

SAMEN VERANTWOORDELIJK VOOR VEILIGHEID

Advies van Shell-topman botst met ziekenhuispraktijk

Wie de eindverantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid bij de ziekenhuisdirectie wil neerleggen, beperkt de professionele autonomie van medisch specialisten. De ervaring leert dat zij daar weinig voor voelen.

VEERLE STRUBEN
MICHEL DÜCKERS
CORDULA WAGNER

Beleidsmakers in de zorg kennen een bijzondere betekenis toe aan de adviezen van Rein Willems, president-directeur van Shell Nederland en gezant van het VWS-programma Sneller Beter.¹ Willems heeft in 2004 een rapport uitgebracht met adviezen om het aantal incidenten in ziekenhuizen binnen vijftien jaar met 75 procent terug te brengen en de doelmatigheid te bevorderen.² De adviezen hebben betrekking op de organisatiestructuur en -cultuur van ziekenhuizen.

Eén van zijn adviezen is om ziekenhuisdirecties eindverantwoordelijk te maken voor de veiligheid van patiënten en medewerkers. De gezant benadrukt weliswaar dat zowel ziekenhuisdirectie als medisch professionals verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. 'Maar anders dan professionals, die een professionele verantwoor-

delijkheid dragen, dienen ziekenhuisdirecties afgerekend te kunnen worden op het totale veiligheidsbeleid.'

Directies moeten daartoe kunnen beschikken over een aantal besturingsinstrumenten. Willems doet in het rapport een aantal suggesties. Zo zou de directie bindende afspraken moeten maken met alle medewerkers, inclusief

gevoelsmatig is verdeeld: 'iedereen weet het wel, maar het staat nergens'.

Allerlei initiatieven om de veiligheidscultuur in ziekenhuizen te verbeteren, zijn na het verschijnen van het rapport van Willems in 2004 gestart. Zo is de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) inmiddels voor alle ziekenhuizen verplicht. Andere

De theorie van Willems is logisch, maar kun je haar vertalen naar een ziekenhuisorganisatie?

de medisch specialisten. Ook maatschappen zouden zich moeten committeren aan het veiligheidsbeleid van het ziekenhuis. Een andere maatregel is dat de directie medisch specialisten voor een bepaalde tijd benoemt (vier tot vijf jaar) en jaarlijks met hen beoordelingsgesprekken voert.

INVENTARISATIE

Uit een inventarisatie van het Nivel in 2005 onder stafvoorzitters van algemene ziekenhuizen blijkt dat in de meeste ziekenhuizen raad van bestuur en medische staf gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor patiëntveiligheid (zie de *figuur*). Die gedeelde verantwoordelijkheid geldt ook voor de kwaliteit en diversiteit van het gebruikte materiaal en de organisatie van zorgproces en medische behandeling. Alleen voor de beschikbaarheid van deskundig personeel is in meer dan de helft van de ziekenhuizen alleen de raad van bestuur verantwoordelijk.

Een derde van de stafvoorzitters geeft in de inventarisatie aan dat de verantwoordelijkheden niet helder zijn toebedeeld. Op de open vraag op welke punten dit zo is, antwoordt een meerderheid dat de verantwoordelijkheid vaak

voorbeelden zijn de projecten Vrijwillig Incident Melden (VIM) in de 24 Sneller Beter-ziekenhuizen. Daarnaast werken de medisch-wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten aan een systeem voor de evaluatie van het functioneren van individuele medisch specialisten.

Het verschil met het advies van Willems is dat de initiatieven vooral betrekking hebben op de horizontale relaties tussen medici. Het toedelen van de eindverantwoordelijkheid aan de ziekenhuisdirectie raakt de verticale relatie en dat is in de praktijk gecompliceerd.

GANGBARE CONSTRUCTIE

In theorie is het advies van Willems logisch. De bestuurder wordt gestimuleerd om condities rondom patiëntveiligheid te optimaliseren aangezien hij erop kan worden afgerekend. In het bedrijfsleven is dit een gangbare constructie. Maar kun je haar zomaar vertalen naar een ziekenhuisorganisatie?

Een belangrijk kenmerk van een ziekenhuis is de grote mate van professionele autonomie van medisch specialisten. De ziekenhuisbestuurder heeft weinig invloed op de keuzen die medisch

SAMENVATTING

specialisten maken bij de uitvoering van hun werkzaamheden. Daarbij komt dat de medisch specialisten hun belangen door de hele organisatie behartigen, tot in de topstructuur toe.

In het verleden is getracht medici meer te betrekken bij het beleid van het ziekenhuis om zo de effectiviteit van de besluitvorming te bevorderen. Hiertoe was het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) bedoeld.³ Maar in plaats van het elimineren van het 'arenakaracter' is door de collectieve organisatie de belangenpositie van medisch specialisten juist beter georganiseerd.⁴

Het besturen en standaardiseren van zorgprocessen uit het oogpunt van veiligheid door ziekenhuisdirecties wringt met het belang van medici voor de kwaliteit van zorg in individuele patiëntgebonden situaties. De realisatie van het advies van Willems hangt af van de mate waarin medici en ziekenhuisbestuurders overeenstemming weten te bereiken over de exacte verdeling van verantwoordelijkheden. De toenemende externe druk door concurrentie en prestatie-indicatoren lijkt de positie van ziekenhuisdirecties te versterken. Desondanks is er in de praktijk sprake van een (onbeschreven) gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit betekent dat het niet helder is waar de verantwoordelijkheid van de medische professe ophoudt en overgaat in die van het bestuur. Het lijkt onwaarschijnlijk dat tijdelijke contracten en beoordelingsgesprekken hieraan iets kunnen veranderen. ■

ties te versterken. Desondanks is er in de praktijk sprake van een (onbeschreven) gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit betekent dat het niet helder is waar de verantwoordelijkheid van de medische professe ophoudt en overgaat in die van het bestuur. Het lijkt onwaarschijnlijk dat tijdelijke contracten en beoordelingsgesprekken hieraan iets kunnen veranderen. ■

dr. V. Struben,
onderzoeker

drs. M. Dückers,
onderzoeker

dr. C. Wagner,
programmalleider Kwaliteit en Organisatie in care en cure

Stichting Nivel, Utrecht

Correspondentieadres: m.duckers@nivel.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op onze site: www.medischcontact.nl/dezeweek.

- Rein Willems adviseert in het rapport 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet' onder meer om ziekenhuisdirecties volledig eindverantwoordelijk te maken voor de veiligheid van patiënten en medewerkers.
- Het advies sluit aan bij de wens van ziekenhuisbestuurders om grip te krijgen op de aansturing van ziekenhuizen en de medisch specialisten die er werken.
- Het advies is in theorie een logisch vervolg op ontwikkelingen in de aansturing van ziekenhuizen in de afgelopen decennia. Maar in de praktijk zijn medici en directie gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid in de zorg.
- Tijdelijke contracten en beoordelingsgesprekken met medisch specialisten zijn geschikt om afspraken te maken op individueel niveau, maar minder geschikt om op het niveau van de professe verantwoordelijkheden af te bakenen en te verschuiven.

WIE IS VERANTWOORDELIJK?

MEDISCH SPECIALISTEN

RAAD VAN BESTUUR

BEIDE

kwaliteit van het materiaal



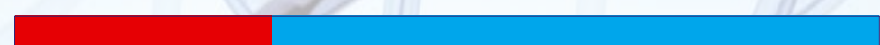
diversiteit van het materiaal



beschikbaarheid van deskundig personeel



oplossen van problemen in de organisatie van het zorgproces



oplossen van problemen in de organisatie van de medische behandeling



patiëntveiligheid in het algemeen



0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Oordeel van stafvoorzitters over de vraag wie verantwoordelijk is voor onderdelen van patiëntveiligheid: medisch specialisten, de raad van bestuur of beide.