

Marcel Levi

We moeten ons ziekenhuis niet als een luchthaven organiseren



VINCENT BOON

Hoogvliegers

Bij een recent symposium was er het zoveelste verhaal van een luchtvaartdirecteur die kwam vertellen wat dokters en ziekenhuizen wel niet allemaal konden leren van vliegtuigmaatschappijen en luchthavens. Natuurlijk, op het gebied van logistiek is onze gezondheidszorg zeker nog niet optimaal geregeld en het is altijd goed om iets te leren van andere bedrijfstakken. Maar de aanmatigende attitude van spoorwisseldeskundigen, postpakketjesregelaars of koekjesfabriekmanagers die denken dat ze wel even weten hoe een ingewikkelde ziekenhuisafdeling, een interventieprogramma of een ok-complex is te regelen vanuit hun ervaring met meestal eendimensionale dynamiek is soms stuitend. Ik moet er toch niet aan denken dat we ons ziekenhuis als een luchthaven organiseren. Dat zou betekenen dat we elke polipatiënt minstens 2 à 3 uur vóór de afspraak laten komen, dat hij of zij een uurtje in een onduidelijke rij moet staan om vervolgens toegesnauwd te worden door een vage veiligheidsmedewerker of een andere employee. En o ja, hij betaalt een weksalaris voor parkeren en een kopje koffie. Elke luchthaven verschuift per dag meer vluchten dan een ziekenhuis in een maand operaties moet uitstellen. Om maar te zwijgen van de behandeling bij vertraging of fouten. Standaard ligt in de luchtvaart de schuld altijd bij een ander; het ligt aan de verkeersstoren, het grondpersoneel, de benzinepompen, de bagagemedewerkers of het ticketoffice, maar nooit aan diegene die je te woord staat. Gemeende excuses of adequate informatie zijn meer uitzondering dan regel.

Ook vergelijkingen op het gebied van veiligheid tussen luchtvaart en gezondheidszorg gaan mank. Natuurlijk, de checklists hebben ons vooruitgeholpen, maar dat is nauwelijks een uitvin-

ding van de luchtvaartindustrie. Verkeersvliegerij is oneindig veel eenvoudiger dan geneeskunde. Elke piloot kan op maar twee of drie verschillende type vliegtuigen worden ingezet, die ook nog eens vrij weinig van elkaar verschillen, al was het alleen maar omdat er niet meer dan drie of vier fabrikanten van verkeersvliegtuigen zijn. En hoewel een cockpit er best ingewikkeld uitziet, zijn er in feite, net als in een lift, maar twee knopjes van belang: op en neer. De rest wordt door de computer gedaan. Vergelijk dat eens met een chirurg, huisarts, gynaecoloog, of intensivist die in relatief korte tijd op basis van soms lastig te interpreteren informatie belangrijke beslissingen moet nemen, complexe verrichtingen moet uitvoeren, rationeel moet zijn maar tegelijkertijd compassie moet tonen, adequaat moet communiceren met soms angstige patiënten en familie, de juiste uitvoering van veiligheidchecks moet overzien, een beetje op de kosten moet letten, een team moet coachen en dikwijls op hetzelfde moment als docent en als rolmodel moet optreden. Ik vrees dat de gemiddelde piloot het voor het begin van de startbaan al zou opgeven. En kunt u zich een groepje dokters voorstellen die gezellig wekelang gaan staken en daarmee talloze patiënten benadelen en hun bedrijf aan de rand van de afgrond brengen omdat ze geen liesbreukoperaties willen doen maar alleen darmkanker willen opereren? Bij Air France-piloten die geen Transavia-vliegtuigen willen bedienen is dat heel normaal.

Kortom, laten we al die lopendebandlogistici, postpakketjesprofeten en servicelijnsimplisten negeren, en keihard blijven werken aan het verbeteren van de organisatie van onze gezondheidszorg en de service aan onze patiënten. Maar dan wel graag vanuit onze eigen vakkennis, praktijkervaring en professionaliteit. ■