

prof dr. Jan Kremer

gynaecoloog en hoogleraar
patiëntgerichte innovatie,
IQ healthcare Radboudumc

dr. Jur Koksma

bioloog en filosoof, Radboud Health
Academy

OBJECTIEVE REGISTRATIECIJFERS BESTAAN NIET

Kwaliteit meten is een moreel oordeel vellen

GETTY IMAGES

Gynaecoloog en kwaliteitsdeskundige Jan Kremer gaat in gesprek met filosoof Jur Koksma om een aanzet te geven tot een nieuw denkbeeld over kwaliteit.

Niemand is tegen kwaliteit. Maar bedoelen we er allemaal hetzelfde mee? Wat is kwaliteit eigenlijk? Volgens het Institute of Medicine moet zorg veilig, effectief, doelmatig, toegankelijk, tijdig en patiëntgericht zijn.¹ Het gangbare idee is om kwaliteit langs deze lijnen te meten en vervolgens te verbeteren. Dit denken heeft geleid tot de opkomst van een heuse 'kwaliteitsindustrie' met eigen instrumenten en jargon. Alhoewel deze beweging op zich goede dingen heeft gebracht, zijn de eerste bar-

sten zichtbaar en neemt het onbehagen toe. Ten eerste verliezen steeds meer zorgverleners de animo voor hun werk. Ze hebben gekozen voor hun vak omdat ze iets willen betekenen voor zieke mensen, maar het lijkt erop dat kwaliteitssystemen hen daarbij eerder belemmeren dan helpen. Ten tweede roeren patiënten zich. Ze voelen zich geen gemiddelde van een groep en willen hun persoonlijke verhaal op de agenda. Ten derde rommelt het aan het fundament van het huidige kwaliteitsdenken, evidencebased medicine.²

Er zijn vragen over methodologie en validiteit, maar ook over de vertaling naar de praktijk. Wat betekent groepsbewijs voor een individu in de spreekkamer? Hoe ga je om met multimorbiditeit? Tot slot zijn er vragen over de betaalbaarheid van de zorg. Ondanks veel goede initiatieven neemt het aantal verrichtingen toe en stijgen de maatschappelijke kosten. Reden genoeg om het concept 'kwaliteit' eens grondig tegen het licht te houden. We doen dit op een enigszins onconventionele wijze, aan de hand van een gesprek tussen de dokter en een filosoof.

Verward

Omdat ik als jongen droomde over het helpen van zieke mensen, besloot ik geneeskunde te gaan studeren. Ik leerde veel tijdens mijn opleiding, maar miste ook wat. Gekscherend zei ik wel eens dat

ik mijn opleiding startte als mens en eindigde als medisch specialist...

In 1996 werd ik hoofd van een academisch ivf-centrum. Ik zag grote verschillen in beleid en uitkomst, en initieerde protocollen, richtlijnen en een landelijke ivf-registratie. Op zich succesvolle initiatieven, maar transparantie leidde slechts kort tot betere uitkomsten en richtlijnen werden slechts beperkt gebruikt. Daarom besloot ik me te richten op implementatie. Ik keek naar belemmerende en bevorderende factoren en onderzocht nieuwe strategieën. Helaas verbeterde het gebruik van richtlijnen slechts marginaal.

Ik vroeg patiënten om hulp bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, en ik betrok hen bij het meten van kwaliteit.

Maar ik bleef het idee houden dat we er nog niet waren. Ik leerde dat kwaliteit voor iedere patiënt iets anders betekent, want iedereen heeft een persoonlijke context. Daarom richtte ik me vervolgens op de patiënt als persoon en begon studies rondom gedeelde besluitvorming, persoonlijke gezondheidsdossiers en persoonlijke zorgplannen. Veelbelovende initiatieven, maar wel conflicterend met de standaardisatietrend van deze tijd.

Ik raakte verward. Richtlijnen, indicatoren, implementatie en patiëntgerichtheid brachten me niet ver genoeg. Vanwege een gevoel van onbehagen en onzekerheid over het resultaat van mijn overwegingen, besloot ik een filosoof te raadplegen.

Filosoof

‘Waar is je spreekkamer?’, vroeg ik de filosoof bij de hoofdingang van het ziekenhuis. ‘Laten we naar het bos gaan, dat is een goede plek om te verdwalen’, antwoordde hij. De toon van het gesprek was gezet; dit zou een bijzondere ontmoeting worden.³

Ik legde hem mijn dilemma's voor en besprak waarmee ik en veel van mijn collega's worstelden. Wij zien onze dromen over goede zorg botsen met de dagelijkse realiteit van disciplinerende kwaliteits-

tools. Er lijkt iets fundamenteels mis te zijn met de definitie van kwaliteit. ‘Alle definities zijn problematisch’, antwoordde de filosoof. ‘Ze veranderen continu en houden er geen rekening mee dat we het over iets heel persoonlijks hebben.’ Zonder mij te overvoeren met filosofische theorieën, leerde hij me dat kwaliteit gaat over hoe we dingen in de buitenwereld waarderen. Kwaliteit bestaat niet in die buitenwereld, maar ontstaat pas als we er met elkaar over spreken en bepalen wat we wel of niet ‘goed’ vinden.

Ik begon te begrijpen dat dit ook iets betekent voor het meten van kwaliteit. Indicatoren zijn geen neutrale spiegels van een objectieve werkelijkheid. Hoe en wat je meet heeft ook een morele lading, net als wat je uiteindelijk met de cijfers gaat doen.

‘En gelukkig verschillen wij als mensen’, vervolgde de filosoof toen we een open plek in het bos bereikten. ‘We hebben allemaal onze eigen, unieke context, die belangrijk is voor hoe we dingen uit de buitenwereld waarderen. Er is niet één kwaliteit.’

Toen we terugwandelden naar het ziekenhuis realiseerde ik me dat de filosoof me in korte tijd op een fundamenteel andere wijze naar kwaliteit had laten kijken. Dé kwaliteit bestaat niet.

Nieuwe kwaliteit

Wat betekenen deze inzichten voor de praktijk van alledag? Moeten we stoppen met onze pogingen om kwaliteit te meten en te verbeteren? Eindigen we in nihilisme?

Nee, maar we zijn wel toe aan een begrip

Kwaliteit ontstaat pas als we er met elkaar over spreken

van kwaliteit dat recht doet aan het morele en pluralistische karakter ervan. Om goed te begrijpen hoe die nieuwe kwaliteit eruit kan zien, is het nuttig om eerst te kijken naar de fundamentele van het huidige kwaliteitsdenken en dat wat eraan voorafging (figuur 1).

De oude kwaliteit was de kwaliteit van de professionals. Op basis van scholing, ervaring en autoriteit bepaalden zij met elkaar wat goed was voor hun patiënten. Dat werkte goed, totdat de samenleving vragen ging stellen over praktijkvariatie, fouten en onnodige zorg. Het antwoord daarop was het huidige kwaliteitsdenken. Impliciete waardeoordelen verloren hun waarde ten gunste van de expliciete kennisbron ‘evidence’. Dat wat goed is voor patiënten, is te bepalen via systematisch onderzoek en kan worden vastgelegd in richtlijnen en gemeten met indicatoren. Daarmee is kwaliteit nu de kwaliteit van epidemiologen, professionals en de mensen van de kwaliteitsindustrie.

De oude en de huidige kwaliteit gaan moeilijk samen. Veel professionals willen af van al die verantwoording; ze verlangen naar de oude wereld waar zij zelf aan het roer stonden. Tegelijkertijd gaat het voor de exponenten van de huidige kwaliteit nog niet ver genoeg en verlangen zij naar nog meer disciplineren en transparantie. In een recent artikel in JAMA noemt Don Berwick dit de clash tussen protectionisme en reductionisme, de fundamentele van beide richtingen.⁴ De oplossing ligt volgens hem in een meer morele benadering van kwaliteit, wat naadloos aansluit bij de inzichten uit de twee voorafgaande verhaallijnen. Maar hoe ziet die nieuwe kwaliteit er dan uit? Wat betekent het pluralistische en morele karakter van kwaliteit voor de praktijk?

- Ten eerste kunnen we naast ‘evidence’ ook andere kennisbronnen gebruiken, zoals big data, lokale data, leerervaringen en vooral ook het verhaal van de patiënt.
- Ten tweede moet er veel ruimte zijn voor het morele debat waar ‘samen leren’ centraal staat. En wel met alle

betrokkenen: professionals, patiënten, burgers, verzekeraars, beleidsmakers en jonge mensen, die hun creativiteit nog niet kwijt zijn en nog weinig gevestigde belangen hebben.

- Ten derde moeten vooral gedeelde waarden het vertrekpunt zijn en niet zozeer specifieke doelen. Gedeelde waarden stimuleren het samen leren, terwijl specifieke doelen creativiteit en pluriformiteit frustreren.

Het is misschien nog wat abstract, maar we zullen de komende jaren met elkaar ontdekken hoe we op basis van deze punten de nieuwe kwaliteit gaan vormgeven. In de spreekkamer kan dat bijvoorbeeld met gedeelde besluitvorming en op het gebied van kwaliteitsverbetering kan dat op de Bernhoven-manier.⁵ Samen met

patiënten, huisartsen en verzekeraars is dit ziekenhuis op een morele ontdekkingsreis naar betere en betaalbare zorg. En op het gebied van kwaliteitsinstrumenten kan dat op de manier van de nieuwe Zorgstandaard Geboortezorg, waarin staat dat gynaecologen en ver-

loskundigen samen in hun regio een jaarverslag moeten maken en op basis daarvan samen moeten leren. We zijn toe aan een nieuwe benadering van kwaliteit, die is gebaseerd op de gedachte dat kwaliteit iets is wat in de harten en zielen van mensen zit. Laten we met elkaar gaan ontdekken hoe we deze nieuwe kwaliteit gaan vormgeven. ■

We zijn toe aan een nieuwe benadering van kwaliteit

contact

jan.kremer@radboudumc.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl

lezersoproep

Wat kiest de dokter op 15 maart?

Stuur uw verhaal in

SPECIAL VERKIEZINGEN

Stuur uw politieke statement (maximaal 300 woorden) uiterlijk **27 februari** naar redactie@medischcontact.nl onder vermelding van 'Stemverklaring'. De mooiste inzendingen publiceren we op de website en in de special, die op 9 maart verschijnt.

De redactie houdt zich het recht voor bijdragen te redigeren en in te korten.

GETTY IMAGES

De verkiezingskoorts loopt op. Weet u al wat u gaat stemmen bij de komende Tweede Kamerverkiezingen? Welk zorgthema geeft voor u de doorslag: een hoger eigen risico, het standpunt rond voltooid leven, de jeugdpsychiatrie of juist de ouderenzorg? Geef uw stemverklaring af en deel uw overwegingen om juist voor deze politieke partij te kiezen.