

Liever bekwaam dan aardig?

Lezing voor huisartsencursus

Ontwikkelingen in de geneeskunde.

Margo Trappenburg

De Doelen Rotterdam, 9 oktober 2009.

Dames en heren,

Vorige week keek ik naar een fascinerende aflevering van mijn favoriete medische serie: House MD. Dokter House is in ieder opzicht het tegendeel van de empathische arts. Hij ziet zijn patiënten zo min mogelijk, hij gaat liever af op de laboratoriumuitslagen die zijn assistenten hem brengen. Hij gaat er vanuit dat patiënten tegen hem liegen, en laat zijn assistenten daarom ook regelmatig inbreken in hun huizen, om te kijken wat daar geheim wordt gehouden (foto's van buitenechtelijke seks, dieetpillen, drugs, alcohol en bizarre huisdieren). House gaat uitsluitend af op zijn eigen medisch oordeel en houdt zelden rekening met de wensen van patiënten of hun familieleden. In de aflevering van vorige week was dit opeens anders. De ouders van een puberjongetje eisten een MRI scan, en tegen zijn medisch oordeel in gaf House gehoor aan hun wens, tot verbijstering van zijn collega's (hier ook afgebeeld op de slide). De clou van de aflevering was dat deze softheid vervolgens leidde tot een reeks aan medische missers, die het jongetje op de rand van de dood brachten. Was House gewoon zijn botte zelf geweest, dan had dit de kleine Jackson heel veel leed bespaard.

Moet een arts aardig zijn of liever bekwaam? Het antwoord op deze vraag, van veel patiënten, politici en ook van artsen zelf is: allebei natuurlijk. Maar dat kan niet altijd. Soms moet je kiezen wat het belangrijkste is. Daarover wil ik het vanmiddag met u hebben en dan aan de hand van uw eigen beroepsethiek.

Om uw beroepsethiek te kunnen positioneren begin ik met een klein beetje sociologie.

Simplificerend zou je kunnen zeggen dat er in de maatschappij drie waardencomplexen bestaan. Het waardencomplex van de markt, waar het gaat om winst, om marktaandeelen en om de wet van vraag en aanbod. Het waardencomplex van de politiek waar het gaat om het algemeen belang, of om een afweging van een veelheid aan deelbelangen: het milieu, de volksgezondheid, economische groei, veiligheid op straat, oudere en jongere generaties enzovoort. En de ethiek van professies, die, zou je kunnen zeggen, vooral gericht is op één deelbelang. Voor advocaten gaat het om het belang van hun cliënt, of, breder gesteld, om de regels van de rechtsstaat. Advocaten hebben daarom niet veel op met bredere overwegingen van criminaliteitsbestrijding en veiligheid op straat. Voor artsen gaat het om het leven en de gezondheid van hun patiënt. Als er een nieuw medicijn beschikbaar is dat kankerpatiënten 20 % kans biedt op genezing, dan zullen artsen in beginsel menen dat hun patiënten daarvoor in aanmerking moeten komen. Zij zullen niet snel zeggen dat het medicijn te duur is en dat we dit geld beter kunnen besteden aan het ophogen van onze dijken of het uitbaggeren van de Westerschelde.

Dokters in het algemeen gaat het dus om de gezondheid van hun patiënt.

Samen met mijn collega's Jolanda Dwarswaard en Medard Hilhorst doe ik onderzoek naar de beroepsethiek van artsen. We kijken vooral naar veranderingen in de beroepsethiek onder invloed van bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen. Als de maatschappij verandert, evolueert de beroepsethiek dan mee, past die zich aan? Of blijft die beroepsethiek een soort rots in de branding, hoezeer er ook tegen aan wordt gebeukt? Wij kijken naar twee groepen artsen, huisartsen en chirurgen, en naar drie maatschappelijke ontwikkelingen: veranderende patiënten, veranderende man-vrouw verhoudingen en veranderend overheidsbeleid.

We hebben de vaktijdschriften bekeken van chirurgen en huisartsen grofweg vanaf de Tweede Wereldoorlog tot heden. In uw geval gaat het om een analyse van *Huisarts en Wetenschap* vanaf 1957 tot nu. Daarnaast heeft

Jolanda Dwarswaard interviews gehouden met drie generaties huisartsen en chirurgen, om te kijken hoe hun professionele ethiek zich heeft ontwikkeld dan wel constant is gebleven.

Ik ga niet helemaal terug naar de jaren vijftig van de 20^{ste} eeuw, ik kijk met u terug op de beroepsethiek van huisartsen zoals die eruit zag in de jaren 80. De ouderen onder u mogen mij zo corrigeren als ik een verkeerd beeld schets. Volgens mij en mijn onderzoeksgroepje waren drie elementen kenmerkend voor de professionele ethiek van huisartsen in de jaren 80.

- Huisartsen in de jaren 80 geloofden ten eerste, nog steeds, zij het iets minder dan in de jaren vijftig, in het ideaal van persoonlijke, continue zorg. Huisartsen wilden hun patiënten kennen. Niet alleen hun medische status, maar ook hun gezin, hun partner, hun woonomgeving en hun arbeidsomstandigheden. Een band met patiënten maakte het makkelijker om een goede diagnose te stellen. Een band met patiënten zorgde ervoor dat patiënten de huisarts in vertrouwen durfden te nemen, ook over gênante of verdrietige gebeurtenissen in hun leven. Een langere band met patiënten maakte het ook makkelijker om te klachten te beoordelen. Een klacht van een hypochondrisch ingestelde patiënt is niet hetzelfde als dezelfde klacht, geuit door iemand die anders altijd flink is en zelden bij de dokter komt.
- Huisartsen in de jaren tachtig geloofden daarnaast in zelfredzaamheid. Als patiënten hun problemen zelf konden oplossen, zonder medische hulp, dan was dat veel beter voor die patiënten dan dat de huisarts het probleem over zou nemen. Huisartsen in de jaren tachtig wilden hun patiënten opvoeden tot medische onafhankelijkheid.
- Daaraan gekoppeld was het derde credo van huisartsen: zo min mogelijk verwijzen naar de tweede lijn. Een onnodige verwijzing naar de tweede lijn zou de patiënt doen belanden in de medische molen, die hem niet beter, of zelfs misschien zieker zou kunnen maken. Onderzoekjes in de tweede lijn zouden de patiënt immers al snel een ochtend, een dag of nog langer gaan kosten en bovendien leiden tot stress en angst. En ten slotte was het veel goedkoper om patiënten in

de eerste lijn te behandelen, bij voorkeur door die patiënten zelf aan het werk te zetten.

De beroepsethiek van artsen in de jaren '80 was heel bijzonder, omdat zij niet gebaseerd was op exclusieve toewijding aan een deelbelang (namelijk de gezondheid van de patiënt). Huisartsen voelden zich betrokken bij en verantwoordelijk voor het algemeen belang; zij waren poortwachter en zij zagen het nadrukkelijk als hun taak de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Huisartsen waren zowel empathisch als streng; het ging hen om de gezondheid van de patiënt en om het algemeen belang van een betaalbare gezondheidszorg. Patiënten kregen lang niet altijd wat zij vroegen; veel huisartsen konden patiënten heel goed uitleggen dat wat zij vroegen niet goed voor hen was, of medisch onnodig of nodeloos duur.

We zijn inmiddels twintig, dertig jaar verder. Er is veel veranderd. We kunnen ons dus met recht de vraag stellen of en hoe de beroepsethiek van huisartsen is mee veranderd.

Een van de algemene uitkomsten van ons project is dat de beroepsethiek van huisartsen veel sneller verandert dan die van chirurgen.

Chirurgen gingen pas nadenken over vrouwen, gezinnen en part time werk toen de overheid begin jaren negentig hun arbeidstijden wilde reguleren met wetgeving. Huisartsen daarentegen wilden begin jaren zestig al tijd hebben voor hun kinderen en hun hobby's. Toen al werd de huisartsethiek van totale toewijding aan de patiënt vervangen door een beroepsethiek waarin patiënten vooral recht hadden op een goede overdracht en op harmonieuze samenwerking tussen huisartsen.

Chirurgen gingen pas echt nadenken over mondige patiënten die recht hadden op adequate informatie toen de overheid de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst invoerde in 1995. Huisartsen daarentegen besloten na anderhalve mondige patiënt op hun spreekuur, dat dit de patiënt van de toekomst moest worden en dat zij hun beroepsethiek en hun praktijkvoering hier onmiddellijk op af moesten stemmen. Ons onderzoek wees zelfs uit dat het eerder zo was dat huisartsen hun patiënten opvoedden

tot mondigheid dan patiënten hen dwongen tot een minder paternalistische beroepsethiek.

Gezien dit algemene beeld van een snel veranderende beroepsethiek is het interessant om te kijken hoe de huisartsethiek zich ontwikkelt na een derde maatschappelijke verandering, te weten de invoering van marktwerking en marktelementen in de zorg.

Bram van Vliet, een van mijn Utrechtse masterstudenten, analyseerde de jaargangen van uw blad *Huisarts in Praktijk*, van begin jaren 90 tot 2007. Begin jaren 90 trof Van Vliet een hele reeks artikelen aan waarin huisartsen zich verzetten tegen de invoering van marktprincipes in de zorg. Toen in 2006 het nieuwe, op marktprincipes gebaseerde zorgstelsel daadwerkelijk werd ingevoerd sloeg de stemming in *Huisarts in Praktijk* echter razendsnel om. Huisartsen schreven opeens artikelen over ondernemerschap in de huisartsenpraktijk: creatief ondernemerschap, commercieel ondernemerschap, marketing, omzet- en winstmogelijkheden. Ook hier zien we een heel snelle aanpassing van professionele principes.

Jolanda Dwarswaard interviewde dertig huisartsen en vroeg hen onder andere hoe de nieuwe marktwerking hun handelen en hun principes beïnvloedde.

Bij analyse van de interviews konden we in onze projectgroep een aantal trends destilleren uit het materiaal. Ten eerste is er een trend naar **consumentengedrag** onder patiënten.

Een huisarts typeerde de houding van patiënten bij de huisartsenpost als volgt:

“Ik eis nu. En ik betaal premie. In heb nu last, dus ik moet nu geholpen worden.”

Regelmatig werd opgemerkt dat patiënten allerlei nieuwe snuffjes willen:

“Met wratten vragen ze: kan het met laser. Ze vinden stikstof al te eenvoudig. Om aan die verwachtingen te blijven voldoen, moet je het denk ik ook doen. Het wordt duurder, de zorg.”

En menige huisarts gaat daarin mee.

“[K]ijk als iemand bij mij komt van veertig en die wil zijn cholesterol laten testen, maar eigenlijk heb ik daar geen indicatie voor, dan vind ik dat wel goed. Want als iemand dat echt wil, ja dan leg ik wel uit dat [...] het medisch gezien eigenlijk niet zinvol is om dit te doen, maar dan doe ik het wel, gewoon omdat iemand dat graag wil. En dat is hetzelfde als een moeder met een kind bij mij komt en die is al drie keer voor hoesten geweest en eigenlijk is het niet zinvol om antibiotica te starten, maar zij wil dat, dan leg ik uit dat ik het niet zinvol vind, maar als zij dat echt wil, dat ik het wel doe.”

“[D]at is dus het moeilijke wel weer waar je natuurlijk tegenaan loopt hè. Want kijk ik bedoel, je wilt ergens natuurlijk je grenzen stellen, maar het kan wel consequenties hebben voor een patiënt, omdat die dan zoiets heeft van ja, maar die dokter doet niet wat ik wil. Nou, dan ga ik toch naar een andere dokter? Vroeger had je patiënten die waren heel trouw. Dat is daardoor ja toch wel een stuk veranderd. Ja. Dat shoppen, ja dat is zeker toegenomen.”

Ten tweede zien we dat huisartsen afstappen van het idee dat onnodige diagnostiek en onnodige behandelingen beter niet kunnen plaatsvinden, omdat die de betaalbaarheid van het zorgstelsel bedreigen. Was het vroeger zo dat huisartsen alleen verwezen als het nut had, liefst *evidence based*, tegenwoordig lijken veel huisartsen te denken: **als de patiënt het graag wil, als het geen kwaad kan en ik er bovendien nog aan verdien, dan doe ik het**. Talloze citaten uit de interviews van Jolanda Dwarswaard illustreren deze trend.

Enkel tappen is ook zoiets. Dan krijg je geld voor het tape. Tien keer zoveel als het eigenlijk kost. EN je krijgt geld voor het tappen. Terwijl het eigenlijk een klusje van niets is als je het kan. Er worden enkels getapet die daar volgens de richtlijn eigenlijk niet voor in aanmerking komen. Dat is denk wel iets wat vaker gedaan wordt.

Bij ons in de praktijk zie je dat met diabetes. We doen nu veel meer. Alle diabetes hun bloed wordt nu elke drie maanden geprikt. We weten nog steeds niet of dat nou echt op gaat leveren, alle vaten nakijken. Het klinkt natuurlijk ook beter. Mensen worden veel beter nagekeken. Je zal inderdaad meer vinden. Maar als je op bevolkingsniveau gaat kijken is het niet zo heel erg des huisarts natuurlijk. We deden altijd gericht onderzoek inzetten en kijken wie heeft het wel nodig het extra onderzoek. Maar ook de diabetes met wie het

heel goed gaat krijgen allemaal die onderzoeken. Wat het nou echt op de lange termijn oplevert is nog steeds niet duidelijk.

“voor mij is de drempel om iemand naar de cardioloog te sturen veel lager. [...] ik bel even en zeg joh, ik twijfel, maak even een ECG of doe een inspanningstest, of maak een echo alsjeblieft. [...] het is voor mij makkelijk om te regelen, [...] de patiënt vindt het fijn want die wil zoveel mogelijk zekerheid. [...] Maar [...] of het nou werkelijk de zorg ten goede komt, dat mensen ook gezonder en langer doorleven, dat is dan een vraag.”

“Wat ik bijvoorbeeld wel collega’s heb horen zeggen: als ik op een ECG-cursus ga en ik heb een ECG-apparaat aangeschaft, dan kan ik ‘m vier keer op een dag gaan gebruiken. Dan krijg ik een heel veel aardigere omzet. En niemand zal me daarvoor op de vingers tikken. En dan hoor ik collega’s zeggen die alle vijftig-plussers gewoon actief oproepen om zo’n ECG te maken. En dat vind ik ronduit dubieus. Dat is geld halen uit het apparaat denk ik dan.”

“Een bloedonderzoek, ja vroeger vroeg je dan duidelijk van: algemeen bloedonderzoek, wat wil je nou precies ermee bereiken? Heeft het meerwaarde? Anders heeft het ook geen zin om dat te doen. Nu zeg je wat sneller van oké, de patiënt wil dat, nou oké prima. Oké. Van mijn bord gaat het niet. *So be it*, als een patiënt dat wil. [...] Ik win er verder ook niets mee om te zeggen om het niet te doen, want ja ik bedoel, waarvoor zou ik eigenlijk zo streng moeten zijn? Voor de zorgverzekeraar? Zorgt die nou zo goed voor mij? Nee. Dat idee hebben wij ook niet, dus dat is wel een ontwikkeling die je daardoor gaat krijgen. Ja.”

“Het argument van je moet de patiënt inderdaad niet meer aandoen dan nodig is. Dat blijft denk ik bij iedereen nog wel voorop staan hoor, maar het meewerken aan het beheersbaar houden van de kosten in de zorg, daar zie je volgens mij in de loop van de tijd wel steeds meer mensen afhaken.”

“ik denk dat het een gevolg is van een meer maatschappelijke verschuiving. Je huisarts wil nog steeds wel onnodig medische zorg vermijden. Maar als je een maatschappelijke trend krijgt waarin mensen steeds meer willen, steeds meer vragen, dan zul je als huisarts ook daarin mee moeten gaan. Je kan niet als enige je poot stijf houden en de geneeskunde blijven uitoefenen zoals dat in de jaren zeventig gedaan werd. Dus je zal daarin mee moeten gaan. En dat leidt wel, dat leidt tot medicalisering. En tot onnodige zaken, ingrepen.”

En tenslotte zagen we dat er iets verandert in de **onderlinge verhoudingen tussen huisartsen enerzijds en tussen huisartsen en de tweede lijn anderzijds.**

“De commercialisering. Ik zie het al voor me: een huisarts die zegt kom op maandag bij me langs als je eigen huisarts het niet nodig vindt om een plekje weg te halen. Want elke keer als ik een verdoving ergens insteek dan kan ik op 80 euro rekenen.”

“Je mag tegenwoordig huisartsenzorg verlenen terwijl je geen huisarts bent hè. Kan zomaar gebeuren. Ja kijk als je dan, ja zorgverzekeraars ineens allerlei huisartsendingetjes gaan doen..”

“Een stukje collegialiteit is daarmee is toch wel een beetje afgenomen ja. Maar dat is ook wel logisch. Kijk vroeger, ja hoefde je niet zozeer jezelf in de markt te prijzen. Nu wordt dat een beetje van je verwacht. [...] Flyeren voor een nieuwe praktijk. Niet eens voor een nieuwe praktijk, maar gewoon een praktijk die flyert in de wijk van oké, hier ben ik en ik ben goed om deze redenen. Dat was vroeger *not done*, maar dat gebeurt nu wel. Dat is een verandering door marktwerking.”

“Ik merk nu dat er huisartsen zijn die gaan werven. Dat is wel apart. Collega's hier in de stad die tegen mensen zeggen die in de buurt wonen: je kan ook bij mij komen.”

“Ik heb zelf weleens een keertje om studenten te lokken een advertentie in een studentenblaadje gezet. Die verhuizen toch zo vaak. [...] Daar kwamen wel wat reacties op, maar daar heb ik ook geen negatieve reacties op gekregen. Van hoe durf je?”

“Kijk, je kan twee dingen doen door de marktwerking. Je kan zeggen, oké ik doe daar niks mee of je gaat wel kijken naar de voordelen wat je zelf voor jezelf eruit kan halen. En ik denk als je niks doet, dan snij je in je eigen vingers. [...] Misschien moet je inderdaad eens nog wat flyeren in de wijk om weer wat patiënten te zoeken ja. Als een ander het doet, waarom zou ik het niet doen?”

Huisartsen die niet veel zien in al dat ondernemen en jezelf in de kijker spelen proberen wel eens te vluchten in een loondienst constructie. Maar het is de vraag of je dan weer wel traditionele patiëntenzorg mag leveren. Een van onze respondenten vertelde:

“Ik heb een paar sollicitaties gedaan omdat ik op gegeven moment dacht nou misschien wil ik wel in loondienst in een gezondheidscentrum werken, want dan ben ik in ieder geval af van [dat] management [...] Daar zit mijn ding niet. [...] maar het eerste wat daar gevraagd wordt is [...] niet zozeer wie ik ben als mens of als dokter, maar dan gaat het over kun je projecten trekken? Ben jij iemand die met de zorgverzekeraar rond de tafel kan? [...] Die eerste twee sollicitaties gingen ook mis. [...] misschien is dat wel waar ik bang voor ben in

het vak. Kan ik mijn vak nog doen zoals ik het graag wil? Mijn prioriteit ligt bij de zorg voor de patiënt, die moet er beter van worden.”

Op basis van deze citaten zou je kunnen concluderen dat de huisartsenethiek ook op dit punt razendsnel verandert en zich aanpast aan de markt. We krijgen dan aardige dokters die gewoon met ons meedenken, ook al is dat niet altijd het beste voor ons. We krijgen vriendelijke dokters die het niet meer als hun taak zien om de kosten van de zorg in de gaten te houden. Ik ben bang dat we dit als patiënt mogelijk in eerste instantie prettig zullen vinden, maar dat we er later, als de kosten van de zorg te hoog worden, spijt van zullen krijgen. Ik was dan ook wel opgelucht dat we in het interviewmateriaal ook momenten van twijfel aantreffen binnen uw beroepsgroep.

“Wij hebben dus nu een tympanometer. Het doet weinig extra's. Het is een belachelijk duur apparaat. [...] En je kan daar inderdaad mee kijken van hoe trilt dat trommelvlies. [...] Hiervoor heb ik het altijd zonder gedaan en was het nou zoveel slechter? Zoveel slechter vond ik het niet. Dat levert dan inderdaad 26 euro op. [...] Het is een kwestie van een minuut of twee minuten. En dan denk ik wel dat is toch raar geregeld. Als hulpverlener voelt dat toch niet helemaal goed.”

“Ik zie van die marktwerking tot nu toe eigenlijk alleen maar nadelen en geen voordelen. Dat meen ik echt. [...] De marktwerking zorgt er [...] voor dat dingen gebeuren die eigenlijk voor de kwaliteit niet zo heel veel voordeel hebben.”

“[...] marktwerking geeft aanleiding in mijn ogen tot een kostbare gezondheidszorg en tot schadelijke dingen die met mensen gebeuren. Dat zie ik als huisarts heel erg”

“Dat is natuurlijk ook de uitdrukking, doe niets als het niet nodig is zal ik maar zeggen. Ik denk dat dat heel goed zijn stempel op de Nederlandse arts gezet heeft. Niet onnodig handelen. En ik denk dat ook het idee van het laten we zeggen het betaalbaar houden, dat dat ook wel de huisarts eigen is. [...] Overigens heb ik mij er ook altijd wel een beetje over verbaasd dat zo weinig vanuit de maatschappij gedaan werd om daar aan vast te [houden]”

“De huisarts is de hoeder van het natuurlijk beloop. Zou ik zeggen. Dat zou een waarde kunnen zijn en om die waarde te hebben, dat wordt steeds moeilijker.”

“het is een terughoudend beleid op goede gronden. Om onnodige schade te voorkomen. En ook voor de kosten. Er vindt heel veel onnodig onderzoek plaats, wat natuurlijk duur is. We hebben in Nederland een goede opleiding

waarin jonge dokters wordt geleerd daarmee om te gaan en niet altijd toe te geven aan de wensen van de patiënt.”

“En ik ben ook misschien wel een terughoudende dokter, ik schrijf niet zo makkelijk medicijnen voor. En ik denk [...] als je dat goed kan verdedigen dan valt het ook gewoon goed te verdedigen.”

“Huisartsgeneeskunde is een heel stuk roeien tegen de stroom op. Ook tegen de vraag van de patiënt. Dat klinkt heel gek, want je moet eigenlijk altijd met je patiënt meegaan, maar ik vind dat patiënten toch heel vaak een heleboel ongezonde dingen vragen aan dokters.”

“De minister snijdt zichzelf echt gigantisch in de vingers [...]. Omdat hij van bovenaf kijkt en denkt: marktwerking werkt meestal goed. Je kunt het met bepaalde stukjes doen, maar bij de huisarts moet je dat echt niet doen. Want dan krijg je dat je je patiënt primair tevreden wil stellen en dat is niet altijd wat het beste is voor de patiënt.”

Ik zou er voor willen pleiten de strenge, zuinige huisarts niet te snel de deur uit te doen. Stap voor een keer af van de neiging van uw beroepsgroep om mee te bewegen met maatschappelijke ontwikkelingen. Spreek elkaar aan op de traditionele principes van uw vak, leg de politiek drie, vier, vijf, zes en desnoods honderd keer uit dat u iets goeds te bieden had en dat de kern van uw beroepsethiek bedreigd wordt door de marktelementen in het nieuwe stelsel. Denk niet te snel dat ‘ze dit kennelijk wilden en dat ze het nu kunnen krijgen ook’. De Nederlandse politiek blinkt uit in stelselwijzigingen waarvan elementen een beetje vaag en onuitgesproken zijn gehouden, om het draagvlak niet in gevaar te brengen. De kans is groot dat ‘ze’ bepaalde elementen van het nieuwe stelsel helemaal niet wilden als ze er nog eens goed over nadenken. U had met uw jaren tachtig beroepsethiek iets moois, zelfs iets unieks in handen. Het is de moeite waard om te proberen dit te behouden. Het is misschien nu een beetje gedeukt en gebutst, maar het is nog niet kapot. Koester het en vecht ervoor.

Dank u wel.