

46. De zorgverlener als tweede slachtoffer; art. 7:658 BW en de zorg voor de zorgverlener na een incident

MR. CHICHI I.M. DE HAAN

Zorgverlening is mensenwerk.¹ Tijdens het zorgproces doen zich (helaas) soms ook onbedoelde gebeurtenissen voor die tot schade aan de patiënt hebben geleid, hadden kunnen leiden of nog zouden kunnen gaan leiden. Dergelijke gebeurtenissen, hierna kortweg: incident², kunnen (ook) grote impact hebben op de zorgverlener. Naar aanleiding van een incident kan de betrokken zorgverlener te maken krijgen met een emotionele (en soms ook zakelijke) nasleep. Reden waarom deze in de literatuur ook wel wordt geduid als 'tweede slachtoffer'.³ De afgelopen tijd lijkt de aandacht voor de impact van een incident op de zorgverlener en de opvang en begeleiding daarna te groeien.⁴ Meerdere onderzoeken laten zien dat veel zorgverleners die betrokken waren bij een incident behoefte hebben aan ondersteuning.⁵ Het lijkt dan ook wenselijk dat na een incident nazorg aan de zorgverlener wordt verleend. Maar wie draagt hiervoor verantwoordelijkheid? En hoe zit dat specifiek bij de zorgverlener in loondienst?⁶

Inleiding

Veel zorgverleners werken in loondienst; zowel in de care als in de cure. Dit artikel spitst zich toe op zorgverleners

- 1 Dit artikel is een gebaseerd op de masterscriptie waarop de auteur in juli 2016 afstudeerde aan de Universiteit van Amsterdam. Haar begeleider was mr. A.V.T. de Bie. Eerder heeft B.S. Laarman betreffend onderwerp aan de orde gesteld, zie hiervoor het artikel: "Ik zweer dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen..." Art. 7:658 BW en de zorg voor de medisch specialist', *Verkeersrecht* 2015-2, p. 43-48. Inmiddels heeft meer onderzoek plaatsgevonden naar de impact van een incident op de zorgverlener alsook naar de (vormen van) zorg voor de zorgverlener na het meemaken van een dergelijke gebeurtenis. In deze bijdrage wordt aangesloten op voornoemd artikel van Laarman en worden de laatste inzichten behandeld.
- 2 In dit artikel wordt uitgegaan van de in de eerste zin voornoemde ruime omschrijving van incident, te weten een onbedoelde gebeurtenis die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen gaan leiden. Deze ruime definitie heeft zodoende niet alleen betrekking op de kwaliteit van de zorg, zoals de definitie van de Wkkgz beoogt (artikel 1.1, tweede gedachtenstreepte Uitvoeringsbesluit Wkkgz: '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').
- 3 "Second victims are healthcare providers who are involved in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, these individuals feel personally responsible for the patient outcome. Many feel as though they have failed the patient, second guessing their clinical skills and knowledge base." Volgens S.D. Scott e.a., 'The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse events', *Qual Saf Health Care* 2009-18, p. 326.
- 4 Zie onder meer K. Vanhaecht e.a., 'Onbedoelde schade treft ook de arts', *Medisch Contact* 2017-37, p. 14-16.
- 5 Zie bijvoorbeeld J.H. Jones & L.A. Treiber, 'More Than 1 Million Potential Second Victims: How Many Could Nursing Education Prevent?', *Nurse Educator* 2017-August, p. 1. En voorts D.L. Schwappach & T.A. Boluarte, 'The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability', *Swiss medical Weekly* 2008-138.
- 6 Zie ook Laarman 2015 (zie noot 1), p. 43-48.

in loondienst van het ziekenhuis.⁷ Invalshoek is artikel 7:658 BW, in het bijzonder het eerste lid.⁸ Op grond van dit artikel bestaat voor de werkgever de verplichting de werknemer te beschermen tegen de gevolgen van arbeidsgerelateerd letsel.⁹ In deze bijdrage wordt ingegaan op de vraag of het ziekenhuis, als werkgever, verplicht is te zorgen voor opvang en begeleiding van de zorgverlener na een incident.

Nadat eerst de (mogelijke) impact van een incident op de zorgverlener wordt besproken, wordt de algemene regeling rond werkgeversaansprakelijkheid ingevolge artikel 7:658 BW in kaart gebracht. Aansluitend wordt ingegaan op de (mogelijke) verantwoordelijkheid van het ziekenhuis jegens de zorgverlener in geval van een incident. Vervolgens worden verschillende mogelijkheden van opvang en nazorg door het ziekenhuis verkend. Tot slot volgt een beschouwing.

Impact van een incident op de zorgverlener

In de afgelopen decennia hebben patiëntveiligheid, het belang van het adresseren van incidenten en de bejegening van de patiënt na een incident meer aandacht gekregen.¹⁰ Een incident heeft immers primair invloed op het leven van de patiënt of diens nabestaanden. Van de zorgverlener, in

- 7 Onder zorgverlener wordt in dit artikel verstaan de BIG-geregistreerde zorgverlener (artikel 3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) die een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis heeft.
- 8 Zie ook Laarman 2015 (zie noot 1), p. 43-48.
- 9 Of en in hoeverre het ziekenhuis aansprakelijk kan zijn op grond van artikel 7:611 BW wordt niet behandeld. Deze bijdrage handelt immers over incidenten en de zorg voor de zorgverlener daarna, hetgeen onder het bereik van artikel 7:658 BW valt.
- 10 Zie bijvoorbeeld uitvoerig B.S. Laarman e.a., *OPEN: open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis*, rapport van het project OPEN, NIVEL 2016.

het bijzonder de behandelend arts, wordt verwacht dat hij na een incident open en eerlijk met de patiënt bespreekt wat er tijdens de behandeling niet goed is gegaan. Dat behoort tot de zorgplicht van de arts.¹¹ Dit vloeit voort uit tuchtrechtspraak en is opgenomen in een KNMG-richtlijn.¹² Voorts bevat de GOMA richtlijnen over de omgang met incidenten en de afwikkeling van medische aansprakelijkheid en is in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) bepaald dat de zorgaanbieder de patiënt onverwijld mededeling doet van de aard en toedracht van incidenten die voor de patiënt merkbare gevolgen (kunnen) hebben.¹³

Incidenten kunnen leiden tot twee slachtoffers: de patiënt (*first victim*) en de betrokken zorgverlener (*second victim*)

Gebleken is dat incidenten ook impact kunnen hebben op zorgverleners.¹⁴ Betrokken zijn bij een incident kan het leven van de zorgverlener zowel privé als professioneel ingrijpend raken.¹⁵ Incidenten kunnen aldus leiden tot twee slachtoffers: de patiënt (*first victim*) en de betrokken zorgverlener (*second victim*).¹⁶ Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat zorgverleners die bij een incident betrokken waren veelal dagen of weken negatieve emoties (zoals schuldgedachten, depressieve gevoelens en zorgen over de patiënt en de eigen medische bekwaamheid) ervaren.¹⁷ Een niet te verwaarlozen deel van de zorgverleners kampt daarna bovendien met langdurige psychische gevolgen die zelfs vergelijkbaar kunnen zijn met een posttraumatische stressstoornis (PTSS).¹⁸ De impact van een incident op de zorgverlener kan nog groter worden als deze geconfronteerd

wordt met een juridische procedure, zoals een tuchtklacht en een (eventueel) daaropvolgende (tucht)maatregel.¹⁹ Naar schatting maakt de helft van de zorgverleners tijdens zijn loopbaan in elk geval éénmaal een zogenoemd ‘tweede slachtoffer-fenomeen’ mee of heeft dit – in meer of mindere mate – al meegemaakt.²⁰ Niet alleen aandacht voor de patiënt, maar ook voor de psychische gesteldheid van de zorgverlener na een incident lijkt van belang. Wat is de rol van het ziekenhuis in dezen? Heeft het ziekenhuis als werkgever een verplichting om de zorgverlener na een incident opvang te bieden?

Regeling rond werkgeversaansprakelijkheid in hoofdlijnen

In dit kader is artikel 7:658 BW van belang. Het eerste lid van artikel 7:658 BW luidt als volgt: “De werkgever is verplicht de lokalen, werktuigen en gereedschappen waarin of waarmee hij de arbeid doet verrichten, op zodanige wijze in te richten en te onderhouden alsmede voor het verrichten van de arbeid zodanige maatregelen te treffen en aanwijzingen te verstrekken als redelijkerwijs nodig is om te voorkomen dat de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden schade lijdt.” Artikel 7:658 lid 2 BW luidt: “De werkgever is jegens de werknemer aansprakelijk voor de schade die de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden lijdt, tenzij hij aantoont dat hij de in lid 1 genoemde verplichtingen is nagekomen of dat de schade in belangrijke mate het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.”

Op grond van artikel 7:658 lid 1 BW moet de werkgever de werknemer dus beschermen tegen de (gevolgen) van arbeidsgerelateerd letsel voor zover ‘als redelijkerwijs nodig is’ en in verband met de aard van de arbeid van de werkgever gevegd kan worden. Als de werknemer (toch) arbeidsgerelateerde schade (waaronder ook psychisch letsel)²¹ oploopt, is de werkgever aansprakelijk, tenzij de werkgever aantoont dat deze zijn zorgplicht is nagekomen. De Hoge Raad heeft evenwel benadrukt dat artikel 7:658 BW geen absolute waarborg voor de werknemer biedt, ook al is diens schade nog zo ernstig.²²

Met de formulering van artikel 7:658 lid 1 en lid 2 BW heeft de wetgever niet gekozen voor risicoaansprakelijkheid in eigenlijke zin, maar voor een aansprakelijkheid gebaseerd op het niet adequaat naleven van een zorg-

11 CTG 10 september 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:103, r.o. 4.4.

12 Zie bijvoorbeeld RTG Eindhoven 4 mei 2011, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1080, CTG 10 september 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:103, r.o. 4.4, waarin het CTG oordeelde: “In het geval van een ernstig incident mag van de arts een open en proactieve houding jegens de patiënt of, in een casus als deze, diens vertegenwoordiger worden verwacht. Dit behoort tot de zorgplicht van de arts” en RTG Zwolle 8 augustus 2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2014:104. KNMG-Richtlijn ‘Omgaan met incidenten, fouten en klachten, wat mag van artsen worden verwacht’, 2007.

13 De Letselschade Raad, ‘Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA): Te raadplegen via De Letselschade Raad <www.deletselschaderaad.nl>. Artikel 10 lid 3 Wkkgz.

14 Zie onder meer documentaire van H. Bromet, ‘De dokter onder vuur’, KRO-NRCV, uitzenddatum 31 oktober 2016.

15 J.L. Smeehuijzen e.a., *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*, onderzoeksrapport Vrije Universiteit Amsterdam / Amsterdam Centre for Comprehensive Law, 2013.

16 Buiten het feit dat nabestaanden en andere (betrokken) zorgverleners ook beschouwd kunnen worden als ‘slachtoffer’.

17 A.W. Wu & R.C. Steckelberg, ‘Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?’, *BMJ Quality & Safety* 2012-21, p. 267.

18 S. Ullstrom, e. a., ‘Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events’, *Quality and Safety First* 2013-23, p. 327-328.

19 R.D. Friele e.a., *Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes*, onderzoeksrapport NIVEL 2017.

20 D. Seys e.a., ‘Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A systematic review’, *Evaluation & the Health Professions* 2013-36, p. 155.

21 HR 11 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR6657 (ABN AMRO/Nieuwenhuys), r.o. 4.1.2.

22 De Hoge Raad benadrukt dat keer op keer. Zie bijvoorbeeld HR 5 november 2004, ECLI:NL:HR:2005:AP1463 (Stichting De Lozerhof), r.o. 3.7 en HR 11 november 2005, ECLI:NL:HR:2005:AU3313 (Bayar/Wijnen).

plicht.²³ De werkgever is immers aansprakelijk op grond van artikel 7:658 BW als de werknemer gemotiveerd heeft gesteld en zo nodig bewezen dat hij schade heeft opgelopen in de uitvoering van zijn werkzaamheden, tenzij de werkgever bewijst dat hij aan zijn zorgplicht heeft voldaan, dan wel dat de werknemer zich schuldig heeft gemaakt aan opzet of bewuste roekeloosheid.²⁴ Krachtens artikel 7:658 lid 2 BW ligt de bewijslast voor het voldoen aan de zorgplicht dus bij de werkgever. Wat ('redelijkerwijs') verlangd mag worden, valt in zijn algemeenheid echter moeilijk te zeggen.²⁵ Van belang voor deze beoordeling is in ieder geval of de werkgever bekend is (of had moeten zijn) met de (geestelijke) gezondheidsrisico's voor zijn werknemers. Aan de werkgever worden derhalve kennis-eisen gesteld. In de rechtspraak wordt met betrekking tot deze kennis-eisen en ter invulling van de zorgplicht aangenomen dat op de werkgever een onderzoeksplicht rust.²⁶ De reikwijdte van deze onderzoeksplicht hangt af van de omstandigheden van het geval, zoals de aard van de werkzaamheden en de blootstelling aan de omstandigheden die het geestelijk welzijn van de werknemer kunnen beïnvloeden.²⁷ Naar mate het (geestelijke) gezondheidsrisico voor de werknemer ernstiger is, weegt de onderzoeksplicht van de werkgever naar de (geestelijke) gesteldheid van zijn werknemer zwaarder en kan van de werkgever meer worden verlangd. Er worden in die zin vrij hoge eisen gesteld aan de kennis van de werkgever in het kader van de invulling van de zorgplicht. Van de werkgever wordt verwacht dat deze onderzoek doet naar de veiligheidsrisico's. De werkgever mag zich in dit kader niet verschuilen achter onwetendheid van anderen en moet bij de beoordeling van risico's uitgaan van een zekere mate van onoplettendheid van zijn werknemers.²⁸ Met deze eisen wordt in feite een verband gelegd tussen de stand van de wetenschap en techniek (*state of the art*) en het kennisniveau in de bedrijfstak (*state of the industry*).²⁹ Van de werkgever wordt verwacht dat hij inspeelt op datgene wat hem bekend is (of behoort te zijn) omtrent de gezondheidsrisico's die zijn werknemers (kunnen) lopen.

In de jurisprudentie, in het bijzonder in de 'Kelderluikcriteria'³⁰ en in de arbeidsomstandighedenwetgeving kunnen voor invulling van de zorgplicht van de werkgever aanknopingspunten gevonden worden.³¹ Zo volgt uit een uitspraak over gebrek aan opvang door de Nederlandse Spoorwegen aan een treinmachinist, die tijdens werktijd met negen zelfdodingen op het spoor was geconfronteerd, dat de werkgever na een traumatische gebeurtenis gehouden kan zijn de betrokken werknemer - ter voorkoming of verzachting van psychisch letsel - actief te begeleiden en opvang te bieden.³² Voorts kan van de werkgever worden verlangd dat deze met enige regelmaat informeert naar de (psychische) gesteldheid van zijn werknemers, bijvoorbeeld door het voeren van functioneringsgesprekken.³³

Al met al geldt dat naar mate er meer bekend is over de psychische effecten van de werkzaamheden op de werknemer, van de werkgever in het kader van de invulling van de zorgplicht (en dus van de norm '*als redelijkerwijs nodig is*') kan en mag worden verlangd dat deze nazorgmaatregelen treft om de werknemer te beschermen tegen de gevolgen van (psychisch) arbeidsgerelateerd letsel. Een en ander geldt logischerwijs ook voor de werkgever-werknemer verhouding in de ziekenhuissituatie.

23 S.D. Lindenbergh, *Arbeidsongevallen en beroepsziekten*, Monografieën Privaatrecht, Deventer: Wolters Kluwer 2009, p. 44.

24 HR 10 december 1999, ECLI:NL:HR:1999:AA3837 (Fransen/Pasteurziekenhuis).

25 Asser/Heerma van Voss 7-V, 2015/259.

26 Lindenbergh 2009 (zie noot 23), p. 54-55. Zie onder meer in het specifieke geval van asbestose bij de werknemer HR 6 april 1990, ECLI:NL:HR:1990:AB9376 (Janssen/Nefabas), r.o. 3.4.

27 M.S.A. Vegter, Vergoeding van psychisch letsel door de werkgever (diss. Vrije Universiteit Amsterdam), Den Haag: Sdu Uitgevers 2005, p. 93.

28 Lindenbergh 2009 (zie noot 23), p. 54-55.

29 Lindenbergh 2009 (zie noot 23), p. 54-55.

30 HR 5 november 1965, ECLI:NL:HR:AB7079 (Kelderluik), op grond waarvan in het licht van de omstandigheden van het gegeven geval kan worden beoordeeld of en in hoeverre aan iemand die een situatie in het leven roept die voor anderen bij niet-inachtneming van vereiste oplettendheid en voorzichtigheid gevaarlijk is, de eis kan worden gesteld dat hij rekening houdt met de mogelijkheid dat die oplettendheid en voorzichtigheid niet zullen worden betracht en met het oog daarop bepaalde veiligheidsmaatregelen treft. In HR 11 november 2005, ECLI:NL:HR:2005:AU3313 (Bayar/Wijnen) heeft de Hoge Raad deze criteria nader uitgewerkt voor op artikel 7:658 lid 2 BW gebaseerde aansprakelijkheid.

31 Zie bijvoorbeeld Hof Den Bosch 19 januari 2016, ECLI:NL:GHSHE:2016:133, waarin het ziekenhuis waar de werknemer (anesthesieassistent) werkzaam was naar het oordeel van het hof de werknemer te weinig begeleiding had geboden bij terugkeer op het werk en daarmee de zorgplicht volgens artikel 3 Arbowet schond. Zie voorts Lindenbergh 2009 (zie noot 23), p. 47-62.

32 Rb. Utrecht 4 september 2002, ECLI:NL:RBUTR:2002:AE7348 (De Jonge/NS), r.o. 2.4, 4.10-4.11. Feit in deze zaak was, r.o. 2.4: "Tot voor kort was bij de NS geen vorm van opvang of (psychische) begeleiding geregeld voor machinisten die met een zelfdoding waren geconfronteerd." De rechter overwoog in r.o. 4.10: "Artikel 3 Arbowet behelst onder meer de norm dat de "werkgever, gelet op de stand van de wetenschap, doeltreffende maatregelen treft, teneinde gevaren en risico's voor de gezondheid van de werknemer zoveel mogelijk te voorkomen dan wel te beperken, tenzij dit redelijkerwijs niet kan worden gevergd". De stand van de wetenschap jo. art 3 Arbowet kan een *concrete norm* opleveren in het kader van artikel 7:658 BW. (...) En in r.o. 4.11: "Zoals de stand van de medische wetenschap omtrent het verband tussen bepaalde stoffen (zoals asbest) en ernstige ziekten op de werkgever de verplichting kan leggen tot het nemen van preventieve of beschermende maatregelen (HR 25 juni 1993, NJ 1993, 686), zo kan ook de stand van de wetenschap omtrent de effecten van -psychologische en vroegtijdige- hulp en begeleiding van mensen die, zoals treinbestuurders na een ongeval, indringend geconfronteerd worden met potentieel traumatiserende gebeurtenissen, de NS verplichten tot het nemen van maatregelen."

33 Zie bijvoorbeeld Hof Amsterdam 3 juli 2008, ECLI:NL:GHAMS:2008:BG3727, r.o. 3.8.6.

Zorgverplichting ziekenhuis na incident voor zorgverlener met psychische schade

Zoals hiervoor beschreven, schept artikel 7:658 lid 1 BW een ‘basisverantwoordelijkheid’ voor het ziekenhuis jegens de zorgverlener in loondienst. In het bredere kader van deze bepaling kunnen ook in de cao aanknopingspunten gevonden worden. Voor de zorgverlener in loondienst (niet zijnde een medisch specialist) van een algemeen ziekenhuis geldt de ‘Cao Ziekenhuizen 2017-2019’.³⁴ Uitgangspunt volgens deze cao (en meer in het bijzonder het bijhorende protocol Bijlage H)³⁵ is dat het ziekenhuis zorgdraagt voor adequate opvang van zorgverleners die een traumatische ervaring op de werkvloer hebben meegemaakt. Het ziekenhuis dient daartoe een regeling te ontwerpen in overleg met de ondernemingsraad.

Art. 7:658 lid 1 BW schept een ‘basisverantwoordelijkheid’ voor het ziekenhuis jegens de zorgverlener in loondienst

De cao geldt op zichzelf echter niet voor medisch specialisten in dienst van het ziekenhuis. Op deze medisch specialisten zijn de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS) van toepassing. Deze AMS vormt weliswaar een (volledige) arbeidsvoorwaardelijke regeling, maar maakt wel als afzonderlijk hoofdstuk deel uit van de Cao Ziekenhuizen.³⁶ Het lijkt ook om die reden verdedigbaar te stellen dat het ziekenhuis niet alleen jegens de zorgverlener (niet zijnde de medisch specialist) in loondienst, maar ook jegens de zorgverlener (wel zijnde medisch specialist) in loondienst een verantwoordelijkheid draagt ten aanzien van adequate opvang ingeval van een incident. Ook uit de Cao Ziekenhuizen lijkt te volgen dat het ziekenhuis een actieve rol dient te vervullen in het bieden van begeleiding aan de zorgverlener na een incident.

In dit verband is tevens de Governancecode Zorg 2017 van belang.³⁷ Op grond van deze code dient het ziekenhuis, meer specifiek de raad van bestuur, een cultuur te bevorderen waarin dilemma’s worden besproken en ‘fouten’, waar-

onder ook kan worden verstaan incidenten, gemeld worden en waarover (ter lering) open en eerlijk wordt gecommuniceerd.³⁸ De raad van bestuur dient voorts maatregelen te treffen om het veilig en zorgvuldig melden van incidenten mogelijk te maken en dient te zorgen voor procedures om met die ‘fouten’ om te gaan en daar van te leren.³⁹ Toepassing van de code is niet vrijblijvend en de principes uit de code zijn leidend. Dit impliceert dat (de raad van bestuur van) het ziekenhuis een actieve rol moet vervullen zodat de zorgverlener ingeval van een incident (indien gewenst) begeleid wordt in de wijze waarop de zorgverlener met de verwerking daarvan om gaat. De zorgverlener zelf kan invloed uitoefenen op de naleving van de code door het ziekenhuis; door het indienen van een toetsingsverzoek bij de Governancecommissie Gezondheidszorg in het geval de zorgverlener meent op enigerlei wijze nadeel te hebben ondervonden van de wijze waarop het ziekenhuis de code naleeft.⁴⁰

Hoewel zorgverleners niet algeheel gevrijwaard kunnen worden van psychisch letsel na een incident, kan het ziekenhuis wel beleid ontwikkelen en uitvoeren op grond waarvan aan de zorgverlener (zo nodig) post-incidentele zorg wordt verleend.⁴¹ Nu er steeds meer bekend is over de psychische impact van een incident op de zorgverlener, kan en mag verondersteld worden dat het ziekenhuis ter invulling van de zorgplicht de zorgverlener na een incident adequaat ondersteunt. Van het ziekenhuis mag in het kader van artikel 7:658 lid 1 BW een actieve rol worden verwacht. Wanneer het ziekenhuis geen beleid voert met betrekking tot het (geestelijk) welzijn van de zorgverlener, kan aansprakelijkheid op grond van artikel 7:658 lid 2 BW in beeld komen.⁴² Dit kan resulteren in grote financiële consequenties voor het ziekenhuis, hetgeen afhangt van de wijze waarop het ziekenhuis voor werkgeveraansprakelijkheid verzekerd is. Door adequate opvang van de zorgverlener na het plaatsvinden van een incident zou deze kostenpost voorkomen kunnen worden. Uit recent Amerikaans onderzoek blijkt namelijk dat het bieden van zorg aan de zorgverlener na een incident het ziekenhuis een substantiële kostenbesparing kan opleveren.⁴³ Ook in dat kader lijkt het van belang dat het ziekenhuis nazorgbeleid ontwikkelt en naleeft.

34 Cao Ziekenhuizen 2017-2019, te raadplegen via Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl.

35 Cao Ziekenhuizen 2017-2019, Bijlage H Protocol aanbevelingen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden in ziekenhuizen en ter bestrijding van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkdruk, waarin als uitgangspunt staat: “De werkgever draagt zorg voor een adequate opvang van werknemers die een traumatische ervaring hebben gehad, die verband houdt met de uitoefening van de functie. De werkgever ontwerpt daartoe een regeling in overleg met de ondernemingsraad.”

36 Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten 2016, te raadplegen via Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl. Artikel 2.4 juncto hoofdstuk 15 (Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten) van de Cao Ziekenhuizen en artikel 1.2 AMS (Samenhang Cao Ziekenhuizen en AMS).

37 Brancheorganisaties Zorg, *Governancecode Zorg*, Utrecht 2017. Te raadplegen via: governancecodezorg.nl.

38 Governancecode Zorg 2017 (zie noot 37), principe 2, bepaling 2.3.

39 Governancecode Zorg 2017 (zie noot 37), principe 2, bepaling 2.3.

40 Governancecode Zorg 2017 (zie noot 37), principe 2, bepaling 3.4.

41 D. Seys e.a., ‘Supporting involved health care professionals (second victims) for an adverse health event: A literature review’, *International Journal of Nursing Studies* 2012-7, p. 8.

42 Zie algemeen: A.J. Verheij, ‘Vergoedbaarheid van shockschade van professionele hulpverleners’, in: A.J. Akkermans en E.H.P. Brans (red.), *Aansprakelijkheid en schadeverhaal bij rampen*, Nijmegen: Ars Aequi Libri 2002, p. 292.

43 D. Moran e.a., ‘Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff’, *Journal of Patient Safety* 2017-April, p. 1-5.

Wijzen van vormgeving opvang en zorg na een incident

Uitgaande van de zorgplicht om de zorgverlener na een incident opvang te bieden, is het de vraag hoe deze opvang vormgegeven kan worden. Zowel in de praktijk als in de literatuur zijn voorbeelden te vinden. In de literatuur wordt voornamelijk aandacht besteed aan twee opvangsystemen die beide die uitgaan van nazorg door een georganiseerd *peer supportteam*, dat zorgverleners na een incident opvang biedt: het Scott Three-Tiered Interventional Model of Second Victim Support ('Scott Model'⁴⁴) en de systematiek volgens het aanbevelingsrapport van het Institute for Healthcare Improvement ('IHI'⁴⁵), een Britse non-profit organisatie gericht op wereldwijde verbetering van zorg. Beide opvangsystemen hanteren als uitgangspunt collegiale ondersteuning in de vorm van *peer support* naast de eventuele 'eerste hulp' van collega's ter plaatse. Zowel volgens het Scott Model als volgens de systematiek van het IHI wordt daarbij de mogelijkheid open gehouden om de zorgverlener die als gevolg van een incident psychisch lijdt te adviseren (intern of extern) professionele hulp te zoeken.⁴⁶

Hoewel bij veel ziekenhuizen opvang van de zorgverlener nog in de kinderschoenen staat, initiëren steeds meer ziekenhuizen (een vorm van) opvang

Hoewel bij veel ziekenhuizen opvang van de zorgverlener nog in de kinderschoenen staat, initiëren steeds meer ziekenhuizen (een vorm van) opvang. De wijze waarop ziekenhuizen hier invulling aan geven verschilt.⁴⁷ Een aantal (academische) ziekenhuizen in Nederland biedt nazorg in de vorm van een *peer support* programma. Daarbij kunnen *peer supporters* op informele wijze hun collega's na een incident allerhande ondersteuning (een gesprek, een luisterend oor) bieden en hen, zo nodig, adviseren interne of externe professionele hulp te zoeken.⁴⁸ Naast een ondersteunende

functie heeft deze collegiale ondersteuning ook een signalerende functie. Het programma lijkt in die zin overeen te komen met zowel opvang volgens het Scott Model als het aanbevelingsrapport van het IHI.

Ter invulling van de zorgplicht door het bieden van ondersteuning na een incident aan de zorgverlener kan wellicht aansluiting gevonden worden bij de nazorg die de politie biedt. Ook de politie biedt nazorg door middel van collegiale ondersteuning, waarbij politieagenten worden gesteund door collega's uit dezelfde eenheid. De steun die de politie intern biedt wordt georganiseerd aan de hand van de daarvoor specifiek ingestelde "Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerd".⁴⁹ Deze richtlijn beoogt geüniformeerde hulpverleners (zoals bijvoorbeeld ook brandweerlieden en ambulancemedewerkers) optimale psychosociale ondersteuning te bieden, zodat stressgerelateerde gezondheidsklachten en werkuitval na rampen en schokkende gebeurtenissen zoveel mogelijk wordt voorkomen.⁵⁰

Voor effectief nazorgbeleid moet het taboe, dat op het 'tweede slachtoffer-fenomeen' lijkt te rusten, doorbroken worden

Ook met een eventuele richtlijn zal het de vraag zijn in hoeverre zorgverleners bereid zijn tot het vragen dan wel aanvaarden van opvang ingeval van een incident. Hoewel steeds meer ziekenhuizen de mogelijkheid tot opvang en nazorg bieden, blijkt namelijk uit verschillende (internationale) onderzoeken dat zorgverleners deze hulp niet snel aanvaarden.⁵¹ Aan de verplichting van het ziekenhuis doet dit als zodanig niet af. Om op adequate wijze nazorg te kunnen bieden, moet het ziekenhuis aldus op dit gedrag van de zorgverlener inspelen. Mogelijk dat de aanvaarding vergroot kan worden als het ziekenhuis reeds proactief ondersteuning biedt, bijvoorbeeld door de kenbaarheid van het opvangsysteem en de personen die *peer support* kunnen bieden ziekenhuisbreed te vergroten. Ook het opstellen, naleven en nadrukkelijk onder de aandacht brengen van een specifieke richtlijn gericht op het bieden van ondersteuning aan de zorgverlener, zoals het geval is bij onder meer de politie, zou kunnen bijdragen aan de bereidheid van de zorgverlener om hulp te aanvaarden.

44 S.D. Scott e.a. 'Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team', *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2010-5, p. 236-237.

45 J. Conway e.a., 'Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events', IHI Innovations Series white paper, Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement 2010, p. 11-12. Te raadplegen via www.ihl.org.

46 Een *peer supporter* kan in die functie niet zelf professionele hulp inschakelen, omdat hij geen behandelaar is van en geen geneeskundige behandelovereenkomst heeft met de zorgverlener.

47 L.M. Verhoef e.a., 'The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands', *BMJ Open* 2015-5, p. 6.

48 Waaronder het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het Academisch Medisch Centrum (AMC). Recentelijk zijn ook het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC), het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), het UMC Utrecht (UMCU) en het VU medisch centrum (VUmc) gestart met een *peer supportteam*, deze UMC's wisselen best practices uit (zie www.nfukwaliteit.nl).

49 Impact & Trimbos instituut 2010, 'Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerd', te raadplegen via www.impact-kenniscentrum.nl. Onder meer het Nederlands Huisartsengenootschap, Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging voor Brandweertzorg en Rampenbestrijding, Koninklijke Marechaussee en Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij zijn deelnemende organisaties bij deze richtlijn.

50 Impact & Trimbos instituut 2010 (zie noot 49), p. 3.

51 M.E. De Wit e.a., 'Supporting second victims of patient safety events: shouldn't these communications be covered by legal privilege?' *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2013-4, p. 852-858. Zie ook S. Broersen, 'Artsen negeren eigen werkgerelateerde klachten', *Medisch Contact* 2016-4.

Een en ander kan leiden tot adequate invulling van de zorgplicht van het ziekenhuis en daarmee tot effectieve begeleiding van de zorgverlener na een incident.

Tot slot

Betrokken zijn bij een incident kan psychische impact hebben op de zorgverlener. Uit vorengaande blijkt dat het ziekenhuis uit hoofde van artikel 7:658 lid 1 BW de verantwoordelijkheid heeft om de zorgverlener ingeval van een incident nazorg te bieden. In dat kader kunnen de Cao Ziekenhuizen en de Governancecode Zorg voor de beoordeling van de aansprakelijkheid relevant zijn. Wanneer het ziekenhuis verzuimt bij het naleven van de zorgplicht, is het ziekenhuis volgens artikel 7:658 lid 2 BW in principe aansprakelijk voor de uit het incident bij de zorgverlener voortvloeiende (psychische) schade.

Er zijn verschillende mogelijkheden voor het bieden van opvang en nazorg. Tot op heden bestaat in Nederland (nog) geen vast beleid om ingeval van een incident de zorgverlener op te vangen en hulp te bieden. In de literatuur en de praktijk lijkt op dit moment de voorkeur uit te gaan naar collegiale ondersteuning door middel van *peer support* met de mogelijkheid om de betrokken zorgverlener, indien nodig, te adviseren professionele hulp te zoeken. Hoe opvang er in de praktijk uit zou kunnen (en wellicht moeten) zien, kan onderwerp van nader onderzoek zijn. Aandachtspunt in dezen is dat zorgverleners nazorg niet snel lijken te aanvaarden. Voor effectief nazorgbeleid moet het taboe, dat op het ‘tweede slachtoffer-fenomeen’ lijkt te rusten, doorbroken worden.

Over de auteur

Mr. ChiChi I.M. de Haan is advocaat bij KBS Advocaten te Utrecht.