

Infecties na een operatie komen nog te vaak voor. Ook wassen artsen en verpleegkundigen hun handen niet genoeg en is er onvoldoende controle of patiënten de juiste medicijnen krijgen toegediend. Nauwgezet werken volgens de richtlijnen is nog volop in ontwikkeling en zal door monitoring en externe druk steeds meer gewicht krijgen, constateert Richard Grol, hoogleraar Kwaliteit en Zorg en directeur van IQ Healthcare.

**De Autoriteit** | Loek Kusiak

## Thema Kwaliteit en veiligheid

**Richard Grol, hoogleraar kwaliteit en veiligheid in de zorg:**

# 'Grootste risico's? Richtlijnen vergeten bij routinehandelingen'

**Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid worden vaak in één adem genoemd. Is die samenhang terecht, of moeten we ze apart beschouwen?**

Kwaliteit en veiligheid zijn geen tegenstelling. Kwaliteit van zorg is een complex begrip voor een overkoepelend systeem van eisen, zoals effectiviteit van zorg, doelmatigheid, veiligheid en patiëntgerichtheid. Bij systeemkwaliteit kijk je minder naar wat of hoe de individuele professional iets doet. Je kijkt vooral of alle elementen in het zorgproces goed op elkaar afgestemd zijn. Als iets misgaat bij een operatie, bijvoorbeeld een post-operatieve infectie, heeft vaak het systeem gefaald. Tegelijkertijd maken individuen wél het systeem. Tekortkomingen in het systeem en het niet volgens de richtlijnen handelen van artsen en verpleegkundigen zijn samen riskant voor de patiëntveiligheid. Alles grijpt dus op elkaar in. De grootste bulk aan veiligheidsrisico's zit in de vele, dagelijkse activiteiten in de zorg voor chronisch patiënten. Waar dingen dubbel gebeuren, of waar de medicatie niet goed is afgestemd op de patiënt.

**Enkele cijfers: 30 tot 40 procent van de patiënten in Nederland krijgt niet de gewenste zorg en 20 procent**

**van de diagnostiek en therapie is onnodig en kan mogelijk schadelijk zijn. Verder zijn er jaarlijks 1735 vermijdbare sterfgevallen in ziekenhuizen. Heeft de zorg niet een imago probleem?**

Ik vraag me af of het terecht is dat de zorg nu méér reden heeft tot een imago probleem dan in het verleden. We zitten midden in een proces van kwaliteitsmonitoring en verbetering van patiëntveiligheid. Dat is pas tien jaar geleden gestart en gaat nog vele jaren duren. Wij meten veel beter dan vroeger. Er zullen dus vast nog veel problemen en incidenten gemeld worden in de komende jaren. Niettemin is de druk om het beter te doen groot. Vanuit de politiek, maar ook vanuit patiënten en beroepsorganisaties. Misschien waren er twintig jaar geleden wel veel meer dan 1700 vermijdbare doden. Dat weten we gewoon niet. Vergelijk wij onze cijfers met buitenlandse studies, dan ziet het er vaak nog veel problematischer uit.

**Als er nu meer gemeten wordt dan ooit, waarin zijn dan vorderingen gemaakt?**

Allereerst worden er minder incidenten onder het tapijt geveegd dan vroeger. De zorg voor patiënten met hart- en



## CV Richard Grol

Professor Richard Grol (1946, Emmen) studeerde rechten en psychologie. In 1980 werd hij onderzoeker en hoogleraar kwaliteit van de gezondheidszorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Sinds 1990 is hij tevens directeur van het onderzoeksinstituut IQ Healthcare. Grol heeft als auteur en co-auteur ruim 500 wetenschappelijke publicaties en meer dan 25 boeken op zijn naam staan. Hij was oprichter en tien jaar voorzitter van de European Association for Quality in Primary Healthcare (EquiP). Ook is hij lid van de Gezondheidsraad. Voor zijn werk ontving Grol in binnen- en buitenland diverse onderscheidingen. Dit najaar gaat Grol met emeritaat. Dat afscheid gaat op 10 september in Nijmegen gepaard met een internationale conferentie over kwaliteit en patiëntveiligheid.

Om te leren van medische fouten uit het verleden heeft het Nivel de website [www.nivel.nl/liz](http://www.nivel.nl/liz) (Systematisch Leren van Incidenten) gelanceerd. Het onderzoeksbureau werkt hierin samen met het Trimbos instituut, het UMC St Radboud en het VU Medisch Centrum. De website is bedoeld om zorginstellingen, waaronder ook raden van bestuur, bij de organisatie van de zorg te helpen bij het voorkomen van medische incidenten. De site biedt een stappenplan, een model en een checklist met 14 aandachtspunten. Alle hulpmiddelen zijn gebaseerd op praktijkervaringen en onderzoeksliteratuur.

vaatziekten is sterk verbeterd. Het sterftecijfer aan beroertes en hartaanvallen is in 20 jaar tijd gehalveerd. Maar in het voorschrijven door huisartsen van medicijnen aan mensen met een hart- of vaatziekte scoren wij minder dan het buitenland. Ons land heeft daarentegen het hoogste aantal griepvaccinaties onder ouderen en chronisch zieken.

Van de huisartsen werkt inmiddels 75 procent volgens de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het verwijzen van patiënten gebeurt in ruim 80 procent en het voorschrijven in 60 procent volgens de richtlijnen. In feite zit er een enorme bandbreedte in de dingen die men beter of slechter doet. Dat de scores zelden 100 procent zijn, kan met de complexiteit van een ziekte of met specifieke wensen van patiënten te maken hebben.

**In een boekje van de KNMG over artsen die fouten in hun werk toegeven, staat dat we af moeten van het taboe geen fouten te mogen maken. Mee eens?**

Essentieel is dat instellingen een cultuur ontwikkelen waarin volstrekt open over fouten wordt gesproken en van fouten geleerd wordt. Iedereen maakt fouten. De algemene

ervaring is ook dat open praten met patiënten over fouten, door veel patiënten positief wordt gewaardeerd. In de luchtvaart is het aan de orde stellen van fouten en incidenten vaste gewoonte. Je krijgt geen straf voor wat fout gaat, maar juist voor het niet melden ervan.'

**Er zijn prestatie-indicatoren, protocollen, meet-systemen. En er is een IGZ die kritisch toetst op zaken als hygiëne in operatiekamers. Zijn we er daarmee?**

Er moet vooral systematisch aan verbeteringen worden gewerkt. Een hulpmiddel is het protocolleren van routinematige handelingen, waarbij gemakkelijk fouten worden gemaakt. Het gebruik van checklisten die je afvinkt bij operaties kunnen helpen. Je ziet ook dat specialisten veel meer volgens wetenschappelijke richtlijnen antibiotica bij een longontsteking voorschrijven als daar bij wijze van check eerst door de apotheker naar is gekeken. De vrees dat medici steeds meer in hun handelen onderworpen worden aan protocollen en administratieve maatregelen deel ik niet. Medici zitten nu eenmaal in een sterke individuele flow van beslissingen nemen. Dat zal met protocollen niet verdwijnen.

Mijn aanbeveling is wel om bij jonge professionals, als ze nog in opleiding zijn, het kwaliteits- en veiligheidsmanagement met de paplepel naar binnen te gieten. Want wat gebeurt vaak: er komt een jonge specialist in het ziekenhuis of een jonge huisarts in de praktijk, over kwaliteit en veiligheid heeft hij of zij wel gehoord, maar zodra hij of zij merkt dat het ziekenhuis of de praktijk er weinig aan doet, is de aandacht voor het onderwerp ook snel weg. Een RvB heeft de verantwoordelijkheid hier bovenop te zitten.'

**Maar dat gebeurt niet. Er is, mede door een aantal schandalen, kritiek losgebarsten op raden van bestuur en raden van toezicht. Zij rekenen kwaliteit en patiëntveiligheid niet tot hun aandachtsveld. Hoe ziet u dat?**

Ik ben het eens met de Inspectie Gezondheidszorg als die zegt dat bestuurders en toezichthouders bovenop op kwaliteitsontwikkeling en veilige zorg moeten zitten. Ze missen nu soms specifieke kennis of zijn teveel gefocust op budgetten. Cruciaal is dat de raden veel meer training op dit onderwerp nodig hebben om precies te weten waar ze het over hebben. Dat begint nu ook op gang te komen. In elke RvT zou minimaal één persoon expertise op dit gebied moeten opbouwen. Zelf ben ik lid van de RvT van de Sint Maartenskliniek. Door mijn achtergrond heb ik daar kwaliteits- en veiligheidsbeleid vaak aan de orde gesteld. Het besef dat het een belangrijk thema is, is langzaam gegroeid.

**Het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein heeft na een pilot een veiligheidscoördinator aangesteld, die onder meer controleert en corrigeert op slordigheden in het verpleegproces. Een voorbeeld voor anderen?**

Er zijn wel meer ziekenhuizen die zo hun eigen systeem hebben ontwikkeld. Alleen jammer dat hierover zo weinig informatie wordt uitgewisseld. In het UMC St Radboud is na de gedwongen sluiting van de hartchirurgie in 2006 een heel nieuw model van interne audits opgebouwd. Daarbij komt nog steeds veel boven tafel waar we van leren. Je komt er niet met oppervlakkige visitaties. Wat in meer ziekenhuizen moet gebeuren, is het vormen van een goed getraind team, dat aangestuurd door de raad van bestuur, gedetailleerd kijkt wat er op de werkvloer gebeurt.

**Wat zou dan de volgende stap moeten zijn?**

We moeten de effecten van methoden voor veilig- en kwaliteitsbewust werken veel meer evalueren. Er worden kapitalen gestoken in het optuigen van kwaliteitsprogramma's, doorbraakprojecten en prestatie-indicatoren. Toch weten we nog weinig over waar dit toe leidt. Sommige projecten zijn inderdaad succesvol, andere projecten niet. Dan is er dus geld verspild. IQ Healthcare doet onderzoek naar wat de voorwaarden zijn voor succesvolle projecten.

**Het procesmanagement met kwaliteitscirkels dat in de industrie leidend is, wordt door sommigen als voorbeeld gesteld voor de zorg. Zou intensiever werken in teams kunnen werken?**

Bij het werken in teamverband worden de risico's eerder gesignaleerd en beter overzien dan wanneer je het aan het individu overlaat. Daarom zijn in de complexe zorg, bijvoorbeeld voor kankerpatiënten, multidisciplinaire besprekingen zo belangrijk. Of dat voorafgaand aan een hartoperatie een team bijeenkomt. Dat gebeurt steeds meer. Vaak weten individuele professionals niet hoe goed of slecht ze het doen, omdat ze hun eigen handelen overschatten, of geen feedback krijgen als er iets mis dreigt te gaan.

**Moet daarom de rol van verpleegkundigen inzake kwaliteit en veiligheid groter worden?**

Absoluut, nog los van het feit dat specialisten natuurlijk wel elkaars functioneren blijven bespreken. Verpleegkundigen in teams zijn gemiddeld beter in het organiseren van kwaliteitsactiviteiten en zorgprocessen dan specialisten. En ook hier verwijs ik naar de routinematige handelingen die over het hoofd worden gezien, maar wel risicovol of fataal kunnen zijn. Er is een studie uit Amerika over het voorkomen van infecties op de intensive care. Daar werkten verpleegkundigen met een checklist. Zij hadden ook mandaat om de arts te kapittelen als hij elementen uit die lijst niet uitvoerde. De verpleegkundige kon een handeling zelfs stoppen. Een effectieve aanpak.

**Uit wereldwijd onderzoek blijkt dat de helft van alle patiënten op een IC een infectie oploopt. Wat leert ons dat voor de situatie in Nederland?**

Infecties zijn ook in Nederland een enorme kostenpost, maar ook een bron van ellende voor de patiënt. Veel infecties in ziekenhuizen zijn te voorkomen door zorgvuldiger te werken. Een van onze promovendi heeft in ziekenhuizen door middel van observaties een studie gedaan naar handhygiëne. Van artsen wisten we al dat ze minder vaak hun handen wisten dan verpleegkundigen. Uit de studie bleek dat ook van de verpleegkundigen slechts 30 procent de handen wisten in gevallen waarin dat is voorgeschreven. Schokkend weinig.

Een andere studie, ook in Nederland, ging over het toepassen van een richtlijn door reumatologen om vast te stellen hoeveel medicatie bij pijn nodig is. Slechts in 16 procent van de gevallen werd met die richtlijn gewerkt. Op het moment dat er een verpleegkundige aan te pas kwam, werd dat opeens 65 procent. Ook in de eerstelijnszorg dragen verpleegkundigen belangrijk bij aan betere zorg. Verpleegkundigen die in huisartspraktijken als praktijkondersteuner werken, nemen daar zelfstandig grote stukken van de chronische zorg voor hun rekening. Wat dat betreft zijn we goed op weg. |