



Henk Jochimsen

Patiëntgestuurde of professiegestuurde zorg: een dilemma?

Een van de relatief nieuwe woorden die in de gezondheidssector rondzingen is de term 'vraaggestuurde zorg'. In algemene zin wordt hiermee bedoeld dat vragen en wensen van de gebruikers van voorzieningen in zorg en welzijn uitgangspunt van handelen moeten zijn¹. Zorg bestaat ter wille van de zorgvrager. Dat in de zorg en in zorgarrangementen zoveel mogelijk wordt aangesloten bij diens wensen is dus terecht, met name waar de zorgvrager zelf de kwaliteit kan beoordelen². Echter in de ontwikkeling naar meer vraagsturing blijft een punt van spanning bestaan, namelijk tussen de autonomie van de patiënt enerzijds en de professionele autonomie anderzijds. Wat betekent nu de huidige nadruk op vraagsturing voor de zorgrelatie? Wordt de professional uitvoerder van de wensen van de patiënt? In hoeverre betekent vraagsturing 'U vraagt, wij draaien'? En wat betekent dit voor het instellingsmanagement? Over deze vragen handelt dit artikel.

Over vraagsturing Eerst nog enkele opmerkingen over het begrip *vraagsturing*. Deze term speelde bijvoorbeeld een belangrijke rol in de discussies over de modernisering van de AWBZ die met ingang van 1 april 2003 van kracht is geworden³. In zekere zin heeft vraagsturing in de vernieuwde AWBZ een wettelijke basis gekregen. Vraagsturing geeft een bepaalde invulling aan het principe van respect voor de autonomie van de zorgvrager. In eerste instantie is dit principe vooral bedoel als 'afweerrecht', in de zin dat niemand zonder zijn (impliciete) toestemming behandeld mag worden. Dit is een van de kernnoties van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Nu zien we dat in het begrip 'vraaggestuurde zorg' respect voor autonomie wat meer het karakter krijgt van claimrecht, ook al gelden binnen de collectief gefinancierde zorg beperkende indicaties. Binnen de indicaties krijgt de zorgvrager meer mogelijkheden om zelf aan te geven hoe zij of hij die zorg wil hebben. Vooral bij vormen van praktische hulp en verzorging kan de beslissingsruimte van de zorgvrager terecht aanzienlijk zijn. De mogelijkheid van een persoonsgebonden budget (pgb) vervult hier een belangrijke rol. Natuurlijk hebben de mensen die in de zorg werken legitieme belangen en rechten. Toch moet niet worden vergeten dat het hele zorgsysteem er is voor de zorgvrager. Dit is geen overbodige opmerking, hoewel sommige zorgverleners dit misschien wel zo voelen. Organisaties en instellingen hebben namelijk de neiging een systematiek en dynamiek van werken te ontwikkelen

waarin het eigen functioneren en de eigen belangen op de voorgrond (komen te) staan. Ook bij een tamelijk restrictieve invulling van vraaggestuurde zorg kan de omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg een moeizaam proces zijn. Het zit namelijk niet alleen in bepaalde organisatorische en financiële structuren, maar ook in de cultuur van een instelling en in de houding van de medewerkers. Hierover later meer.

Spanning Zoals aangegeven blijft in deze schets van de ontwikkeling naar meer vraagsturing een punt van spanning bestaan. Dit is enerzijds de spanning tussen de autonomie van de patiënt zoals die tot uiting komt in de zorgvraag en in het begrip vraaggestuurde zorg en anderzijds de professionele autonomie zoals die zich manifesteert in de klinische vrijheid van de zorgverlener. Deze komt onder meer tot uitdrukking in het stellen van een professionele indicatie en het bieden van professioneel verantwoorde therapeutische mogelijkheden⁴.

Principiëler dan bovengenoemde cultuurbepaalde weerstanden is in dit verband de vraag naar de ruimte voor de professionele autonomie als vraagsturing het leidende beginsel wordt. En is het wel belangrijk dat hiervoor ruimte blijft bestaan? Gaat het bij autonomie van de patiënt en professionele autonomie altijd om twee diametraal tegenover elkaar staande principes? Hoe kan deze spanning hanteerbaar gemaakt worden?

Instrumentalisering van de zorgverlener De wijze waarop de spanning 'patiënt-gestuurd versus professiegestuurd' wordt geïnterpreteerd, hangt onder meer af van de opvatting die men heeft van *professie*. De gedachte dat 'patiëntgestuurd' diametraal staat tegenover 'professiegestuurd' gaat uit van een veelvoorkomende maar mijns inziens te smalle professieopvatting. Namelijk een professieopvatting waarin de professionaliteit bepaald wordt door professionele wetenschappelijke kennis en technische vaardigheden. Een professional is dan iemand die beschikt over de kennis, de vaardigheid en de bevoegdheid om bepaalde technieken of methoden te hanteren. Anders en meer vanuit het patiëntenperspectief geformuleerd: de professional is een expert die op verzoek effectief bepaalde problemen kan oplossen en persoonlijke doelen en wensen kan realiseren.

Deze visie houdt een instrumentalisering van de zorgverlener in, althans van de mogelijkheden waarover deze persoon beschikt. In deze benadering verschijnt de patiënt als *zorgconsument* die op grond van rationele overwegingen en persoonlijke voorkeuren uit het totale aanbod een hem passend arrangement samenstelt.

Een achtergrond van deze benadering wordt gevormd door een (in filosofisch opzicht) liberale maatschappij-opvatting, waarin relaties berusten op individuele keuzen op basis van welbegrepen eigenbelang⁵.] Een relatie ga ik aan, als ik er iets aan heb, als die ander iets voor mij kan betekenen, anders hoeft het niet meer. In deze visie worden ook een zorgverlener en de mogelijkheden die hij vertegenwoordigt, geïnstrumentaliseerd tot middelen om persoonlijk gekozen wensen te realiseren.

Functioneel of technisch-professioneel? De wijze waarop professionals zich tot deze opstelling verhouden zullen liggen tussen twee enigszins extreem geformuleerde posities. De ene positie is dat de professional meegaat in deze functionele benadering van zijn zorgverlening en zichzelf vooral ziet als een expert die bepaalde problemen effectief kan oplossen. Weigeren van een behandeling zal dan alleen gerechtvaardigd kunnen worden als die strijdig is met de wet of met een beroep op gewetensbezwaren. De tweede mogelijkheid is dat de professional zich terugtrekt op zijn professionele domein en alle klachten en wensen van zorgvragers strikt beoordeelt in het licht van technisch-professionele indicaties en de vrager duidelijk maakt dat hij daarbuiten niets voor hem of haar kan betekenen. In feite bevestigt de professional in beide opstellingen de wetenschappelijk-technische invulling van professionaliteit; alleen neemt hij in de eerste positie de vraag (autonomie van de patiënt) tot uitgangspunt en in de tweede de professionele competentie in technisch-professioneel opzicht (professionele autonomie). In de praktijk zullen de

meeste artsen tussen deze twee posities inzitten. Wel lijkt mij sprake van een geleidelijke verschuiving naar de eerste positie, mede ten gevolge van een meer eisende opstelling van zorgvragers en van een economisering en vermaatschappelijking van de zorg⁶.

De consequenties Wat zijn consequenties van deze smalle technisch-instrumentele opvatting van de professional?

De klacht wordt gezien als een professioneel-technisch probleem dat opgelost moet worden. De patiënt wordt daarbij herleid tot zijn gezondheidsbehoefte (eerste positie) of gezondheidsprobleem (tweede positie). Tot een geval van algemene verschijnselen en wetmatigheden. In de tweede plaats richt de behandeling zich op de ziektesymptomen, niet zozeer op de patiënt en de eventuele achtergronden van het probleem. Slaapproblemen worden behandeld met slaappmiddelen, ook al vormen bijvoorbeeld relationele problemen hiervan de achtergrond. Overigens wil hiermee niet gezegd zijn dat de arts in een dergelijk geval helemaal geen slaappmiddelen moet geven en dat hij zelf actief op deze relationele problemen moet ingaan. Misschien moet er wel andere hulpverlening ingeschakeld worden. Het gaat hier alleen om een, misschien wat stereotiep, voorbeeld van een bepaald type professioneel handelen.

Ten derde geeft een dergelijke opstelling van de professional de relatie een primair juridisch karakter. Die relatie wordt immers vooral getekend in termen van rechten en plichten. En de positie van de zorgvrager ligt wettelijk verankerd in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Deze wet stelt de zorgverlener weliswaar verantwoordelijk voor 'goed zorgverlenerschap', maar de nadruk op de rechten van de patiënt kan er toe leiden dat de arts dit invult door zich strikt aan de regels te houden. Dat betekent in het individuele geval niet altijd optimale zorg. De nadruk op de autonomie en de keuzevrijheid van de patiënt kan ertoe leiden dat ook keuzes van patiënten die medisch gezien niet in hun belang zijn toch worden gehonoreerd⁷. Een maximale inzet van technieken is namelijk niet altijd optimaal⁸. Bij een dergelijke, juridisch gekleurde relatie past een ethiek van procedures en algemene principes die in de concrete situatie toegepast moeten worden om eventuele dilemma's op te lossen. Bij de toepassing van deze principes staat dan veelal de vraag centraal wie over de invulling mag beslissen. Als dat eenmaal is vastgesteld is de invulling die de beslissingsbevoegde persoon eraan geeft de ethisch verantwoorde oplossing. De rol van de ethiek is dus meer het formuleren van zorgvuldige besluitvormingsprocedures dan het zoeken naar een antwoord op de vraag wat het goede, verantwoorde handelen is.

Kosteneffectiviteitsbepalingen Deze kritiek op het overheersende medische en ethische model is niet nieuw. Bovendien is er toenemende aandacht voor

andere modellen. Toch denk ik niet dat het overbodig is dit nogmaals onder de aandacht te brengen. Het sterke streven naar kostenbeheersing door grotere doelmatigheid in een steeds meer op commerciële leest geschoeide gezondheidszorg, dreigt die smalle technische opvatting van professionele zorg weer te versterken. In het streven naar doelmatigheid wordt namelijk een beroep gedaan op de resultaten van onderzoek naar 'evidence based practice', maar dan in de smalle opvatting van voornamelijk kosteneffectiviteitsbepalingen⁹.

Streven naar kostenbeheersing dreigt smalle technische opvatting weer te versterken

We zien dat een smalle, technische opvatting van professionaliteit eigenlijk niet goed raad weet met de spanning tussen autonomie van de patiënt en professionele autonomie. Wordt het uitgangspunt genomen in de autonomie van de patiënt dan dreigt een instrumentalisering van medische mogelijkheden die nadelig kunnen zijn voor de patiënt. Kiest de professional daarentegen zijn uitgangspunt in zijn technisch-professionele domein en in zijn professionele autonomie, dan dreigt ten onrechte voorbij gegaan te worden aan vragen achter de klacht. Maar als deze professionaliteitsopvatting en de bijbehorende visie op de arts-patiënt relatie niet voldoet, hoe moeten we deze relatie en de verhouding tussen professionele autonomie en autonomie van de patiënt dan zien?

Gelaagdheid in relatie Voor de beantwoording van deze vraag is het van belang in de professionele zorgrelatie enkele niveaus te onderscheiden (zie figuur 1).

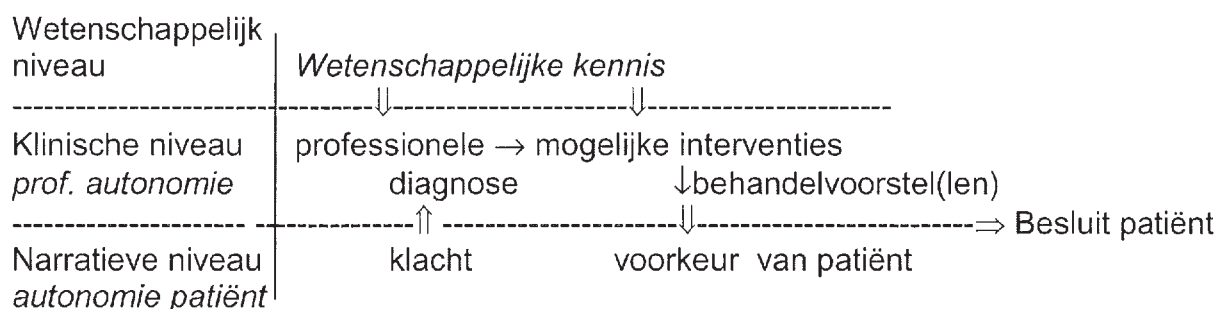
Het narratieve niveau

Beschreven zijn het narratieve, het klinische en het wetenschappelijke niveau¹⁰. De klacht of nood waarmee de patiënt komt speelt op het narratieve niveau. Dit is

het niveau van de alledaagse ervaring en omgangstaal. De patiënt verwoordt in het algemeen (zolang de professionalisering nog niet te zeer heeft toegeslagen) zijn klacht in de taal van alledaagse ervaring: hij heeft pijn in de rug en kan zich niet normaal bewegen, kan 's avonds niet in slaap komen of heeft last van aanhoudende diarree etcetera. De klacht kan nog vrij vaag zijn, maar ook vrij precies. Dit is niveau 1.

e (huis)arts luistert naar de klacht, gaat enkele vragen stellen, doet een eerste lichamelijk onderzoek en geeft, afhankelijk van de ernst een bepaald advies of schrijft iets voor. Bij aanhoudende klachten wordt vervolgonderzoek gedaan, vindt bijvoorbeeld bloedonderzoek plaats, worden scans gemaakt etcetera. Interpreterend en analyserend tracht de arts stap voor stap te komen tot een diagnose. Dit alles speelt zich af op niveau 2, het klinische niveau. In dit proces doet de arts een beroep op medisch-wetenschappelijke kennis (niveau 3). Maar dat klinische niveau is niet simpelweg een toepassing van de algemene wetenschappelijke kennis. Deze kennis wordt ingepast in een besluitvormingsproces. Hierin spelen ook zaken als klinische ervaring, algemenere kennis over bijvoorbeeld de levensomstandigheden en levensinstelling van de patiënt en soms moeilijk te identificeren elementen in de wijze waarop de patiënt zich presenteert een rol. De arts ordent de verkregen empirische gegevens, schift tussen relevant en (vooralsnog) niet relevant in dit geval, plaatst ze in perspectief, verbindt ze met de algemene wetenschappelijke kennis en trekt vroeg of laat een conclusie. Het denkproces hierbij verschilt van het denkproces dat plaatsvindt wanneer op basis van wetenschappelijke gegevens, bijvoorbeeld verkregen via 'clinical trials', tot een wetmatigheid wordt geconcludeerd. Het klinische denkproces kenmerkt zich veeleer door patroonherkenning, onderscheidingsvermogen en klinisch oordeelsvermogen. In dit proces wordt als het goed is niet het individuele geval ondergebracht bij een algemeen wetenschappelijk ziektemodel - dan zou de patiënt herleid worden tot zijn aandoening. De algemene kennis wordt gebruikt om tot een oordeel te komen over het individuele geval.

Het klinische niveau is dus minder abstract dan het



Figuur 1: Niveaus in professionele zorgrelatie.

wetenschappelijke. Toch is het klinische niveau wel abstracter dan het narratieve niveau. Het hele proces van diagnosevorming houdt een 'vertaling' in, een herformulering van de klacht naar het klinische niveau, dat in epistemisch opzicht verschilt van het narratieve niveau. Als de diagnose is gesteld, doet de arts ook weer een beroep op de medisch-wetenschappelijke en -technische kennis om te bepalen welke behandelopties er zijn en wat van elk de prognose, de voor- en nadelen zijn. Op dit klinische niveau geldt de professionele autonomie. Deze opties, althans de professioneel te verantwoorden opties, worden met de patiënt besproken. Uit dat overleg komt dan een besluit over wat er verder gedaan zal worden. Ook bij de presentatie van de opties aan de patiënt vindt (ten minste enigszins) weer een herformulering plaats, nu van het klinische naar het narratieve niveau. Immers, de patiënt moet in grote lijnen, niet persé tot in de medische details, begrijpen wat de situatie is en wat gedaan kan worden om een 'geïnformeerd' besluit te kunnen nemen. Op dit narratieve niveau geldt de autonomie van de patiënt.

Gevolgen voor zorgrelatie en autonomie Dit model heeft enkele consequenties voor de visie op de professionele zorgrelatie en op de verhouding tussen professionele en patiënt-autonomie.

Zorg is primair niet een techniek of een product, maar een *praktijk*, met de volgende kenmerken¹¹:

- a) deze praktijk heeft een ethische gerichtheid op 'zorg', waarbij zorg hier wordt opgevat als een ethisch principe, namelijk als welmenend weldoen, dus niet alleen goed doen, maar dat doen vanuit een goede gezindheid;
- b) deze ethische gerichtheid toont zich in zorgverlenend handelen naar aanleiding van een klacht van een zorgvrager. Een klacht die voortkomt uit een ervaren probleem of een nood waarmee men met de eigen mogelijkheden niet klaar komt. Dit kan gaan om een ernstige bedreiging van leven of gezondheid. Het kan ook gaan om een onaangename of ongewenste verstoring van het normale bestaan. Maar dat men hulp nodig heeft van een zorgverlener betekent nog niet dat die zorgverlener uitvoerder wordt van de wensen of behoeften van de hulpvrager;
- c) deze zorgverlening wordt geboden in de context van een relatie. Het gaat dus nooit om een puur technische handeling, hoezeer in sommige situaties het technische ook de zorgverlening kan domineren. Het gaat om een behandeling van een persoon met een probleem. De klacht heeft niet altijd direct betrekking op het eigenlijke (medische) probleem van de patiënt. Daarom kan professioneel handelen ook niet volstaan met onmiddellijke symptoombestrijding;
- d) deze zorgverlening is gericht op de waarde die in de betreffende praktijk centraal staat - bij geneeskunde is dat kortweg gezondheid;
- e) en wordt uitgevoerd met behulp van de voor de pro-

fessie kenmerkende kennis, vaardigheden, technieken en methoden (de 'regels der kunst') die tegelijkertijd het competentiegebied van de professional definiëren. Er zijn verscheidene praktijken die een ethische gerichtheid hebben op gezondheid, maar hieraan op een andere wijze bijdragen dan de geneeskunde, zoals de verpleegkunde, de tandheeskunde, de fysiotherapie etcetera.

Enkele kenmerken nader bezien Het onder c genoemde houdt in dat een arts wel zal proberen in eerste instantie vanuit een breed perspectief naar de patiënt te kijken. Hij plaatst de klacht in een bredere context om op het spoor te komen wat het probleem is. Soms is dat veel simpeler dan aanvankelijk werd vermoed. Een internist beschreef enige tijd geleden een casus van een patiënt met diarreeklachten. Uitvoering medisch onderzoek leverde niets op. In die verlegenheid vroeg de arts de patiënt nog maar eens precies te vertellen hoe hij zijn dag doorbracht. Dat bracht aan het licht dat de patiënt een overmaat aan koffie gebruikte, welke constatering leidde tot de oplossing van het probleem. Deze brede primaire benadering betekent echter niet dat de arts zich verantwoordelijk moet voelen voor de *oplossing* van alle problemen en klachten van de patiënt. De onder d en e genoemde kenmerken houden in dat de arts zich op grond van zijn professionaliteit richt op gezondheidsproblemen op een wijze die met zijn medische competentiegebied is verbonden. Een arts is geen allround oplosser van alle narigheid die een mens kan overkomen. Ook al bestaat in de samenleving een tendens om steeds meer problemen op het bordje van de medische beroepsgroep te schuiven (medicalisering van het leven). En ook al zullen (huis)artsen soms middelen voorschrijven of een patiënt verwijzen *omdat* de patiënt erom vraagt en niet omdat er nu zo'n duidelijke medische indicatie is. Artsen voelen zich daar in het algemeen niet wel bij. Immers, in beginsel is het zo dat een arts zijn handelen moet kunnen verantwoorden op grond van een medische indicatie¹². De klacht of het verzoek van de patiënt vormt wel de aanleiding, maar niet de grond voor het medische handelen. De *informed consent* is dus wel een voorwaarde voor een medische ingreep, maar niet de grond ervan; dit zou het geval zijn wanneer het in de medische relatie primair zou gaan om de uitvoering van een contract. Die benadering is hierboven afgewezen.

Als de klacht een probleem betreft dat buiten de medische competentie ligt zal de arts verwijzen naar een andere hulpverlener of instantie. Een arts, met name een huisarts, doet dus altijd iets met een klacht van een zorgvrager. Ook een besluit dat hij als arts met de klacht niets kan, is een professioneel oordeel en ook een dergelijk besluit moet aan de patiënt uitgelegd en verantwoord worden.

Professionele autonomie Deze vrijheid van professionele besluitvorming en klinisch handelen (gegeven enkele randvoorwaarden, met name de informed consent) vormt de essentie van waar het om gaat bij professionele autonomie¹³. Die speelt dus op het klinische niveau. Niet op het narratieve niveau van de klacht van de patiënt. De professionele autonomie en de autonomie van de patiënt gelden dus op verschillende epistemische en handelingsniveaus. Ze zullen veelal dan ook niet zo diametraal tegenover elkaar staan als de terminologie kan doen vermoeden. Er zijn zeker situaties waarin een goed geïnformeerde patiënt komt met een heel concreet verzoek om een bepaald onderzoek of behandeling. Maar ook dan kan goede professionele en menselijke aandacht voor de patiënt en uitleg van de situatie in veel gevallen leiden tot overeenstemming over de te volgen handelwijze¹⁴.

Het voeren van een pleidooi voor handhaving van professionele autonomie in genoemde zin komt dus niet in mindering op erkenning van de legitieme keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Ze hebben beide een legitieme en onmisbare plaats in een goed functionerende zorgrelatie.

Ter afronding komen in dit artikel nog twee zaken aan de orde. In de eerste plaats het belang van handhaving van professionele autonomie, gevolgd door enkele voorwaarden waaraan voldaan moet worden om een goed functionerende professionele autonomie te kunnen handhaven.

Belang professionele autonomie Over het eerste is hierboven in feite al het een en ander gezegd. In veel discussies wordt het zo voorgesteld dat de professionele autonomie alleen maar een machtsmiddel is van de professionals, i.c. de medische beroepsgroep ten gunste van hun eigen belangen. Nu moet gezegd worden dat het optreden van artsen en van de medische beroepsgroep die beschuldiging niet altijd heeft ontkracht¹⁵. Dit mag ons echter niet uit het oog doen verliezen dat de professionele autonomie in beginsel bedoeld is als bescherming van de patiënt en daarvoor ook onmisbaar is. In de eerste plaats dient de patiënt zich tegen zichzelf te beschermen. Juist wanneer de professionele autonomie, in de hierboven uitgelegde beperkte zin, wordt ontkend en de medische macht onder zeggenschap komt van de 'autonome' patiënt, dreigt deze slachtoffer te worden van zijn eigen gezondheidsstreven en onmacht om met beperkingen anders om te gaan dan via medische ingrepen, ook wanneer deze meer schade veroorzaken dan goed doen¹⁶. In de tweede plaats moet de patiënt beschermd worden tegen derden, met name tegen het collectief zoals dit zich manifesteert in het overheidsbeleid en doorwerkt in instellingsbeleid en in de verzekeraar. Door de toenemende zorgvraag en groeiende medische mogelijkheden blijft er een opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg. Tegelijkertijd wil

de overheid de collectieve lasten beperken en tracht zij - op zichzelf terecht - de kostengroei van de gezondheidszorg te beheersen. Dit tracht men te bereiken door meer marktwerking toe te staan. Maar deze toenemende economisering van de zorg en kostenbeheersing is niet zonder gevaar. Juist de zorg aan kwetsbare patiënten die geen koopkrachtige vraag kunnen formuleren, kan te schraal worden¹⁷. De professionele autonomie is dan juist ook bedoeld als een recht van de professional om een patiënt een bepaalde behandeling of voorziening te geven. Het verschaft een basis om op te komen voor het belang van de zorgvrager¹⁸. In een tijd waarin de gezondheidszorg vooral besproken wordt in termen van kosten, kosteneffectiviteit en doelmatigheid is een dergelijk 'schild' geen overbodige luxe.

Goede communicatie is een kwestie van kwaliteit van de relatie en aandacht

Voorwaarden voor goede professionele autonomie Het proces waarlangs een arts tracht een klacht te vertalen in een diagnose en eventueel therapieaanbod, behelst, zo zagen we, een complex geheel van interpretatie-, keuze- en besluitvormingsprocessen. Het gaat daarbij ook altijd om waardegeladen keuzes. Om afwegingen die de gezondheid van de patiënt direct betreffen zonder dat die patiënt dit inhoudelijk kan overzien of controleren. Wezenlijk voor een zorgrelatie is dan ook het vertrouwen dat de patiënt moet hebben, niet alleen in de bekwaamheid maar ook in de goede intenties van de arts. Het weten dat de arts de vrijheid heeft in zijn belang te handelen - de professionele autonomie - kan dat vertrouwen voeden. Dit vertrouwen is nodig wil de arts erin slagen om de medewerking van de patiënt te krijgen aan het therapeutisch proces. In de zorgrelatie is dus niet alleen de patiënt maar ook de arts als persoon gemoeid. Dit stelt eisen aan het optreden van de arts en van de beroepsgroep. Zijn optreden moet terecht vertrouwen inboezemen. Dit vraagt een open en betrokken houding, een goede communicatie en de bereidheid zich voor de medische zorg te verantwoorden jegens collega's en jegens de patiënt. Goede communicatie is niet in de eerste plaats een kwestie van tijd, maar van kwaliteit van de relatie en de aandacht.

Dat betekent dat het optreden van de arts zich niet alleen moet kenmerken door vaardigheden maar ook door professionele en morele deugden als integriteit, zorgvuldigheid, betrokkenheid, openheid, respect en moed.

Niet alleen de individuele arts maar ook de beroepsgroep moet bereid zijn zich voor haar beleid te verantwoorden

en dient ook de kwaliteit van het handelen van haar leden te controleren. Een slechte kwaliteit van medische zorg en te grote behandelverschillen tussen artsen ondermijnt het vertrouwen in de beroepsgroep en haar leden. En het ondermijnen van dat vertrouwen heeft een negatief effect op de kwaliteit van de medische zorg. De genoemde eisen lijken vanzelfsprekend en er worden ook inspanningen gedaan om er aan te voldoen (door onder meer visitaties, bijscholingen etcetera). Toch is in de alledaagse praktijk van de gezondheidszorg deze gevraagde kwaliteit niet vanzelfsprekend. Een teruglopende motivatie bij veel artsen (en verpleegkundigen) zou daarvan wel eens een achtergrond kunnen zijn. Daarbij gaat het niet aan om de verantwoordelijkheid eenzijdig bij de medici te leggen. Naast partijen als de overheid, de verzekeraars en de patiënten vervult ook het management van instellingen een belangrijke rol.

Aanbevelingen voor de manager

Cruciaal in de verhouding tussen (hooggekwalificeerde) professionals en management is wederzijds respect en waardering voor ieders bijdrage aan het goede reilen en zeilen van de instelling. Dit dient tot uiting te komen in een goede afstemming van verantwoordelijkheden waarbij de professionals aan de ene kant de beslissings- en handelingsruimte krijgen die bij een goed professioneel handelen behoren. Aan de andere kant dient het management de noodzakelijke beleidskaders inzake financieel, organisatorisch, logistiek en ethisch beleid helder te communiceren en daarvoor ook verantwoordelijkheid te nemen, ook jegens de (potentiële) patiëntenpopulatie. Bij het vaststellen van de grote lijnen van het beleid en de verdeling van de middelen moeten professionals in elk geval gelegenheid tot inbreng hebben. Kennis van de zorgverlening dient op managementniveau aanwezig te zijn en daarom is het zeer wenselijk dat iemand afkomstig uit een zorgverlenend beroep -en in een algemeen of academisch ziekenhuis ten minste een medisch specialist- zitting heeft in de raad van bestuur of directie van de instelling.

De huidige trend houdt mijns inziens een ondermijning in van de professionele autonomie. Dit lijkt misschien gunstig in de ogen van sommigen die individuele vrijheid van koopkrachtige burgers hoog in het vaandel hebben. Maar het betekent naar mijn overtuiging op termijn verlies van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, vooral voor de meer kwetsbare medeburgers. En dat is niet mijn visie op een verantwoorde samenleving... 

Dit artikel is een bewerking van de lezing gehouden op het symposium ter gelegenheid van het 15- jarig bestaan van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, op 15 maart 2003.

Deze bewerking is uitgevoerd in de functie van lector Ethiek van de zorg aan de Christelijke Hogeschool Ede.

Auteur

Prof.dr.ir. H. Jochensen is directeur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, bijzonder hoogleraar Lindeboomleerstoel voor medische ethiek VUmc en lector Ethiek van de zorg aan de Christelijke Hogeschool Ede, i.s.m. de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle en De Driestar te Gouda.

Noten

1. **Boon L.** (red.), Vraaggestuurde zorg. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg dl. 24. St. Sympos 1997:5
2. Voor de collectief gefinancierde zorg zal dit slechts gelden voor die zorg waarvoor een indicatie bestaat. In de medische en paramedische zorg is degene die de indicatie stelt veelal dezelfde als degene die behandelt. In de *caresector* is dat vaak niet het geval, al blijft ook hierbij de zorgverlening aan professionele standaarden gebonden.
3. Zie bijvoorbeeld Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, nr.4./8-11-2001 en brief staatssecretaris Ross-Van Dorp, van 28 oktober 2002 aan de Tweede Kamer.
4. Hoewel ik mij in dit artikel vooral richt op de medische beroepsgroep, geldt deze zelfde spanning en thematiek ook voor andere hulpverlenende beroepen als verpleegkundigen, paramedici, maatschappelijk werkers en sociaal-pedagogische hulpverleners.
5. Vgl. **Cusveller BS, Blokhuis P., Borst-Vos C., Glas G, Jochensen H.**, De toekomst van de zorg in regie? Rapport van het Prof.dr.G.A. Lindeboom Instituut nr.15, Ede 1998.
6. **Jagt E. J. van der**, Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. In: Centrum voor ethiek en gezondheid. Signalering Ethiek en Gezondheid 2003. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2003:15-31. Centrum voor ethiek en gezondheid. Signalering Ethiek en Gezondheid 2004. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2004: hs 7:Economisering van zorg en beroepsethiek.
7. **L. Cramer-Cornelissens**, Professionele autonomie: een recht van de patient?! Proefschrift VU-Amsterdam, 2002, p 281-283.
8. Vgl. **J.J. Polder, J. Hoogland, H. Jochensen**. Professie of profijt? Lindeboomreeks dl. 9. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1996, p.55, 56.
9. Voor een nadere onderbouwing zie **H. Jochensen**, Ethiek van de zorg tussen technische beheersing en professionele hulpverlening. Lectorale rede. Ede: Lectoraat ethiek van de zorg, CHE 2003.
10. Voor uitvoerige behandeling zie **H. Jochensen, G. Glas**. Verantwoord medisch handelen. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1997: 110-127, en daar aangehaalde literatuur.
11. Zie **Jochensen en Glas**, 1997, a.w. 64-99; voor een korte beschrijving en uitwerking van de betekenis voor onder meer de verpleegkundige praktijk, zie Jochensen. 2003, a.w.
12. Dit houdt ook in dat zonder een medische indicatie geen onderzoek of behandeling, geen onnodig terug bestellen van patiënten etcetera wordt gedaan ten behoeve van het inkomen van de arts.
13. **Hoogland J, Jochensen H**, Professional autonomy and the normative structure of medical practice. Theoretical Medicine and Bioethics 2000;21, nr.5:457-475; zie ook **Oorschot J. A. van, Jaspers Fr. C. A., Schaaf J. H., Linnebank F., Oostveen C. A.G., Braaksma J.T.** Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen :Van Gorcum 1995:20-34.
14. Professionele autonomie kan dus nooit aangevoerd worden als

rechtvaardiging voor het niet serieus nemen van een klacht of verzoek van een patiënt, voor onwilligheid bij terecht verzoek om verwijzing naar een collega, voor weigering van hulp bij een verkrijgen van een *second opinion*, voor slechte organisatie van de praktijk waardoor patiënten onnodig moeten wachten, etcetera.

15. **Cornelissens** a.w. p.19-51.

16. **Cornelissens** a.w. 239-243, zie ook noot 7 en 8.

17. Zie Signalering Ethiek en Gezondheid 2004, a.w. Zie ook: Centrum voor ethiek en gezondheid. Economisering van zorg en beroepsethiek. Achtergrondstudies. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2004.

18. **H. ten Have**. Re-evaluating professional autonomy in health care. *Theoretical Medicine and Bioethics* 21, nr.5 (2000), p.503-513.