



Robbert Huijsman

Senior manager Kwaliteit & Innovatie bij de divisie Zorg & Gezondheid van Achmea en hoogleraar Management & Organisatie van de Ouderenzorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Transities van kwaliteit: van zorg naar leven

De definitie van zorguitkomsten verschuift van zorginhoudelijke uitkomsten vanuit de definitie van professionals naar uitkomsten voor de cliënt of patiënt zelf. Vanuit het eerste perspectief gaat het over zaken als sterfte, complicaties en zorgtechnische resultaten. Vanuit het klantperspectief draait het om kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, vitaliteit en dagelijks functioneren. Deze omslag van professioneel naar klantperspectief is in lijn met (inter)nationale ontwikkelingen zoals sturen op toegevoegde waarde (Michael Porter) of patient reported outcome measures (ICHOM en vele andere).

Deze omslag van aanbod- naar vraagsturing zie je ook terug bij de transities in ons zorgstelsel en in de verschuivingen 'van ZZ naar GG', van Zorg en Ziekte naar Gezondheid en Gedrag. Huber's nieuwe definitie zet gezondheid uitdagend neer: het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. In een maatschappij die evolueert door dubbele vergrijzing en co-morbiditeit, moeten we leren omgaan met persisterende gebreken en beperkingen. Dat vergt restvermogens stimuleren, zelf- en samenredzaamheid activeren en het leven op hoge leeftijd meer vieren dan uitzitten. Nadruk op kwaliteit van leven doet een beroep op wat je wél kunt, welke doelen je nog wél nastreeft (ook in de laatste levensfase) en welke bijdrage en betekenis je nog wél hebt voor omgeving en maatschappij.

Nieuwe ontwikkelingen in de gedragswetenschappen bieden ook nieuwe handvatten, bijvoorbeeld vanuit positieve psychologie, neuro-economics en motivational interviewing. Steeds vaker wordt kwaliteit van leven gezien als dé essentie van interventies in zorg- en dienstverlening. In het klassieke kosteneffectiviteitsonderzoek in de curatieve zorg is gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven al langer gemeengoed (denk aan EQ-5D, SF36 e.d.). Het is eigenlijk wel bijzonder dat dat nu pas verder begint door te dringen in de langdurige zorg voor gehandicapten, ouderen en chronisch zieken. Juist deze sectoren zijn bij uitstek gericht op het zo lang mogelijk ondersteunen van zelfredzaamheid en kwaliteit van het bestaan, op de verschillende leefdomeinen van de cliënt in zijn sociale context. Juist deze cliënten staan voor de uitdaging de bijdragen van tal van professionals te integreren in hun eigen dagelijkse leven, 24 uur per dag, 7 dagen per week. De professionals hebben daarin eigenlijk maar een be-

perkte aanwezigheid qua tijd, betekenisgeving en impact. Die impact is des te groter als die minder is gericht op de zorgtechnische uitkomsten van geprotocolleerde zorg maar meer coachend op kwaliteit van leven en zelfredzaamheid.

Deze transitie van de kwaliteitsdefinitie levert geheel nieuwe vraagstukken op, zowel methodologisch als praktisch. De methodologische uitdagingen voor gezondheidswetenschappers gaan over de validering van meetinstrumenten voor kwaliteit van leven, in een samenhangende combinatie van ziekte- of aandoeningspecifieke en het liefst compacte generieke vragenlijsten. Extra aandachtspunt daarbij is een zo simpel mogelijke operationalisatie en formulering vanuit de ervaring, het begrip en taalvermogen van cliënten zelf. En hoe vanuit het cliëntperspectief moet worden omgegaan met normering, drempelwaarden, responsshift bij voortschrijdende kwetsbaarheid en dergelijke. Ook is er nog veel conceptueel en empirisch onderzoek te doen naar de relatie tussen kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg, inclusief het uiteenraffelen van mediërende, modererende en onafhankelijke variabelen.

Inzicht in de relatie tussen die twee kwaliteitsdefinities is ook van grote praktische waarde, want hoe kunnen (samenwerkende) zorg- en dienstverleners en financiers werkelijk gaan interveniëren en sturen op kwaliteit van leven van hun (gezamenlijke) cliënten, als ieder van hen slechts een stukje van de hele aanbodpuzzel bijdraagt. In dit stadium van een beginnende paradigmashift bestaan daarover nog veel vragen en aarzelingen. Dat leidt tot een zekere ambivalentie die vraagt om koersbepaling. Aan de ene kant willen zorgverleners vanuit hun holistische mensbeeld juist graag bijdragen aan kwaliteit van leven van hun cliënten, door een goede kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Aan de andere kant zijn ze beducht al te sterk aangestuurd en afgerekend te worden op hun relatieve bijdrage vanuit het zorgdomein aan leefdomeinoverstijgende kwaliteit van leven. Voor de zorg voelen zij zich primair verantwoordelijk, maar voor de totale levenskwaliteit vooralsnog slechts secundair. Alhoewel, in sectoren als de palliatieve zorg en de zorg voor kwetsbare ouderen tekenen zich al nieuwe contouren af. Alle partijen, inclusief verzekeraars en overheden, staan voor interessante uitdagingen om de transitie van kwaliteit van zorg naar leven concreet handen en voeten te geven.