

Kapper of dokter?

Lezing voor de Vereniging Leidinggevenden

Fysiotherapie.

Vrijdag 19 september 2008, Wolfheze.

Margo Trappenburg

Dames en heren, toen ik gisteren mijn bed uitrolde lag er een klein kaartje in mijn brievenbus. Er liggen 's ochtends wel vaker kleine kaartjes bij mij in de bus. Soms zijn ze van tienermeisjes uit de buurt die hun diensten aanbieden als kinderoppas. Soms zijn ze van gebedsgenezers met een Baghwan-achtig uiterlijk die al mijn problemen weg zullen bidden tegen een geringe vergoeding. Dit kaartje was van het Natural Health Centre, dat mij een gratis vetmeting aanbood, met de volgende wervende tekst. "Bepaal nu zelf uw gewicht!! Ik begeleid mensen die 5, 10, 15 kilo of meer willen afslanken. Wilt u zich daarbij topfit voelen? Ik help u uw doel te bereiken!!" Mijn vraag in deze lezing is: kan zo'n kaartje afkomstig zijn van een fysiotherapeut en zo ja, is dat erg?

Om maar meteen een antwoord te geven op de eerste vraag: het is heel goed mogelijk dat mijn kaartje afkomstig was van een BIG geregistreerde, door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie erkende fysiotherapeut. Ter voorbereiding op deze lezing deed ik een klein onderzoekje naar de websites van fysiotherapiepraktijken in een drietal Nederlandse gemeenten. Ik geef een kleine bloemlezing.

Fysiotherapie Plus werkt met enthousiaste, goed gekwalificeerde therapeuten, volgens de nieuwste inzichten, met de allernieuwste apparatuur, in een grote oefenzaal met uitzicht op de haven.

Praktijk Fysico biedt haar diensten aan, aan mensen met reuma, astma of bewegingsklachten na ongevallen, maar daar blijft het niet bij. Bij Fysico kunt u ook

terecht als u beter wilt gaan sporten, de marathon gaat lopen, of uw wintersportvakantie gaat voorbereiden.

Ik heb mij zeer verbaasd over het scala van therapieën waarin de moderne fysiotherapeut zich heeft bekwaamd. Een beetje privé praktijk heeft therapeuten in dienst die doen aan orthomoleculaire therapie, osteopathie, craniosacraal therapie, acupunctuur, Aenergy, 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.

Mijn beeld, dat massage door de fysiotherapeut bedoeld is voor patiënten met scoliose, lage rugpijn, een hernia of reumatische klachten bleek niet meer van deze tijd. Natuurlijk, er zijn ook veel praktijken die op hun site uitleggen wat zij kunnen betekenen voor welk type patiënten en wat er bekend en bewezen is over het effect van fysiotherapeutische behandelingen. Dergelijke praktijken plaatsen links op hun site naar de richtlijnen fysiotherapie in geval van beroerte, ziekte van Parkinson, stress urine-incontinentie, claudicatio intermittens, hartrevalidatie en lage rugpijn. Of ze verwijzen naar de multidisciplinaire richtlijnen voor lymfoedeem, spasticiteit en dementie. In dergelijke praktijken had ik als gezonde volwassene niets te zoeken. Maar in andere praktijken doen ze niet moeilijk over indicaties en medische aandoeningen. Daar leveren ze gewoon ontspannende massage, te betalen per kwartier. Of, en die vond ik misschien nog wel het allermooist: ze bieden Bachs bloesemtherapie. Ik moet bekennen dat ik daarbij een beeld voor ogen kreeg van een bed vol rozenblaadjes waar ik op zou kunnen liggen, luisterend naar het Wohltemperierte Klavier, maar het was bij nadere beschouwing een soort kruidentherapie door dokter Bach.

Als deze fysiotherapeuten nieuwe stijl patiënten aan het woord laten op hun site, dan gaat het niet om mensen wier rugpijn of gewrichtsklachten verdwenen door de fysiotherapeutische oefeningen, nee, dan gaat het om mensen die zich na de behandeling één geheel voelden, of die diepe emoties in zichzelf ontdekten.

Ik kom toe aan mijn tweede vraag. Is dit erg? Dat is een normatieve vraag en om die te kunnen beantwoorden ga ik hier een klein beetje college geven over rechtvaardigheidstheorie en ik doe dat aan de hand van mijn favoriete politiek

filosoof Michael Walzer. Volgens Michael Walzer bestaat het leven in een westers liberale samenleving als de onze uit een aantal maatschappelijke sferen. Er is de sfeer van het onderwijs, de sfeer van liefde en affectie, de sfeer van de medische zorg, de sfeer van goddelijke genade, de sfeer van het burgerschap en de sfeer van geld en goederen. Binnen elke maatschappelijke sfeer worden bepaalde dingen verdeeld volgens bijbehorende 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.

In de sfeer van de medische zorg gelden weer andere principes. Medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Dokters moeten niet kijken wie het rijkst, het mooist, het liefst of het belangrijkste is, zij moeten kijken wie er het ergst aan toe is en die patiënt komt eerst. Geen voorkeursbehandeling voor de rijken, de economisch nuttigen, voor premier Balkenende, Joop van den Ende, of Ibrahim Afellay. Zo, althans, zou het horen te zijn.

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.

Volgens Michael Walzer heeft de politiek een belangrijke, maar ook beperkte taak. De politiek moet ervoor zorgen dat de scheidingen en schuttingen tussen de verschillende maatschappelijke sferen intact blijven. De politiek moet de maatschappij zo organiseren dat er geen marktprincipes kunnen doordringen in het onderwijs en de gezondheidszorg.

Kijken we nog eens wat specifiek naar de sfeer van de gezondheidszorg. Het belangrijkste principe daar is 'verdeling naar rato van medische behoefte'. Dat is nadrukkelijk anders dan op de markt waar goederen worden verdeeld volgens de wet van vraag en aanbod. Als ik een nieuw bankstel wil aanschaffen zegt de IKEA niet tegen mij: goh, kan uw oude niet nog een paar jaar mee? En als ik nieuwe schoenen wil kopen moedigt de schoenverkoper mij aan, ook al heb ik al dertig paar schoenen in de kast. In de zorg komt het heel vaak voor dat hulpverleners patiënten afremmen. Huisartsen staan er echt om bekend: een groot deel van hun werkdag zijn zij bezig patiënten uit te leggen dat zij geen medicijnen en behandelingen nodig hebben, omdat hun kwaal waarschijnlijk vanzelf weer over gaat. In de geestelijke gezondheidszorg vragen patiënten vaak helemaal niets, terwijl zij wel hulp nodig hebben, omdat ze dakloos, zielig, verslaafd en in de war rondhangen op de stations van onze grote steden.

Hulpverleners kijken naar wat het beste is voor de patiënt. Dat kan ook betekenen dat zij de patiënt verwijzen naar een collega, die beter is in een bepaalde behandeling of een bepaalde operatie. Hulpverleners beschouwen elkaar niet als concurrenten, maar als collega's. Anders dan op de markt van geld en goederen wordt er in de gezondheidszorg geen reclame gemaakt. Zoals dat heet in de prachtige bewoordingen van de Gedragsregels voor artsen uit 1936:

Een beroep als het onze moet niet met dat van een handelaar over een 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.

Zo was het, maar zo is het allang niet meer. Sinds eind vorige eeuw ziet de politiek het niet langer als haar taak om de grenzen tussen maatschappelijke sferen te bewaken. In plaats daarvan streeft men er nadrukkelijk naar marktelementen in te voeren in sferen waar nu juist niet wordt verdeeld volgens de wet van vraag en aanbod.

Een van de meest interessante vragen is vervolgens: wat doet dit met de ethiek van hulpverleners? Wat betekent het voor de sfeer van de gezondheidszorg? Samen met enkele collega's en studenten probeerden wij dit na te gaan voor twee beroepsgroepen: chirurgen enerzijds en huisartsen anderzijds. De effecten van maatschappelijke veranderingen of politieke beleidswijzigingen op chirurgen bleken beperkt. Toevallig las ik deze week in de krant dat er een nieuwe academie is opgericht waar medisch specialisten zich kunnen laten bijscholen in time management, conflicthantering en bedrijfseconomie. Wij spraken en lazen tijdens ons onderzoek vooral bijdragen van chirurgen die vonden dat zij er voor waren om patiënten te opereren en verder geen gezeur. Een heel geruststellende uitkomst vond ik. Ik moet er niet aan denken dat de dokter die mij opereert de cursus wond afhechten heeft afgeraffeld om tijd over te houden voor een collegecyclus over bedrijfseconomie.

Het effect op huisartsen was veel groter. Huisartsen voelen zich veel sterker betrokken bij de overheid en zijn over het algemeen geneigd met de overheid mee te redeneren. Overheid en huisartsen zijn het er indertijd over eens geworden dat huisartsen zouden fungeren als poortwachters voor de zorg. Huisartsen meenden dat zij daarmee hun patiënten konden behoeden voor allerlei nare onderzoekjes in de tweede lijn, en de overheid zag dat de poortwachtersfunctie de kosten van de zorg beperkt zou kunnen houden. Zijn huisartsen dus in beginsel overheidsvriendelijk,

tegen het idee van marktwerking in de zorg hebben juist zij zich vanaf begin jaren negentig altijd verzet. Tot op het allerlaatst hebben zij zich verzet tegen de plannen van Hoogervorst, maar sindsdien lijken veel huisartsen om te zijn. Op huisartscongressen hoor ik nu grapjes. Vroeger zei ik tegen mijn patiënten: kijk het even aan. Als het over twee weken nog niet over komt u maar terug. Nu zeg ik: zullen we een afspraak maken voor over twee weken? Kassa! Ze wilden toch zo nodig ondernemerschap? Ze wilden ons toch gaan betalen per verrichting? Nu, dan kunnen ze het krijgen ook.

Mijn student Bram van Vliet bestudeerde de twintig jaargangen van het vakblad Huisarts in praktijk.¹ Na 2006 maken de artikelen tegen de markt plaats voor stukken waarin huisartsen zich als ondernemer profileren. Van Vliet interviewde ook een aantal huisartsen. Sommigen toonden zich fel gekant tegen het nieuwe denken in de zorg, maar anderen lieten weten dat zij wel commercieel moesten denken nu.

Huisarts 3. "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 1. "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 5. "En dan kom je op een oud uitgangspunt. Een goede dokter is een dokter die de autonomie van zijn patiënt nastreeft en hem niet zeker maakt. Alleen, dat ik als je puur naar marktwerking kijkt, is het je eigen glazen intrappen. Want een goede winkelier, die bindt zijn klant aan zijn werkplaats, hè?"

En hoe zit het met de fysiotherapie? Als we ergens effecten van de marktwerking zouden moeten zien, dan is het wel hier. Fysiotherapie zit maar voor een klein deel in

het basisverzekeringspakket. Voor kinderen gaat het om de eerste 9 of 18 behandelingen. Daarna is het blijkbaar een luxe, die hun ouders zelf maar moeten betalen. Voor volwassen patiënten met een chronische aandoening geldt het omgekeerde. Voor hen zijn juist de eerste tien behandelingen luxe, die men zelf moet betalen, terwijl behandelingen daarna blijkbaar niet meer voor de lol gebeuren en moeten worden betaald door mede-premiebetalers. Voor niet chronisch zieke volwassenen is fysiotherapie een behandeling waarvoor men zich vrijwillig kan bijverzekeren in het aanvullende pakket. Als eenvoudige potentiële patiënt ben ik hierdoor volstrekt in de war over wat fysiotherapie nu eigenlijk is. Is het een medische behandeling die ik nodig heb als ik lijd aan reuma of spierdystrofie of na een ingrijpende operatie? Of is het vergelijkbaar met een knipbeurt door de kapper, waar veel mensen ook erg van opknappen?

Het meest vermarkte deel van de gezondheidszorg, nog veel meer markt dan de fysiotherapie, is de farmaceutische industrie. Trouw journalist Joop Bouma, groot kenner van deze sector heeft ooit eens mooi uitgelegd hoe je als farmaceutisch bedrijf zoveel mogelijk geld kunt verdienen. Je kunt natuurlijk proberen om een nieuw medicijn te bedenken tegen multiple sclerose, pancreaskanker of tuberculose, maar dat is een moeizaam traject. Veel beter is het om een nieuwe doelgroep aan te boren en een heel nieuwe vraag te creëren. Alle vrouwen komen op enig moment in de overgang en krijgen dan te maken met botontkalking. Prachtig. Benoem dat tot een ziekte, verzin er een medicijn bij en je hebt de halve wereldbevolking als potentiële patiënt.

In de fysiotherapie zien we vergelijkbare bewegingen. KNGF voorzitter Bas Eenhoorn sprak met waardering over preventieve beweegprogramma's en actieve fysiotherapeutische begeleiding van werknemers. Waarom ingewikkelde oefeningen verzinnen en optimale rolstoelen bedenken voor spastische kindertjes? Je kunt ook zeggen dat werknemers gebaat zijn bij meer beweging en dat jij daarin kunt voorzien.

Fysiotherapeut Janno Barlage schreef in het *Financieel Dagblad* dat fysiotherapeuten zich nog veel te veel laten leiden door het medische model. Fysiotherapeuten “weten onvoldoende raad met de aanpak van gezonde mensen. Wellnesscentra, sportbonden, sportverenigingen, personal trainers en lifestylecoaches zijn wel handig ingesprongen op de groep van zoekende gezonde mensen.”

De KNGF, uw beroepsvereniging is nog niet zover. In de beroepsethiek voor de fysiotherapeut kwam ik allerlei mooie, traditionele waarden tegen, zoals:

“Het is de menselijke kwetsbaarheid van patiënten die voor de fysiotherapeut in eerste instantie aangrijpingspunt is voor het fysiotherapeutisch handelen.”

Fysiotherapeuten moeten elkaar van de KNGF nog steeds beschouwen als collega's en niet als concurrenten. Bij tekortschietende deskundigheid moet de fysiotherapeut proberen de patiënt bij een meer terzake kundige collega onder te brengen.

Nieuwe kennis moet de fysiotherapeut niet beschouwen als bedrijfsgeheim, zoals op de markt te doen gebruikelijk, die moet hij delen met de beroepsgroep, zodat zoveel mogelijk patiënten daar zo snel baat bij kunnen hebben.

Reclame moet helaas worden toegestaan, omdat de beroepsgroep dit niet mag verbieden van de Nederlandse Mededingings Autoriteit, maar uit alles blijkt dat de KNGF daar helemaal niet blij mee is.

Het lijkt erop dat de fysiotherapie in tweestrijd verkeert. Moet men zich blijven richten op zieke of gehandicapte mensen die gebaat kunnen zijn bij oefening of therapie? Of moet men zich begeven op de markt van welzijn en geluk, waar gezonde consumenten rondlopen die zich willen voorbereiden op hun wintersport of op de wandelvierdaagse in Nijmegen?

Raakt deze discussie u ook? Als intramurale fysiotherapeuten bent u een beetje vergelijkbaar met de chirurgen. U zult waarschijnlijk automatisch bezig zijn met de

bewoners en patiënten in de ziekenhuizen en inrichtingen waar u werkzaam bent en niet overwegen om in plaats daarvan uw diensten aan te bieden in een wellness centrum met whirlpool en sauna.

Ik denk toch dat het belangrijk is dat u zich ook mengt in deze discussie. Het is belangrijk voor het imago van de fysiotherapie dat nieuwlichters als de eerder aangehaalde Barlage in het openbaar worden tegengesproken. Het is belangrijk dat politici af en toe horen dat een deel van de fysiotherapie in de AWBZ zorg zit en daar vooral moet blijven zitten, omdat lang niet alle fysiotherapie kan worden afgedaan als franje of luxe. Als u getalenteerde, idealistische jonge mensen enthousiast wilt maken voor de fysiotherapie, dan moet duidelijk zijn dat dit een heel ander vak is dan dat van schoonheidsspecialiste. U bent leidinggevende in de intramurale fysiotherapie. U loopt dus al wat langer mee, u bent gewend om na te denken over uw vak. Als iemand deze discussie zou moeten voeren, als iemand tegenwicht zou kunnen bieden aan de vermarkting van de fysiotherapie, dan bent u het.

¹ Bram van Vliet, *Van Hippocrates tot marktdenken. Over verandering van beroepsethiek en professionals in de zorgmarkt*, masterscriptie USBO, 2008. Ongepubliceerd.