

Promovenda Dwarswaard: 'Terughoudende zorg steeds moeilijker vol te houden'

Beroepsethiek volgt tijdgeest

Joost Visser

Hoe huisartsen en chirurgen omgaan met patiënten, of ze openstaan voor de wensen van collega's, wat ze vinden van het overheidsbeleid – het is allemaal een kwestie van ethiek. En die verandert voortdurend.

Dat dokters het goede willen doen voor hun patiënten is duidelijk. Maar wat is dat precies: het goede doen? Dat is nog niet zo makkelijk te zeggen, is het antwoord van Jolanda Dwarswaard (29), gezondheidswetenschapper aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Zij promoveert op 5 april met een proefschrift over de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen, waarvoor

ze wetenschappelijke tijdschriften uitploos en gesprekken voerde met een groot aantal artsen. Haar conclusie: beroepsethiek verandert door de jaren heen, varieert per beroepsgroep en is behalve inhoudelijk ook strategisch van aard: 'Ethiek stuurt individuele professionals in hun dagelijks werk, maar wordt door de beroepsgroep ook ingezet om invloed te verwerven of te behouden.'

Openheid

Iedere arts die langer dan dertig jaar in het vak zit, zal Dwarswaards conclusie beamen dat beroepsethiek verre van statisch is. Gold het in de jaren vijftig en zestig bijvoorbeeld als 'goed' dat je als huisarts én chirurg de patiënt niet alles vertelde en zo zelf besliste wat goed voor hem was, inmiddels klinkt dat volslagen ouderwets. Voor huisartsen is de eigen verantwoordelijkheid van patiënten nu vanzelfsprekend, en ook chirurgen vinden het de gewoonste zaak van de wereld om patiënten alternatieven voor te leggen en daaruit te laten kiezen.

Toch zijn er wel verschillen tussen beide disciplines, zo laat het proefschrift zien: huisartsen waren er destijds als de kippen bij om aandacht te geven aan patiënten, hen te informeren en verantwoordelijkheid te geven, maar chirurgen gingen pas 'om' toen de wet – in casu: de WGBO – hen daartoe verplichtte. En ook nu kennen de openheid naar en aandacht voor de patiënt in de chirurgie zijn grenzen. Dwarswaard: 'Het gevaar is dan dat chirurgen worden weggezet als botte horken die niet goed omgaan met hun patiënten. Maar een chirurg vertelde mij: "Als ik gelijk naar het been ga kijken, is dat omdat



Jolanda Dwarswaard stelt in haar proefschrift dat chirurgie minder snel geneigd was en is om de patiënt aandacht te geven. Maar dat betekent niet dat chirurgen 'botte horken' zijn.

beeld: De Beeldredactie, Andreas Terlaak

Dwarswaard: 'Na de Woudschotenconferentie zochten huisartsen een markt. Psychosomatische zorg leende zich daarvoor.'



ik hoop dat er geen complicatie is opgetreden.” Het is een ander soort betrokkenheid dan praten, maar het is wel degelijk betrokkenheid.’

Psychosomatiek

Dat ethiek behalve dynamisch en beroepsgroepspecifiek ook strategisch van aard is, illustreert Dwarswaard aan de hand van de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Na de roemruchte Woudschotenconferentie van 1959 legden huisartsen sterk de nadruk op de psychosomatische zorg. Dwarswaard: ‘Huisartsen hadden toen geen eigen opleiding, het NHG was maar net opgericht. Ze zochten een markt, iets waarin ze goed waren. Psychosomatische zorg leende zich daarvoor. Bovendien

kon zo een deel van het domein van de psychiater worden ingepikt.’ Maar het pakte niet goed uit, het aanzien van de huisartsen onder andere medici kwam in gevaar, waardoor in de jaren tachtig de focus weer

op de somatiek kwam te liggen. Dwarswaard: ‘Natuurlijk zijn daarvoor ook inhoudelijke redenen, maar ik wilde in mijn boek laten zien dat er wel degelijk ook een strategisch element heeft meegespeeld.’

In de huisartsgeneeskunde had de nadruk op psychosomatiek twee andere ongewenste bijeffecten, zegt Dwarswaard: ‘In die jaren speelde de persoon van de dokter een grote rol. Die moest zich ontwikkelen, bijvoorbeeld

in een balintgroep. En dat leidde er vanzelf toe dat huisartsen heel verschillend gingen handelen. Tegelijkertijd raakten zij overbelast doordat patiënten met al te uiteenlopende vragen op het spreekuur kwamen. Het was bij wijze van spreken al psychosomatisch als je je zorgen maakte omdat je zoon de voorkeur gaf aan suède schoenen.’ De consequentie was dat huisartsen gingen zoeken naar uniformiteit en dat zij meer nadruk begonnen te leggen op ‘terughoudende zorg’. Dwarswaard: ‘Al die lijntjes, van terughoudende zorg, zinnig en zuinig handelen en streven naar uniformiteit, kwamen samen in de NHG-Standaarden.’

Eisende patiënten

Aanvankelijk was het nog vrij makkelijk om vast te houden aan het ideaal van terughoudende zorg: het abonnementstarief gaf geen prikkels om méér te doen dan het strikt nodige, want er waren weinig extra tarieven. Bovendien wilde ook de overheid de kosten in de hand houden. Er was een plafond aan wat de zorg mocht kosten, met wachtlijsten als consequentie. En die maakten dat huisartsen hun patiënten niet snel verwezen. ‘Huisartsen waren in die tijd bondgenoot van de overheid’, zegt Dwarswaard. ‘Al hebben zij dat zelf waarschijnlijk nooit zo gezien.’

Maar dat alles is geschiedenis: patiënten die door huisartsen én overheid jarenlang waren aangemoedigd om vooral mondig te zijn, begonnen zich eisend op te stellen. Dwarswaard: ‘Er zijn twee soorten mondige patiënten. Aan

‘Chirurgen mogen best wat proactiever zijn’

SAMENVATTING

- Veranderende patiënten, een veranderend patroon van arbeidsparticipatie en veranderend overheidsbeleid hebben de afgelopen vijftig jaar invloed gehad op de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen.
- Die beroepsethiek verandert door de jaren heen, varieert per beroepsgroep en is behalve inhoudelijk ook strategisch van aard.
- Van de overheid mag worden verwacht dat deze geen tegenstrijdige opdrachten aan artsen geeft: marktwerking valt bijvoorbeeld niet te rijmen met medische terughoudendheid.



Jolanda Dwarswaard. De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veran-

deringen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Boom Lemma, 296 blz., 45 euro.



Voor gerelateerde artikelen gaat u naar dit artikel op www.medischcontact.nl.

de ene kant mensen die meedenken over de zorg, nadenken over hun ziekte, in overleg keuzes maken. Dat vonden en vinden alle artsen fijn. Maar de andere kant zijn de eisende patiënten, die recht menen te hebben op de zorg die ze willen.'

De marktwerking, leidend principe van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006, heeft dat proces verder versterkt, zegt Dwarswaard: 'Het principe van terughoudendheid is niet verlaten, zeker niet. Maar het is voor huisartsen steeds moeilijker vol te houden. Patiënten willen graag extra zorg, het is goed voor de portemonnee van de dokter en de overheid stimuleert ondernemerschap: welke prikkel is er dan nog om zuinig en zinnig te blijven werken?'

Marktwerking

Als Dwarswaard één les uit haar studie heeft getrokken, is het deze: marktwerking en terughoudendheid gaan niet samen: 'De overheid kan niet stapelen, van huisartsen het ene én het andere verlangen. Terughoudend zijn en op de markt opereren zijn fundamenteel tegengesteld aan elkaar.' Zij noemt het voorbeeld van het ecg voor alle 50-plussers: 'Veel huisartsen vinden dat helemaal niet nuttig, maar roepen hun patiënten er toch voor op. Een decennium geleden was dat ondenkbaar.'

Huisartsen, zegt Dwarswaard, hebben de marktwerking niet proactief in de beroepsethiek opgenomen. Voor chirurgen is dat anders: 'Die zijn allemaal bezig met liesbreukstraten en vaatpoli's, ook omdat je daarmee kunt adverteren. Ze proberen bovendien in Google te komen, nodigen huisartsen uit om hun te laten zien wat ze te bieden hebben, zorgen ervoor dat de lokale krant aandacht aan ze besteedt. Of plaatsen stukjes in het ziekenhuiskrantje, met foto's op de voorpagina. De ziekenhuizen zelf spelen daar natuurlijk ook een rol in. Je ziet veel reclame voor ziekenhuizen, dat is niets bijzonders meer.'

Deeltijdwerk

Behalve aan de relatie tussen artsen en patiënten en artsen en overheid, besteedt Dwarswaard ook aandacht aan de relatie tussen artsen onderling, met 'continuïteit' als belangrijkste thema. Huisartsen stonden – opnieuw – vooraan om werken in deeltijd mogelijk te maken. De norm dat zij persoonlijk 7/24 uur beschikbaar zouden moeten zijn, veranderde al snel in de norm dat dat moest gelden voor de huisartsenzorg, niet voor iedere individuele huisarts. 'Als een huisarts hoogleraar werd, moest hij

van zijn praktijk naar de academie en moest hij dus samenwerking regelen. Dat werd dus heel gewoon', verklaart Dwarswaard deze vrij snelle omslag. 'Huisartsen komen door hun positie ook snel in aanraking met maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de tendens van meer deeltijdwerk.'

Voor chirurgen daarentegen is het zoveel mogelijk zelf behandelen van de eigen patiënten ook nu nog de gangbare norm. Deeltijdwerken is er daardoor minder vanzelfsprekend, stelt Dwarswaard vast: 'Je moet minimaal vier dagen werken, je moet de complicaties van je eigen operatie opvangen. Ik vind het knap dat ze dat volhouden. Toch een arbeidsethos dat in de huidige maatschappij niet bepaald doorsnee is.' En zij vertelt van die aankomend huisarts die bijna werd aangevallen door zijn collega's toen hij zei dat hij fulltime wilde gaan werken: 'Een beetje de omgekeerde wereld. Hij vond het gewoon prima om vijf dagen te werken, dat doen wel meer mensen.'

Windvaantje

In het algemeen zijn de huisartsen in de afgelopen vijftig jaar als beroepsgroep proactiever geweest dan de chirurgen, hebben zij zich sneller aangepast aan veranderende omstandigheden – met het al dan niet wennen aan de marktwerking als opvallende uitzondering. 'Door de reflectieve houding van de Nederlandse huisartsgeneeskunde werd men niet overvallen door nieuwe eisen van de overheid, de patiënt of van een nieuwe generatie artsen', schrijft Dwarswaard. 'Maar beroepsethische normen worden door zo'n houding relatief snel aan de kant gezet.' De lessen voor beide beroepsgroepen liggen dan ook voor de hand, zegt ze ter toelichting: 'Als beroepsgroep kunnen huisartsen van chirurgen leren dat je niet gelijk als een windvaantje hoeft rond te draaien, dat je niet meteen met het beleid hoeft mee te gaan. En chirurgen kunnen juist leren dat zij af en toe best wat proactiever mogen zijn.'

Het schrijven van het proefschrift heeft Dwarswaard persoonlijk geraakt: 'Het is goed dat chirurgen nog een haast heroïsch beeld hebben van hun vak. Maar een combinatie met een gezinsleven is in de chirurgie lastig, zowel voor mannen als voor vrouwen. Ik ben in 2005 met mijn promotieonderzoek begonnen en heb sinds die tijd drie kinderen gekregen. Als huisarts was het me wel gelukt werk en gezinsleven te combineren, maar als chirurg niet. Althans, het had wel gekund, maar ik had mijn kinderen dan vele malen minder gezien.' 