

# Ontruiming MC Slotervaart illustratief voor eenzijdige benadering van patiëntveiligheid



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD

↓  
Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam en voorzitter van de raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Reageer via [expert@fd.nl](mailto:expert@fd.nl).



**P**atiëntveiligheid is een breed begrip en niet meer weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg. Konden we voorheen volstaan met het stellen van de vraag naar de kwaliteit van de zorg in een ziekenhuis. Nu gaat het stevast over zowel kwaliteit als veiligheid: zonder patiëntveiligheid ook geen kwaliteit. De aandacht voor patiëntveiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen is direct terug te voeren op het verschijnen van een baanbrekend Amerikaans rapport: *To err is human*. Dit rapport, van eind jaren negentig, concludeerde dat er alleen al in de Amerikaanse ziekenhuizen jaarlijks circa 98.000 vermijdbare doden vielen. Het rapport sloeg in als een bom.

In Nederland wees onderzoek uit dat de situatie hier niet heel anders

was. De ziekenhuizen spraken toen af de vermijdbare sterfte te zullen halveren. In 2013 bleek dat dit was gelukt, met de nodige kanttekeningen bij deze uitkomst en de methodologie van het onderzoek. Hoe dan ook, tot op de dag van vandaag staat patiëntveiligheid hoog op de agenda van de ziekenhuizen en het streven is om de cijfers nog verder te laten dalen.

De constatering dat ziekenhuizen onveilige plekken zijn, met veel risico's voor de patiënt, is overigens al veel ouder. Medisch sociologen in de jaren zestig lieten op basis van etnografisch onderzoek zien dat zorginstellingen weliswaar kunnen bijdragen aan verbetering en herstel, maar ook gevaarlijke en ongezonde plekken zijn. Wat het Amerikaanse rapport uit de jaren negentig anders maakte is dat dit keer de kritiek van binnenuit kwam.

#### VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

In Nederland kreeg het thema patiëntveiligheid verder 'vleugels'. Zo wordt vanaf begin deze eeuw onderzoek gedaan naar feitelijke vermijdbare en verwijtbare incidenten en calamiteiten. De Nederlandse ziekenhuizen hebben uit deze onderzoeken een veiligheidsmanagementsysteem ontwikkeld dat vervolgens verplicht werd. Om accreditatie te verkrijgen moeten ziekenhuizen aantonen of en hoe het veiligheidsmanagementsysteem wordt nageleefd.

De gerichtheid op patiëntveiligheid werd verder versterkt na het uitbrengen van een advies door Rein Willems, de toenmalige directeur van Shell Nederland. Zijn advies was: 'Je werkt hier veilig, of je werkt hier niet.' Met dit rapport van Willems werd de noodzaak om verbeteringen door te voeren in de behandelingen, de zorgprocessen

en de organisatie onderstreept. Ook kwam ook meer focus op de schuld-vraag: wie heeft de vermijdbare of verwijtbare fout gemaakt? Deze gerichtheid op de wie-vraag zien we ook in andere sectoren terugkomen zoals in de jeugdzorg, bij de rechtelijke macht en in het onderwijs.

Behalve de ontwikkeling van het veiligheidsmanagementsysteem en aandacht voor de wie-vraag, is patiëntveiligheid ook nauw verweven geraakt met prestaties en prestatie-indicatoren. Hoe scoren de ziekenhuizen? Kunnen we benchmarkgegevens ontsluiten om verschillen tussen ziekenhuizen zichtbaar te maken? Uit deze ontwikkeling van prestatie-indicatoren ontstond ook de behoefte aan een normering en het geven van cijfers. Zo is er sinds kort voor ziekenhuizen de verplichting om mortaliteitscijfers openbaar te maken, ondank alle kritiek op de betrouwbaarheid van deze cijfers.

Toch is er inmiddels een brede consensus ontstaan dat door al deze inspanningen ziekenhuizen vooruitgang hebben geboekt op het gebied van patiëntveiligheid. Zo is er meer openheid over incidenten en is er een grotere bereidheid om calamiteiten bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) te melden. Maar er valt nog veel te verbeteren. De eerste vijftien jaar van deze eeuw zijn gericht geweest op veiligheid- en risicomanagement, met een praktijk geconcentreerd op beheersen, meten, reduceren, generaliseren en afrekenen. Deze benadering heeft zeker zijn vruchten afgeworpen, maar er zijn nog vervolgstappen nodig.

Zo zou er ten eerste meer aandacht moeten komen voor het leren van fouten en incidenten en voor het bespreekbaar maken van deze fouten en

incidenten. Daarnaast zou het zorgpersoneel de patiënten veel actiever moeten betrekken bij het maken afwegingen, bijvoorbeeld in het geval van een risicovolle operatie. Samen beslissen hoort daarbij. 'Betere zorg begint bij een goed gesprek', zo luidt de slogan bij de campagne over samen beslissen. En dat goede gesprek tussen patiënt en zorgprofessional gaat ook over risico's, over alternatieven of over afzien van behandeling. Tot slot is het ook noodzakelijk om te stoppen met het hanteren van gemiddelden en algemene indicatoren in de dagelijkse praktijk van de zorg: maatwerk moet het devies zijn. Want wat in de ene situatie veilig is, hoeft dat in een ander geval niet te zijn. Deze noodzakelijke nieuwe stappen rond patiëntveiligheid worden gedeeld door verschillende spelers in de zorg: van dokters en verpleegkundigen tot aan verzekeraars, overheden en inspecties.

#### AANDACHT

Maar zelfs al worden deze noodzakelijke stappen genomen, dan nog zijn we er niet. De verhalen van de patiënten van het MC Slotervaart hebben dat nog eens op een schrijnende manier duidelijk gemaakt. Want patiëntveiligheid gaat over veel meer dan alleen het beperken van risico's, incidenten en calamiteiten. Het betekent aandacht voor kwetsbare patiënten die in onzekerheid verkeren. Het gaat over mededogen en aandacht voor patiënten die ziek zijn en die hun vertrouwde behandelaar kwijtraken. Het gaat uiteindelijk over je kunnen en willen inleven in wat elke patiënt in een specifieke situatie nodig heeft. Dit perspectief op patiëntveiligheid heb ik de laatste weken node gemist.

**Ziekenhuizen dragen bij aan verbetering en herstel, maar kunnen ook gevaarlijk en ongezond zijn**