

Beroepsethiek in tijden van vermarkting

Lezing voor studiedag van de Vereniging voor Heelkunde, Garderen, 7-11-2008

Margo Trappenburg

Dames en heren,

Abusievelijk staat in uw programma vermeld dat ik hier een column ga uitspreken. Ik ben jarenlang columnist geweest. Ik word ook met enige regelmaat uitgenodigd om columns voor te dragen; ik doe dat graag, maar wel binnen de grenzen van het redelijke. Een column van tien minuten kan prima. Voor 5 minuten doe ik het ook. Ik word ook wel eens uitgenodigd voor drie minuten en zelfs ooit een keer voor anderhalve minuut, allemaal tot je dienst, maar wie mij vraagt om 30 minuten te spreken, gevolgd door nog een kwartier vrije uitloopruimte, die krijgt geen column. Die krijgt een degelijk stukje onderzoek. Ik wil u het komende half uur graag een en ander vertellen over een NWO project over beroepsethiek, dat ik uitvoer samen met mijn aio Jolanda Dwarswaard (hier ook aanwezig) en met Medard Hilhorst, ethicus aan het Erasmus Medisch Centrum.

De centrale vraag van ons onderzoeksproject is: wat is de invloed van maatschappelijke veranderingen op de medisch-professionele beroepsethiek? Blijft die beroepsethiek intact of verandert die en als de beroepsethiek verandert, hoe dan en in welke richting? We kijken specifiek naar drie maatschappelijke processen.

We kijken ten eerste naar de vrouwenemancipatie. Steeds meer artsen zijn vrouw en vrouwen beschikken niet vaak over een huisman die voor hen kookt, veegt en strijkt, en de kinderen verzorgt. Veel mannen beschikken op hun beurt ook niet langer over een huisvrouw die bereid is haar eigen loopbaan terzijde te schuiven omwille van haar echtgenoot. Heeft de vrouwenemancipatie de beroepsopvatting en de beroepsethiek van artsen veranderd?

Ten tweede naar veranderingen in de patiëntenpopulatie. Patiënten zijn sinds de jaren zeventig geleidelijk aan steeds hoger opgeleid en volgens velen ook steeds mondiger geworden. Heeft dat invloed op het werk en de professionele ethiek van de arts?

Ten slotte kijken we naar het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg. We bestuderen de periode vanaf de Tweede Wereldoorlog, maar met natuurlijk enige speciale aandacht voor het recente overheidsbeleid, dat veel heil verwacht van een meer vermarkte gezondheidszorg. Hoe en in welke mate heeft dat invloed op uw medisch-professionele ethiek?

Wij onderzoeken in ons project twee groepen medische professionals, te weten huisartsen en chirurgen, vanwege de verschillende context waarin deze groepen opereren. Huisartsen hebben relatief veel persoonlijk contact met hun patiënten. Het leek ons goed denkbaar dat veranderingen in de patiënt bij hen sneller zouden leiden tot veranderingen in de beroepsethiek dan bij chirurgen, voor wie een belangrijk deel van het werk plaatsvindt als de patiënt bewusteloos is.

Huisartsen en chirurgen verschillen ook waar het gaat om vrouwenemancipatie. Huisartsen zijn veel vaker vrouw dan chirurgen. Heeft dat invloed op de beroepsethiek van deze twee groepen artsen? En zo ja, hoe loopt die invloed dan: verandert de beroepsethiek van huisartsen sneller omdat daar meer vrouwen werkzaam zijn of worden meer vrouwen huisarts omdat de beroepsethiek sneller veranderde in een richting die blijkbaar als vrouwvriendelijk werd gepercipieerd?

En ten slotte werken huisartsen en chirurgen in een ander soort omgeving. Het leek ons mogelijk dat chirurgen meer last hebben van of sterker geraakt worden door overheidsbeleid dan huisartsen, omdat chirurgen opereren in ziekenhuizen en daar te maken hebben met managers, bestuurders en directeuren, die hen het overheidsbeleid aan den lijve kunnen laten voelen.

Om de eventuele veranderingen in de beroepsethiek te traceren gebruikten wij twee methoden. Enerzijds een documentenanalyse van relevante vaktijdschriften van beide beroepsgroepen, anderzijds uitgebreide interviews met artsen van verschillende generaties: oudere artsen die gepensioneerd zijn of ver gevorderd in hun carrière; artsen in wat mijn werkgever, de Universiteit Utrecht, aanduidt als het 'mid career stadium' en jonge pas begonnen artsen. Oudere artsen worden geïnterviewd omdat zij langere tijdvakken kunnen overzien en in staat zijn te reflecteren op veranderingen die hebben plaatsgevonden. Mid career artsen ondervinden de veranderingen waarschijnlijk het meest direct in hun praktijk; zij kijken er daarom waarschijnlijk ook iets anders tegenaan, al was het maar omdat zij zich niet voor veranderingen kunnen afsluiten met het argument dat het hun tijd wel zal uitduren. En

mochten de beide oudere groepen van mening zijn dat het allemaal minder wordt met de komst van jongere generaties, dan hopen we juist van jongere artsen te horen dat het allemaal zo'n vaart niet loopt, of wat de positieve kanten zijn van eventuele veranderingen in de beroepsethiek.

Jolanda Dwarswaard, onze hoofdonderzoekster, heeft de documentenanalyse inmiddels afgerond en enkele van de geplande interviews met chirurgen en huisartsen gehouden. Daarnaast heeft Jolanda ook gesproken met enkele andere medische professionals in het kader van een project voor de Raad voor Volksgezondheid en zorg, met een soortgelijke vraagstelling. In het verloop van dit verhaal zullen dus ook enkele verdwaalde gynaecologen en psychiaters de revue passeren.

Ons verhaal begint in de jaren vijftig, toen geluk nog heel gewoon was, als wij de gelijknamige televisieserie met Gerard Cox en Joke Bruijs daarover mogen geloven. De traditionele huisarts kent u vast allemaal nog wel uit verhalen: de dokter die 24 uur per dag beschikbaar was voor zijn patiënten, die hun hele familiegeschiedenis kende omdat opeenvolgende generaties in zijn praktijk terechtkwamen. De dokter wiens vrouw op de achtergrond zorgde en redderde en optrad als praktijk assistente.

De traditionele chirurg leerden wij vooral kennen uit in memoriams in de opeenvolgende chirurgentijdschriften. De traditionele chirurg was volledig toegewijd aan zijn patiënten, de normale menselijke behoefte aan slaap was hem vreemd, hij leek vrijwel continu in touw. Ik moet bekennen dat wij soms ook een beetje bang werden voor de traditionele chirurg, blijkbaar een man die meende dat hijzelf de standaard was en die het uiterste vergde van zijn medewerkers.

We kwamen die angst ook tegen in de interviews met oudere en 'mid career' chirurgen. Ik citeer uit een van de interviews met gepensioneerde chirurgen:

“Er waren denk ik een stuk of zestien assistenten, het was een grote kliniek. Zo'n jongste groep, dan was je echt de klos. (...) Begon je bijvoorbeeld op de EHBO een half jaar te werken. Van 's ochtends 8 uur tot 's avonds 18.00/19.00 uur, als de dienst overging. Had je weekenddienst, dan begon je vrijdagochtend om 8.00 uur, want dat was je gewone werk. Maar dan ging je de dienst in, vrijdagavond, vrijdagnacht, zaterdag de hele dag, zaterdagavond, zaterdagnacht, zondag de hele dag, zondagavond, zondagnacht en maandag de hele dag. En dan ging je om 19.00 uur naar huis. En dan had ik een koffertje bij me met allemaal brood erin en schone zakken en

dat soort dingen en dan was ik dus onafgebroken beschikbaar. En het was een hele drukke EHBO en het gebeurde wel dat je in zo'n hele periode van vrijdagochtend tot maandagavond, dat je dan 12, 14 uur sliep. Totaal hè. Dus dan viel er ook weleens iemand om van pure uitputting.

De chirurgen van toen (...) Dat waren godheden. Nog net niet, maar daar zat je dicht tegenaan. Je was, je had god en daar vlak daaronder de chirurgen en dan een hele tijd niets en dan had je de rest van het volk. Dat was een beetje het ideaal.”

Zo was het in de jaren vijftig. Bij de huisartsen begint het beeld van totale toewijding al vrij snel te verkrumelen. Al in de vroege jaren zestig trof Jolanda lichtzinnige passages aan in *Huisarts en Wetenschap*, waarin huisartsen vertelden dat zij met vakantie wilden of tijd wilden besteden aan hun hobby's. Het huisartsbezoek, dat ooit zo werd gepromoot, omdat de arts door die huisbezoeken de patiënt kon observeren in zijn natuurlijke habitat, werd gerelativeerd. Kon de patiënt niet veel beter naar de huisarts komen dan andersom? In de vroege jaren zestig zijn er nog maar heel weinig vrouwen werkzaam als huisarts, maar huisartsen beginnen dan al meer en meer te denken over groepspraktijken, wisseldiensten en waarnemers. De groepspraktijken en waarneemdiensten hebben zich vervolgens in hoog tempo verspreid in huisartsenland en het is opmerkelijk hoe weinig zorg en discussie daarover is geweest. De huisartsen, die zich zo beroemden op hun persoonlijke band met de patiënt en zijn hele familie, die zo leken te hechten aan continuïteit van zorg in deze betekenis, hebben deze centrale waarde van hun vak geruisloos ingeruild voor samenwerking, intervisie, controle op elkaars handelen en het belang van een goede overdracht. Ze praten en schrijven nog bijna net zoveel over continuïteit als in de jaren vijftig, maar continuïteit betekent inmiddels iets heel anders.

In de chirurgie kwamen de veranderingen op dit vlak niet van binnenuit (uit verlangen naar meer vrije tijd of meer tijd voor het gezin), maar van buitenaf. De overheid confronteerde de beroepsgroep met een nieuwe regulering van arbeidstijden. Assistenten mochten niet meer zo afgebeeld worden als de gepensioneerde chirurg die ik daarnet aanhaalde, zij hebben recht op een menselijke werktijd. Chirurgen maken zich daarover in hun tijdschrift grote zorgen. Zij vragen zich af of de nieuwe generatie assistenten wel voldoende zal kunnen leren en oefenen. Ze begrijpen wel dat er geen weg terug is naar het regime van vroeger, maar ze vinden het moeilijk om hier in de praktijk oplossingen voor te vinden. Zij zijn, anders en meer dan huisartsen, echt bezorgd over de continuïteit van zorg.

Jolanda sprak met chirurgen die haar uitlegden dat het gebruikelijk is dat chirurgen een patiënt die zij geopereerd hebben zelf in de gaten houden na de operatie. Niet omdat zij de familiegeschiedenis van de betreffende patiënt kennen (zoals bij huisartsen), maar omdat zij die patiënt hebben opengemaakt en omdat zij zich daardoor persoonlijk verantwoordelijk voelen voor nabloedingen en andere complicaties. Jolanda sprak ook met chirurgen die het een verarming van hun vak vonden als zij de meer menselijke kant van hun vak hadden moeten overlaten aan *nurse practitioners*. Ze zouden het jammer vinden als zij alleen nog maar zouden snijden, ze vonden dat het gesprek met de patiënt voorafgaand aan de operatie hoort bij de taak van de chirurg.

Ik kom tot een tussenconclusie over de invloed van de vrouwenemancipatie op de medische beroepsethiek. Continuïteit van zorg is in de praktijk misschien wel belangrijker voor chirurgen dan voor huisartsen. De beroepsethiek van huisartsen heeft zich razendsnel aangepast aan de emancipatie, omdat die veranderingen bij huisartsen eigenlijk al voor de emancipatiegolf begonnen. Voor chirurgen kwamen deze veranderingen van buitenaf en hun beroepsethiek kraakt en schuurt; daar is nog geen evenwicht gevonden.

Komen we toe aan de veranderende patiënten en ook op dit punt zouden we de ethiek van huisartsen kunnen aanmerken als proactief. In de jaren vijftig en zestig bevinden huisartsen zich in een identiteitscrisis. De opkomst van steeds meer medische specialismen leidt ertoe dat zij zich gedurig afvragen waar zij dan eigenlijk nog goed voor zijn. Ze vinden het antwoord in 1959 op de Woudschoten conferentie in (en nu citeer ik) “Het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen. Nader gedefinieerd als ‘het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en, waar mogelijk, voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend en preventief).” (*Huisarts en Wetenschap*, 1959, p. 40) Jolanda vond in de jaren vijftig en zestig fraaie voorbeelden van huisartsen die werkgevers van patiënten opbelden, als zij meenden dat hun ziekte werd veroorzaakt door de houding van hun baas. Dit is de periode waarin huisartsen hun patiënten veelal beschrijven volgens het stramien van een detective verhaal. De patiënt heeft een geheimzinnige pijn hier of daar en enkele andere ingewikkelde klachten. Waar zou dat nu toch door komen? En dan stelt de huisarts, door zijn grote kennis van de omgeving, de geschiedenis en de familie van de patiënt, uiteindelijk de correcte diagnose.

In de jaren zeventig ebt die grote begaanheid met het totale wel en wee van patiënten een beetje weg. Onder invloed van de democratiseringsbeweging uit die tijd realiseren huisartsen zich dat hun vergaande bemoeienis met de persoon van de patiënt medicaliserend kan werken. Huisartsen gaan er daarom toe over patiënten op te voeden tot onafhankelijkheid en mondigheid. De patiënten, die in de jaren vijftig hadden geleerd dat zij met al hun zorgen bij de huisarts terecht konden, moesten nu leren dat zij hun problemen zelfstandig, zonder medische hulp onder ogen moesten zien. Merk op: net als bij de vrouwenemancipatie is het ook hier niet zo dat huisartsen van buitenaf ergens toe worden aangezet, nee, huisartsen omarmen zelf een bepaalde nieuwe waarde en dragen deze nieuwe waarde uit. Patiënten waren nog helemaal niet zo mondig en zelfstandig in de jaren zeventig en tachtig, zo beschrijven Annemarie Mol en Peter van Lieshout in hun mooie proefschrift *Ziek is het woord niet* uit 1989. Maar huisartsen zagen het als hun taak die mondigheid te ontwikkelen.

Vanaf 1990, zo signaleerde Jolanda Dwarswaard, wordt de opvoeding van patiënten door huisartsen nog een slag strenger. Dan zien huisartsen het nadrukkelijk als hun taak patiënten aan te zetten tot zuinigheid en ‘gepast gebruik’ van medische zorg. Het was de tijd van het derde kabinet Lubbers. Hans Simons was staatssecretaris op volksgezondheid en wij leerden van de commissie Dunning, uit het rapport *Kiezen en delen*, dat de bomen in de zorg niet tot in de hemel reikten en dat iedereen zich dat veel meer bewust zou moeten zijn. Juist huisartsen zagen het als hun taak patiënten dit inzicht bij te brengen. Zij signaleerden terecht dat er een spanning bestond tussen dit opvoedproject en het tegelijkertijd door de overheid bewandelde pad van de opvoeding van burgers tot consumenten van zorg.

Je zou kunnen zeggen dat huisartsen van veranderende patiënten nauwelijks last hadden, omdat zij veeleer hun patiënten veranderden dan andersom. Hun beroepsethiek evolueerde van integrale continue zorg, naar opvoeden tot mondigheid en weer door naar opvoeding tot matigheid, maar vooral omdat zij dit zelf zo wensten.

Bij chirurgen ligt dit opnieuw heel anders. In de vroege edities van de chirurgentijdschriften kwamen wij de patiënt vooral tegen als object van studie. Niks geen heel-de-mens verhalen, zoals we die kenden uit *Huisarts en Wetenschap*. Chirurgen worden pas met die hele mens geconfronteerd als de overheid hun patiënt rechten geeft: het recht op informatie, en het recht op informed consent, vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst uit 1993. Voor huisartsen was deze wet niet meer dan een codificatie van wat zij toch al zo’n

beetje deden in de praktijk. Voor chirurgen, zo leerden we uit uw tijdschriften, was het echt een tijdrovende extra belasting, die na- en bijscholing met zich meebracht in communicatieve vaardigheden.

Kijken we ten slotte naar de invloed van overheidsbeleid op de professionele beroepsethiek. Ik zei net al dat huisartsen zich zorgen maakten over de plannen tot invoering van marktwerking en over het door de overheid gepropageerde consumentengedrag. Dat is opmerkelijk, omdat huisartsen ander overheidsbeleid altijd loyaal accepteerden. De rol van strenge poortwachter die de overheid voor huisartsen in petto had werd door huisartsen omarmd. De patiëntenrechten bracht men allang in praktijk voor de overheid er een wet van maakte.

De beweging naar markt in de gezondheidszorg vond men echter buitengewoon kwalijk. Mijn student Bram van Vliet analyseerde het tijdschrift *Huisarts in Praktijk* vanaf 1990 tot 2007. Hij constateerde dat er in de loop der jaren door en voor huisartsen heel veel artikelen zijn geschreven tegen de invoering van marktelementen in de zorg. We weten allemaal dat dit huisartsenverzet niets heeft uitgehaald. De marktwerking in de zorg en het nieuwe zorgverzekeringsstelsel van 2006 zijn er toch gekomen. Het is daarom interessant te zien hoe huisartsen zich nu opstellen tegenover de marktdenken en het nieuwe zorgstelsel. Bram van Vliet signaleerde in *Huisarts in Praktijk* een omslag rond de invoering van het nieuwe stelsel. Vanaf dat moment verschijnen er in het huisartsenblad diverse positief getoonzette artikelen over modern ondernemerschap in de huisartspraktijk. Van Vliet interviewde ook een aantal huisartsen en hoorde van hen dat zij zich nu soms anders opstellen tegenover hun patiënt. De hang naar zuinig gebruik van zorg is afgenomen: er worden in de praktijk soms ECG-tjes gedraaid, niet omdat men die zinvol vindt, maar omdat er een vergoeding tegenover staat. Men stelt zich klantvriendelijker op, soms in heel positieve zin: door avondsprekuren en email consulten aan te bieden, of groepssprekuren voor bepaalde categorieën chronische patiënten. Maar soms ook in meer dubieuze zin: door patiënten niet tegen te spreken, ook al is daar – medisch gesproken – alle reden voor. Men realiseert zich dat het genezen van patiënten markttechnisch gesproken niet altijd de beste vorm van klantenbinding is en men tobt over de opkomst van de wensgeneeskunde.

Jolanda Dwarswaard vroeg in haar interviews met huisartsen en chirurgen en eerder met psychiaters en gynaecologen ook naar de gevoelens van haar respondenten over de recent ingevoerde marktwerking.

Bij bestudering van het interviewmateriaal kwamen wij tot de voorlopige conclusie dat er voor professionals vier manieren zijn waarop zij kunnen reageren op overheidsbeleid. Zij kunnen – mooi en voor de hand liggend in een democratische rechtsstaat – loyaal meedoen: de overheid is tenslotte democratisch gekozen, en misschien is er ook inhoudelijk iets te zeggen voor de plannen. Ze kunnen vervolgens – als ze de plannen onverstandig of zelfs desastreus vinden – besluiten om er toch aan mee te werken, ja zelfs, om er extra hard aan mee te werken in de hoop dat de absurditeit van de plannen in kwestie dan tot iedereen doordringt.

Ze kunnen – ten derde – proberen om de plannen zoveel mogelijk te negeren. In zijn eigen spreekkamer, operatieruimte, klaslokaal of collegezaal is een professional een beetje koning. Daar is geen overheid die hem op de vingers kijkt, die zijn pen bestuurt of zijn schoolbord censureert. Daar kan de professional dus besluiten de nieuwe regels aan zijn laars te lappen, alleen nominaal in te voeren of naar eigen inzicht bij te buigen.

Ten slotte kan de professional er voor kiezen tegenwicht te blijven bieden. Door actie te voeren, al dan niet samen met patiënten, cliënten, leerlingen, bewoners. Door belangengroepen op te richten en de strijd aan te gaan met het nieuwe beleid. Door de media in te schakelen en de publieke opinie te mobiliseren. Of door intern, binnen de eigen organisatie, eindeloos te blijven protesteren tegen managers en bestuurders die van mening zijn dat de organisatie mee moet in de vaart der volkeren, met het nieuwe beleid.

Diegenen onder u die opgroeiende kinderen hebben of anderszins geïnteresseerd zijn in het middelbaar onderwijs hebben misschien de publiciteit gevolgd rond het rapport van de commissie Dijsselbloem, de parlementaire enquêtecommissie die de vernieuwingen in het middelbaar onderwijs moest evalueren: het studiehuis, de basisvorming, het nieuwe leren. In het rapport Dijsselbloem kom je precies dezelfde vier reacties tegen van docenten op het overheidsbeleid. Er waren docenten in het middelbaar onderwijs, onder wie vooral heel veel bestuurders en managers, die actief meedachten met de in gang gezette hervormingen of zelfs proactief inspeelden op aangekondigde nieuwe systemen. Het was niet voor niets dat opeenvolgende staatssecretarissen van onderwijs hun vernieuwingen door konden drukken met het argument dat ‘het veld er helemaal klaar voor was’. Grote delen van het veld waren er ook helemaal klaar voor, die onderschreven de voorgestelde vernieuwingen.

Vervolgens waren er docenten die het hele studiehuis en het nieuwe leren een bar slecht idee vonden en die hun gelijk wilden bewijzen, desnoods over de rug van hun leerlingen.

Dergelijke docenten legden hun klas in september de gang van zaken uit: “Jongens en meisjes, tot aan de kerst moeten we ongeveer deze onderwerpen doen aan de hand van deze

methode. Ik ga het jullie allemaal niet uitleggen. Het is hier het studiehuis, wij geloven in het nieuwe leren, en jullie mogen het dus allemaal zelf gaan ontdekken zonder dat ik jullie bij de hand neem. Veel succes en wij spreken elkaar weer in december.” Dergelijk gedrag kon leiden tot zoveel protest onder ouders en leerlingen dat de schoolleiding het studiehuis of het nieuwe leren het volgende schooljaar geruisloos afschafte.

Ten derde waren er docenten die de deur van het klaslokaal achter zich dicht deden en vervolgens hun lessen gaven, zoals zij dat al jaren deden, alle onderwijsvernieuwing ten spijt. Het was ook niet voor niets dat de commissie-Dijsselbloem het moeilijk vond om precies in kaart te brengen wat de effecten van de onderwijsvernieuwingen waren geweest. Het viel eenvoudigweg niet goed vast te stellen hoeveel van die vernieuwing daadwerkelijk tot op het niveau van het klaslokaal was ingevoerd.

En ten slotte waren er docenten die luidkeels protesteerden tegen alle vernieuwing, die vast wilden houden aan traditioneel onderwijs, omdat zij dat leuker vonden voor zichzelf maar ook beter voor hun leerlingen, die volgens hen recht hadden op echt inhoudelijk onderwijs over wiskunde, scheikunde, Franse grammatica en Nederlandse literatuur. Deze docenten vonden het onjuist en onverstandig om leerlingen af te schepen met half gekwalificeerde procesbegeleiders en vage instructies. Veel van deze leraren lieten van zich horen tijdens de hoorzittingen die de commissie Dijsselbloem organiseerde. Het was lang niet altijd goed met hen afgelopen: ze waren veelvuldig op een zijspoor gezet, weg gesaneerd of hadden het onderwijs gedesillustioneerd verlaten.

Ik loop de vier reacties nu na op het terrein van de gezondheidszorg. Jolanda signaleerde verschillende vormen van loyaal meedenken. Zo was er een orthopedisch chirurg, werkzaam in een zelfstandig behandelcentrum die de hele marktwerking inclusief de zelfpromotie helemaal geweldig vond.

Ik citeer:

“Ik hou van marketing. Ik werk natuurlijk niet voor niets in een ZBC. Ik was één van de eerste die een website had die mezelf promootte. Dat vind ik ook wel, 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 eerst twaalf niet geheropereerd te worden.” (Orthopedisch chirurg)

Af en toe kijken wij met onze projectgroep nog wel eens in het boekje met 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.” Dat zijn momenten waarop de nostalgie over ons komt.

Maar het meedenken van professionals met de overheid stemt ons niet altijd pessimistisch of weemoedig. Jolanda sprak ook met een psychiater, die de meerdere controle op het werk van zijn vakbroeders en de grotere nadruk op effectiviteit en transparantie zoals die werd uitgedragen door de overheid vooral toejuichte.

“Ik denk: het is ook goed dat er van buitenaf grenzen worden gesteld aan financiering of behandeling. Wat dat betreft, dat zullen niet alle psychiaters of medici met me eens zijn. Maar, de vraag is natuurlijk vaak eindeloos. En dat vind ik ook wel een taak van managers om te zeggen: dit doen we wel en dit doen we niet. Of voor bepaalde behandelingen stellen we een maximum van het aantal sessies. Of, en ik vind dat daar toch, ook hier, te lang te weinig naar gekeken is. Dat mensen gewoon maar konden blijven behandelen. Dat je zag dat mensen soms al drie jaar in behandeling waren. En dat dan niemand vroeg: wat ben je eigenlijk aan het doen met die patiënt. Of: wordt die al beter? Of: schiet het een beetje op? En dat is natuurlijk ook als je met die cliënt samen in de spreekkamer zit. Ja, dan ben je met die persoon bezig en dan is het ook lastig om dat soort kritische vragen te stellen. Dus ik vind dat managers ook wel die taak mogen hebben om te zeggen, we laten een keer in het half jaar of een keer in het jaar gaan we alle caseload bekijken en kijken hoe lang zijn mensen eigenlijk in behandeling. Klopt het met de diagnose dat het zo lang moeten. Moeten we hier nu niet stoppen, dus op die manier toch naar budget en verrichtingen kijken.” (Psychiater)

Dan de ramkoers houding. Die kwamen wij in de meest cynische variant tegen als grapje op een congres van het Nederlands huisartsengenootschap. Vroeger zei ik tegen mijn patiënten:

als het over twee weken nog pijn doet, komt u nog maar een keer terug. Tegenwoordig zeg ik: zullen we vast een afspraak maken voor over twee weken? Kassa!

Ze wilden toch marktwerking? Ze wilden toch vraaggerichtheid? Nou, dan kunnen ze het krijgen ook. Soortgelijke geluiden hoorden we ook wel bij chirurgen. Twee kenmerkende citaten uit een interview met een mid career chirurg.

“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, en 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.” (interview met praktiserend 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)

Verschillende geluiden vielen in de derde categorie: ik blijf gewoon doen wat ik professioneel gezien het meest wenselijk vind en ik trek me zo min mogelijk aan van het nieuwe beleid. Ik laat me niet opjatten en ik laat me niet in verleiding brengen door persverse prikkels. Ik maak geen extra röntgenfoto's omdat die mij extra geld opleveren. Ik laat me leiden door wat voor de patiënt het beste is. Ik blijf gewoon de medicijnen voorschrijven die ik het beste vind voor de patiënt, al gaan de overheid en de verzekeraars met hun allen op hun kop staan. Als ik een recept schrijf zit de verzekeraar niet naast mij.

En enkele geluiden vielen duidelijk in de vierde categorie, zoals het verhaal van de gepensioneerde chirurg die door zijn ziekenhuismanagement opeens werd geconfronteerd met bruine nietjes.

“Op een gegeven ogenblik kregen wij ineens zonder overleg andere staplers. Ik zeg mag ik de stapler? Er werd iets uitgepakt, ik zeg hé, dit is bruin en ik heb altijd een blauwe. Ja, dit zijn nieuwe staplers. Ik zeg daar weet ik helemaal niets van. Ja, nee, inkoop. Nou en het is een beetje overdreven het verhaal, maar het is echt gebeurd, dat heeft een paar mensen het leven gekost omdat die dingen niet goed waren. Die staplers waren niet goed, dat waren goedkope rotkrenge. En het komt heel precies met die dingen. (...) En dan zeg je op een gegeven moment, ik heb veel longkankerpatienten geopereerd, nou is er een nieuwe operatiemethode, die nauwkeuriger is, maar die kost meer geld. Maar dat wil ik voor mijn patiënten, ik wil die instrumenten, ik wil die goede nietjes. Dat is echt gebeurd. Ik wil die goede nietjes, flikker op met die stomme bruine dingen. Ik wil mijn echte goede nietjes weer. En ik breek de tent af, ik ga naar het *Nieuwsblad van het Noorden* als ik ze niet krijg. Nou dan krijg je ze weer.” (gepensioneerd chirurg)

Blijven tegenspreken is op het ogenblik makkelijker dan het was toen de onderwijsvernieuwingen op de middelbare school werden doorgevoerd. Je wordt niet meer zo makkelijk *kalt gestellt* als destijds. Er is een reeks van organisaties en actiegroepen die je kunt benaderen als je het idee hebt dat je professionaliteit, je vakbekwaamheid of je integriteit als professional in gevaar komt door bepaalde overheidsmaatregelen. De Vereniging Beter Onderwijs Nederland zet zich in voor degelijk onderwijs en goede leerkrachten op de middelbare school. Organisaties als De Vrije Psych en De Vrije Huisarts verzetten zich tegen elementen van het overheidsbeleid in de gezondheidszorg. De stichting Beroepseer zet zich in voor professionals in het algemeen. Zij verzamelt voorbeelden van wantoestanden, inventariseert vormen van verzet, schrijft pamfletten en organiseert studiedagen en symposia waarop sympathisanten en donateurs elkaar kunnen ontmoeten.

De opstandige professional vindt bovendien vaker dan voorheen een willig oor bij de media. En bovendien is de overheid buitengewoon ambivalent op dit punt. Enerzijds lijkt minister Klink van plan door te gaan met zijn gehamer op marktprikkels, transparantie en consumentengedrag. Anderzijds schrikt hij ervoor terug de zorgmarkt echt verder te liberaliseren. Het kabinet heeft bovendien warme woorden gewijd aan de professional in de regeringsverklaring. Ik citeer: “Mensen die een vak uitoefenen – docenten, verplegers, hulpverleners en onderzoekers – zijn veel te veel tijd kwijt aan papieren rompslomp en vergaderingen. Hun liefde voor het vak, hun professionaliteit, deskundigheid en

betrokkenheid komen weer in het volle licht te staan.” De vierde reactie op overheidsbeleid – blijven tegenspreken, tegenwicht bieden – is niet langer louter Don Quichoterie.

Dat vind ik toch ergens wel een happy end.