en herstel.

Meer bewustzijn van de juiste balans tussen de drie morele logica's en de knelpunten die worden ervaren in de praktijk kan bijdragen aan het verbeteren van de ervaringen van zowel zorgontvangers als zorgverleners met het regulerende stelsel rond onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. Uiteindelijk zal dit ten goede komen aan de kwaliteit van zorg voor zorgontvangers en de betrokkenheid van de zorgverleners.

Bijlage 1 Regulerend systeem

Diverse wetten en bestuursorganen waarborgen de kwaliteit van de zorg en regelen de omgang met onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg. In toenemende mate wordt openbaarheid en transparantie nagestreefd. In het regulerende systeem is als belangrijkste doel geformuleerd om te leren van onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg.

Kwaliteit, toezicht en tucht

In wet- en regelgeving is de professionaliteit van het zorgpersoneel op diverse manieren gewaarborgd. Zo kent de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) de vergewisplicht (onderzoek naar het arbeidsverleden van de sollicitant) en de meldplicht disfunctioneren (bij ontslag van een zorgverlener wegens ernstige tekortkomingen moet dit gemeld worden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd). Ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)⁶⁶ beoogt de kwaliteit van de zorg te bevorderen die beroepsbeoefenaren leveren, onder andere door opleidingseisen te stellen voor zorgverleners die ingeschreven staan in het register. De wet is daarnaast bedoeld om zorgontvangers te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners. Dit gebeurt onder andere doordat de registratie in het BIG-register kan worden doorgehaald op basis van een tuchtrechtelijke maatregel.⁶⁷

De belangrijkste organen die toezicht houden op ongewenste gebeurtenissen in de zorg zijn de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de tuchtcolleges.

De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit, toegankelijkheid en veiligheid van de zorg en jeugdhulp. De inspectie doet dit door erop toe te zien dat zorgaanbieders de geldende wetten en regels naleven en door zorgverleners te stimuleren om goede en veilige zorg te leveren. De IGJ kent meerdere manieren van toezicht

houden: thematisch, risicogericht en incidentgericht (op basis van meldingen). De IGJ werkt vanuit 'gezond vertrouwen' in de zorgverlener of aanbieder. Openheid is een belangrijke pijler voor de IGJ. Ze stimuleert en verwacht dat zorgaanbieders leren van wat goed en fout gaat en dat ze hier open over zijn. Sinds begin 2019 moet de inspectie inspectierapporten, kennisgevingen over verscherpt toezicht en informatie over handhavingsmaatregelen actief openbaar maken. Een van de doelen hiervan is om de aandacht voor de zorgkwaliteit te bevorderen en om minder presterende zorgaanbieders en jeugdhulpaanbieders aan te sporen tot verbeteringen. Ook wil de IGJ transparant zijn over haar eigen werkwijze.⁶⁸ Tot slot agendeert de IGJ proactief bepaalde thema's en risico's in de zorg.

Het tuchtrecht in de gezondheidszorg is een bijzondere vorm van rechtsspraak, geregeld in de wet BIG, waarbij een tuchtcollege beoordeelt of een individuele zorgverlener heeft gewerkt volgens de geldende professionele standaard voor de betreffende beroepsgroep. Een tuchtzaak kan aanhangig gemaakt worden door een rechtsreeks belanghebbende, maar ook door de IGJ. Het tuchtrecht geldt voor alle beroepsgroepen die ingeschreven staan in het BIG-register. Het tuchtrecht voor de gezondheidszorg heeft als doel de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te bewaken en te bevorderen en de zorgontvanger te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van een zorgverlener. Maatregelen opgelegd door een tuchtcollege zijn bindend. Het tuchtcollege kan geen schadevergoeding toekennen of gevangenisstraf opleggen. Wel kan een klager naast een tuchtprocedure besluiten alsnog naar een (civiele) rechter te stappen of een klachtenprocedure starten.

Vanaf 1 april 2019 zijn er in het tuchtrecht wijzingen doorgevoerd om 'leren' te bevorderen en te trachten minder als bestraffend

te worden ervaren voor zorgverleners. Zo worden berispingen en boetes niet meer standaard gepubliceerd, maar alleen wanneer de tuchtrechter het nodig vindt in het belang van de individuele gezondheidszorg. Uit een onderzoek van Nivel bleek dat 'naming en shaming' in het BIG-register en in lokale media onevenredig veel schade toebrengt aan zorgverleners en wordt ervaren als 'straf'.⁶⁹ Om de partijen in een vroeger stadium tot elkaar te laten komen en langdurige procedures te voorkomen, wordt er ingezet op mondeling vooronderzoek. Ten slotte zetten tuchtcolleges zich in voor het gebruik van heldere taal in uitspraken tijdens de zitting.

Tot slot kan het Openbaar Ministerie (OM) in uitzonderlijke gevallen besluiten een strafrechtelijk onderzoek in te stellen en op basis van dat onderzoek over te gaan tot strafrechtelijke vervolging. Het gaat dan om gevallen van vermoeden van opzet of schuld in de zin van grove nalatigheid.⁷⁰

Melden van incidenten en calamiteiten door zorgaanbieders

De Wkkgz verplicht een zorgaanbieder tot het inrichten van een meldsysteem waar zorgverleners incidenten kunnen melden (Veilig Incidenten Melden, VIM). Informatie die door een melder binnen een intern kwaliteitssysteem is aangedragen kan niet in een juridische procedure worden gebruikt. Behalve als het gaat om relevante informatie over een ernstig strafbaar feit die niet op een andere manier achterhaald kan worden. Ook is er een uitzondering als het gaat om een calamiteit of geweld in de zorgrelatie. Veilige meldsystemen zijn er om te leren van onverwachte situaties en om systeemfouten op te sporen en op te lossen.

Daarnaast kunnen zorgverleners ook nog incidenten rondom medicatie melden bij het Portaal voor Patiëntveiligheid, een landelijk meldpunt voor zorg-gerelateerde incidenten in het algemeen en in het bijzonder medicatie-incidenten. De meldingen

die hier (anoniem) binnen komen worden geaggregeerd geanalyseerd, waardoor er kennis wordt gegenereerd over risico's op landelijk niveau.

Incidenten met ernstige gevolgen voor de zorgontvanger, beter bekend als calamiteiten moeten intern gemeld worden en bij de IGJ.⁷¹ Zorgaanbieders doen vervolgens zelf onderzoek en stellen een calamiteitenrapport op. De IGJ beoordeelt of het onderzoek juist is uitgevoerd, of er geen bedreiging meer is voor de veiligheid van zorgontvanger en of de nodige maatregelen zijn getroffen. In uitzonderlijke gevallen doet de IGJ zelf onderzoek.

Een incident dient gemeld te worden binnen het interne meldsysteem, een calamiteit intern én bij de IGJ. De definities lijken helder, maar in de praktijk wordt ervaren dat welke gebeurtenis als complicatie, incident dan wel calamiteit wordt aangemerkt, verschilt per team en organisatie en onderhevig is aan interpretatie. Een melding via een VIM-systeem kan in uitzonderlijke gevallen later toch als calamiteit worden geïnterpreteerd. Als dan blijkt dat het toch om een calamiteit gaat, verschiet de informatie van kleur. De informatie uit het VIM systeem kan als bewijs worden gebruikt voor een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure.

Klagen en verhaal halen door zorgontvangers

Als een zorgontvanger ontevreden is over de geleverde zorg wordt in eerste instantie aangeraden dit met de zorgverlener te bespreken.⁷² Wanneer een zorgontvanger dit ingewikkeld vindt, of de zorgverlener afhoudend reageert kan een klachtenfunctionaris van de zorgaanbieder worden ingeschakeld. De klachtenfunctionaris kan via zijn onafhankelijke en onpartijdige rol zowel faciliteren in bemiddeling tussen de cliënt en de zorgverlener, als informeren over de klachtenregeling en bemiddelen tussen de zorgontvanger en de behandelaar. Dit is geregeld in de Wkkgz.

Ook kan de zorgontvanger een klacht indienen bij de tuchtrechter, naar de geschilleninstantie stappen of een civiele rechtszaak beginnen. De zogenoemde klachtenfunctionaris kan de klager adviseren over de juiste route (via het tuchtrecht, de geschillencommissie of een civielrechtelijke procedure) en ondersteunen bij het opstellen van het klaagschrift. De verwachtingen van het traject met een klachtenfunctionaris zijn hoog, terwijl een klachtenfunctionaris al bijna juridisch geschoold moet zijn om de zorgontvanger goed te kunnen begeleiden bij het kiezen van de juiste procedure voor het aanhangig maken van zijn/haar klacht/zorg/claim/probleem.

Iedere zorgaanbieder moet bij een erkende geschilleninstantie zijn aangesloten. Deze onpartijdige instantie doet binnen zes maanden een onafhankelijke uitspraak over een klacht. Een klager kan een claim toevoegen aan een geschil. De geschilleninstantie kan een schadevergoeding toekennen tot 25.000 euro.⁷³ Volgens een recente evaluatie van de Wkkgz zorgt het toevoegen van een claim er vaak voor dat de behandeling verschuift van de inhoud van de klacht naar de inhoud van de claim en dat beide partijen zich wapenen met rechtsbijstand.¹

Een andere optie is een civielrechtelijke procedure. Een dergelijke procedure kent geen maximum aan de hoogte van de eventuele vergoeding. Wanneer een geschilleninstantie al een besluit genomen heeft over een klacht, kan de rechter alleen nog kijken of de beslissing op de juiste manier genomen is en niet meer naar de inhoud van de zaak. Wel kan alsnog een aanvullende schadevergoeding worden geëist.

In de praktijk wordt een tuchtprocedure door klagers soms gebruikt ter voorbereiding of ondersteuning van een claim of civiele procedure. Een uitspraak van het tuchtrecht kan invloed hebben op de hoogte van een schadeclaim. De uitspraak van het tuchtrecht wordt dan ingezet als een soort deskundigheidsverklaring bij de civiele rechter.⁷⁴ Andersom worden tuchtzaken soms

gestart uit onvrede over een klachtenprocedure, procedure bij geschilleninstantie of civiele procedure.⁷⁵ Klagers hebben begeleiding nodig om hun klacht goed te formuleren.⁷⁶ Al met al kan het regulerende stelsel rondom klachten, incidenten, calamiteiten en claims als complex worden geïnd.

Strafrecht

In uitzonderlijke gevallen kan het OM besluiten een strafrechtelijk onderzoek in te stellen met betrekking tot een medische zaak en overgaan tot strafrechtelijke vervolging. Gezien de aanwezigheid van het tuchtrecht (en bestuurlijke handhaving), blijft de inzet van het strafrecht beperkt tot zaken rond opzet of schuld in de zin van grove nalatigheid. Ook kunnen zorgorganisaties besluiten aangifte te doen tegen patiënten. Dit vindt plaats in de logica van normhandhaving.⁷⁰

Bijlage 2 Definities

In de volksmond worden begrippen als fouten, schade, incident en complicatie vaak door elkaar gebruikt en hebben ze een andere lading dan in de zorgcontext. Om helderheid te scheppen volgt hieronder een overzicht van de relevante begrippen voor dit signalement, en hoe ze worden gebruikt in de zorgcontext en juridische literatuur.

Een *complicatie* is een 'onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van de zorgverlener, die voor de gezondheid van de cliënt zodanig nadelig is dat aanpassing van (be)handelen noodzakelijk is, dan wel er is sprake van onherstelbare schade'.⁷⁷ In andere woorden betekent dit dat de zorg wel goed is gedaan – er is juist gehandeld – er is alleen iets niet goed gegaan. Er is door de zorgverlener wel gehandeld volgens de richtlijnen, en toch is er schade ontstaan.

Een *incident* is een 'niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt'.⁷⁷ Wanneer de schade ernstig of fataal is spreken we van een *calamiteit*. Dit is een 'niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid'.⁷⁷

In de praktijk is het niet altijd duidelijk of er sprake is van een complicatie, incident of calamiteit. Dit kan omdat niet altijd vaststaat of de kwaliteit van de zorg voldeed, de ernst van de opgelopen schade onduidelijk is of dat het niet duidelijk is of het gebrek in kwaliteit van zorg daadwerkelijk van invloed is geweest op de ongewenste uitkomst.

Het woord *fout* (soms *error*) wordt gebruikt bij 'het niet uitvoeren van een geplande actie (fout in de uitvoering) of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken (fout in de planning). In het woord fout zit een oordeel: het is niet zo gegaan als zou moeten. Een fout is per definitie vermijdbaar, maar niet altijd verwijtbaar'.⁷⁸

We spreken van een *onbedoelde gebeurtenis*, ook wel *near miss*, wanneer een gebeurtenis voor de patiënt geen nadelen oplevert omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd, ofwel wanneer de gevolgen ervan niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt.

De term (*onbedoelde*) *schade* wordt als volgt gedefinieerd in de literatuur: 'een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden'.⁷⁸

Onder de term *ongewenste gebeurtenis* wordt verstaan: 'alle gebeurtenissen of uitkomsten van gebeurtenissen die afwijken van het normale zorgproces, zoals niet-bedoelde uitkomsten van ingrepen, menselijk falen, organisatie en techniek en onduidelijkheid in procedures'.⁷⁸

Bijlage 3 Geraadpleegde personen

1. Paulus Lips, voormalig CEG-commissielid, huisarts en medisch directeur bij Gezondheidszorg Asielzoekers.
2. Conny Helder, voormalig CEG-commissielid, en minister voor Langdurige Zorg en Sport.
3. Bert Smit, kinderarts, gamandateerd portefeuillehouder IGJ in het Erasmus MC.
4. Aart Hendriks, CEG-commissielid, lid van een tuchtcollege & Hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden.
5. Ian Leistikow, inspecteur bij de IGJ en bijzonder hoogleraar Overheidstoezicht op Kwaliteit en Veiligheid van de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.
6. Eeuw van den Heuvel, jurist en promovendus over de rol van het medisch tuchtrecht bij kwaliteitsbevordering in de zorg.
7. Jacques Claessen, bijzonder hoogleraar herstelrecht en universitair hoofddocent strafrecht, Capaciteitsgroep Strafrecht & Criminologie, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit Maastricht.
8. Cordual Wagner, Directeur Nivel, hoogleraar patiëntveiligheid Amsterdam UMC/VUmc | Research Center Safety 4 Patients.
9. Geranne Lautenbach, juridisch consultant, MedicalPHIT, Utrecht.
10. Femke Koenraads, Jurist medische zaken bij Leiden UMC.

Bijlage 4 Samenstelling commissie

Samenstelling CEG-presidium

- Prof. dr. M. Bussemaker, hoogleraar Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, Universiteit Leiden, voorzitter Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
- Prof. dr. B.J. Kullberg, hoogleraar Interne Geneeskunde en Infectieziekten, Radboudumc, voorzitter Gezondheidsraad
- Prof. Dr. M.C. de Vries, hoogleraar Normatieve aspecten van de geneeskunde, Leiden UMC, voorzitter CEG-commissie vanaf 1 januari 2022
- Dr. H Ismaili M'Hamdi, ethicus en universitair docent, afdeling Medische Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam, vicevoorzitter CEG-commissie vanaf 1 september 2021

Samenstelling CEG-commissie ten tijde van de totstandkoming signalement

- Prof. Dr. M.C. de Vries, hoogleraar Normatieve aspecten van de geneeskunde, Leiden UMC, voorzitter CEG-commissie vanaf 1 januari 2022
- Dr. H Ismaili M'Hamdi, ethicus en universitair docent, Erasmus MC, Rotterdam, vicevoorzitter CEG-commissie, vanaf 1 september 2021
- C. van Gruijthuisen, MSc, verpleegkundige
- Prof. dr. G.A. den Hartogh, emeritus-hoogleraar Medische ethiek, Universiteit Amsterdam
- C. Helder, bestuursvoorzitter, Stichting tanteLouise, Bergen op Zoom, tot 10 januari 2022
- Prof. mr. A.C. Hendriks, hoogleraar Gezondheidsrecht, Universiteit Leiden
- Prof. dr. C. Leget, hoogleraar Zorgethiek, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- Dr. G. Lautenbach, juridisch consultant, MedicalPHIT, Utrecht
- P. Lips, huisarts en MPhil, tot 27 januari 2022

- MSc MSM J. Meijers, voorzitter raad van bestuur van Bartiméus, vanaf 27 juli 2022
- Dr. P.J. Nickel, universitair hoofddocent, afdeling Filosofie en ethiek, Technische Universiteit Eindhoven
- Dr. A.R. Niemeijer, universitair docent en onderzoeker Zorgethiek & Beleid, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht vanaf 13 juli 2021
- Prof. dr. A.J. Pols, bijzonder hoogleraar Social theory, humanism and materialities, Universiteit van Amsterdam, tot september 2021
- Dr. D.H.J. Pols, huisarts en universitair docent afdeling Huisarts-geneeskunde, Erasmus MC Rotterdam, vanaf 7 maart 2022
- Prof. dr. M.H.N. Schermer, hoogleraar Filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens, Erasmus MC, Rotterdam, voorzitter CEG-commissie tot 31 december 2021

Auteurs signalement

- Dr. L.A. Hartman, stafmedewerker Centrum voor Ethiek en Gezondheid
- A. Hellings, MA, stagiaire van 1 september 2021 tot 31 januari 2022
- D. van der Heijden, MA, stagiaire van 1 februari 2021 tot 1 augustus 2021
- Met speciale dank aan L.E. Welling, MA, stafmedewerker Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Referenties

- 1 ZonMw. Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Den Haag : ZonMw, 2021. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003976.pdf>.
- 2 Leistikow I, Mulder SM, Wilden E, Schoo H. Ook arts verdient nazorg na calamiteit. Medisch Contact 2017; 71: 18-19. <http://hdl.handle.net/1765/95658>
- 3 Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care. Semin Pediatr Surg 2015; 24: 315-8. [10.1053/j.sempedsurg.2015.08.011](https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.011)
- 4 Elbers N, Bex I. Secundaire victimisatie als probleem. Herstelrecht als oplossing? Een onderzoek naar de reikwijdte van secundaire victimisatie en herstelrecht in het straf-, civiel- en bestuursrecht in Nederland. 2020; Amsterdam: Boom Juridisch.
- 5 Van Doorn J, Koster NN. Emotional victims and the impact on credibility: A systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2019; 47: 74-89. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.03.007>
- 6 Brenninkmeijer, A. Risico's, chaos en het perspectief van de burger. In: Van Tol (red). Veiligheid boven alles: Essays over oorzaken en gevolgen van de risicoregelreflex.2011; Den Haag: Boom Lemma.
- 7 Van Tol I. Veiligheid boven alles: Essays over oorzaken en gevolgen van de risicoregelreflex.2011; Den Haag: Boom Lemma.
- 8 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Applaus is niet genoeg: anders waarderen en erkennen van zorgverleners. 2020; Den Haag: RVS. [applaus-is-niet-genoeg.pdf \(overheid.nl\)](https://www.rvs.nl/publicaties/applaus-is-niet-genoeg.pdf)
- 9 Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Annals of family medicine. 2014; 12: 573-6. [DOI: 10.1370/afm.1713](https://doi.org/10.1370/afm.1713)
- 10 Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Veilige zorg, goede zorg? 2019; Den Haag: CEG. [Veilige zorg, goede zorg? - CEG signalement | Publicatie | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](https://www.ceg.nl/publicaties/veilige-zorg-goede-zorg)
- 11 NIVEL. Als het mis gaat... Verhalen van patiënten en nabestaanden na het doormaken van een calamiteit. 2019; Utrecht: NIVEL. [1003508.pdf \(nivel.nl\)](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003508.pdf)
- 12 NIVEL. Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. 2009. Utrecht: NIVEL. [Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. \(nivel.nl\)](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003508.pdf)
- 13 NRC Handelsbad. Strijdbare patiënte Cullen kreeg geen informatie over onderzoek medische misser. 2-1-2020. [Strijdbare patiënte Cullen kreeg geen informatie over onderzoek medische misser - NRC](https://www.nrc.nl/nieuws/2020/01/02/strijdbare-patiënte-cullen-kreeg-geen-informatie-over-onderzoek-medische-misser)
- 14 Legemaate J, Akkermans AJ, Friele RD. Openheid over medische fouten: waar staan we? NTVG. 2015; 159: A9089. [Openheid over medische fouten: waar staan we? | NTVG](https://www.ntvg.nl/artikel/openheid-over-medische-fouten-waar-staan-we)
- 15 Alhafaji Y, Frederiks B, Legemaate, J. Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht. Tijdschrift voor Mediation en conflictmanagement. 2009; 13: 18-42 [Artikel: Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht \(vu.nl\)](https://www.vu.nl/mediation-en-conflictmanagement/artikel/ervaringen-van-klagers-en-aangeklaagde-artsen-met-het-tuchtrecht)
- 16 Kok J, de Kam D, Leistikow I, Grit K, Bal R. Epistemic Injustice in Incident Investigations: A Qualitative Study. Health care analysis. 2022. <https://doi.org/10.1007/s10728-022-00447-3>
- 17 NIVEL. Ervaringen met de GOMA. 2018; Utrecht: NIVEL. [Ervaringen met de GOMA: ervaringen met deel A van de Gedragscode Openheid na medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid \(2010\). Welke vragen spelen bij de implementatie van een open beleid in ziekenhuizen? \(nivel.nl\)](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003508.pdf)
- 18 Leermakers, B. Calamiteit? Weest open tegen de nabestaanden. Het pijnlijke gemis van een eerlijk gesprek met het ziekenhuis. Medisch Contact. 16--2020. [Calamiteit? Weest open tegen de nabestaanden | medischcontact](https://www.medischcontact.nl/artikel/calamiteit-weest-open-tegen-de-nabestaanden)
- 19 Akkermans AJ, Van Wees KAPC, Smeehuijzen JL. Ervaringen van patiënten bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen. In: Lindenbergh SD, Akkermans AJ (red.). Ervaringen met verhaal van schade. *Van patiënten, verkeersslachtoffers, geweldsslachtoffers, burgers en werknemers*. 2014; Den Haag : Boom Juridische uitgever.
- 20 Boothman RC, Blackwell AC, Campbell DA Jr, Commiskey E, Anderson S. A better approach to medical malpractice claims? The University of Michigan experience. J Health Life Sci Law. 2009; 2: 125-59. [A better approach to medical malpractice claims? The](https://www.jhlslaw.com/article.php?id=125-59)

- [University of Michigan experience - PubMed \(nih.gov\)](#)
- 21 Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med.* 1999; 131: 963-7. DOI: 10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010
 - 22 Vincent C, Phillips A, Young M. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet.* 1994, 343. DOI: [10.1016/s0140-6736\(94\)93062-7](#)
 - 23 Elbers NA. Empowerment of injured claimants: Investigating claim factors, procedural justice and e-health. 2013; Amsterdam : Ipskamp Drukkers.
 - 24 Antwoord van minister Van Ark (Medische Zorg), mede namens minister Dekker voor Rechtsbescherming (ontvangen 26 mei 2021). Antwoord op vragen van de leden Van Nispen en Hijink over de problemen met het halen van je recht na een medische misser. Vergaderjaar 2020-2021, AH 2904: 2021Z05459. [Antwoord op vragen van de leden Van Nispen en Hijink over de problemen met het halen van je recht na een medische misser | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)
 - 25 Laarman BS, Bomhoff MC, Friele R, Akkermans AJ, Legemaate J. OPEN: open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis. Schriftelijk verslag van project OPEN. 2016; Utrecht: NIVEL. [J. OPEN: open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis. Schriftelijk verslag van project OPEN. \(nivel.nl\)](#)
 - 26 Federatie Medisch Specialisten. Medische incidenten hebben grote impact op betrokken specialisten. 31-10-2016. <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/medische-incidenten-hebben-grote-impact-op-betrokken-specialisten>.
 - 27 Schouten L, Vanhaecht K, Coeckelbergs E, Zeeman G. Onbedoelde schade treft ook de arts: Impact van patiëntveiligheidsincident op zorgverleners wordt onderschat. *Medisch Contact.* 2017; 37. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/onbedoelde-schade-treft-ook-de-arts.htm>.
 - 28 Van Baarle E, Hartman LA, Rooijackers S, Wallenburg I, Weenink JW, Bal R, Widdershoven G. Fostering a just culture in healthcare organizations: experiences in practice. *BMC Health Serv Res.* 2022; 13;22(1):1035. DOI: [10.1186/s12913-022-08418-z](#)
 - 29 Chappell SG, Smyth, N. Bernard Williams, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2018 Edition), Edward N. Zalta (ed.). *Stanford Encyclopedia of Philosophy*; geraadpleegd 7-11-2022. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/williams-bernard/>.
 - 30 Dekker, S. *Just Culture. Balancing Safety and Accountability.* 2017; Farnham: Ashgate.
 - 31 Jameton J. *Nursing Practice: The Ethical Issues.* 1984; Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall.
 - 32 Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Annals of Intensive Care.* 2017; 7: 71. [10.1186/s13613-017-0293-2](#)
 - 33 De Vries MC, Leeuwenburgh-Pronk WG, Verhagen, AAE. Het leed dat tuchtrecht heet: de impact van een tuchtrechtprocedure op de aangeklaagde arts. In: Leeuwenburgh-Pronk WG, De Vries MC, de Koning AM. *Tuchtrecht in de kindergeneeskunde.* 2015; Zutphen: Uitgeverij Paris.
 - 34 Nivel. Tuchttaak heeft vaak negatieve invloed op gezondheid en functioneren arts. 26-3- 2019. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/tuchttaak-heeft-vaak-negatieve-Invloed-op-gezondheid-en-functioneren-van-arts>.
 - 35 Laarman BS, Bouwman RJR, de Veer AJA, Hendriks M, Friele RD. How do doctors in the Netherlands perceive the impact of disciplinary procedures and disclosure of disciplinary measures on their professional practice, health and career opportunities? A questionnaire among medical doctors who received a didisciplinary. *BMJ Open.* 2019; 9(e023576). DOI: [10.1136/bmjopen-2018-023576](#)

- 36 Bourne T, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmerman D, Van Calster B, Jalbrant M. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2015; 5:e006687. DOI: [10.1136/bmjopen-2014-006687](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006687)
- 37 Nash LM, Walton MM, Daly MG, Kelly PJ, Walter G, van Ekert EH, Willcock SM, Tennant CC. Perceived practice change in Australian doctors as a result of medicolegal concerns. *Med J Aust*. 2021; 193; 10. DOI: [10.5694/j.1326-5377.2010.tb04066.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb04066.x)
- 38 Cunningham W. The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *N Z Med Journal*. 2004; 117 :23 (1198):U972.
- 39 Australian Commission. *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*. 2013. Sidney: Australian Commission.
- 40 Leistikow IP, Bal RA. Resilience and regulation, an odd couple? Consequences of Safety-II on governmental regulation of healthcare quality. *BMJ Quality and Safety*. 2020; 29 (10) :1- DOI: [10.1136/bmjqs-2019-010610](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010610)
- 41 LHV. LHV pleit voor aanpassing tuchtrecht. 13-1-2022 <https://www.lhv.nl/nieuws/lhv-pleit-voor-aanpassing-tuchtrecht>
- 42 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. ECLI_NL_TG-ZCTG_2021_153: 27-8-2021. [Overheid.nl | Tuchtrecht](https://www.overheid.nl/tuchtrecht)
- 43 Stuivers D. Arts die zorg verleende aan vierhonderd ouderen verdiende geen berisping maar een medaille. *De Volkskrant*. 27-10-2021. [Arts die zorg verleende aan vierhonderd ouderen verdiende geen berisping, maar een medaille \(volkskrant.nl\)](https://www.volkskrant.nl/arts-die-zorg-verleende-aan-vierhonderd-ouderen-verdiende-geen-berisping-maar-een-medaille)
- 44 KNMG. Op korte termijn onderzoek nodig naar tuchtrecht. 6-5-2022. [Op korte termijn onderzoek nodig naar tuchtrecht | KNMG](https://www.knmg.nl/medisch-contact/medisch-contact-2022-05-06)
- 45 Torjesen I. Fewer ethnic minority doctors are referred to GMC after cases are anonymised. *BMJ*. 2022; 377: o1153. DOI: [10.1136/bmj.o1153](https://doi.org/10.1136/bmj.o1153)
- 46 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Zonder context geen bewijs. 2017; Den Haag: RVS. [Zonder context geen bewijs | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](https://www.raadvsv.nl/advies/advies-2017-01-01)
- 47 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Machtige Mensbeelden. 2021; Den Haag: RVS. [Machtige Mensbeelden | Essay | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](https://www.raadvsv.nl/advies/advies-2021-01-01)
- 48 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Blijk van vertrouwen – Anders verantwoord voor goede zorg. 2019; Den Haag: RVS. [Blijk van vertrouwen - Anders verantwoord voor goede zorg | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](https://www.raadvsv.nl/advies/advies-2019-01-01)
- 49 Actiz. Het afschaffen van de minuten registratie. 22-4-2022. <https://www.actiz.nl/het-afschaffen-van-de-minutenregistratie-de-wij>.
- 50 Kelly K, Merry J, Gonzalez M. Trust, Collaboration and Well-Being: Lessons Learned from Finland. *SPRATE Journal*. 2018; 2; 2. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1186140.pdf>
- 51 Sahlberg, P. Teachers as leaders in Finland. *Educational Leadership*. 2013; 21: 36-40. [ERIC - EJ1043720 - Teachers as Leaders in Finland, Educational Leadership, 2013-Oct](https://eric.ed.gov/?id=EJ1043720)
- 52 Vainikainen M-P, Thuneberg H, Marjanen J, Hautamäki J, Kupiainen S, Hotulainen R. How Do Finns Know? Educational Monitoring without Inspection and Standard Setting. 2017. Springer International Publishing.
- 53 Bol CA, Dute JCJ. Medisch tuchtrecht: vergaande herziening noodzakelijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2021; 165:D6376. [Medisch tuchtrecht: vergaande herziening noodzakelijk | NTvG](https://www.nmg.nl/medisch-contact/medisch-contact-2021-06-01)
- 54 Van Leeuwen R, Schudel B. Tuchtrecht gaat over betere zorg. *Medisch Contact*. 2018. 23:32-3. [Tuchtrecht gaat over betere zorg | medischcontact](https://www.medischcontact.nl/tuchtrecht-gaat-over-betere-zorg)
- 55 Friele RD, Bouwman R, Laarman B, De Veer AJE. Het tuchtrecht in de gezondheidszorg: wegen de voordelen tegen de nadelen op? *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade*. 2018; 1:20-2. [Het tuchtrecht in de gezondheidszorg: wegen de voordelen tegen de nadelen op? \(nivel.nl\)](https://www.nivel.nl/publicaties/het-tuchtrecht-in-de-gezondheidszorg-wegen-de-voordelen-tegen-de-nadelen-op)

- 56 Hartman LH, Weenink JW, Van Baarle E, Van Rooijackers S, Wallenburg I, Widdershoven GAM, Bal R. Toezicht en rechtvaardige cultuur in zorginstellingen. 2021. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). [Toezicht en rechtvaardige cultuur in zorginstellingen | Wetenschappelijke publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)
- 57 Weenink J, Wallenburg I, Hartman L, van Baarle E, Leistikow I, Bal R, Widdershoven G. Role of the regulator in enabling a just culture: a qualitative study in mental health and hospital care. *BMJ Open*. 2022; 12e; 061321. DOI: [10.1136/bmjopen-2022-061321](#)
- 58 IGJ. Algemeen interventiebeleid. 2022; Utrecht: IGJ. [IGJ interventiebeleid | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)
- 59 IGJ. Brochure Calamiteiten Wkkgz. 2020; Utrecht: IGJ. [Brochure 'Calamiteiten melden aan IGJ' | Brochure | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)
- 60 Fenne, A. Update: RaDonda Vaught Sentenced to 3 Years Supervised Probation. *Nurse Journal*. 2022. [Update: RaDonda Vaught Sentenced To 3 Years Supervised Probation | Nurse-Journal](#)
- 61 Edmondson, A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*. 1999; 44. [https://doi.org/10.2307/2666999](#)
- 62 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. 2000. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US). DOI: [10.17226/9728](#)
- 63 Claessen JAAC, Roelofs KJMM. 2020. Herstelrecht(voorzieningen) en mediation in strafzaken. In: Boksem, J. e.a. (red.). *Handboek Strafzaken*. Deventer: Wolters Kluwer.
- 64 Strang H, Sherman LW, Mayo-Wilson E, Woods D, Ariel B. Restorative justice conferencing (RJC) using face-to-face meetings of offenders and victims: effects on offender recidivism and victim satisfaction. A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2013; 9: 1-95. [https://doi.org/10.4073/csr.2013.12](#)
- 65 Klemann DMTV, Mertens HJMM, Van Merode GG. Meer en hogere schadeclaims – Analyse van schadeclaims in de Nederlandse ziekenhuiszorg van 2007-2016. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG)*. 2018; 162:D2279. [Meer en hogere schadeclaims | NTVG](#)
- 66 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. 2020. [wetten.nl - Regeling - Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg - BWBR0006251 \(overheid.nl\)](#)
- 67 IGJ. Wet BIG. [https://www.igj.nl/onderwerpen/wetten-in-ontoezicht/wet-big](#). Geraadpleegd: 14-11-2022.
- 68 IGJ. Wat maken we openbaar. [https://www.igj.nl/onderwerpen/openbaarmaking](#). Geraadpleegd: 14-11-2022.
- 69 Friele R, Hendriks M, Laarman B, Bouwman R, De Veer A. *Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes*. 2017. Utrecht: Nivel. [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Tuchtrecht_impact_van_openbaar_making.pdf](#)
- 70 Openbaar Ministerie. Aanwijzing feitenonderzoek / strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken. [wetten.nl - Regeling - Aanwijzing feitenonderzoek / strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken - BWBR0032580 \(overheid.nl\)](#)
- 71 IGJ. Calamiteiten. [https://www.igj.nl/onderwerpen/calamiteiten/melding-doen-van-een-calamiteit](#). Geraadpleegd: 25-09-2022.
- 72 IGJ. Klachtenfunctionaris inschakelen. [https://www.igj.nl/onderwerpen/klacht-of-vraag-over-zorg-of-jeugdhulpverlening/ik-heb-een-klacht/klacht-zorgaanbieder/rol-van-de-klachtenfunctionaris](#). Geraadpleegd: 25-09-2022.

- 73 IGJ. De geschilleninstantie. <https://www.igj.nl/onderwerpen/klacht-of-vraag-over-zorg-of-jeugdhulpverlening/ik-heb-een-klacht/klacht-zorgaanbieder/geschilleninstantie>. Geraadpleegd: 25-09-2022.
- 74 Uhlenbroek H, Mooibroek M. De invloed van tucht op aansprakelijkheid. Medisch Contact. 23-5-2013. [De invloed van tuchtrecht op aansprakelijkheid | medischcontact](#)
- 75 Loonen AJM, 2020. Zuinig zijn op het medische tuchtrecht als kwaliteitsinstrument. NJB. 30. <https://www.njb.nl/magazines/njb-30-2020/>
- 76 KNMG. Niet elke klacht hoeft een tuchtklacht te worden. 5 maart 2022. ['Niet elke klacht hoeft een tuchtklacht te worden' | KNMG](#)
- 77 IGJ. Brochure Calamiteiten melden aan de IGJ. 2019; Utrecht: IGJ. [Brochure 'Calamiteiten melden aan IGJ' | Brochure | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)
- 78 Legemaate J, Christaans-Dingelhoff I, Doppegieter RMS, De Roode RP. Melden van Incidenten in de gezondheidszorg. 2006; Utrecht : ZonMw.
- 79 VvAA. Pluriformiteit en keuzevrijheid: uitkomsten brede verkenning zorglandschap grote kloof tussen beleid en politiek. 2022. [Behoud van pluriformiteit en keuzevrijheid - LedentHEMA | VvAA](#)