

INTERVIEW ANDRIES BAART EN JAN KREMER OVER KWALITEIT

Leren en verbeteren op alle niveaus

Het nieuwe kwaliteitsdenken gaat over **relationele zorg en het lerend vermogen binnen zorgorganisaties**. Andries Baart en Jan Kremer discussiëren over de zoektocht naar wat kwaliteit van zorg is.

tekst Bart Kiers beeld Kzenon/stock.adobe.com

Het huidige kwaliteitsdebat is te plat en te instrumenteel, te veel in termen van goed en fout, vindt oud-hoogleraar Andries Baart. Het doet geen recht aan de complexe praktijk waarin problemen vaak langdurig en meervoudig zijn. Kant-en-klare evidence-based oplossingen zijn niet voorhanden. Patiënten en betrokken zorggevers moeten met elkaar uitvinden wat goede zorg is. Werkelijk goede zorg komt altijd relationeel tot stand, schrijft Baart in zijn nieuwe boek 'De ontdekking van kwaliteit.'

U heeft het in uw boek over doodlopende wegen. Waar doelt u op? Baart: 'Er hangt een verandering in de lucht in het denken over kwaliteit. Er is erkenning dat goede zorg altijd rekening houdt met de relatie tussen patiënten en zorgprofessionals. Ik hoor daarbij vaak begrippen als "warme zorg" en "narratieve zorg" genoemd worden. Dat zijn veelbelovende maar misleidende begrippen als het gaat om kwaliteit van zorg. Bij mensen met een ernstige verstandelijke of psychische beperking bijvoorbeeld moet je inderdaad proberen om dichtbij ze te komen. Maar

daar is helemaal niets warmes of narratiefs aan. In mijn boek probeer ik heel precies en streng de juiste woorden en theorieën te doordenken en te definiëren, om te zorgen voor een gedegen fundament voor de vaststelling wat kwaliteit van zorg is.'

'Zorg moet niet alleen verantwoord, maar ook goed zijn. De discussie over kwaliteit van zorg is dus moreel geladen, want wat is goede zorg? Met het meten van uitkomsten is niets mis. Dat moet je goed op orde hebben. Maar daarnaast is goede zorg altijd aangewezen op de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger: daar moet blijken wat voor zorgontvangers goed is. Wie zijn ze, waar komen ze vandaan en hoe zit hun leven in elkaar? De antwoorden op die vragen bepalen wat patiënten op zeker moment nodig hebben.'

Vraagt relationele zorg ook om een andere manier van verantwoordeden? Baart: 'De toetsing kan alleen binnen de relatie tussen patiënt en zorgverlener plaatsvinden. Voor buitenstaanders is dat niet te doen. Alleen de zorgverlener kan in voortdurende wisselwerking met de patiënt beoordelen of de kwaliteit goed is. Dat vraagt om een open en zelfkritische

houding van zorgverleners. Ze moeten niet wachten op de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd om de kwaliteit te beoordelen, maar zelf de vraag stellen of ze het wel goed doen. Als we zorgmedewerkers africhten om zich te houden aan regels, dan creëren we "over-gehoorzame" zorgverleners. We hebben juist behoefte aan minder regels. Er moet meer uit mensen zelf komen. Dat kwaliteitsbewustzijn kun je cultiveren door zorgverleners in de uitvoering te laten reflecteren op wat goede zorg is. Vanzelfsprekend moeten managers en bestuurders van zorgorganisaties ook meedoen. De hele zorgorganisatie heeft dan één filosofie over kwaliteit en mensen van alle niveaus weten waarvoor de zorgorganisatie staat.'

Jan Kremer, hoe kijkt u hiertegen aan als voorzitter van de Kwaliteitsraad? 'Wij maken in de Kwaliteitsraad eenzelfde beweging. De relatie tussen patiënt en zorgverlener is cruciaal. Maar je moet oppassen dat dit geen doel op zich wordt. Een valkuil voor zorgverleners is dat ze inzetten op een goede relatie, maar vergeten goede zorg te verlenen. Een goede relatie is een middel om tot goede zorg te komen.'



Een goede relatie tussen zorggever en -ontvanger is een middel om tot goede zorg te komen

Het verantwoordingsproces is ingewikkeld. De buitenwereld vraagt om verantwoording over de besteding van 90 miljard euro. Als je die alleen baseert op harde data van indicatoren over bijvoorbeeld valincidenten, creëer je een schijnzekerheid. Voor verantwoording over kwaliteit is meer nodig. Ik ben het met Baart eens dat de toetsing van kwaliteit in de context van de relatie moet gebeuren. Vanuit de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving werk ik aan een rapport over een nieuwe manier van verantwoorden. Zonder vooruit te lopen op onze conclusies zie ik daarin een lijn dat de verantwoording meer in de praktijk moet gebeuren, in het leerproces. Je zou moeten toetsen of er lerend vermogen is in zorgorganisaties. Of ze de juiste partijen aan tafel hebben. Leren en verbeteren kan niet meer vrijblijvend zijn.'

Andries Baart, wat kunnen zorgorganisaties met uw boek in de praktijk? 'Het boek is praktisch heel bruikbaar. De theorie is vertaald in een operationeel model dat vragen voor een gezamenlijk "kwaliteitsberaad" genereert. Zorgorganisaties in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg, psychiatrie en het sociaal domein hebben al drie jaar in de praktijk ermee gewerkt. Daarbij is er veel aandacht voor hoe zorgverleners denken en praten. Het is goed te bedenken dat de vorm van reflecteren over kwaliteit afhangt van het niveau van zorg. Een

verzorgende niveau 2 doet dat anders dan een verpleegkundige niveau 4. Verzorgenden niveau 2 kijken liever en doen na hoe anderen het doen. Reflecteren in woorden en verhalen is voorhouden aan een bovenlaag van hogeropgeleiden.'

Kremer vult aan: 'We zijn op weg naar het lerende tijdperk. Kwaliteit is leren en verbeteren op alle niveaus. De dokters en verpleegkundigen die goed luisteren naar patiënten. Zorgorganisaties die samen leren, zoals verpleeghuizen nu doen. En op landelijk niveau samen leren. Het Zorginstituut heeft onlangs bijvoorbeeld alle netwerken voor intensive care bij elkaar geroepen in de Galgenwaard in Utrecht om van elkaar te leren. Dan zie je Noord-Nederland en Zeeuws-Vlaanderen ervaringen uitwisselen.'

Baart: 'Het is heel belangrijk om alle niveaus te betrekken. Als je alleen rommelt op het niveau van de uitvoering, lopen de uitvoerenden in het mes van de managers en toezichthouders.'

Kremer: 'De wereld van meten en getallen is niet fout. We zijn niet tegen evidence-based zorg, zoals sommige mensen dachten na het RVS-rapport daarover. Maar we vinden dat de wereld

van getallen niet compleet is. Er is meer nodig dan bewijs en controle van buiten. Nergens in de sterren staat geschreven wat kwaliteit van goede zorg is.

'Het is evenmin voldoende om alleen de medische handelingen te controleren, voegt Baart daaraan toe. 'Je moet ook kijken naar de context waarin de zorg wordt gegeven. Artsen moeten zien wie ze voor zich hebben, waar deze mens vandaan komt en wat die op dat moment nodig heeft. Dan kunnen ze beargumenteerd afwijken van protocollen.'

Kremer: 'Het nieuwe kwaliteitsdenken is geen stap terug naar de tijd waarin de arts zelf bepaalt wat kwaliteit is. Het is juist een stap vooruit naar met elkaar leren de zorg te verbeteren. Zorgprofessionals met elkaar, met patiënten, binnen hun eigen organisaties, samen met andere zorginstellingen en op landelijke niveau. In de praktijk zie ik dat mensen eerst schrikken: "Goh, kwaliteit is niet zo simpel. Waaraan heb ik nog

houvast?" Maar als ze het nieuwe kwaliteitsdenken gaan begrijpen, gaat er een wereld voor hen open. Ze laten de wereld van het wantrouwen achter zich en vinden weer plezier in het werk.' ■

Oud-hoogleraar Andries Baart is de grondlegger van de presentietheorie die de relatie tussen zorgvrager en zorggever centraal stelt. Hij is als hoogleraar nog steeds verbonden aan de North-West University in Zuid-Afrika. Jan Kremer is voorzitter van de waliteitsraad van het Zorginstituut, lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en gynaecoloog in het Radboudumc.

