

Als de douane wegvalt...

Grenscontrole door burgers en professionals

Lezing Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie

Veldhoven, 14 november 2008

Margo Trappenburg

Dames en heren,

Ik kom voor mijn onderzoek met enige regelmaat op medische congressen van de KNMG of van het Nederlands Huisartsengenootschap. Meestal duren die congressen één dag en aan het eind van zo'n dag is er doorgaans een frivole noot geprogrammeerd. Dan is er bijvoorbeeld een zanger-cabaretier uitgenodigd die zijn impressies van de congresdag heeft verwerkt tot een gezellige meezinger. Of er is een klein gezelschapje van artsen dat niet onverdienstelijk toneelspeelt en dat gezelschap komt op in een passend decor om vervolgens een paar leuke, herkenbare grappen te maken over de medische praktijk van alledag. Als ik zelf geprogrammeerd ben aan het eind van een medisch congres moet ik een column uitspreken van maximaal tien minuten. Ik wil maar zeggen: dat u hier nu al drie dagen congresseert en dat u dan aan het eind van de vrijdagmiddag nog een *key note* lezing programmeert van 45 minuten, dat vind ik meer dan bewonderenswaardig. De congresorganisatie vertelde mij dat u na drie dagen praten over gedragstherapie en cognitieve therapie wel behoefte zou hebben aan een verhaal daar omheen, iets over de maatschappelijke context van de professie. Iets over de toekomst en uw plaats daarin. Dat is dan ook wat ik zal proberen te doen in deze lezing. Ik wil het met u gaan hebben over marktwerking in de zorg en om de gedachten te bepalen wou ik beginnen met een drietal voorbeelden. Het eerste voorbeeld is een fragment uit de documentaire *Beperkt houdbaar* van Sunny Bergman uit 2007 (filmpje). Het tweede voorbeeld komt uit het boek van onderzoeksjournalist Joop Bouma (*Slikken* uit 2006) en uit dat van hoogleraar psychologie Trudy Dehue (*De depressie-*

epidemie uit 2008). Beide auteurs laten zien hoe de farmaceutische industrie (het meest vermarkte deel van de gezondheidszorg) erin slaagt om zo snel mogelijk zo veel mogelijk geld te verdienen. Farmaceutische bedrijven kunnen natuurlijk proberen om een geneesmiddel te bedenken voor pancreaskanker, een nare aandoening die 1350 Nederlanders per jaar treft, die er bijna allemaal binnen een jaar aan overlijden. Maar dat is bijzonder moeilijk en gezien het beperkte aantal slachtoffers ook niet heel erg lucratief. Het is veel interessanter om zelf een nieuwe ziekte te bedenken, waar honderdduizenden of zelfs miljoenen Nederlanders aan lijden. Deze ziekte zet je zorgvuldig in de markt en vervolgens probeer je alle nieuw gecreëerde patiënten beter te maken met jouw medicijn. Aldus heeft de farmaceutische industrie het natuurlijke proces van botontkalking dat optreedt als vrouwen ouder worden, met succes weten op te kloppen tot een ziekte waar we met bisfosfonaten preventief voor zouden moeten worden behandeld. Joop Bouma rekende uit dat de farmaceutische industrie in 2004 bijna 60 miljoen euro omzette, voor 755.000 recepten.

Ook op uw terrein, dat van de geestelijke gezondheidszorg, is de farmaceutische industrie actief. Overmatig piekeren werd tot proto-geestelijke stoornis verklaard. Er werd een depressie-zelftest ontwikkeld die zo in elkaar zit dat verrassend veel spontane invullers zichzelf terug konden vinden onder het kopje 'matig depressief'. Voor de farmaceutische industrie is de verkoop van antidepressiva een interessante groeiemarkt.

Het laatste voorbeeld komt uit het jubileumcongres van uw vereniging in 2006. De feestredenaar hield u voor dat u moest leren het product gedragstherapie te verkopen. Gedragstherapie moest "een merk worden, een Chanel onder de parfums, de Albert Heijn onder de supermarkten".

In deze lezing wil ik graag met u gaan kijken naar de vermarkting van de gezondheidszorg. Ik wil proberen uit te zoeken wat daar nu precies verkeerd aan is en hoe we de in gang gezette vermarkting kunnen tegengaan.

Om dat uit te zoeken doen we een klein stukje politieke filosofie. Toen ik tweedejaars student was (we hebben het nu over de vroege jaren 80) las ik het boek *Anarchy, State, and Utopia*, van Robert Nozick. Nozick schreef dit boek in 1974 als reactie op een ander boek, waarvan u misschien ooit wel eens hebt gehoord: *A Theory of*

Justice van John Rawls uit 1971. *A Theory of Justice* was een heel mooie, degelijke verdediging van de verzorgingsstaat, vol met noties als 'equal opportunities', gelijke levenskansen, sociale rechten en een herverdeling van geld en goederen ten gunste van minder bedeelde medeburgers. Nozick moest van al dergelijke ideeën niet veel hebben. Zijn theorie over rechtvaardigheid ging als volgt.

We beginnen allemaal in een natuurtoestand. Er is geen staat, maar wij hebben wel rechten. Wij hebben recht op leven, vrijheid en eigendom. Eigendom verwerven wij in de natuurtoestand op eenvoudige wijze, namelijk door grondstoffen te bewerken met arbeid. Ik stop een pit in de grond, ik geef elke dag water, ik verzorg de plant en op zeker moment heb ik een appelboom.

De appels die daaraan groeien zijn van mij, maar ik mag ze met u ruilen, als u bijvoorbeeld graan of kersen heeft geteeld of kleine biggetjes slacht. We mogen ook geld invoeren als ruilmiddel en dan zijn we nog steeds bezig met rechtvaardige verkrijging of rechtvaardige overdracht. Mocht er nu een keer wat mis gaan - u heeft geen zin om mij een biggetje te geven, u pakt gewoon wat appels uit mijn schuur - dan heb ik recht op rectificatie. Ik pak mijn appels terug en ik mag u een kleine boete opleggen. Om dat laatste proces in goede banen te leiden komt er op zeker moment een staat in Nozick's wereld, maar die staat mag niet meer doen dan rechtsschendingen rectificeren. De staat mag in de theorie van Nozick dus geen belasting heffen om daar goede dingen mee te doen, zoals dijken bouwen, bruggen aanleggen en zieke mensen verzorgen. Het loutere feit dat het hier gaat om goede dingen rechtvaardigt immers niet dat de staat daarmee inbreuk zou maken op de eigendomsrechten van burgers. Als ik uw portemonnee steel is dat immers ook altijd diefstal, ook als ik uw geld vervolgens zou opsturen naar een Roemeens weeshuis of naar de zeehondencreche van Lenie 't Hart in Pieterburen. Belasting kon je volgens Nozick gelijkstellen met diefstal of dwangarbeid.

Nozick voorzag wel dat allerlei softe linkse denkers bezwaar zouden maken tegen zijn theorie en daarom had hij een aantal rake argumenten paraat om die linkse tegenstanders de wind uit de zeilen te nemen.

Tegenstanders van Nozick zouden bijvoorbeeld kunnen zeggen dat de staat behoort te zorgen voor 'equal opportunities', gelijke kansen. Sommige mensen komen bevoorrecht ter wereld, in een middenklasse gezin met goed opgeleide ouders. Andere worden geboren in een arm gezin en moeten het doen zonder huiswerkbegeleider, zonder pianoles en zonder lidmaatschap van de hockeyclub. Die

laatste groep kinderen krijgt het later moeilijker bij het vinden van een baan. Aanhangers van de verzorgingsstaat vinden daarom dat hier een en ander zou moeten worden gecompenseerd door de staat.

Voor deze aanhangers van het gelijke kansen principe heeft Nozick de volgende treffende vergelijking. Stel dat er twee mannen verliefd zijn op dezelfde vrouw. De ene is een knappe, charmante, intelligente, attente man. De ander is klein, ziet er wat schlemielig uit, die stottert en is verlegen. De vrouw – zo zijn wij vrouwen – kiest voor de knappe, charmante held. Vinden de aanhangers van het gelijke kansen principe dit oneerlijk? Vinden zij dat de knappe charmante man cosmetische chirurgie zou moeten betalen voor de afgewezen concurrent, omdat het zo geen eerlijke wedstrijd is geweest? Had hij voor de afgewezen minnaar een vorm van cognitieve gedragstherapie moeten bekostigen? Nee, allemaal nee, zegt Nozick. In de liefde zeurt nooit iemand over kansenongelijkheid. Waarom doen we dat dan wel op school of op de arbeidsmarkt? Nou dan.

Er zijn, zegt Nozick, als het ware drie vormen van toeval. Er is sociaal toeval: uw vader was rijk en de mijne was arm. Er is genetisch toeval: de een is blind, doof of spastisch, de ander is helemaal gezond. En er is biologisch toeval: de ene is een mens, de ander is een wesp of een konijn. Niemand vindt dat we konijnen en wespen moeten compenseren voor het feit dat zij niet als mens ter wereld zijn gekomen (let wel: dit speelde zich allemaal af ver voor Marianne Thieme). Waarom vinden we dan wel dat die twee andere vormen van toeval moeten worden gecompenseerd? Dat is inconsequent, zegt Nozick.

Wat aanhangers van de verzorgingsstaat ook nog wel eens zeggen is dat medische zorg zou moeten worden verdeeld naar rato van medische behoefte. Wie een blindedarmontsteking heeft, heeft behoefte aan een operatie. Wie lijdt aan een paniekstoornis heeft behoefte aan gedragstherapie. Chirurgen en therapeuten moeten patiënten helpen als en voor zover en omdat zij hulp nodig hebben. Ook dat is onzin, zegt Nozick. Kappers bijvoorbeeld verdelen hun diensten toch ook niet naar rato van de behoefte aan kapzorg? En dat vindt niemand oneerlijk. Waarom zou het bij medische zorg dan opeens een probleem zijn?

Als tweedejaars student heb ik nachten liggen tobben over dit boek. Ik was het er helemaal niet mee eens, maar ik kon er door al die verschrikkelijke vergelijkingen geen speld tussen krijgen. Totdat ik kennismaakte met de rechtvaardigheidstheorie

van Michael Walzer, die heel mooi en heel overtuigend uitlegt waarom al die vergelijkingen van Nozick niet deugen.

De theorie van Walzer gaat als volgt.

Om te weten wat rechtvaardig is hoeven we geen ingewikkelde gedachtenexperimenten te verzinnen met natuurstaten, zoals Nozick dat doet. Om te weten wat rechtvaardig is moeten we ons verdiepen in de ratio van onze maatschappelijke instituties. We moeten proberen te ontdekken welke principes van rechtvaardigheid verborgen liggen in onze instituties: de school, de universiteit, het ziekenhuis, het kinderdagverblijf, de arbeidsmarkt.

In ons type samenleving, een westers liberale samenleving, heeft rechtvaardigheid alles te maken met een scheiding van maatschappelijke sferen. *Spheres of Justice*, heet het boek van Walzer niet voor niets. In elke maatschappelijke sfeer worden andere 'dingen' verdeeld, volgens andere criteria.

In de sfeer van de goddelijke genade bijvoorbeeld tellen religieuze criteria. De vraag of een vrouw ooit paus moet kunnen worden wordt in die sfeer niet beantwoord aan de hand van de wet gelijke behandeling. Homoseksuele kerkgangers die willen aanzitten aan het avondmaal moeten in de sfeer van de goddelijke genade een beroep doen op de heilige schrift en niet op wereldlijke regels.

In de sfeer van het onderwijs gelden twee belangrijke beginselen. Lager onderwijs behoort zo te worden verdeeld dat kinderen (ongeacht hun ras, geslacht, religie of sociale milieu) gelijke startkansen hebben in de maatschappij. Hoger onderwijs daarentegen moet worden verdeeld naar rato van verdienste. De meest getalenteerde en ijverigste studenten hebben als eerste recht op een plaats aan de universiteit.

In de sfeer van de gewone goederen geldt de wet van vraag en aanbod en de logica van de markt: dvd spelers, mantelpakjes en mannenparfums mogen geheel naar eigen inzicht door producenten en consumenten worden verhandeld. Daarbij is het geen probleem dat de een zich een betere dvd speler, een mooier mantelpakje of een lekkerder luchtje kan veroorloven dan de ander.

Walzer betoogt dat deze sfeerspecifieke rechtvaardigheidsnoties berusten op onze gedeelde waarden, hij beweert met andere woorden dat 'wij' vinden dat medische zorg, onderwijs, goddelijke genade en geld en goederen in onze samenleving moeten worden verdeeld op de manier die ik zojuist heb beschreven. Maar hij gaat verder; hij vindt ook dat onze gedeelde waarden mooi in elkaar zitten.

Als mensen in elke maatschappelijke sfeer worden beoordeeld aan de hand van andere criteria, dan zullen die mensen zelden op alle fronten tegelijk verliezen. Iemand kan een waardeloze zakenman zijn in de sfeer van geld en goederen, maar dat zou geen gevolgen mogen hebben buiten die sfeer. De waardeloze zakenman wordt weliswaar niet rijk, maar kan nog steeds een lieve vader zijn, een gepassioneerd lid van de gemeenteraad, of een gerespecteerde ouderling in zijn kerk. Zijn kinderen zouden de school moeten kunnen bezoeken die past bij hun talenten, ongeacht het lage inkomen van hun vader. En als hij bij zijn dokter komt, zijn z'n portemonnee en zijn mislukte carrière in het bedrijfsleven irrelevant. Als hij ziek is en medische hulp nodig heeft is dat voor de dokter het enige wat telt. Een scheiding van maatschappelijke sferen leidt tot complexe gelijkheid. In schema ziet dat er als volgt uit (sheet).

In de sfeer van de gezondheidszorg, waar u en ik het meest vanaf weten gelden de volgende criteria.

Medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Stel dat twee mannen betrokken zijn bij een auto-ongeluk. Beide slachtoffers worden tegelijkertijd binnen gedragen op de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis. De ene heeft een gevaarlijke bloeding in de buik, de ander heeft gelukkig alleen maar een gekneusde enkel. Wie moet de chirurg van dienst nu het eerst gaan helpen? Walzer veronderstelt dat u en ik en de overgrote meerderheid van onze medeburgers die vraag heel eenvoudig vinden. Natuurlijk moet de chirurg eerst kijken naar de patiënt met de gevaarlijke bloeding. We vinden dit ook geen moeilijke vraag. We zullen niet zeggen: ja, daar kun je zo niets van zeggen. We zouden eerst moeten weten of een van de patiënten een bekende Nederlander is, of een criminele jongere, of een student met talent voor de bèta vakken. Voor de dokter gaat het erom hoe ziek je bent: niet hoe lief je bent, hoe bekend je bent, of hoe rijk je bent.

In veel gevallen valt het begrip medische behoefte samen met de wens van de patiënt, maar niet altijd. Soms willen patiënten dingen die niet goed voor hen zijn en soms beseffen patiënten niet dat zij ziek zijn en medische zorg nodig hebben. Als professionals in de geestelijke gezondheidszorg weet u daar alles van: er zijn zorgwekkende zorgmijders, schizofrene patiënten zonder ziekte-inzicht, en mensen die lijden aan ingebeelde ziekten.

Ten derde geldt in de zorg het beginsel van collegialiteit. Professionals in de zorg zijn vakbroeders, die proberen de beste zorg te regelen voor hun patiënt. Als dat zorg is die zij zelf kunnen regelen is dat fijn, maar als hun collega van bepaalde aandoeningen meer verstand heeft, dan verwijzen zij de patiënt door. Daarbij maakt het niet uit of de collega een deur verderop zit in dezelfde instelling of een ziekenhuis verderop in een andere stad of een andere provincie. Professionals zijn geen waspoederfabrikanten, die in reclameboodschappen uitdragen dat hun specifieke middel witter dan wit of schoner dan schoon wast. Professionals zijn open en eerlijk over wat zij wel en wat zij niet kunnen betekenen voor hun patiënt. Dat is een enorm voorrecht, dat niet alleen geldt voor professionals in de zorg maar ook voor docenten. Als ik voorlichting moet geven aan aspirant studenten op een open dag van de universiteit Utrecht, dan vertel ik gewoon wat mijn opleiding wel en niet te bieden heeft. Daarna luister ik naar wat de scholieren in kwestie zouden willen en dan kan ik zonder problemen eerlijk zeggen: joh, als je dat wilt moet je niet hier zijn. Dan moet je naar politicologie in Leiden of naar Technische bestuurskunde in Twente.

Het aardige van de theorie van Walzer is dat die verheldert hoe onze publieke debatten vaak verlopen. Heel vaak denken we na over bepaalde verschijnselen door ons af te vragen in welke sfeer die thuishoren. Is kinderloosheid een medische aandoening in de sfeer van de gezondheidszorg, waar je iets aan kunt doen met behulp van hormoonbehandelingen en in vitro fertilisatie? Of is het een verschijnsel binnen de sfeer van liefde en affectie, waar je als ongewild kinderloos paar iets aan kunt doen door te zorgen voor neefjes, nichtjes of pleegkinderen? Is homoseksualiteit een zonde in de ogen van God, is het een strafbaar feit in de sfeer van het recht, is het een geestelijke stoornis waar het slachtoffer niet voor verantwoordelijk is of is het gewoon een variant binnen de sfeer van liefde en affectie?

Annemarie Mol en Peter van Lieshout bestudeerden tijdschriftjaargangen op het terrein van de huisartgeneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg vanaf de Tweede Wereldoorlog tot 1985. Vlak na de oorlog maakten huisartsen zich boos over alle patiënten die – dankzij het Ziekenfondsbesluit – opeens recht hadden op medische zorg. Al die mensen kwamen met kleine problemen en onzinnige kwaaltjes op het spreekuur en bezorgden de arts een hoop drukte. Tien jaar later lag dat helemaal anders. Toen verklaarden huisartsen – op de in hun kringen nog altijd fameuze Woudschoten conferentie – dat zij al die onzekere, angstige patiënten met

hun ingebeelde kwaaltjes, hun zorgen en hun huwelijksproblemen juist wel op hun spreekuur wilden zien. Voor levensleed hoorde medische zorg en een luisterend oor beschikbaar te zijn.

In de loop van de jaren zeventig en tachtig vindt opnieuw een omslag plaats. Dan betogen huisartsen dat patiënten door al die medische bemoeienis met hun dagelijkse zorgen onmondig en afhankelijk worden gemaakt. Levensleed moet weer worden gedemedicaliseerd en patiënten moeten leren daar zelf oplossingen voor te vinden.

Soortgelijke bewegingen zien we ook op uw terrein, dat van de geestelijke gezondheidszorg. Gemma Blok beschrijft in haar dissertatie, *Baas in eigen brein. Antipsychiatrie in Nederland 1965 – 1985*, hoe psychiatrische stoornissen in de loop van de jaren 70 worden geherdefinieerd, of, in termen van Walzer, naar andere sferen verhuizen. Was je in de jaren zestig een patiënt met een geestelijke afwijking, dan kon het heel goed zijn dat je gedrag in de jaren zeventig werd gezien als een volstrekt normale reactie op een verstikkende opvoeding door je ouders. Of, nog mooier, als heel gezond gedrag in een totaal verziekte maatschappij. Psychiater Jan Prins legde het als volgt uit: “De traditionele wijze van denken is: Pietje is gek ten gevolge van zijn ziekte. Dit is veel gemakkelijker, zowel voor Pietje als zijn omgeving, gezin, burens, behandelaars, het zijn de ziekelijke impulsen die hem tot handelen brengen. (...) Een ieder kan zijn handen in onschuld wassen.” (Blok, p. 62). Gemma Blok vertelt dat hulpverleners in de ggz zich in de jaren zeventig niet meer wilden laten gebruiken om kwesties op te lossen die zij dan beschouwen als bredere maatschappelijke problemen. Zij geeft het voorbeeld van een man met zwerfneigingen, ofwel poriomanie. In het psychiatrisch ziekenhuis vonden ze de man geen gevaar voor zichzelf. Blok citeert de behandelend psychiater: “Als iemand wil zwerven is dat zijn keuze, als iemand zijn hotelrekeningen niet betaalt hoeft hij niet gek te zijn; wat onaangepast gekleed is weet ik niet, iedereen heeft zijn eigen normen.” Het behandelend team meende dat de vader zijn zoon opgenomen wilde hebben omdat hij geen zin meer had om hotelrekeningen te betalen. (Blok, p. 101).

Trudy Dehue beschrijft in haar eerder aangehaalde boek hoe we nu weer een soort omgekeerde ontwikkeling beleven. Allerlei maatschappelijke problemen worden in dit neoliberale tijdsgewricht op het bordje van het individu gelegd. Mensen moeten overall mee om kunnen gaan: ze moeten mondig zijn, flexibel, zelfstandig, vrolijk, optimistisch en energiek. Als je te maken krijgt met veel persoonlijk leed moet je daar

niet in blijven hangen, dan moet je dat 'voor jezelf een plekje kunnen geven'. Wie bij een beetje tegenslag gaat zitten sippen in een hoekje moet nodig aan zichzelf gaan werken, die kan een coach inschakelen, of een hippe internet therapeut.

Ik wil maar zeggen, in termen van Walzer: er is grensverkeer tussen maatschappelijke sferen en er is ook grenscontrole. Soms vindt die controle plaats door professionals: professionals in de gezondheidszorg bepalen voor een deel wat ziek of gestoord is simpelweg door het soort therapieën en behandelingen waar ze over beschikken. Als je iets kunt doen aan onvruchtbaarheid wordt het logischer om kinderloosheid te herdefiniëren tot een medisch probleem. Als professionals in staat waren geweest homoseksuelen om te vormen tot heteroseksuelen zagen we homoseksualiteit misschien nog steeds als een ziekelijke afwijking.

Soms vindt die controle plaats door burgers. Misschien wel het belangrijkste voorbeeld daarvan op uw terrein waren de familieleden van patiënten die het op zeker moment helemaal gehad hadden met de antipsychiatrie. Hun zoon was autistisch of schizofreen en dat kwam niet door hun, dat kwam niet door hun gezin, en niet door de opvoeding. Hun andere kinderen waren immers helemaal gezond, gewoon en gelukkig. Hun zoon had een medische aandoening en had dus medische hulp nodig en medicijnen, geen gesprekken met zijn ouders om zijn traumatische jeugd te verwerken.

En vaak vindt die grenscontrole tussen sferen plaats door de politiek. In Walzer's theorie is grensbewaking tussen maatschappelijke sferen een van de allerbelangrijkste taken van de politiek. Je zou kunnen zeggen dat de sfeer van geld en goederen nogal imperialistisch van aard is. Alles kan worden verkocht, als je je er niet tegen verzet, als er geen wet tegen is, als je er niet tegen optreedt: je zou kamerzetels in het parlement kunnen kopen, een milde behandeling door de rechter of de politie, je kunt seks kopen in de rosse buurt in Amsterdam, je kunt nieren verkopen aan nierpatiënten en eicellen aan onvruchtbare vrouwen. Regelmatig vind ik in mijn mailbox aanbiedingen van vreemdsoortige organisaties die allerlei diploma's voor mij kunnen regelen voor 100 of 1000 dollar, afhankelijk van waar ik precies voor door wil gaan. Maar van al die transacties weten wij en vinden wij dat ze niet in de haak zijn, dat het niet hoort. Daar hebben we niet eens een normen en waarden offensief van premier Balkenende of vice-premier Rouvoet bij nodig, dat weten we helemaal zelf nog en daar zijn we het in grote lijnen over eens.

Wel is het zo dat het vaak helpt als er ondersteunende wetgeving is die het verkopen van stemmen of kamerzetels verbiedt, die het omkopen van ambtenaren, rechters of politieagenten strafbaar stelt, die de verkoop van nieren en eicellen beboet, die prostitutie op z'n minst ontmoedigt en die bepaalt dat je geen goede sier mag maken met valse diploma's. Dat helpt. Het is fijn als burgers en professionals niet alles zelf hoeven te doen, als de politiek hen steunt in het koesteren en beschermen van gedeelde waarden. Juist waar het gaat om de grensovergang tussen de sfeer van geld en goederen en allerlei andere maatschappelijke sferen kunnen we de hulp van de politiek goed gebruiken.

Des te wranger is het dat we nu zien dat de grens tussen de sfeer van de gezondheidszorg en die van de markt als het ware op last van de politiek is opengegooid. De zorgsector werd bezorgd door afgezanten van het bedrijfsleven. Er verschenen rapporten van Shell over veiligheid in de zorg, van KPN over ICT in de zorg, van Aegon over rekenschap en transparantie, van TPG post over logistiek en van Golden Tulip over de hotelfunctie van verpleeghuizen. Al deze marktretoriek voelt vreemd en ongemakkelijk voor professionals in de zorg. Een psychiater stuurde mij het jaarverslag van zijn GGZ instelling, getiteld *Mag het een onsje meer zijn?* Het jaar verslag begon als volgt:

"In 2008 is het strategisch plan van [onze GGZ koepel] vastgesteld. Daarbij hebben we de markt als vertrekpunt genomen voor de inrichting van onze organisatie. De missie en visie van het concern zijn in 2006 vastgesteld. Hier zijn de hoofddoelstellingen van afgeleid van waaruit we slagvaardig te werk zijn gegaan onder het motto: Deskundig, eerlijk en dichtbij. Ons tweede jaar kenmerkt zich door actie en energie. (...) In ons tweede jaarverslag lichten we deze ontwikkelingen toe. Daarvoor hebben we ook gekozen voor de markt. Deze keer als ontmoetingsplek. Wij zien u graag aan onze kraam!"

Het was een voorwoord dat ook zou kunnen zijn geschreven voor het Sallands Kaashuus, schreef de psychiater bitter.

Marktwerving in de zorg betekent voor professionals een majeure omslag in hun werk. Zij moeten voortaan uitgaan van de vraag van de klant en niet meer van diens objectieve medische behoefte. De onderlinge collegiale solidariteit tussen

professionals wordt aangetast door alle gehamer op de nieuwe marktverhoudingen. Professionals worden bovendien gedwongen om in reclametaal te praten en te denken over de diensten die zij aanbieden. Ze moeten opeens denken in termen van marktaandeel die beschermd moeten worden en nieuwe markten die moeten worden aangeboord.

Samen met Jolanda Dwarswaard en Medard Hilhorst van de Erasmus Universiteit doe ik een onderzoek naar wat de introductie van marktwerking betekent voor de beroepsethiek van medische professionals. Jolanda Dwarswaard hield interviews met chirurgen en huisartsen en vroeg hen of zij nu anders werkten en anders aankeken tegen hun patiënten. Een chirurg vertelde hoe lastig het is om vast te houden aan het idee dat je het beste wilt doen voor je patiënt als alle bordjes de andere kant uit wijzen. Ik citeer:

“Kijk maar naar de oncologie. Als mensen redelijk hopeloze vormen van kanker hebben waarbij je gewoon weet dat een operatie gewoon geen winst meer oplevert, zijn er zoveel mensen die zeggen, al is er maar een procent kans, wil je het alsjeblieft doen. En naarmate de marktwerking sterker is en die dokter zegt ja, ik kan nog een uur gaan zitten praten waarom het niet hoeft maar ik kan ook denken: men wil het, iedereen roept dat het meer patiëntgerichte zorg moet worden. Dus ik ben politiek correct bezig, ik verdien er meer aan, ik vind het veel leuker om te opereren dan om een uur lang te gaan zitten praten. Dus welke incentive heb ik nog om aan de patiënt uit te leggen dat het echt niet hoeft. Dus er ligt daar een redelijk complexe balans.”
(chirurg)

Voor huisartsen betekende het nieuwe zorgstelsel dat het financieringssysteem sterk veranderde. Voor ziekenfonds patiënten kreeg men vroeger een abonnementstarief, ongeacht het aantal consulten. Tegenwoordig worden huisartsen voor al hun patiënten per verrichting betaald. Juist bij huisartsen, die sinds de jaren tachtig bekend stonden om hun terughoudendheid en hun zuinigheid, die patiënten liever niet dan wel op het spreekuur zagen als het even kon, juist die huisartsen lijken het nu anders aan te pakken. Op een congres van het Nederlands Huisartsengenootschap hoorden we een typerend grapje:

Vroeger zeiden we: als het over twee weken niet over is komt u nog maar een keertje terug. Nu zeggen we: zullen we een afspraak maken voor over twee weken? Kassa! In het huisartsentijdschrift *Huisarts in praktijk*, waarin jarenlang artikelen werden geplaatst tegen de marktwerking in de zorg, verschijnen sinds 2006 modieuze artikelen over 'Ondernemerschap in de huisartspraktijk'. Tijdens interviews noteerden wij kenmerkende citaten.

“Ook in deze praktijk zullen zo nu en dan ECG'tjes gedraaid worden, niet omdat ik het noodzakelijk vind, maar omdat de patiënt het gedeeltelijk vraagt en omdat ik daar een vergoeding tegenover zie staan, terwijl ik vroeger misschien gezegd zou hebben: Nou dat lijkt me niet zo'n nuttige bijdrage aan het onderzoek.” (huisarts)

En:

“Wat ik vaak merk is dat je meer defensief wordt en meer klantgericht wordt. Dat gaat niet altijd samen met die eed, denk ik hè. Als ik uitga van het uitgangspunt: ik doe iets voor jou omdat het goed is voor je gezondheid, dan betekent ook wel eens dat we het niet met elkaar eens zijn. Als je servicegerichtheid vooropstelt, dan probeer je een klant tevreden te stellen.” (huisarts)

En:

“dan kom je op een oud uitgangspunt. Een goede dokter is een dokter die de autonomie van zijn patiënt nastreeft en hem niet zieker maakt. Alleen, dat is als je puur naar marktwerking kijkt, is het je eigen glazen intrappen. Want een goede winkelier, die bindt zijn klant aan zijn werkplaats, hè?” (huisarts)

En:

“Ik ben bang dat er steeds meer collegae zeggen (...) van ja jongens, waar doe ik het voor. Maar als ik dit allemaal niet doe, dan doet een ander het. En doet een ander het, dan lopen ze naar die ander toe en ben ik die patiënt kwijt. Ja, dat is een stuk geneeskunde waarvan ik zeg, deden we vroeger eerst wat echt nodig was, het wordt steeds meer een soort wensgeneeskunde.”

Er is de afgelopen jaren veelvuldig onderzocht wat artsen en patiënten vonden van bepaalde vormen van zorg. Er bestond traditioneel een groot verschil van mening tussen huisartsen en patiënten over het nut van preventief onderzoek. Patiënten waren in overgrote meerderheid voorstander van een periodieke medische check up. Huisartsen wezen er een en andermaal op dat zo'n check up niets betekent. Als je gezond wordt verklaard kan dat binnen een maand weer anders zijn. Als je iets blijkt te hebben is het heel vaak zo dat ze je in het ziekenhuis binnenste buiten moeten keren voor iets waar je geen last van had en wat dus eigenlijk ook niet zou hoeven worden weg gedokterd. Huisartsen vonden een preventieve check up altijd eeuwig zonde van het geld. Maar sinds de marktwerking zien ze het anders. De patiënt wil het blijkbaar, het is niet verstandig, maar ja, we hebben nu vraaggestuurde zorg en een systeem dat de klant centraal stelt. De klant is koning en dus zijn huisartsen nu bezig met het ontwerpen van een medische check up voor in de huisartspraktijk.

Marktwerking leidt ook tot een aantasting van de collegialiteit. Wat in de eerste lijn moet gebeuren en wat bij de tweede lijn hoort ligt minder vast dan vroeger. Ziekenhuizen nemen initiatieven die door huisartsen als concurrerend kunnen worden ervaren. Ze beginnen een hoestpoli voor patiënten die vroeger met hoestklachten naar de huisarts zouden zijn gegaan. Een geïnterviewde huisarts deed dit initiatief af met een kernachtig "Een hoestpoli! Flikker toch op man." Of ze bedenken een mannenpoli voor mannen met typische mannenklachten. Of een speciale poli voor diabetespatiënten. Een respondente vertelde:

"Nu, door dit hele marktdenken ook het concurreren met elkaar kom je toch in vervelende posities vind ik. Ook naar ziekenhuizen toen, naar specialisten toe. Je krijgt echt zo, je gaat paaltjes zetten van, en je weet niet meer waarom iemand iets wil. Ik noem maar iets. Als het Westeinde een diabetescentrum opzet. Doen ze dat om de zorg te verbeteren, doen ze dat om een stuk terrein te veroveren, te veroveren van de eerstelijnszorg, of niet? Ieder wordt daar zo onzeker over. Je weet het niet meer. Dat vind ik wel een groot verschil ja. De ontwikkeling die het lastig maakt om integriteit goed te beoordelen ook." (huisarts)

En:

“Ziekenhuizen, eerst werden mensen die onterecht naar de eerste hulp ging teruggestuurd, zo van ga maar naar de huisarts. Nou, geen enkel ziekenhuis doet dat meer. Integendeel, ook uit eigen belang halen ze mensen juist eerder naar zich toe, bieden uitgebreide service, dus de volgende week niet alleen die patiënt, maar de hele familie gaat ook gelijk naar het ziekenhuis.” (huisarts)

Er viel best het nodige af te dingen op de onderlinge loyaliteit van traditionele professionals. Het beeld dat die elkaar voortdurend de hand boven het hoofd hielden en elkaar niet zouden afvallen tegenover de patiënt was ongetwijfeld in veel opzichten juist en niet altijd wenselijk. Maar het is de vraag of we met grootscheepse onderlinge concurrentie in de gezondheidszorg meer opschieten.

Mijn schrikbeeld op dit punt is de tandarts, die wij in veel opzichten mogen beschouwen als de dokter van de toekomst. Iedereen kent het gevoel van naderend onheil dat de patiënt bevangt die gaat kennismaken met een nieuwe tandarts. Hij is verhuisd, hij heeft langdurig de reis ondernomen naar zijn oude woonplaats om daar zijn tandarts te kunnen blijven bezoeken, maar nu heeft zijn vrouw gezegd dat dit geen doen is. Daar is hij elke keer een dag mee kwijt; er is geen reden waarom hij in zijn nieuwe woonplaats niet een goede tandarts zou kunnen vinden. En daar zit hij nu in de tandartsenstoel en de nieuwe tandarts buigt zich over zijn mond. Tjonge, jonge, zegt de nieuwe tandarts hoofdschuddend. Daar is heel veel mis gegaan; gelukkig is het nog niet te laat. Zonder enige solidariteit met zijn collega's zegt de nieuwe tandarts gewoon dat hij de patiënt tot en met zal saneren en van allerlei nieuwe bruggen gaat voorzien. En de patiënt heeft geen idee. Enerzijds weet hij dat de nieuwe tandarts voor al deze verrichtingen een gepeperde rekening zal kunnen sturen en het zou best kunnen zijn dat de nieuwe tandarts vooral daarom zou happig is op al dat achterstallig onderhoud. Anderzijds zou het natuurlijk ook kunnen zijn dat de oude tandarts zich er met een Jantje van Leiden vanaf gemaakt heeft. Als de trend naar marktwerking doorzet krijgen we dat soort taferelen voortaan ook in de rest van de gezondheidszorg en ik weet niet of de daar zo blij mee moeten zijn.

My colleagues will be my brothers, heet het in de Verklaring van de World Medical Association. Het is de vraag of we dat moeten willen veranderen.

In het kader van ons onderzoek naar veranderingen in de beroepsethiek van professionals in de gezondheidszorg kijken wij regelmatig in de oude gedragsregels van de KNMG uit 1936 en dan lezen we elkaar voor:

“Een beroep als het onze moet niet met dat van een handelaar over één kam geschoren kunnen worden; een medicus die graag reclame maakt doet beter, evenals zijn collega, wien het alleen om geld verdienen te doen is, in den handel te gaan, waar zijn karakter en gaven meer tot hun recht kunnen komen dan in de medische praktijk.”

Sinds de marktwerking gaat deze regel niet langer op. Een van onze respondenten, een huisarts, zei somber:

“Ze maken reclame. En reclame mag tegenwoordig. Dat mocht eerst niet. Het is ook niet echt aangekondigd dat het wel mag, maar het mag. Ik weet wanneer, sinds wanneer het mag.” (huisarts)

Een orthopedisch chirurg toonde zich veel enthousiaster. Die zei:

“Ik werk natuurlijk niet voor niets in een ZBC. Ik was één van de eersten die een website had, die mezelf promootte. (...) ik houd wel van marketing. Dus ik vind dat je met elkaar makkelijk een beetje moet kunnen strijden om de patiënt. Beter dan dat een patiënt moet smeken door wie hij geopereerd wordt. Dus ik vind die marketing wel leuk. En dan is het natuurlijk ook wel leuk dat je kunt, met elkaar kunt concurreren over wie gebruikt nu eigenlijk de beste prothese. En stel je voor dat ik een dure prothese gebruik, omdat ik denk dat die beter is, dan moet ik dat ook kunnen zeggen. Ik gebruik een fantastische prothese en daarmee kan de patiënt bijvoorbeeld na twee dagen naar huis of daardoor hoeft de patiënt de eerste twaalf jaar niet geheropereerd te worden.” (Orthopedisch chirurg)

En een chirurg zei, over een andere chirurg:

“een vriendje van hem, die in de maag, darm en leverziekten opgeleid was, die begon een privé-scopie kliniek. En die gaat adverteren met: Weet u wel zeker dat u

geen dikke darm kanker hebt? U weet het pas zeker als u bij mij bent geweest voor een scopie. Genereert gewoon zijn eigen aanbod. En het is in zijn financieel belang dat alle mensen erg bang zijn dat ze dikke darm kanker hebben.” (praktiserend chirurg)

Fysiotherapie is voor een groot deel uit het basisverzekeringspakket gehaald en op de markt gegooid en dat heeft duidelijke gevolgen gehad voor deze beroepsgroep. Een beetje fysiotherapie praktijk heeft tegenwoordig therapeuten in dienst die doen aan orthomoleculaire therapie, osteopathie, craniosacraal therapie, acupunctuur, Ainery, shockwave, bioresonantie, whole body vibration, Tai chi of yoga. Grotere praktijken zijn halve sportscholen, waar ze ook trainingen aanbieden in fitness, body shape, Pilates, en Nordic Walking. Veel praktijken doen niet moeilijk over indicaties en medische aandoeningen. Die leveren gewoon ontspannende massage, te betalen per kwartier.

Ongeveer alle ziekenhuizen worden tegenwoordig verbouwd. Als klanten zich komen oriënteren op de markt moeten zij immers een goede indruk krijgen van de organisatie. Hoe goed de chirurgen, de internisten en de verpleegkundigen zijn kunnen ze zou gauw natuurlijk niet beoordelen, maar ze kunnen wel zien hoe het ziekenhuis eruit ziet en als dat sjofel of sober of traditioneel is, dan kan dat tegen je werken. De nadruk op marktwerking dwingt organisaties in de zorg zich te bezinnen op de verpakking en het imago.

Voor professionals betekent de vermarkting van de zorg dat zij steeds minder scherp zullen zien wat medisch gezien het beste is voor een patiënt, omdat zij hun medisch oordeel moeten bijmengen met allerlei andere factoren: wat de patiënt vraagt, wat het beste is voor hun portemonnee, en wat het beste is voor hun marktaandeel. Geleidelijk aan zullen ze zelf misschien ook steeds minder verschil horen tussen medische adviezen en reclamepraatjes. Ze zullen zich steeds meer gaan richten op de buitenkant van hun vak.

En wat betekent de marktwerking voor de patiënt?

De moderne patiënt is ten eerste een heleboel tijd kwijt aan kiezen en regelen. De beste huisarts, het beste ziekenhuis, de juiste website, de meest geschikte therapeut,

de meest bekwame therapeut, de handigste verzekeraar enzovoort, enzovoort. Hoe handiger en hoger opgeleid je bent, des te beter zal dit lukken.

Een ding wordt de moderne patiënt in een marktgericht zorgstelsel steeds meer duidelijk: kinderen die niet vragen worden overgeslagen en dat zelfde geldt voor grote mensen die niet vragen, klagen en zeuren. Er staat een hele grote premie op mondigheid, assertiviteit en 'je niet met een kluitje in het riet laten sturen'. Welopgevoede patiënten die vroeger hebben geleerd dat zij in de publieke sector op hun beurt moeten wachten, omdat de wereld niet alleen om hen draait, omdat er nog meer mensen ziek zijn, omdat de hulpverlener er niet alleen voor hen is, zijn ernstig in het nadeel.

Een treurig aspect van de toenemende marktwerking is dat je zorgprofessionals moet gaan bekijken als tweedehands autoverkopers. Die therapeut zegt nu wel dat mijn kind baat zou hebben bij cognitieve therapie, maar dat zegt hij ook vooral omdat hij omzet moet draaien. Die chirurg zegt nu wel dat hij zelf een slokdarmoperatie kan uitvoeren, maar misschien zegt hij dat omdat het ziekenhuis hem heeft uitgelegd dat er met de zorgverzekeraar is afgesproken dat er zoveel slokdarmoperaties per jaar moeten worden verricht en men dat quotum nog niet heeft gevuld. In toenemende mate leren wij om professionals te wantrouwen en dat vind ik een verlies.

Neem nog een voorbeeld op uw eigen terrein. Gisteren stond in de krant dat jonge mensen van tegenwoordig narcistischer zijn dan oudere generaties. Ik citeer het openingsartikel van de Volkskrant: "Jongeren maken zich grote zorgen over 'de jeugd van tegenwoordig'. Zij vinden dat hun leeftijdsgenoten te veel worden verwend, dat ze te veel worden aangemoedigd zich goed over zichzelf te voelen en dat ze mede daardoor te weinig rekening houden met anderen. Maar liefst twee op de drie jongeren vindt dat de verhouding tussen rechten en plichten bij de jeugd is scheefgegroeid." Ik vind dit typisch een discussie waar psychologen, pedagogen en gedragstherapeuten zich in zouden moeten mengen. Vanuit uw wetenschappelijke achtergrond zou u kunnen uitleggen of wij de jongere generatie teveel zelfvertrouwen hebben meegegeven, en onvoldoende bescheidenheid, of onvoldoende oog voor de belangen van anderen. U zou misschien ook kunnen zeggen of daar wat aan te doen is, dan wel dat we er maar mee moeten leven. Kun je een te positief zelfbeeld er ook weer uit krijgen? En zo ja, is dat wenselijk? Of richt dat weer veel meer schade aan dan het narcistische gedrag zelf? Over al dat soort dingen zou ik graag bijdragen

lezen en horen van verstandige vertegenwoordigers van uw beroepsgroep. En het zou mij een lief ding waard zijn als ik die bijdragen niet zou hoeven bekijken met grote achterdocht. Ja, ja, die gedragstherapeut zegt dat narcisme weg te oefenen is met zes therapeutische sessies; dat zegt hij natuurlijk ook alleen maar omdat hij plotseling een gigantische markt voor zich ziet met eindeloze reeksen twintigjarigen die allemaal een veel te mooi zelfbeeld hebben en veel te liefhebbend zijn opgevoed.

Het mooie van de bijdrage van ggz professionals aan de discussie in de tijd van de anti psychiatrie, was dat die niet ingegeven werd door marktachtige overwegingen. Wat je ook allemaal tegen die anti-psychiatrie in kunt brengen – en dat is echt heel veel – als geestelijke stoornissen werden veroorzaakt door foute moeders en met maatschappelijke wantoestanden dan betekende dit dat er voor psychiaters en hulpverleners weinig aan te doen viel. Hoe meer professionals gaan praten en denken in marktachtige termen, des te minder kunnen hun patiënten nog vertrouwen op hun analyses, diagnoses en adviezen. Professionele integriteit is een waarde die niet in geld en goederen kan worden uitgedrukt.

De vermarkting van de gezondheidszorg leidt ertoe dat patiënten worden beoordeeld en behandeld op basis van andere criteria dan medische behoefte en medische urgentie. Gisteren was er weer een prachtig voorbeeld in het nieuws. Het Kennemer gasthuis behandelt patiënten eerder als zij 900 euro betalen via een commercieel bemiddelingsbureau. Op de website van de Spits, het treinkrantje dat het nieuws publiceerde – regende het reacties. De meeste waren negatief. De anders nogal rechts georiënteerde internet reageerders waren het op dit punt helemaal eens met de SP. Iedere keer als dit soort initiatieven tot ongelijke behandeling in het nieuws komen lijken belangengroepen, burgers en politici spijt te hebben van het nieuwe zorgstelsel. Dan gaat men enorm lopen draaien en merkt bijvoorbeeld op “dat een ziekenhuis natuurlijk productieafspraken met verzekeraars mag maken over snellere behandeling, maar dat dit er niet toe mag leiden dat andere patiënten daardoor langer moeten wachten”. Het kan aan mij liggen, maar als versnelde behandeling niet betekent dat anderen langer moeten wachten, wat betekent het dan wel?

Ten slotte is het ook niet heel aannemelijk dat de zorg voor burgers-patiënten goedkoper wordt door alle marktwerking. Professionals en zorginstellingen zijn heel veel tijd kwijt aan het registreren en administreren van al hun verrichtingen. Professionals zijn uit zichzelf zeker geneigd om dossiers bij te houden, en onderzoek

te doen naar de effecten van hun handelen, maar zij gaan niet spontaan zoveel registreren en administreren als het moderne zorgstelsel verlangt. Zij moeten daartoe dus worden aangezet door managers en bazen. Die kosten geld. Aangezien iedereen weet dat er bij dat administreren en registreren kan worden gesjoemeld – en zal worden gesjoemeld, naarmate van zorgprofessionals meer marktgedrag wordt verwacht – moeten al die gegevens worden gecontroleerd, beoordeeld en besproken, door onafhankelijke partijen. Ook dat kost geld.

De gezondheidszorg wordt nooit een echte markt, want daarvoor zijn wij in Nederland veel te sociaal en te zeer gehecht aan gelijkheid. Dat betekent dat het altijd een gereguleerde markt zal zijn met toezicht op de mate van concurrentie en het soort concurrentie. Ook dat toezicht kost geld. Al die nieuwbouw kost geld. Alle reclame kost geld. Al die nieuwe markten die door moderne zorgondernemers worden aangeboden en gecreëerd kosten geld. Het is zeer de vraag of we met een vermarkte gezondheidszorg goedkoper uit zijn als we alles bij elkaar optellen.

Ik kom terug bij het begin van mijn verhaal: de gescheiden rechtvaardigheidssferen van Michael Walzer. De grenscontrole tussen verschillende sferen vindt plaats door burgers, professionals en politici, zo zagen we. De grenscontrole door de politiek is echter voor een deel verdwenen. Als burgers en professionals kunnen we dan twee dingen doen. We kunnen met de politiek mee bewegen of we kunnen onze rug recht houden. In het eerste geval stellen patiënten zich op als consumenten van zorg. Zij willen de maximale kwaliteit, voor zichzelf hier en nu, zonder rekening te houden met de belangen van medeburgers en andere patiënten. Als ik in de speelgoedwinkel het laatste Wii spel koop hoef ik immers ook niet te denken aan alle Leidse kinderen die nu geen Wii meer zullen krijgen van Sinterklaas. Als consument mag ik gewoon gaan voor mijn eigen belangen. Professionals stellen zich op als winkeliers. Zij zetten hun waar in de etalage, prijzen deze uitbundig aan, anticiperen op lucratieve voorkeuren van patiënten en zoeken naar niches in de markt. Ze verwaarlozen hun professionele integriteit en hun wetenschappelijke reputatie en proberen zo snel mogelijk geld te verdienen zoals de dokter uit de documentaire van Sunny Bergman die ik liet zien aan het begin van deze lezing.

We kunnen er echter ook voor kiezen om niet mee te denken en mee te bewegen met de politiek. Als de politiek de scheidslijn tussen markt en zorg niet meer wil

bewaren, dan doen we het zelf wel. Als professionals kunt u nadenken over wat vanuit de professie gezien wenselijk gedrag is, u kunt blijven discussiëren over wat het beste is voor de patiënt zonder te vervallen in opschepperij of reclamejargon. U kunt een scherp oog houden voor de beperkingen van uw professie: voor sommige aandoeningen en voor sommige patiënten is gedragstherapie geschikt, voor andere niet. In sommige gevallen helpt het, maar in andere niet en dat hangt daar en daar vanaf. De ene therapeut kan dit beter dan de ander, en als een collega elders ergens beter in is dan u adviseert u de moeilijkste patiënten om het daar te proberen. U bewaakt uw professionele integriteit en houdt uw rug recht.

Grenscontrole. Als de politiek het niet meer wil, het niet meer doet of het niet meer nodig of wenselijk vindt, dan doen we het zelf wel als burgers en professionals. Het zal niet makkelijk zijn zonder wettelijke steuntjes in de rug, als de overheidspropaganda de andere kant uit gaat. Maar, om met de president-elect in de Verenigde Staten te spreken: we kunnen het. Yes, we can.

Dank u wel.