

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Veiligheid en gezondheid van de werknemers versus veiligheid en gezondheid van de patiënten

Flohimont, Valerie; Cannie, Mieke

Published in:

Liber amicorum Wilfried Rauws

Publication date:

2021

Document Version

le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Flohimont, V & Cannie, M 2021, Veiligheid en gezondheid van de werknemers versus veiligheid en gezondheid van de patiënten: Een benadering van de verhouding tussen welzijnswet en kwaliteitswet. in K Nevens, K Salomez, E Timbermont & G Van Limberghen (eds), *Liber amicorum Wilfried Rauws: Werk opgedragen aan een onvolprezen jurist*. Intersentia, Antwerpen, pp. 431-443.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

VEILIGHEID EN GEZONDHEID VAN DE WERKNEMERS VERSUS VEILIGHEID EN GEZONDHEID VAN DE PATIËNTEN

Een benadering van de verhouding tussen Welzijnswet en Kwaliteitswet

Valerie FLOHIMONT

Professor Unamur

Vicerector HR, Welzijn en Veiligheid op het werk

Mieke CANNIE

Professor Vrije Universiteit Brussel – Université Libre de Bruxelles

*Diensthooft Radiologie UVC Brugmann**

I. INLEIDING

In een periode waarin veiligheid en gezondheid op de voorgrond staan, wensen wij even stil te staan bij twee normatieve kaders die zowel op veiligheid als op gezondheid focussen: de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk (hierna Welzijnswet) en de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (hierna Kwaliteitswet).

De Kwaliteitswet is weliswaar in werking getreden op 1 juli 2021, terwijl de Welzijnswet al lang op de werkvloer wordt toegepast. Dit neemt niet weg dat meerdere bepalingen, of laten wij zeggen meerdere regels en principes, van de Kwaliteitswet reeds praktische uitvoeringen hebben gevonden dankzij het professionalisme van gezondheidszorgbeoefenaars. Zij hebben klaarblijkelijk niet op de Kwaliteitswet gewacht om voor de veiligheid en de gezondheid van hun patiënten te zorgen, door voortdurend te streven naar een betere kwaliteit van de zorgverstrekingen.

* De auteurs danken Clementine DELPORTE, interne in de geneeskunde (ULB), voor haar frisse blik op de geneeskunde en voor haar medewerking.

Meestal worden veiligheid en gezondheid van de patiënten apart van veiligheid en gezondheid van de werknemers bekeken. Nochtans zijn beide sterk met elkaar verbonden. Omwille van de risicovolle en woelige periode die wij doormaken, willen wij graag de band tussen veiligheid en gezondheid van de werknemers en veiligheid en gezondheid van de patiënten in de schijnwerpers plaatsen, met een bijzondere aandacht voor het ziekenhuispersoneel. Dit is ook de reden waarom wij de handen in elkaar hebben geslagen om de onderstaande bijdrage samen te schrijven. Dankzij onze gemeenschappelijke kennis en expertise kunnen we onze vakdomeinen bundelen en laten interageren om een gemeenschappelijke blik te werpen op het aangehaalde onderwerp.

De kernvraag van onze bijdrage is te bepalen hoe en in welke mate veiligheid en gezondheid van de werknemers en veiligheid en gezondheid van de patiënten elkaar beïnvloeden op het terrein, in een context waar kwaliteit van het geleverde werk en van de zorgverlening centraal staan.

Om een antwoord hierop voor te stellen, bespreken wij eerst de Welzijnswet en de Kwaliteitswet vanuit een teleologisch oogpunt. We gaan het doel van de wetgever na om de verschillen en/of gelijkenissen tussen beide wetten naar voren te brengen (II. Teleologische benadering van de Welzijnswet en de Kwaliteitswet). Daarna bekijken we van dichtbij de maatschappelijke context en de evolutie van de jongste jaren inzake gezondheid, veiligheid en kwaliteit. *Prima facie* lijkt de belofte van een risicoloze maatschappij steeds meer aan belang te winnen, maar is een dergelijke belofte haalbaar inzake veiligheid en gezondheid? (III. Veiligheid en gezondheid in een risicoloze maatschappij?) Ten slotte analyseren wij de situatie van de laatste maanden op het terrein, meer bepaald in het ziekenhuiswezen, om de interacties tussen werknemers en patiënten vanuit een veiligheids- en gezondheidsoogpunt te bestuderen (IV. Interacties tussen werknemers en patiënten inzake veiligheid en gezondheid).

II. TELEOLOGISCHE BENADERING VAN DE WELZIJSWET EN DE KWALITEITSWET

A. DE WELZIJSWET

Zoals bekend is de Welzijnswet de hoeksteen van de veiligheid en de gezondheid op het werk. Ze bevat algemene principes die de werkgevers in staat moeten stellen een algemeen geïntegreerd beleid te voeren inzake preventie en bescherming op het werk.

Welzijn wordt vrij ruim gedefinieerd en verwijst naar *“het geheel van factoren betreffende de omstandigheden waarin arbeid wordt verricht zoals de arbeidsveiligheid, de bescherming van de gezondheid van de werknemer op het werk, de psychosociale aspecten van het werk, de ergonomie, de arbeidshygiëne, de verfraaiing*

van de arbeidsplaatsen, de maatregelen van de onderneming inzake leefmilieu wat betreft hun invloed op de [net opgesomde factoren]”.¹

Samengevat werd de Welzijnswet in 1996 aangenomen ter vervanging van de wet van 10 juni 1952 betreffende de veiligheid en de gezondheid van de werknemers alsmede de salubriteit van het werk en van de werkplaatsen. De wet is het gelijkgerichte resultaat van de evolutie van de Europese regelgeving en van de wetenschappelijke ontwikkelingen in de verschillende welzijnsdomeinen.

De Welzijnswet bracht belangrijke vernieuwingen met zich mee, waaronder de vervanging van gedetailleerde middelenvoorschriften (zoals in de ARAB² bepaald) door doelvoorschriften.³ Met andere woorden, het komt aan de ondernemingen toe om ervoor te zorgen dat de veiligheid en de gezondheid van de medewerkers worden gevrijwaard, door het aannemen en uitvoeren van de noodzakelijke preventiemaatregelen. Die maatregelen worden bepaald aan de hand van een risicoanalyse, rekening houdend met de concrete werksituaties binnen de onderneming.

Het toepassingsgebied van de Welzijnswet is tamelijk breed. Het betreft zowel de privé- als de publieke sector, ongeacht de grootte van de onderneming of instelling. Vanaf één medewerker is het bedrijf onderworpen aan de welzijnswetgeving. Hoewel de bescherming gericht is op werknemers, d.i. personen die aan de werkgever verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst of op basis van een statuut, worden daarnaast bepaalde personeelscategorieën met werknemers gelijkgesteld.⁴ Die gelijkstelling interesseert ons vooral omdat ze duidelijk de wil van de wetgever illustreert om aan zoveel mogelijk mensen een veilige en gezonde werkomgeving te bieden. De wetgever gaat er immers van uit dat alle personen die in dezelfde situatie hun werk uitvoeren, dezelfde bescherming moeten kunnen genieten.

De werkgever is de eindverantwoordelijke voor de toepassing van de welzijnsreglementering binnen het bedrijf. Niettemin berust die verantwoordelijkheid niet alleen bij de werkgever, maar bij alle ondernemingsactoren. Het gaat zowel om de hiërarchische lijn als om alle personeelsleden, ongeacht hun functie. In die zin is de veiligheid en de gezondheid op het werk de zaak van iedereen, met een kernpersoon als doelwit: de werknemer (en de daarmee gelijkgestelden).

In dat kader dient de werkgever de nodige informatie en opleiding aan personeelsleden te verschaffen. Vanaf de eerste werkdag en gedurende de hele loopbaan binnen de onderneming moet de werknemer op de hoogte worden gebracht

¹ Art. 3, § 1, 1° jo. art. 4, § 1, 1°-7° Welzijnswet.

² Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming.

³ FOD WERKGELEGENHEID, ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG, “De welzijnswet en de codex over het welzijn op het werk”, <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk> (consultatie: 11 mei 2021).

⁴ Art. 2, § 1 en § 2 Welzijnswet. Het gaat o.a. om stagiairs, studenten en leerlingen, personen verbonden door een leerovereenkomst, personen die betrokken zijn bij de werkzaamheden betreffende tijdelijke of mobiele bouwplaatsen.

van de risico's waaraan hij blootgesteld kan worden, de preventiemaatregelen die nageleefd moeten worden enz.

B. DE KWALITEITSWET

Volgens de wetgever is er "nood aan een overzichtelijk wettelijk kader met het oog op kwaliteitsvolle en veilige verstrekkingen van gezondheidszorgbeoefenaars".⁵ Die nood wordt weliswaar aangewakkerd door de Europese Unie, daar Europa in een aantal regelgevingen de nadruk legt op "kwaliteit en veiligheid van (grensoverschrijdende) zorg" alsook op toegang "tot kwaliteitsvolle zorg ongeacht de financiering, organisatie en verstrekking".⁶ Volgens de Raad van Europa zijn de lidstaten bovendien verantwoordelijk voor het aanbieden van een veilig gezondheidssysteem.⁷

De Belgische Kwaliteitswet bevat geen definitie van kwaliteit of kwaliteitsvolle verstrekkingen. In de voorbereidende werken bepaalt de wetgever dat "kwaliteitsvolle verstrekkingen [zijn] die patiënt-gestuurd, effectief, efficiënt, tijdig, billijk en veilig zijn".⁸ In de wet zelf is er vooral sprake van kwaliteitsver-eisten en -controle. Dit komt erop neer dat het begrip 'kwaliteit' vooral op en door het terrein wordt bepaald. Het komt aan de gezondheidszorgbeoefenaars toe om een praktische definitie van de kwaliteit in het leven te roepen (*infra*).

Hetzelfde geldt inzake veiligheid. De Kwaliteitswet houdt meerdere veiligheidsvereisten in, maar stelt geen definitie van veiligheid voor. In de memorie van toelichting spreekt de wetgever van veilige verstrekking als "de patiënt geen schade lijdt door de verstrekking of door zijn/haar contact met de gezondheidszorg-beoefenaar. De schade kan gaan van tijdelijke hinder, pijn, ongemak, ongerustheid, angst, vertraagd herstel, (verlengd) ziekenhuisverblijf tot blijvende schade, letsels en handicaps en vermijdbare sterfte".⁹

Met andere woorden, zowel inzake kwaliteit als veiligheid heeft de wetgever er vooral voor gezorgd een aantal beschermings- en vrijwaringsmechanismen te bepalen waarin therapeutische vrijheid en keuze van de patiënt elkaar ontmoeten. De toenmalige minister van Volksgezondheid, Maggie De Block, heeft trouwens uitdrukkelijk gezegd dat de Kwaliteitswet tot doel heeft een concrete invulling te

⁵ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 6.

⁶ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 5.

⁷ Recommandation du Conseil (de l'Europe) du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci, *Journal officiel de l'Union européenne*, C 151/1-C 151/6.

⁸ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 6.

⁹ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvR, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 6.

geven aan het recht op kwaliteitsvolle zorg dat door de Patiëntenrechtenwet¹⁰ gegarandeerd wordt.¹¹

Kwaliteitsvolle gezondheidszorgen worden o.a. gegarandeerd door de permanente vorming van de gezondheidszorgbeoefenaars. Zo heeft de wetgever de technologen in medische beeldvorming en de radiologen ertoe verplicht om op drie- of vijfjaarlijkse basis een minimumaantal uren vorming in stralingsveiligheid te volgen.¹² Het up-to-date blijven inzake stralingsveiligheid laat de betrokkenen toe om voor de veiligheid van de patiënten te zorgen en op die manier hoogkwalitatieve gezondheidsverstrekkingen te leveren. Daarnaast dragen dergelijke opleidingen bij tot de eigen veiligheid van de zorgverleners (*infra*).

Een ander voorbeeld m.b.t. het streven naar hoogkwalitatieve gezondheidszorgen is de accreditering. Het systeem van accreditering voor artsen en apothekers werd eveneens om kwaliteitsredenen ingevoerd. Accreditering is een "engagement van artsen (...) om een kwalitatief hoogstaande dienstverlening te garanderen, via navorming, 'peer review' en over het algemeen ook een drempe-lactiviteit van een minimumaantal patiëntencontacten".¹³ Artsen die hun accreditering willen behouden, moeten een aantal *credit points* (CP) verzamelen. Het bevoegde paritair comité kent aan vormingsactiviteiten CP toe. De vormingsactiviteiten kunnen diverse vormen aannemen en hebben betrekking op gedi-versifieerde onderwerpen: vaktechnische opleidingen, wetenschappelijke semi-naries, ethiek, economie, lokale kwaliteitsgroepen (LOK, d.i. een vorm van *peer review* en uitwisseling van *best practices*) ... Dankzij deze verscheidenheid van het aanbod draagt accreditering in principe bij tot een betere kwaliteit van de zorg.¹⁴ In dat kader moeten radiologen bijvoorbeeld 20 CP verzamelen op een referteperiode van 12 maanden. De te verzamelen 20 CP dienen minstens 3 CP 'ethiek en economie' en twee deelnames aan LOK's te bevatten.

Het toepassingsgebied van de Kwaliteitswet is zeer ruim en omvat alle vormen van zorgverlening, ongeacht de plaats of de hoedanigheid van de gezondheidszorgbeoefenaar. Het is een bewuste keuze van de wetgever.¹⁵

¹⁰ Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

¹¹ M. DE BLOCK, "Extra garanties op kwaliteitsvolle en veilige zorg voor de patiënt", <https://www.maggiedeblock.be/extra-garanties-op-kwaliteitsvolle-en-veilige-zorg-voor-de-patient/> (consultatie: 10 mei 2021).

¹² Art. 86 KB 13 februari 2020 betreffende de medische blootstellingen en blootstellingen bij niet-medische beeldvorming met medisch-radiologische uitrustingen.

¹³ RIZIV, *Accreditering en opleiding*, <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/opleiding-accreditering/Paginas/default.aspx> (consultatie: 18 mei 2021).

¹⁴ RIZIV, *Accreditering en opleiding*, <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/opleiding-accreditering/Paginas/default.aspx> (consultatie: 18 mei 2021).

¹⁵ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 7.

De wetgever beoogt immers “de strenge kwaliteitsnormen die vandaag gelden binnen de ziekenhuizen binnen de volledige gezondheidszorg”¹⁶ te garanderen. Bovendien is hij van mening dat “de patiënt altijd en overal op zorg van de hoogst mogelijke kwaliteit moet kunnen rekenen, ongeacht wie die zorg toedient of waar dat gebeurt”.¹⁷

Het dient te worden opgemerkt dat de kwaliteit van de zorgverlening niet alleen de artsen maar alle gezondheidszorgbeoefenaars betreft, ongeacht de kwalificatie of het diploma en ongeacht hun werkorganisatie of instelling. Anders gezegd, de regels gelden zowel voor bijvoorbeeld de huisarts of de kinesitherapeut die alleen werkt als voor de (multidisciplinaire) praktijken en de ziekenhuizen. De juridische kwalificatie van het contract dat eventueel afgesloten wordt tussen de gezondheidszorgbeoefenaar en de organisatie (d.i. het ziekenhuis, de huisartsenpraktijk enz.) is hier van geen belang. Kortom, het uitgangspunt van de Kwaliteitswet is dat de kwaliteit van de zorgverlening de zaak van iedereen is. Er is een kernpersoon: de patiënt.

Vermits de patiënt centraal staat, moet de patiënt over de nodige informatie beschikken. Die informatie wordt verder beschreven in de Patiëntenrechtenwet, ook al beschouwt de wetgever de Patiëntenrechtenwet als een principeswet die eerder mensenrechten beschrijft.¹⁸ Volgens de wetgever vertaalt de Kwaliteitswet “een aantal bepalingen van de patiëntenrechtenwet in praktisch toepasbare regels”.¹⁹ Bijgevolg dient de Kwaliteitswet te worden beschouwd als een *lex specialis* t.o.v. de Patiëntenrechtenwet.²⁰

C. CONCLUSIE

In onze bondige teleologische benadering van de Kwaliteits- en de Welzijnswet, kunnen we vaststellen dat het respectievelijke normatieve kader ervan gelijkenissen vertoont.

Zo werden de Kwaliteitswet en de Welzijnswet grotendeels door Europese regelgeving op gang gebracht.

¹⁶ M. DE BLOCK, “Extra garanties op kwaliteitsvolle en veilige zorg voor de patiënt”, <https://www.maggiedeblock.be/extra-garanties-op-kwaliteitsvolle-en-veilige-zorg-voor-de-patient/> (consultatie: 10 mei 2021).

¹⁷ M. DE BLOCK, “Extra garanties op kwaliteitsvolle en veilige zorg voor de patiënt”, <https://www.maggiedeblock.be/extra-garanties-op-kwaliteitsvolle-en-veilige-zorg-voor-de-patient/> (consultatie: 10 mei 2021).

¹⁸ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr.344/001, 9.

¹⁹ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 10.

²⁰ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 10.

In beide wetten beoogt de wetgever een zo breed mogelijk toepassingsgebied te bepalen. In het eerste geval in het voordeel van de patiënt, in het tweede geval in het voordeel van de werknemers (in de brede betekenis van het woord). Alle betrokken actoren moeten actief deelnemen aan de verbetering van de veiligheid en de gezondheid, hetzij als verbetering van het welzijn op het werk, hetzij als verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekkingen. Het gaat niet om de verantwoordelijkheid van de ene of andere leidinggevende, maar wel om de verantwoordelijkheid van iedereen. De aanpak is ongetwijfeld collectief.

In dat kader dienen zowel werknemers als patiënten de nodige informatie en, zo nodig, opleidingen te krijgen. Beiden moeten immers weten aan welke risico's ze kunnen worden blootgesteld, welke voorschriften en maatregelen ze dienen te respecteren enz.

Zowel in de Welzijnswet als in de Kwaliteitswet worden de normen vrij ruim bepaald. De wetgever heeft doelstellingen geformuleerd die op en door het werkveld dienen te worden ingevuld. Praktijk en concrete invulling worden in beide gevallen centraal gesteld.

III. VEILIGHEID EN GEZONDHEID IN EEN RISICOLOZE MAATSCHAPPIJ?

De laatste decennia evolueerde onze maatschappij naar een model waar alle risico's zouden moeten worden verbannen. Een vorm van 'risicoloze samenleving'. De speelpleinen voor kinderen zijn nog nooit zo veilig geweest, in vergelijking althans met de schommels, glijbanen en andere molens waarop wij als kinderen speelden. De wagens worden nu voorzien van de meest efficiënte besturings-systemen, veiligheidsgordels op elke zetel, ABS en andere technologische veiligheidsvoorzieningen. De lijst van innovatieve veiligheidsmiddelen die wij zouden kunnen opstellen, is oneindig en dit is wellicht positief voor de verschillende 'gebruikers'.

Niettemin waait er in onze maatschappij een wind van nultolerantie voor risico's. Het is net alsof risico's, of althans sommige risico's, onaanvaardbaar zouden zijn, ook al is het soms ten koste van de verhoging van andere risico's. De huidige COVID-19-pandemie, met haar lot veiligheidsmaatregelen en afdwingbare voorschriften, is daar het bewijs van. Op een welbepaalde dag in maart 2020 werd er beleidsmatig geponeerd dat lichamelijke gezondheid voorrang heeft op alles. Vaarwel psychische gezondheid, tot ziens sociale contacten, tot nog eens economische groei ... Het gaat hier niet om het bespreken van een politieke beslissing – het is nu eenmaal zo –, maar wel om het illustreren van de hiervoor aangehaalde nultolerantie voor bepaalde risico's.

Gezondheid, hetzij van de patiënten, hetzij van de werknemers, ontsnapt niet aan deze maatschappelijke evolutie. In de gezondheidszorgen ontstond “een

wereldwijde beweging naar controle, borging²¹ en optimalisatie van kwaliteit en veiligheid²², daar “gezondheidszorg impliciet niet zonder gezondheidsrisico’s is”.²³ Naast wettelijke bepalingen werden meerdere initiatieven in het leven geroepen²⁴, niet alleen door bevoegde overheden, maar ook door professionelen uit de zorgsector. De doelstelling van dergelijke initiatieven bestaat in de verbetering van de kwaliteit en de veiligheid in de gezondheidszorg, ten voordele van de patiënt, de sector en de maatschappij.

Zoals gezegd, heeft de wetgever ervoor gekozen om het begrip ‘kwaliteit’ van de zorgen niet te definiëren. Als wij naar de literatuur kijken, stellen we vast dat er, in de talrijke bijdragen over kwaliteit, verschillende definities worden gehanteerd. Wij beogen in deze bijdrage geen exhaustieve lijst van alle mogelijke definities, maar we geven enkele ervan weer om twee redenen: ten eerste, worden de besproken definities vaak gebruikt door vakspecialisten, ten tweede, tonen de verschillen tussen beide duidelijk aan dat het begrip ‘kwaliteit’ vrij relatief is.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO²⁵) bepaalt de zorgkwaliteit als “het in staat zijn om aan elke patiënt een geheel van diagnostische en therapeutische handelingen te garanderen, teneinde aan de patiënt het beste resultaat te verzekeren op vlak van gezondheid, in overeenstemming met de huidige stand van de geneeskunde, op kosteneffectieve wijze voor hetzelfde resultaat, met het minste iatrogene risico en met de grootste voldoening op vlak van procedure, resultaat, menselijk contact binnen het zorgsysteem”.²⁶ Hier is dus sprake van het beste resultaat op het vlak van de gezondheid.

Het Institute of Medicine bepaalt de zorgkwaliteit als “de capaciteit van de gezondheidszorgorganisaties om, ten voordele van de individuen en de algemene bevolking, de kans op het gewenste gezondheidsresultaat te verhogen, in overeen-

stemming met de professionele kennis van het moment”.²⁷ Het gaat dus hier om een kansrekening, de waarschijnlijkheid om het gewenste resultaat te bereiken.

Tussen het beste resultaat (cf. de definitie van de WHO) en het gewenste resultaat (cf. de definitie van het Institute of Medicine) kan een gapende kloof bestaan ... De definitie van de WHO houdt immers rekening met zowel de huidige stand van de geneeskunde als met kosteneffectiviteit en vooral met de menselijke aspecten, terwijl de definitie van het Institute of Medicine enkel lijkt te focussen op medische kennis en stand van de wetenschap. Neem bijvoorbeeld de situatie van oncologische patiënten. Afhankelijk van het soort kanker waaraan een patiënt lijdt, het moment waarop de pathologie werd vastgesteld, de eventuele andere aandoeningen van de patiënt, zijn medisch verleden enz., bestaan er medische protocollen die de arts zou moeten toepassen. Die protocollen worden steeds op basis van de huidige kennis en stand van de geneeskunde vastgelegd. Past de arts een van de relevante protocollen toe, dan is de gekozen behandeling op medisch vlak correct. Maar stemt die beste medische behandeling overeen met het gewenste resultaat? Niet noodzakelijk. Men hoeft geen ervaren oncoloog te zijn om dit te beseffen. In functie van zijn levensingesteldheid, zijn psychische toestand, zijn wensen enz. zou de patiënt liever een andere behandeling, of zelfs helemaal geen behandeling kunnen verkiezen. In dat laatste geval zou het niet behandelen conform het gewenste resultaat zijn, ook al heeft dit de dood tot gevolg. Aan de hand van het aangehaalde voorbeeld kunnen we dus vaststellen dat, in de praktijk, het (medisch) beste resultaat niet noodzakelijk hetzelfde is als het gewenste resultaat. Integendeel! Daar de definitie van kwaliteit niet eenduidig is, betekent dit concreet dat de patiënt noodgedwongen vertrouwen moet hebben in de professionele gezondheidszorgbeoefenaar, die, in principe, alles in het werk zal stellen om hoogkwalitatieve en risicoloze gezondheidszorg toe te dienen.

In de bedrijfswereld wordt al ruime tijd aandacht besteed aan veiligheid en gezondheid, onder meer onder impuls van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO), maar de afgelopen jaren verschoof de klemtoon naar een meer globale aanpak. Het betreft niet meer zozeer de veiligheid en de gezondheid *sensu stricto*²⁸, maar eerder de gezondheid volgens de definitie van de WHO: “een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken”.²⁹ De kiemen van deze aanpak

²¹ Lees ‘waarborg’. ‘Borging’ wordt in de *Parlementaire stukken* gebruikt, maar de Franse vertaling die in het wetsontwerp staat is ‘garantie’.

²² Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 5.

²³ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 344/001, 5.

²⁴ Zie inzonderheid FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU, “Kwaliteit van de zorg en veiligheid van de patiënt in de ziekenhuizen”, 12 januari 2016, <https://www.health.belgium.be/nl/kwaliteit-van-de-zorg-en-veiligheid-van-de-patient-de-ziekenhuizen>.

²⁵ World Health Organization.

²⁶ Eigen vertaling. “La capacité de garantir à chaque patient l’assortiment d’actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l’état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l’intérieur du système de soins”. Préambule, Constitution de l’Organisation mondiale de la santé, aangenomen door de Internationale Gezondheidsconferentie die van 19 juni t.e.m. 22 juli 1946 in New York plaatsvond, ondertekend op 22 juli 1946 door 61 Staten, in werking getreden op 7 april 1948, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>.

²⁷ Eigen vertaling. “La capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d’augmenter la probabilité d’atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment”. INSTITUTE OF MEDICINE, in M. LETAIEF en S. MHAMDI, “La qualité des soins et la sécurité des patients: quelques notions et concepts de base”, *Revue de Santé publique* 2000 en 2001, 90.

²⁸ Wetsontwerp betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, MvT, *Parl.St.* Kamer, BZ 1995, nr. 71/1, 2.

²⁹ “Un état de bien-être total sur le plan physique, mental, social et pas uniquement l’absence de maladie ou d’infirmité”, art. I Verklaring van Alma Ata, 12 september 1978, aangenomen n.a.v. de internationale conferentie over primaire gezondheidszorg, www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf.

waren al vervat in de oorspronkelijke versie van de Welzijnswet³⁰, ook al heeft de recentste en meeste opmerkelijke tussenkomst van de wetgever betrekking op de psychosociale risico's.³¹ Het psychisch welzijn is ongetwijfeld een onmisbare component van de gezondheid.

In die zin gaan de Welzijns- en de Kwaliteitswet uit van een gelijke aanpak: de gezondheid, hetzij van de patiënten, hetzij van de werknemers, is een holistisch begrip. Om de bewaring en de verbetering ervan te garanderen, dient inzonderheid aandacht te worden besteed aan de veiligheid.

Op haar beurt kan de veiligheid, van de patiënten én van de werknemers, verbeterd worden door de gelopen risico's te verminderen of weg te nemen. In de Welzijnscode wordt het risico bepaald als *“de waarschijnlijkheid dat de schade of de aantasting van het welzijn van de werknemers zich in bepaalde gebruiksomstandigheden of door blootstelling aan een gevaar voordoet en de mogelijke omvang van die schade of aantasting”*.³² Net als kwaliteit, wordt risico niet gedefinieerd in de Kwaliteitswet, noch in de Patiëntenrechtenwet. In de medische praktijk wordt risico vaak beschreven als *“een potentieel ongewenst evenement waarvan het verschijnen niet zeker is maar waarvan de symptomen de doelstelling kunnen aantasten”*.³³ Volgens de auteurs is het evenement identificeerbaar en meetbaar.

Zowel in het kader van de gezondheidszorgen als van de beroepswerkzaamheden is er nood aan een risicobeheersingssysteem, om ongewenste evenementen te vermijden of, als een dergelijk evenement zich toch voordoet, de gevolgen ervan te voorkomen, te verminderen en zo nodig weg te werken. In beide domeinen moet eveneens een risicoanalyse worden uitgevoerd alsook een *a posteriori*-analyse in geval van een ongewenst voorval. Dergelijke analyses zijn bedoeld om in de toekomst preventieve maatregelen te kunnen nemen, in het belang van de gezondheid en de veiligheid van de patiënt en/of van de werknemer. Die analyses steunen bovendien op dezelfde methodiek.

Volledigheidshalve dient ook te worden vermeld dat incidenten en ongevallen (in de brede betekenis van de woorden) m.b.t. patiënten en werknemers moeten worden geregistreerd en, onder bepaalde voorwaarden, gemeld aan de bevoegde instantie. Die registratie- en meldingsplicht heeft als doel preventiemaatregelen te nemen.

³⁰ Wetsontwerp betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, MvT, Parl.St. Kamer, BZ 1995, nr. 71/1, 2.

³¹ Wet 28 februari 2014 tot aanvulling van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk wat de preventie van psychosociale risico's op het werk betreft, waaronder inzonderheid geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk.

³² Art. I.1-4., 2° Welzijnscode.

³³ Vrije vertaling. C. DURAY en G. BRAECKMAN, “Gestion des risques”, opleiding *Analyse de risque dans le domaine pharmaceutique*, FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU, 7 december 2017, 9, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gestion_des_risques_-_07.12.2017_-_c._du_ray._braeckman.pdf.

We stellen bijgevolg vast dat de maatschappelijke trend naar een risicoloze samenleving zich uitstrekt tot verschillende sectoren, en in het bijzonder tot de gezondheidszorgverstrekkingen en de beroepswerkzaamheden. Daarnaast merken we op dat de werkwijze en de methodiek die in beide toepassingsvelden worden gehanteerd, gelijkaardig zijn en op dezelfde structuur berusten.

Deze vaststellingen brengen ons tot het derde deel van onze zoektocht.

Wetende dat gezondheidszorgbeoefenaars eveneens werknemers zijn, gaan we op zoek naar een mogelijke interactie bij de toepassing van de Kwaliteits- en de Welzijnswet.

IV. INTERACTIES TUSSEN WERKNEMERS EN PATIËNTEN INZAKE VEILIGHEID EN GEZONDHEID

De invloed van werknemers die aan psychosociale of musculoskeletale aandoeningen lijden op de veiligheid en de gezondheid van de patiënten, is al lang onderzocht in de wetenschappelijke literatuur. De vermoeidheid, de stress, de pijn ... hebben regelmatig mishandeling of niet correcte behandeling van patiënten tot gevolg. We komen hier niet op terug.

De vraag die wij ons hier wel stellen is of een (betere) naleving van de kwaliteitsvoorschriften een positieve invloed kan hebben op het welzijn van de werknemers.

Onveiligheid of onveiligheidsgevoel heeft een negatieve invloed op het welzijn van de werknemers. Het kan o.a. chronische stress veroorzaken, wat verder een bron van vermoeidheid, ziekte, verslechtering van de werksfeer enz. kan zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval met het ziekenhuispersoneel dat al meer dan een jaar onder de druk van het besmettingsrisico op COVID-19 moet werken.

Bovendien kunnen chronische stress en de daarmee gepaard gaande symptomen of aandoeningen onveiligheid met zich meebrengen. Denk bijvoorbeeld aan de verpleger die zodanig moe is dat hij in die coronaperiode geen handschoenen meer aandoet als hij een patiënt aanraakt of (ver)plaatst omdat hij op die manier een paar minuten hoopt te winnen. Dat is onveilig voor hem, dat is onveilig voor de patiënt en het verhoogt het coronabesmettingsrisico voor beiden. Daarenboven druist het gebrek aan handschoenen in tegen de kwaliteitsvoorschriften. We hebben immers gezien dat *“kwaliteitsvolle verstrekkingen verstrekkingen [zijn] die patiënt-gestuurd, effectief, efficiënt, tijdig, billijk en veilig zijn”*³⁴ (*supra*).

Een ander voorbeeld, dat losstaat van de huidige pandemie, betreft de identiteitscontrole, d.i. de correcte patiëntidentificatie. De verificatie van de identiteit

³⁴ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, MvT, Parl.St. Kamer 2018-19, nr. 344/001, 6.

van de patiënt wordt beschouwd als de eerste zorghandeling.³⁵ Volgens de FOD Volksgezondheid blijkt *“de beveiliging van dat proces gedurende het volledige traject van de patiënt absoluut noodzakelijk om de juiste zorg en de juiste behandeling te verstrekken en de medische gegevens aan de juiste patiënt toe te kennen”*.³⁶

Zich van patiënt vergissen is daarnaast niet alleen gevaarlijk voor de patiënt zelf, maar ook voor de betrokken werknemer. In het beste geval stelt de gezondheidszorgbeoefenaar tijdig zijn vergissing vast en kan hij die, als het ware op het nippertje, rechtzetten. In het ergste geval wordt een ongepaste gezondheidsprestatie verstrekt met de dood van de patiënt tot gevolg. Tussen de twee extremen is er een brede waaier aan mogelijkheden die sowieso tijd in beslag zullen nemen, nieuwe zorgprestaties zullen vragen, alsook het eventueel opleggen van sancties aan de betrokken zorgverstrekker zullen noodzaken.

Net als het welzijn van de werknemers is de identitovigilantie nauw verbonden met de veiligheidscultuur van de zorginstelling.³⁷ Die veiligheidscultuur geldt zowel voor de zorgverstrekkingen als voor alle beroepshandelingen of -werkzaamheden. De dagelijkse vaststellingen op het terrein tonen aan dat veilige gezondheidszorgbeoefenaars evenveel aandacht schenken aan hun eigen veiligheid als aan die van de patiënten. Andersom, gezondheidszorgbeoefenaars die weinig belang hechten aan de veiligheid van de patiënten, bijvoorbeeld door identitovigilantie onvoldoende serieus te nemen, gaan ook lichtjes om met hun eigen veiligheid en met het naleven van de preventiemaatregelen die van toepassing zijn.

De bovenstaande vaststellingen vloeien weliswaar niet voort uit wetenschappelijk onderzoek in de strikte betekenis, maar, zoals gezegd, uit de dagelijkse praktijk. Het zou de moeite zijn om een analyse op grotere schaal te maken om de omvang en de gevolgen van het al dan niet bestaan van een echte veiligheidscultuur te bepalen, eveneens om de linkjes tussen veiligheid van de patiënten en veiligheid van de werknemers naargelang van het veiligheidsgedrag van de gezondheidszorgbeoefenaar te bestuderen.

V. BESLUIT

Zoals uit onze bovenstaande analyse blijkt, zijn wij er vast van overtuigd dat veiligheid en gezondheid van de patiënten en veiligheid en gezondheid van de werknemers (in de brede betekenis van het woord) sterk met elkaar verbonden zijn. Daarvoor zijn een versterking van de zorgkwaliteit en een verbetering van het welzijn op het werk absoluut noodzakelijk. Preventiemaatregelen dienen in beide domeinen strikt te worden nageleefd.

Het gaat niet zozeer om het weten of de zorgkwaliteit het welzijn op het werk beïnvloedt en andersom. De vraag op die manier stellen, zou hetzelfde zijn als vragen of het ei er vóór de kip was ofwel de kip vóór het ei.

We menen dat het moet gaan om de ontwikkeling van een veiligheidscultuur in het algemeen. Een echte veiligheidscultuur strekt zich uit tot en wordt weerspiegeld door patiënten en werknemers, wat ten bate is van de gezondheid van iedereen.

Als een gezondheidszorgbeoefenaar een positief en werkelijk veiligheidsge-drag aanneemt in zijn dagelijkse praktijk, zal hij zowel voor zijn eigen gezondheid en welzijn zorgen als voor die van zijn patiënten.

De Welzijnswet en de Kwaliteitswet bieden daarvoor een interessant kader aan, dat aangewend kan worden om de veiligheidscultuur binnen een instelling te verankeren. Beide wetten berusten immers op gelijkaardige basisprincipes. De middelen en de methodiek die in beide domeinen worden voorgesteld, steunen op dezelfde structuur: risicoanalyse, melding van incidenten, evaluatie *a posteriori*, (aanpassing van) preventiemaatregelen ...

Ten slotte zou onze bescheiden analyse ongetwijfeld baat hebben bij een nauwkeurig wetenschappelijk onderzoek op grotere schaal. Dit hebben we al gezegd. Niettemin hopen wij dat onze bedenkingen zullen bijdragen tot het werpen van een nieuwe en verruimende blik op beide thema's: de veiligheid en de gezondheid van de patiënten enerzijds en de veiligheid en de gezondheid van de werknemers anderzijds.

³⁵ FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU, *Gids voor de implementatie van een beleid voor identitovigilantie in de ziekenhuizen in het kader van het meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017*, januari 2017, 8, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gids_identitovigilantie_-_versie_2017.pdf.

³⁶ FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU, *Gids voor de implementatie van een beleid voor identitovigilantie in de ziekenhuizen in het kader van het meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017*, januari 2017, 8, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gids_identitovigilantie_-_versie_2017.pdf.

³⁷ FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU, *Gids voor de implementatie van een beleid voor identitovigilantie in de ziekenhuizen in het kader van het meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017*, januari 2017, 14, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gids_identitovigilantie_-_versie_2017.pdf.