

De blinde vlek in het kwaliteitsdenken

INTERVIEW MARIUS BUITING

'We zijn al 25 jaar aan de praat over kwaliteit op systeemniveau. Zonder het lef te hebben om inhoudelijk problemen te benoemen en op te lossen. Op zo'n manier is kwaliteit een wereld op zichzelf, náást de zorg.' Aan het woord is Marius Buiting, arts, jurist, senior-adviseur bij het CBO en vanaf 1 november directeur van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ).

R. van Es

Kwaliteit in de zorg is voor hem van jongs af aan de focus van zijn denken en handelen. Des te meer fascineert het hem dat in de praktijk het kwaliteitsdenken in de zorg opvallend vaak voorbijgaat aan verbeteringen waar een patiënt iets aan heeft.

'Al bij de eerste Leidschendam-conferentie in 1989 en 1990 ging het mis. Alle veldpartijen spraken toen af dat ze zelf – binnen hun eigen organisatie – normen en toetsingskaders zouden ontwikkelen. Niet integraal vanuit de zorginhoud dus. De overheid, inspectie, de koepelorganisaties, de certificeerders, de verzekeraars, de kwaliteitsdeskundigen, allemaal ontworpen ze systemen die vooral naast elkaar werkten.'

In de kern hebben we daar tot op de dag van vandaag last van, stelt Buiting. Het was destijds niet een opzettelijk inslaan van de verkeerde weg. 'Het is meer een blinde vlek die is ontstaan. Het heeft een hoog "Met de kennis van nu"-gehalte. Rond 1989 was de tijd gewoon nog niet rijp voor integraal denken.'

En ondanks dat de tijd er nu wel rijp voor is, blijft er een hardnekkige neiging om zich vast te klampen aan de grenzen van het eigen belang en om afstand te houden van de concrete zorg. Buiting: 'Als ik op bijeenkomsten van kwali-

teitsmanagers uit de zorg wel eens vraag: waar ben je nu trots op, dan krijg ik opvallend vaak te horen: "We hebben een kwaliteitscertificaat behaald". Zelden hoor ik: "We zijn nu in staat om patiënten een maaltijd voor te zetten die ook echt warm is". Of: "Ik ben er trots op dat bij ons decubitus nauwelijks meer voorkomt". Vergeet de grenzen van je eigen belang. Integraal denken en handelen vanuit de zorg voor patiënt en cliënt is volgens Buiting de haarbos waaraan de kwaliteitsverbeteraars zichzelf uit het moeras kunnen trekken. Maar daarover later in dit artikel.

Gildededenken

Er is een tweede factor die volgens Buiting tot op de dag van vandaag integraal kwaliteitsdenken dwarszit: het gildededenken. 'De belangrijkste spelers in de zorg zijn georganiseerd in een soort van gilden zoals we die ook in de Middeleeuwen kenden. Maatschappen, koepels: gesloten organisaties die zichzelf beschermen en die strenge eisen stellen aan nieuwkomers.' Hij wijst erop dat het lastig is om dat gildededenken aan te wijzen. 'Het is nogal eens verpakt in het argument "Het moet wel voldoen aan onze eisen, anders is het geen goede zorg". Moeilijk te doorbreken.' Het disruptieprincipe echter, waar we later in dit interview op terugkomen, is wel degelijk in staat om het werken in gildes te doorbreken.

Vasthouden aan gildededenken is, zo stelt Buiting, ook de reden waarom nieuwe integrale aandachtsgebieden zoals de zorg voor ouderen tot op heden een sluimerend bestaan leiden in de marge van het ziekenhuis. 'Terwijl 80 procent van de ziekenhuispopulatie bejaard is en door de ouderdom kampt met multicausale klachten, ontbreekt de integrale blik en blijft



Foto: Anke Teunissen

iemand heen en weer gestuurd worden naar verschillende specialismen. Zelfs het vakgebied geriatrie heeft zich ontwikkeld tot een consulterend specialisme en is daarmee alleen maar een extra gilde geworden.’

Het gildedenken in de zorg kent, zo stelt Buiting, een diepere achtergrond. ‘We hebben in de zorg last van een opeenstapeling van logica’s uit het verleden die nooit geïntegreerd zijn geraakt. Daarbij blijven we verworvenheden uit het verleden zonder reflectie handhaven. Hippocrates, Hildegard von Bingen, Antoni van Leeuwenhoek en Florence Nightingale hebben sporen tot in het heden nagelaten. Maar dan wel als losse bouwstenen zonder een gemeenschappelijk referentiepunt.’

Het disruptieprincipe

Het klinkt allemaal hopeloos. Maar het tij keert, constateert Marius Buiting.

‘Er duiken nieuwe termen op in ons kwaliteitsdenken, zoals “menslievende zorg”, “compassie”

en “de patiënt en cliënt écht centraal”.’

Een ander signaal dat het tij keert, is de komst van de intensivist op de IC en de IC-verpleegkundige. ‘Na jaren versnipperd werken zijn er nu specialisten die qua kennis goed aansluiten bij wat deze zorg vereist.’

Het keren van het tij in de zorg krijgt de laatste jaren een flinke duw in de rug door het disruptieprincipe. Harvard-professor Clayton Christensen lanceerde de disruptie-innovatie als een nieuw soort paradigma. Disruptie beschrijft een situatie waarin een proces of product in simpele toepassingen onderaan de markt wordt geïntroduceerd, om vervolgens de hele markt te veroveren, waarbij gevestigde ‘spelers’ terzijde worden geschoven.

HEMA-leesbrillen en ZBC’s

‘De spotgoedkope leesbrilletjes van de HEMA zijn hier een mooi voorbeeld van. Het Nederlands Oogheelkundig Genootschap toonde zich eind jaren tachtig bezorgd en trok bij instanties aan de bel. Het zou weleens het begin van het eind van ziend Nederland kunnen zijn. Dat was zo ongeveer de boodschap. De brilletjes van de HEMA en van andere winkels zijn een begrip geworden. En mensen gaan nog steeds naar de oogarts, die nu meer tijd heeft voor complexere vraagstukken.’

Ook de opkomst van zelfstandige behandelcentra (ZBC’s), Thomashuizen, Buurtzorg en vormen van palliatieve zorg ziet Buiting als een vorm van disruptievernieuwing. ‘Een jaar of tien geleden zag je hier en daar voorzichtig eerste experimenten die zeer kritisch werden gevolgd. Inmiddels is deze zorgvorm geaccepteerd. Ze leveren een klantgericht en efficiënt alternatief voor een vergelijkbare dienstverlening binnen instellingen.’

Disrupties nopen organisaties en het kwaliteitsdenken in die organisaties tot aanpassingen en nieuwe uitgangspunten. ‘Je kunt dergelijke disruptievernieuwingen vergelijken met een guerrilla versus het massieve gevecht. Het begint allemaal klein en ongrijpbaar met middelen en tactieken die nieuw en onbekend zijn’, meent Buiting. Hij voorspelt dat dergelijke disrupties in de zorg toenemen.

Twee bewegingen naast elkaar

In de mix van disrupties en van de herontdekking van menslievende zorg (denk alleen maar aan ‘Lief Ziekenhuis’ in het St. Elisabeth Ziekenhuis en Menslievende zorg in het UMCN) zou je kunnen zeggen dat het Rijnlands model niet alleen de politiek en het marktdenken heeft bereikt, maar nu ook in de zorg wordt herontdekt. En dat kwaliteit niet langer in de

Een vorm van mentale verwarring

Veiligheid in ziekenhuizen staat in het teken van het systeem ‘Veilig Incidenten Melden’, wat inmiddels in de zorg tot een nieuw werkwoord heeft geleid: vimmen. Marius Buiting: ‘Het is een methode waar inspecties blij mee zijn, omdat het zo precies analyseert waar het misgaat. Dat is mooi, maar we weten toch waar het misgaat. We weten toch dat oudere patiënten op die gladde vloer uitglijden en dat er nog steeds op veel OK’s heen en weer gelopen wordt. Althans, de werkvloer weet dat. Die wil niet almaar meer verantwoording afleggen. Die wil tot actie overgaan.’

We weten veel meer dan we denken. Toen bekend werd dat een rotonde veiliger is dan een kruispunt, was dat voor elke automobilist meteen duidelijk. Toch willen we dit soort dingen systematisch onderzoeken en willen we meer toezicht. Dat is het mechanisme. Het is een vorm van mentale verwarring.’



eerste plaats een controlerend mechanisme is, maar een manier van denken die verbeteringen voor de patiënt als eerste principe heeft. Marius Buiting ziet het nog niet gebeuren. 'Beide bewegingen in het kwaliteitsdenken – de oude, abstracte systeembenadering en het concrete denken vanuit het zorgbelang – blijven voorlopig naast elkaar groeien. En niet alleen in Nederland. In ons omringende landen en in Amerika zie je dezelfde hang naar het systeemdenken, naast vernieuwingen die aan disrupties en menslievende zorg zijn toe te schrijven.' Dat een definitieve doorbraak uitblijft, heeft toch vooral te maken met de wil van instituties om een eerste prioriteit te geven aan controlemechanismen die grip beloven op de wereld die over leven en dood gaat. 'Ook de patiëntenbeweging is zo'n institutie. Maar deze instituties gaan voorbij aan de daaropvolgende schijnbeweging: steeds meer protocollen, certificaten, indicatoren, verantwoordingen, rapporten en benchmarks. Ondertussen nemen veiligheid en effectiviteit niet toe en neemt de efficiency zelfs af.'

Verwijt aan de media

Buiting wijt het niet in de laatste plaats aan de media dat de systeemaanpak van het kwaliteitsdenken aanhoudt. 'Als er in de zorg ergens iets misgaat, stellen Knevel en Van den Brink nog diezelfde avond: "Het is toch schandalig dat zoiets mogelijk is. Wat gaan we eraan doen om dit voortaan te voorkomen? Niet alleen in dat ene ziekenhuis, maar in alle zorgorganisaties." Die mantra pakken niet alleen tv-kijkers thuis op, maar ook politici, inspectie en andere organisaties. We kunnen niet accepteren dat dingen die met gezondheid te maken hebben incidenteel mis kunnen gaan. Daarmee wordt het oorspronkelijke probleem afgedicht. Genomen maatregelen staan in dit verband meestal ver af van de concrete zorgwerkelijkheid.' Marius Buiting voorspelt een spannende deca-



Marius Buiting

de. 'Het wordt touwtrekken tussen twee reuzen: het oude systeemdenken aan de ene kant en de nieuwe entrepreneurs in de zorg aan de andere kant.'

Kan het in deze titanenstrijd tot een balans komen? 'Ik mag het hopen. Het Rijnlands model is in opkomst. Het belang van veiligheid en kostenbewustzijn in combinatie met een menselijk gezicht van de zorg die voortdurend zoekt naar toegevoegde waarde voor de zorgvrager kan een werkbaar compromis zijn. In zo'n compromis zit hoe dan ook vervat dat het leveren van goede zorg berust op een vorm van kwaliteit die de zorgvrager integraal benadert. Dát moet na de Leidschendam-conferenties van weleer uiteindelijk toch de uitkomst zijn.'

Informatie over de auteur

Rob van Es is freelance journalist.

Met de paplepel ingegoten

Marius Buitings vader was huisarts, zijn moeder verpleegkundige. 'De zorg is mij letterlijk met de paplepel ingegoten.'

Marius studeerde geneeskunde en rechten. In 1988 had zijn afstudeerscriptie de titel 'Kwaliteitsbeleid in de zorg. Nu en na Dekker' en voorspelde dat de kwaliteit van de zorg niet zou gaan over de zorg zelf, maar over de bewaking van de regels.

Sindsdien richt hij zijn blik op het functioneren en disfunctioneren van de zorg. Hij was actief betrokken bij de totstandkoming van de Wet BIG.

Hij werkt sinds 1988 bij het CBO. Vanaf 1 november 2010 is hij tevens directeur van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ).

Marius Buiting heeft een brede bestuurlijke ervaring in het leiden van maatschappelijke organisaties. Namens het CDA zit hij in de Provinciale Staten van Utrecht.