

Kwaliteitspionier Richard Grol: 'Helden gebruiken geen checklijsten'

De nieuwe attitude van de dokter

Henk Maassen

De geneeskunde is te gecompliceerd om aan de controle van individuele experts over te laten, vindt de Nijmeegse hoogleraar Richard Grol. Over de nieuwe arts, die kritisch is over eigen handelen, verantwoording aflegt en teamgeest heeft.

Drie decennia geleden 'rolde' hij in het onderzoek over kwaliteit van zorg. Zo omschrijft Richard Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, het zelf. Hij werd een pionier. Iemand die zijn vakgebied nationaal en internationaal op de kaart zette en een wereldnaam verwierf met zijn onderzoek. Deze maand is hij met emeritaat gegaan.

Grol begon zijn onderzoek onder huisartsen, eind jaren zeventig. 'We onderzochten het medisch handelen, communicatie met patiënten en de systematiek van hun handelen. Huisartsen stonden daar in die tijd voor open. Ik denk dat ze het een goede manier vonden om hun vak tot ontwikkeling te brengen.' Grol stond daarmee ook mede aan de wieg van de richtlijnontwikkeling. Tot halverwege de jaren negentig bleef zijn werk vooral gericht op huisartsen. 'Ziekenhuizen en medisch specialisten liepen een tijd lang wat achter. Begrijpelijk: huisartsen waren eigenaren van hun eigen praktijk en individualisten. Intercollegiale toetsing bijvoorbeeld bleek hét antwoord op hun probleem van dat moment; ze voelden zich nogal geïsoleerd in hun werk.'

Alle fundamentele vragen over kwaliteit die hij zichzelf destijds stelde, bestaan nog steeds, beseft Grol. Hij somt op: 'Hoe definieer je kwaliteit van zorg? Kun je dat goed en betrouwbaar meten? Hoe is het feitelijk gesteld met de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg? Welke effectieve maatregelen en voorwaarden zijn nodig voor blijvende verbetering? Wat kost

dat en zijn er wellicht ook ongewenste neven-effecten?'

Misschien wel de belangrijkste les die Richard Grol trekt na dertig jaar onderzoek is dat het verbeteren van kwaliteit en veiligheid en vervolgens het vasthouden van die verbeteringen meestal complexer is dan men denkt. Volgens Grol kent het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid geen eindpunt. 'Het is nooit af.'

Is kwaliteit een containerbegrip geworden en daardoor enigszins aan inflatie onderhevig?

'Inderdaad. Kijk, we weten heel goed wat er onder het begrip valt: klinische effectiviteit, klinische uitkomsten zoals mortaliteit en complicaties, doelmatigheid, veiligheid, toegankelijkheid van zorg, patiëntgerichtheid. Maar als

'Bijna iedereen overschat zijn eigen kunnen'

iemand zou zeggen "zullen we niet meer over de kwaliteit van zorg praten", dan vind ik het best. Mij gaat het om de concrete kenmerken van het begrip. En om het misverstand dat veel klinici nog altijd denken dat ze aan kwaliteitsverbetering doen als ze hun patiëntenzorg goed doen. Dat is niet zo. Het is wel begrijpelijk: bijna iedereen, en dat geldt ook voor professio-

Dit is de eerste van een serie artikelen die dit najaar in Medisch Contact zullen verschijnen over aspecten van kwaliteit.

/kwaliteit



Richard Grol: 'Veel clinici denken nog altijd dat ze aan kwaliteitsverbetering doen als ze hun patiëntenzorg goed doen. Dat is niet zo.'

beeld: De Beeldredactie,
Erik van 't Hullenaar

nals, heeft een te positief beeld van zijn eigen handelen. Bijna iedereen overschat zijn eigen kunnen en ziet daardoor niet dat kwaliteitsverbetering altijd een degelijke, systematische aanpak vergt.'

U stelt dat 30 tot 40 procent van de patiënten niet de aanbevolen, evidence-based zorg krijgt en dat een belangrijk deel van de verrichte zorg niet nodig en soms zelfs schadelijk is voor patiënten. Dat lijken min of meer constante gegevens, die geld kosten, slachtoffers eisen en leiden tot imago-verlies.

'Ja, die 30 tot 40 procent lijkt permanent, maar dat is goed te verklaren. Onze inzichten over wat goede zorg is, wijzigen immers voortdurend. Er komen nieuwe geneesmiddelen en nieuwe technieken, oude vallen weg. Er is dus altijd een zekere vertraging bij de verspreiding en implementatie van kennis. En er komen steeds nieuwe professionals. Ik

maak me daarom weinig zorgen over die 30 of 40 procent, maar veel meer over de zeer grote variatie: soms krijgt maar 20 procent van de patiënten de aanbevolen zorg, soms ook meer dan 80 procent. Laat ik een voorbeeld geven: bij reumapatiënten moet de reumatoloog bij elk bezoek de ziekteactiviteit meten. Dat staat in de richtlijn. De reumatoloog gebruikt daarbij een gevalideerd instrument. Als de score boven een bepaalde waarde komt, moet hij de medicatie verhogen. Slechts in 16 procent van de gevallen, zo hebben wij gevonden, wordt die meting gedaan. En als de score dan te hoog is, wordt nog maar in een derde van de gevallen de medicatie aangepast. Patiënten zijn op de hoogte, maar wijzen hun arts hier niet op en reumatologen verklaren dat ze veel ervaring hebben, en zich daarom laten leiden door 'het klinische beeld'. Ze menen het meetinstrument niet nodig te hebben. Terwijl hun beroepsgroep het in de richtlijn heeft opgenomen! De vraag

is: wat moet je met zo'n vondst. We hebben daar interessante discussies over gehad met de reumatologen.'

Kernvraag is: hoezeer bind je professionals en hoeveel vrijheid sta je toe?

'Ik ben pro-professional. Maar hoeveel motivatie en kennis je als arts ook hebt, je moet erkennen dat de wereld waarin je werkt zeer complex

is geworden. Ik ben het eens met de Amerikaanse chirurg Atul Gawande die zegt dat onze kennis over ziekte en behandeling nooit eerder zo groot was en de opleiding van professionals nog nooit

zo goed. Desondanks gaan er vaak dingen mis, doordat de geneeskunde te gecompliceerd is om aan de controle en beslissingen van individuele experts over te laten. Hij becijfert dat op een intensive care een gemiddelde patiënt ongeveer 178 acties per dag ondergaat, waarvan in 1 tot 2 procent van de gevallen iets fout gaat. Gawande pleit daarom voor het gebruik van checklijsten, waarop wordt afgevinkt of artsen en verpleegkundigen aan alles hebben gedacht. Het menselijke geheugen en de aandacht die continu nodig is in complexe zorgsituaties zijn feilbaar, zegt hij – u ziet hier opnieuw: mensen overschatten zichzelf. Vaak werken checklisten en strakke protocollering beter dan eenmalige nascholing of andere beïnvloeding van het handelen van artsen.

Nog een voorbeeld: in de VS overlijden jaarlijks naar schatting 30.000 patiënten op de ic ten gevolge van infecties door centrale lijnka-

theters. Een eenvoudige checklijst met vijf stappen, ingevuld door een verpleegkundige die controleert of iedereen, dus ook artsen, zich aan de richtlijnen houdt, kan die infecties en dus de mortaliteit enorm reduceren. Voorwaarde is wel, zo blijkt uit onderzoek, dat men goed samenwerkt en dat iedereen, ook een verpleegkundige, de artsen op hun handelen mag aanspreken. En dat het management van de instelling pal achter deze aanpak gaat staan. Op veel plaatsen in Nederland is zo'n nieuwe cultuur zich al aan het ontwikkelen, op de ic hier in UMC St Radboud bijvoorbeeld, maar op andere is nog een soort revolutie nodig.'

Checklisten zijn dus een goed idee. Maar zijn richtlijnen onderhand niet veel te omvangrijk en onhanteerbaar geworden?

'Ja, en dat is zorgwekkend. Richtlijnen zijn verworpen tot een soort nascholingsboeken. Wat in richtlijnen moet staan, is recente, evidence-based kennis die je nodig hebt voor kernbeslissingen. Je moet ermee uit de voeten kunnen. Bij het maken van een richtlijn moet de essentiële evidence op tafel komen en op basis daarvan moeten experts zich buigen over een paar concrete kwesties. Je moet dus niet de hele diabeteszorg of de beroertezorg van tijdige signalering, via revalidatie tot thuiszorg in een richtlijn trachten te vangen. Beschrijf dat maar in een zorgstandaard. We moeten absoluut terug naar compacte richtlijnen.' (Zie voor een artikel over zorgstandaarden ook blz. 1902.)

U zegt het mooi in uw afscheidsrede: 'Helden gebruiken geen checklijsten en hoeven niet gecontroleerd te worden.' Anders gezegd: strakke

'Richtlijnen zijn verworpen tot een soort nascholingsboeken'



Richard Grol

Prof. mr. dr. Richard Grol (1946) studeerde rechten en psychologie in Nijmegen. Hij was tot september van dit jaar hoogleraar kwaliteit van zorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij was oprichter en directeur van IQ healthcare (www.iqhealthcare.nl).

Sinds 1994 begeleidde hij 67 promovendi, schreef zo'n 500 publicaties, waarvan sommige verschenen in topbladen als JAMA en BMJ, en werkte mee aan 27 boeken.

Zijn bekendste titel is: *Implementatie. Effectieve verbetering van patiëntenzorg*, waarvan hij momenteel een herziene editie in voorbereiding heeft.

Grol begeleidt nog 15 promovendi en zal na zijn emeritaat een dag in de week als adviseur in dienst treden van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

richtlijnen, protocollen enzovoort beperken de autonomie van artsen.

‘Ik denk dat we daarom een nieuw type professional met een nieuw attitude nodig hebben. Dat moet iemand zijn die kritisch naar gegevens over zijn eigen handelen wil kijken, verantwoording wil afleggen, teamgeest heeft, controle accepteert en de zorg organiseert rond de behoeften van de patiënt. Die als het om kwaliteit en veiligheid gaat, minder hecht aan hiërarchische verhoudingen. En die verstand heeft van systematische kwaliteits- en veiligheidsverbetering. Onder artsen heerst nu nog te veel een cultuur van perfect moeten en willen zijn, denken dat autonomie nodig is om goede zorg te leveren, geen fouten kunnen toegeven en geen inmenging van buitenaf toestaan. Dat gaat veranderen. Het besef groeit dat slechte kwaliteit en fouten weliswaar wijzen op systeemfalen, maar dat slechte systemen op hun beurt worden gemaakt door managers en professionals.’

Professionele reflectie

Grol heeft gemerkt dat het moeilijk is het thema kwaliteit te integreren in het onderwijs. ‘Tien jaar geleden kon je misschien nog volhouden dat thema’s als kwaliteit en veiligheid *Fremdkörper* waren in het onderwijs. Maar

dat zou nu toch voorgoed voorbij moeten zijn.’

Geneeskundestudenten, vindt hij, moeten van meet af aan vertrouwd worden gemaakt met dat nieuwe beeld van de dokter.

Er komt voor studenten en

gevestigde artsen een heel kennisdomein bij. Zo moeten ze het belang leren inzien van professionele reflectie. Samen met de Orde van Medisch Specialisten heeft Grols instituut, IQ healthcare, een methode ontwikkeld waarmee specialisten zichzelf kunnen evalueren en feedback kunnen verzamelen bij collega’s, medewerkers en patiënten. Veel ziekenhuizen zijn er inmiddels mee bezig. Samen met de LHV en het NHG wordt de methode nu aangepast voor huisartsen.

Grol: ‘Studenten en artsen moeten verder leren samenwerken in teams. Ze moeten kunnen omgaan met data, die goed kunnen interpreteren en daar verantwoording over kunnen afleggen.’ Want transparantie is een groot goed, ofschoon je er geen wonderen van moet verwachten. ‘Het effect van het openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van zorg, is wisselend. Soms leidt het tot verbeteringen als bestuurders merken dat de reputatie van hun instelling in het

geding is. Soms ook niet, omdat professionals de gepubliceerde data simpelweg wantrouwen.’

Indicatoren

Het opstellen van betrouwbare en valide indicatoren is geen sinecure. Zie hoe het ‘Zichtbare Zorg’ (ZiZo) momenteel vergaat. In 2011 moesten er in het kader van dit project kwaliteitsindicatoren voor maar liefst tachtig aandoeningen gereed zijn. Ook IQ healthcare is betrokken bij het formuleren van die indicatoren. Onlangs constateerde een aantal betrokkenen dat ZiZo is vastgelopen, in ieder geval ernstig is vertraagd. Zorgverzekeraars bleken andere ideeën te hebben over indicatoren dan zorgverleners, en er waren volgens critici te weinig zogeheten uitkomstindicatoren geformuleerd, die de resultaten van een behandeling weergeven. ‘Ik weet niet of het is vastgelopen’, reageert Grol. ‘Ik begrijp overigens best de druk van politiek en verzekeraars. Maar het ontwikkelen van tachtig indicatoren kost jaren. Het is daarom niet handig dat de politiek zich meteen op zoveel indicatoren heeft vastgelegd. Mogelijk heeft men de minister te optimistisch geadviseerd over de mogelijkheden. Ik ben voor een uitgebalanceerde, gevalideerde set indicatoren, waarin – heel belangrijk – professionals zich kunnen herkennen. Wij hebben bijvoorbeeld veel oncologie-indicatoren gemaakt. Wat daarbij stevast op tafel kwam, is dat elke patiënt multidisciplinair besproken moet zijn. Maar volgens oncologen is dat niet altijd de realiteit en kan het de optimale behandeling belemmeren. Daar moet je dan wel rekening mee houden.’

ZiZo wordt ondergebracht bij het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg, dat is aangekondigd door de minister van VWS. Is dat instituut een goed idee?

‘Ik erger me zeer aan de huidige versnippering van kennis: organisaties die zich met richtlijnen bezighouden, de Regieraad, Zichtbare Zorg, kwaliteitsverbeteringsprogramma’s, programma’s op het gebied van veiligheidsmanagement. Het is erg onoverzichtelijk. Meer samenhang en regie zijn wenselijk. Dat instituut is in principe een goed idee. Maar als het niet meer wordt dan ‘een lichte virtuele structuur’ – zoals ik hoor – dan vraag ik me af of dat het antwoord is.’ Grol aarzelt even en valt zichzelf in de rede: ‘Eigenlijk weet ik het ook niet goed. In Nederland zijn we gewend bottom-up en langs de weg van consensus te werk te gaan. Ik bedoel: zo’n instituut moet ook bij onze cultuur passen, wil het effectief kunnen zijn.’ 

‘De politiek wil te veel indicatoren’



Een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.