

Gezondheidseconoom en oud-hoogleraar Public Health Guus Schrijvers

‘Verpleegkundigen moeten kritisch zijn’

In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Niet alleen hun functie, maar ook lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer een gesprek met Guus Schrijvers, gezondheidseconoom en van 1987 – 2012 hoogleraar Public Health bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Schrijvers is nu met emeritaat, maar houdt zich nog steeds bezig met de wetenschap van gezondheidszorg en actuele zorgvernieuwingen. Een gesprek over de soms vermeende controversen tussen theorie en praktijk met een man die dol is op vooruitgang. ‘Je moet als uitvoerende verpleegkundige altijd op zoek gaan naar rituelen die overbodig zijn geworden.’

Tekst:
Hellen
Kooijman

U publiceerde tal van boeken en artikelen over zorginnovatie en deed als wetenschapper ook veel onderzoek. Maar hoe bottom-up is dat eigenlijk? Ziet u bijvoorbeeld enthousiasme bij mensen uit de praktijk die zelf onderzoek doen?

‘Bezig zijn met zorgvernieuwing en zelf onderzoek doen is meer iets voor het middenkader en leidinggevend. Een uitvoerende verpleegkundige zal daar minder interesse in hebben. Behalve als ze al goed en lang in het vak zitten en af durven te wijken van de richtlijnen. Mijn ervaring is dat uitvoerende verpleegkundigen weinig hebben met getallen en statistiek. En dat er dan naar academici wordt gewezen: die hebben het onderzoek gedaan dus het zal wel goed zijn. Ik denk inderdaad dat weinig uitvoerenden affiniteit hebben met het zelf doen van onderzoek.’

Zouden ze dat wel moeten hebben; is het niet schoenmaker houd je bij je leest?

‘Ik vind dat uitvoerenden een kritische geest moeten hebben. Ze moeten signaleren of delen uit onderzoek wel of niet deugen. Stel, je hebt een goede vragenlijst gemaakt voor mensen die terminaal zijn. En die lijst deugt in de praktijk niet. Dan verwacht ik wel dat ook een uitvoerend verpleegkundige dit meldt bij de onderzoekers in kwestie. Zo van: jullie hebben bureauwerk verricht. Dit deugt niet in praktijk. Iedereen kan aangeven waar de schoen wringt, maar niet iedereen is schoenmaker. Het moet wel goed voelen; ik heb nu schoenen aan en ik pas ze niet. Dan ga je terug naar de schoenmaker, naar de onderzoekers. Dan moet je niet zeggen: “Ik draag die schoenen niet, ik loop wel op blote voeten.”

Is er een kloof tussen onderzoekers en uitvoerenden?

‘Onderzoekers moeten altijd eerst kijken naar de praktijk, vind ik. Je moet als je een zorgpad of nieuwe app hebt ontworpen wel meten of het kan in de praktijk. En wat uitvoerende verpleegkundigen ervan vinden.’

Wordt dat voldoende gedaan?

‘Nou ja, het wordt zeker niet altijd gedaan, maar het wordt niet nooit gedaan. Soms zijn er andere zaken die spelen waardoor het niet goed werkt in praktijk. Er kan bijvoorbeeld geen tijd zijn om uitvoerenden te scholen. Ik heb ooit een heel mooie gesprekstechniek ontworpen voor kankerpatiënten; gedeelde besluitvorming; *shared decision making*. Om dat goed te kunnen gebruiken, moeten verpleegkundigen eigenlijk vooraf getraind worden. En wel twee keer twee uur. Tsjja, wat als dat niet kan? Of als er een uitzendkracht komt die nooit die training heeft gedaan omdat alleen vaste krachten die kregen. Dan loopt het niet.’

Er is al jarenlang een trend om beleid en professioneel handelen te baseren op Evidence Based Practice: Praktijkonderzoek en/of RCT (Randomised Clinical Trial). Een van onze redacteuren vroeg zich af welke voor- en nadelen u hierin ziet.

‘Praktijkvernieuwingen gebaseerd op onderzoek zijn belangrijk. Als er twee vernieuwingen zijn waar je over twijfelt - wat ga ik gebruiken? - dan kan onderzoek antwoord geven. Maar je kunt niet voor elke verandering een heel onderzoek doen. Voor grote veranderingen is onderzoek wel noodzakelijk. En dan moet je, vind ik, dus altijd kijken naar de ervaring van de verpleeg-



kundige. Als twintig verpleegkundigen zeggen: dit is een goed zorgpad, een goede vernieuwing, dan is dat meestal wel goed. Een nadeel kan zijn dat mensen blind varen op onderzoek. Denk aan de crème die getest is op een bepaalde huid en een professional gebruikt die crème bij een cliënt met een andere huidskleur. Dan hoeft die crème niet hetzelfde te doen. Of een medicijn dat enkel getest is op mannen. Vaak wordt er vanuit gegaan dat dat ook voor vrouwen werkt. Maar dat hoeft niet zo te zijn. Ik vind eigenlijk dat je als uitvoerende verpleegkundige altijd op zoek moet gaan naar rituelen die overbodig zijn geworden.'

Wat bedoelt u daarmee?

'Neem elke dag bloeddruk opmeten of je handen met water wassen. Omdat het altijd zo gedaan is. Maar de vraag is: moet het nog steeds op die manier? Dit zijn simpele voorbeelden, maar er zijn heel veel rituelen die worden overgenomen uit het verleden, maar die je best

op een andere manier kunt doen. Je hebt ook gel waar je je handen schoon mee kunt krijgen bijvoorbeeld. Het is denk ik goed om regelmatig te kijken naar die rituelen die je vroeger ook deed, of die heden ten dage nog

'Je moet je telkens de vraag stellen of iets nog steeds op deze manier gedaan moet worden'

opgaan. Of er niet toch modernere middelen zijn. Of het niet anders kan. Mijn moeder moest na de geboorte nog een week in het ziekenhuis blijven. Nu bevallen vrouwen poliklinisch en kunnen dan snel naar huis. Dat is niet vanuit onderzoek gegaan, maar vanuit ervaring; het kon, dus waarom niet?'

Aan tafel met...

Een andere vraag van een redacteur is: wat ziet u als waarde van concepten en modellen zoals Triple Aim en het model van Lalonde die wereldwijd breed draagvlak hebben maar de strikte toets der kritiek van Evidence-based practice niet halen?

'Die toets hoeven ze ook niet te halen, vind ik. Het geheim zit 'm in de woorden 'concept en model'. Daarmee laat je al weten dat het in de praktijk niet altijd zal kloppen. Een concept of model hoeft niet bewezen te worden. Die zijn er om gedachten te ordenen en veronderstellingen te formuleren over concrete patiëntenzorg. Wat bewezen moet worden is het handelen in de praktijk. Wat leuk is, is dat er door deze modellen discussies ontstaan onder wetenschappers. Dat maakt het beter. Het model van Lalonde had vier determinanten. Wetenschappers bij het RIVM hebben dat verbeterd en nu heb je meer dan vier determinanten. Kijk: je hebt twee soorten wetenschap: de wetenschap die de theorie vooruit helpt. En daar hoor ik zelf ook een beetje bij. En dan heb je de wetenschap die kijkt naar hoe het in de praktijk gaat: wat willen de 'gebruikers' nu precies?'

Staan theoretische modellen als bovengenoemde niet te ver van de praktijk af? Waarom zou een verpleegkundige M&G die moeten kennen?

'Je hoeft de details niet te weten. Het gaat erom dat verpleegkundigen weten waar ze op moeten letten. Neem Triple Aim. Dan is het goed voor verpleegkundigen om alert te zijn: werken wij wel preventief? Wat zijn de kosten? Zijn wij voldoende toegankelijk voor nieuwe

'Ik zou zo graag zien dat iedereen die koos voor het beroep verpleegkundige dat haar hele leven blijft doen'

patiënten? Omdat deze vragen om meer dan die ene cliënt gaan. Het model van Lalonde laat zien dat iemand ziek kan worden van bijvoorbeeld de eigen levensstijl, of van luchtverontreiniging. Dat moet je weten als verpleegkundige. En dan gaat het niet om hoeveel procent van onze gezondheid bepaald wordt door luchtverontreiniging, hoeveel procent door roken enzovoorts. Nee, je moet weten van dit model om je eigen gedachten te kunnen ordenen en gericht patiënten uit te vragen over oorzaken van hun gezondheidsklachten.'

Hellen Kooijman is freelance journalist en (eind) redacteur van Tijdschrift M&G

Bio

Guus Schrijvers (1949) studeerde in 1973 cum laude af aan de Faculteit Economische Wetenschappen. In 1980 promoveerde hij in Maastricht op het proefschrift *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*. Van 1987 tot 2012 bekleedde hij de leerstoel Public Health bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Zijn leeropdracht was: *Structuur en Functioneren van de Gezondheidszorg*. Hij publiceerde tal van boeken en artikelen over zorginnovatie. Zijn wetenschappelijke aandacht ging uit naar geïntegreerde zorg, transmurale zorg, regiovisies, managed care, spoedeisende zorg, jeugdgezondheidszorg, geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg en disease management. Sinds 1 oktober 2012 is Guus Schrijvers met emeritaat. Maar hij is nog steeds actief in de gezondheidszorg. Zo verscheen onlangs zijn nieuwe boek *Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel. Voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg*. Daarnaast geeft hij lezingen en workshops en is lid van enkele stuurgroepen en begeleidingscommissies.

Tenslotte: wat zou u zeggen tegen verpleegkundigen M&G als het gaat om de toekomst, en dan niet corona-gerelateerd, maar om meer waardevol werk te verrichten?

'Ik zou zo graag zien dat mensen die gekozen hebben voor het beroep verpleegkundige dat hun hele leven blijven doen. Er is te veel uitstroom. Mensen verplegen een paar jaar en gaan dan wat anders doen. Omdat de caseload te zwaar is, hun praktijkervaring niet voldoende wordt gewaardeerd, omdat leidinggevenden alleen maar op een excelsheet zitten te kijken, omdat deze laatsten een kritische blik niet waarderen. Ik noem maar een paar redenen. Maar het verpleegkundig beroep is prachtig. Tijdens de eerste jaren van dit beroep doe je ervaring op, als je dan nog wat langer doorzet heb je voldoende ervaring en dan ga je nadenken: klopt het allemaal wel? Kan het niet wat moderner? En dan kom je uit in de wereld van de zorgvernieuwing, waar ik lang in heb gewerkt. En die continue zorgvernieuwing, dat is de toekomst. Die inspireert. Daar ben ik van overtuigd.' 