



Kwaliteit

drs. Wouter Bos, voorzitter raad van bestuur VU Medisch Centrum

Kwaliteit moet ons allemaal natuurlijk een zorg zijn. En dat is het ook. Maar iets van een hype heeft het af en toe ook wel. Eén van mijn toezichhouders bij VUmc schudde laatst meewarig het hoofd toen het weer eens ging over value-based healthcare en vertelde me grijnzend dat dat vroeger gewoon ‘transparantie’ heette. En een collega vertelde op het zoveelste congres over VBHC het verhaal over evidence based medicine en de ongelooflijk moeizame invoering door de jaren heen; maar eigenlijk was het ook een verhaal over de hype van gisteren en de hype van vandaag. Heel moeilijk is het dus niet om de believers en de cynici in het debat

te ontwaren. En voor je het weet is het kind met het badwater weggegooid.

Kwaliteitsdiscussie vanuit drie hoekpunten

Als je een aantal believers in het huidige debat aan het woord laat, ontstaat bij mij het beeld van een driehoek. Op elk van de hoekpunten een zuiver en consistent standpunt. Maar een waarheid die waarschijnlijk ergens in het midden ligt. Het eerste hoekpunt is het moderne evangelie van value-based healthcare, stevig neergezet door Porter en Kaplan. Ook ik heb collega's naar de VS gestuurd om zich te laten bekeren. Zelfs in Davos waar de fine fleur van de

globale elite zich verzamelde was het een onderwerp en sprak een bezield Stefan Larsson. En in Nederland dragen de grote consultancybureaus als BCG het gedachtengoed met verve uit. Zo goed dat VBHC zelfs het regeerakkoord heeft gehaald. Meten is weten en pas als je weet kun je verbeteren. En wie wil weten hoe dat in de praktijk werkt, kan terecht bij Douwe Biesma en de Santéon-ziekenhuizen.

Een tweede hoekpunt komt vanuit de hoek van DICA en believers als Rob Tollenaar. Stevige pleitbezorgers van een uitgebreide klinische registratie. Zij kunnen inmiddels wijzen op duidelijke successen. En ook op hoe onvolledig registratie nog op tal van plaatsen is. Maar dat is tegelijk ook de kern van hun verdienmodel; het verdienmodel van een inmiddels middelgroot bedrijf met eigen, ook commerciële, belangen. En met misschien wel onvoldoende aandacht voor een aspect wat nu juist bij value-based healthcare wél centraal staat: kwaliteitsbeleving door de patiënt.

Het derde hoekpunt wordt ingebracht door een believer als Jan Kremer. Hij plaatst vanuit het Zorginstituut kanttekeningen bij de verabsolutering van het belang van gekwantificeerde outcome metingen. Hij wil een herwaardering van context en de relatie met de individuele patiënt. Zijn pleidooi is dat het bij kwaliteit vooral moet gaan om het tot stand brengen van het juiste gesprek tussen professionals en tussen de professional en de patiënt: over leren en verbeteren. Dan schiet alleen maar kwantitatieve informatie uiteindelijk tekort.

Een verstandig midden

Mooi debat! Spannende tegenstellingen! Maar wat moeten we er mee? Ik suggereer drie invalshoeken om van misschien te extreme hoekpunten in dit debat richting een verstandig midden te bewegen.

Eén: elke beloning lokt strategisch gedrag uit. Toen de Sovjet Russen in hun planeconomie ijzerfabrieken beloonden voor de hoeveelheid spijkers die elk jaar geproduceerd werd, maakten deze fabrieken vooral heel veel heel kleine spijkertjes. En toen de maatstaf aangepast werd naar het totale gewicht aan spijkers

werden er vooral heel zware spijkers geproduceerd. Beide situaties waren niet optimaal. En de les is dat elke ééndimensionale manier van waarderen en belonen strategisch gedrag uitlokt ten koste van andere dimensies. Dat gaat ook op als we outcome verabsoluteren tot maat aller dingen. En zeker als het ook de maatstaf wordt voor presteren, belonen en contracteren. Dat lokt gedrag uit waarvan het uiteindelijk maar de vraag is of het in het belang van de patiënt is.

Twee: value-based healthcare is prachtig maar waarom moet het meteen alleszalmakend verklaard worden? Dat het grote waarde heeft bij goed afgebakende patiëntengroepen die niet té multimorbide zijn, is overduidelijk. Dat het moeilijker wordt naar de mate waarin meer sprake is van multimorbiditeit, zien we ook al. Dat het nog weinigen gelukt is om niet alleen de kwaliteit te verbeteren maar ook de kosten omlaag te brengen, wordt daar waarschijnlijk minstens ten dele door verklaard. En dat het daarom maar de vraag is of VBHC geschikt is als breed organisatieprincipe voor de zorg lijkt me dan ook evident. Zullen we het dan ook een ietsje pietsje minder heilig verklaren?

Drie: Jan Kremer heeft een briljant verhaal op het verkeerde moment. Dat heb ik hem bij een goed glas wijn al eens een keer verteld en daarom durf ik het hier -no disrespect- te herhalen. Ik vind dat hij helemaal gelijk heeft met hoe ons kwaliteitsbegrip verschuift en moet verschuiven. Natuurlijk gaat het om het goede gesprek, om leren en verbeteren, om verbinden, om context, om veel meer dan om het wel of niet halen van een cijfertje. Maar als we ons realiseren hoeveel huizen en artsen hun zaken nog niet op orde hebben, nog onvoldoende vastleggen wat ze doen, dan kunnen ze ook niet leren en ook niet verbeteren. En dan wordt Jan's verhaal een excuus waarachter eenieder zich kan verschuilen die geen rekenschap af wil leggen. Het is dus misschien vooral een kwestie van volgorde: eerst de basis op orde met een goede registratie aan de bron van alleen die informatie die ook echt dient om te leren en verbeteren. En daarna het belang pas weer relativieren. ☺