

Deel I

Goeddoen met winst maken

**Naar een economisering van zorg en
beroepsethiek?**

Dr. M.T. Hilhorst
afdeling Medische Ethiek en Filosofie
Erasmus MC, Rotterdam

Inhoudsopgave deel I

	Samenvatting	11
1	Vraagstelling en opzet	15
2	Waarschuwing: heupoperaties in het buitenland	16
3	Kader: kansen en risico's	20
4	Het beroep van zorgverlener: een reëel beeld	24
5	Werken in een marktomgeving: een reëel beeld	28
6	Sturingsinstrumenten	31
6.1	Instrumenten zijn moreel niet-neutraal	31
6.2	Het marktinstrument: samenwerking op basis van overeenstemming	33
6.3	Het juridisch instrument: de zorgrelatie als contract	35
6.4	Het professionele instrument: deskundigheid en ethiek	39
7	De beroepsethiek als instrument	45
7.1	Ingrediënten	46
7.2	Gestalten	47
7.3	Dynamiek	51
8	De beroepsethiek bedreigd?	56
8.1	Casuïstiek: fundamentele waarden	57
8.2	Mogelijke gevolgen verschillend gewaardeerd	61
9	Twee visies op wat wezenlijk is	63
9.1	Zorgverlening in dikke morele termen	64
9.2	Zorgverlening in dunne morele termen	65
10	Implicaties, conclusies en nawoord	67
10.1	Implicaties	68
10.2	Conclusies	70
10.3	Nawoord: waarschuwing	72
	Literatuur	74

Samenvatting

Toenemende economisering plaatst zorgverleners in een sterker krachtenveld van belangen, met alle consequenties vandien voor het zorgverlenend handelen en de beroepsethiek. Zullen zij erdoor efficiënter, meer betrokken, meer verantwoord gaan handelen? Of strategischer en onverschilliger? Het antwoord luidt: het kan met de zorg en de beroepsethiek beide kanten uit. In deze studie worden de uitdagingen en de gevaren, de kansen en de risico's geschetst. Het gaat om een preciaire zaak. Beroepsethiek zal zich aanpassen aan zich wijzigende omstandigheden, maar deze aanpassing verloopt niet vanzelf. Beroepsethiek moet naar vorm en inhoud actief worden ontwikkeld en bevorderd om de zorg blijvend te kunnen dienen.

In de beroepsethiek van zorgverleners zijn twee kernwaarden door economisering in het geding:

- het belang van 'vertrouwen' in de zorgverlening en
- het belang van een 'professionele' standaard, met name wat de kwaliteit van de zorg betreft.

Economisering heeft tot mogelijk gevolg dat deze waarden meer onder druk komen te staan. De vraag is hoeveel waarde wij aan die waarden hechten.

Bij meer marktwerking zal sprake zijn van een andere professionaliteit en een andere beroepsethiek. Medisch-professionele standaarden zullen mogelijk een grotere variëteit te zien geven, waarbij kwaliteit en kosten tegen elkaar worden afgewogen en op elkaar in mindering kunnen komen. Wat de inhoud van het begrip kwaliteit van zorg zal zijn, is op de markt in hoge mate onbepaald en open voor heel verschillende invulling. Zien wij de klassieke beroepsethiek vooral als een intern instrument van de professie, dan zal daaraan bij toenemende economisering een geringe rol kunnen worden toegeschreven. Om kwaliteit te garanderen en vertrouwen te waarborgen zijn aanvullende instrumenten nodig met een minder intern (professioneel zelf-regulerend) en een meer extern (maatschappelijk) karakter.

Of wij die kant op willen is afhankelijk van de vraag welke visie wij op de (toekomstige) zorg hebben. Op de markt volstaat een in moreel opzicht 'dunne' invulling van zorg: zorg wordt er eenvoudig verleend op basis van overeenstemming. Fundamentele waarden, zoals rechtvaardigheid of de waarde van leven, zijn er minder vast omdat ze afgewogen kunnen worden tegen andere waarden. Betalen voor bijvoorbeeld ei-

celdonatie, voor een nier of voor voorrang op een wachtlijst is er op zichzelf niet taboe, mits dit ten voordele is van alle partijen. Ook kwaliteit is verruilbaar voor mindere kwaliteit, wanneer deze bijvoorbeeld goedkoper zou zijn, sneller te leveren of ruimer beschikbaar voor iedereen.

Veranderingen in de zorg dienen door het veld te worden gedragen. De innerlijke bereidheid daartoe is afhankelijk van de vraag of men ervan overtuigd is dat de kansen op betere zorg opwegen tegen de risico's die de veranderingen met zich meebrengen. Beleidsmakers staan voor de opgave duidelijk te maken – in termen van maatregelen – dat de risico's van meer markt voldoende kunnen worden ondervangen door andere beleidsinstrumenten, met name wet- en regelgeving en zelfregulering in het veld. Maar bovendien moeten zij aangeven – in termen van 'visie' – welke fundamentele waarden voor hen richtinggevend zijn voor de toekomstige zorg. De beleidsvraag naar de juiste instrumenten: "hoe krijgen we de zorg daar waar we die hebben willen" is in ethisch opzicht geen neutrale vraag. Ze veronderstelt een visie op deze zorg: "welke zorg willen we leveren en zijn de instrumenten die we daartoe willen inzetten ook in ethisch opzicht passend?" Voor het belang van deze vraag hebben medisch-ethici nog weinig oog gehad.

Ook beroepsethiek kan worden opgevat als een beleidsinstrument om veranderingen in de zorg te begeleiden, om risico's te ondervangen en idealen hoog te houden. Beroepsethiek is naar haar aard dynamisch. Klassieke normen, zoals de goede zorg voor de individuele patiënt, worden terecht aangevuld met moderne normen van goede zorgverlening, zoals transparantie en verantwoording. De waarden van de markt, zoals doelmatigheid en efficiency, vrijheid en eigen verantwoordelijkheid, prestatie en concurrentie, behoeven voor de beroepsethiek geen bedreiging te zijn, mits de (nieuwe) beroepsethiek op een goede wijze wordt ingebed in de organisatie van de zorg.

Leeswijzer

Wie vooral in de uitkomsten van deze studie is geïnteresseerd leze de hoofdstukken 1 en 10. Voor een beter begrip daarvan zijn ook de voorafgaande hoofdstukken 8 en 9 van belang. Zie hoofdstuk 3 voor de verantwoording van de vraagstelling en de beperkingen die ik mij heb opgelegd. Wie twijfelt aan zowel vraagstelling als opzet leze ook de hoofdstukken 4 en 5, waarin ik afstand neem van twee karikaturen: het beeld van een monsterlijke markt en een lieflijke zorgverlener.

In twee uitvoerige hoofdstukken bespreek ik de achtergrond waartegen deze studie is geschreven. Wie thuis is op het gebied van de beleidsfilosofie kan hoofdstuk 6 overslaan, wie begrijpt wat hier met beroepsethiek bedoeld wordt kan hoofdstuk 7 ongelezen laten.

1 Vraagstelling en opzet¹

“Wie nooit twiefelt, het de oge dich”
Achterhoeks spreekwoord, Spreukenkalender, 2004)

De organisatie van de zorg bestaat uit een ingewikkelde mix van professionele zelfregulering, beroepsethiek, wet- en regelgeving door overheid, en markt. Deze ‘instrumenten’ sturen de zorg. Hedendaagse veranderingen in zorgbeleid en zorgpraktijk hebben betrekking op die sturing. Grotere nadruk is komen te liggen op kostenaspecten en marktwerking. Ook zorgverleners krijgen daarmee te maken. Meer dan vroeger zien zij zich geplaatst in een krachtenveld van belangen. Zullen zij onder invloed van een zich wijzigende omgeving anders gaan handelen? Efficiënter, meer betrokken, meer verantwoord? Of strategischer, onverschilliger, met minder hart voor hun werk en hun patiënten? Richtinggevend voor wat volgt is de vraag wat de ‘economisering’ van de zorg voor hun beroepsethiek betekent.

Het gaat hier om een overwegend theoretische verkenning. In termen van ‘ethiek’ wordt het denken over zorg en economisering met het oog op het zorgverlenend beroep geschetst. De gedachtegang is als volgt:

- Sturingsinstrumenten, namelijk professionele zelfregulering, beroepsethiek, wet- en regelgeving door overheid, en markt, brengen hun eigen normativiteit mee. Bepaalde waarden worden erdoor sterker benadrukt dan andere. Om welke waarden gaat het?
- Vervolgens, wanneer de organisatie van de zorg uit een mix van instrumenten bestaat, vloeien daaruit onvermijdelijk waardenconflicten en morele dilemma’s voort. Om welke spanningen gaat het?
- Tenslotte is de vraag, gegeven de onvermijdelijkheid van de veranderingen in de richting van meer economisering, hoe die spanningen inwerken op de positie van zorgverleners. Welke implicaties zijn er voor hun beroepsethiek?

¹ Ik dank alle deelnemers aan de gesprekken binnen de afdeling Medische Ethiek en Filosofie (Erasmus MC), het Expert Centre Health Ethics (ECHE, Erasmus Universiteit) en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) voor de gelegenheid die ik kreeg om met hen van gedachten te wisselen over deze complexe materie.

Deze verkenning heeft de volgende opzet. Eerst geef ik aan wat het kader is van mijn vraagstelling: wat de uitgangspunten en beperkingen ervan zijn (hoofdstuk 3). Vervolgens schets ik de contouren van het beroep van zorgverlener, door een zo reëel mogelijk beeld te geven van de omstandigheden waaronder in de huidige tijd professionele zorg wordt verleend (hoofdstuk 4) of zou worden verleend wanneer meer marktsturing zou worden toegestaan (hoofdstuk 5). Daarna breng ik de discussie over zorg en markt in kaart en wijs ik op de samenhang met andere sturingsinstrumenten (hoofdstuk 6). Na te hebben aangegeven wat de eigen aard is van ‘de beroepsethiek’ en wat de betekenis ervan is als instrument van beleid (hoofdstuk 7), laat ik zien in welke richting beroepsethiek zich zou kunnen ontwikkelen bij toenemende economisering, met alle kansen en risico’s vandien (hoofdstuk 8). Of we voor die richting kiezen is afhankelijk van de vraag welke visie wij op (toekomstige) zorg hebben (hoofdstuk 9). In de laatste paragraaf geef ik implicaties en conclusies weer, en wijs ik in het navoord op een eenzijdigheid in mijn opzet: “wellicht hebben we te veel vanuit beleidsperspectief, van buitenaf, naar de zorg gekeken en moet het échte onderzoek van binnenuit nog beginnen ...” (hoofdstuk 10). Maar ik begin bij de praktijk.

2 Waarschuwing: heupoperaties in het buitenland

*“... the evaluation of health-care activities is an ethical minefield ...
I think it is our duty to rush in where others fear to treat”
(Williams, 1992)*

Wie het terrein van zorg en economisering betreedt, lijkt in een mijnenveld terecht te komen. Discussies zijn met eenvoudige argumenten gemakkelijk op te blazen, de kraters die achterblijven vormen gemakkelijke valkuilen. Voor subtiele bewegingen is weinig plaats. In vurige woordenwisselingen gaan voorbeelden over en weer, met evenzovele (voor)oordelen over de zorg, de markt, en het kwaad in de wereld. Ervaringen van misstanden zijn wel of juist niet illustratief voor wat de zorg te wachten staat als ... meer ‘marktwerking’ juist wel of juist niet wordt doorgevoerd. De discussie vraagt om nuancering en toespitsing. Maar achter een eenvoudig voorbeeld gaat al gauw een complexe werkelijkheid schuil.

De krant waarschuwt Nederlandse patiënten op haar voorpagina in ongewoon vette letters voor Duitse heupoperaties (Trouw, 12 januari 2004). De verzekering vergoedt en Duitsland werkt aanzienlijk goedkoper. De waarschuwing is afkomstig van een Nederlandse chirurg-hoogleraar (Van Dijk, AMC) en blijkt Robodoc-operaties te betreffen die volledig geautomatiseerd worden uitgevoerd. Door onherstelbare spierschade, niet voorkomen door de artsen die bij de operatie toezien, lopen sommige patiënten als gevolg ervan mank en zijn in Duitsland honderden rechtszaken gaande.

Ogenschijnlijk gaat het om een éénduidig bericht, maar voor mondige burgers is de informatie verwarrend. Men zal zich afvragen wat ervan waar is en wie men moet wantrouwen. Beleidsmakers benadrukken immers alsmaar de noodzaak van een goede *prijs-kwaliteit*verhouding in de zorg. Welnu, sneller geholpen worden zou iets meer mogen kosten, zou je denken. In Duitsland blijkt ‘sneller’ daarentegen ‘goedkoper’, tenminste voor verzekeraars. De werkelijke kosten betaalt de patiënt zelf: het risico van mankheid. De medische en financiële gevolgen van die invaliditeit zullen op de Nederlandse samenleving worden afgewenteld, met overigens positieve gevolgen voor de schadeletseladvocatuur.

Eén verzekeraar meldt in een later bericht dat men z’n twijfels had bij deze vorm van opereren en daarom de eigen patiënten er niet aan heeft blootgesteld. Een andere verzekeraar wijst erop dat bij elke heupoperatie, al dan niet met computer, het resultaat niet voor alle patiënten gunstig is. De vraag is dus gerechtvaardigd wie die prijs-kwaliteitverhouding bepaalt en aan wie prijs en kwaliteit ten goede komen en aan wie niet. Dat de verzekeraar het belang van de patiënt dient, is in deze casus allerminst vanzelfsprekend. Onduidelijk is of men bewust de risico’s genomen heeft. Als het te goeder trouw is gebeurd, is men dan door de Duitse artsen misleid bij gebrek aan voldoende eigen medische deskundigheid? En wat betekent dat dan weer voor ons vertrouwen in verzekeraars (en artsen)?

Het bericht vermeldt voorts dat in de orthopedische sector op 1 januari jl. in Nederland volledige marktwerking is doorgevoerd. De vraag is wat we met een dergelijke mededeling moeten. Komt daarmee de waarschuwing van de hoogleraar in een ander licht te staan? Het is moeilijk te beoordelen of diens kritiek op sommige van zijn Duitse collega’s terecht is. Wordt hij gemotiveerd door de waarheid of is het broodnijd dat hem drijft? Wil hij zijn bedreigde aandeel in de markt terugwinnen

en jaagt hij patiënten onnodig angst aan? Wie dergelijke vragen stelt twijfelt niet alleen aan de gegeven informatie maar gaat ook twifelen aan de goede trouw van de informant. Staat hij als arts aan de kant van de patiënt of dient hij als ondernemer zijn eigen zaak? En ook aan de universiteit werken tegenwoordig erg ondernemende onderzoekers. Kan men nog vertrouwen in artsen en arts-onderzoekers hebben?

De cynicus zal zeggen dat deze arts vooral op de eigen beroepsgroep en het groepsbelang gericht is. Hij kwam met zijn waarschuwing naar buiten op een 'feestelijk' moment, namelijk bij het uitspreken van de jaarrede, als voorzitter van de Nederlandse Orthopedische Vereniging. Wie met zijn patiënten echt begaan is, wacht niet op dit moment, zou je denken, en kiest een ander forum. Zijn waarschuwing is bij nader inzien niet aan hen gericht, maar reikt veel verder. Zijn boodschap betreft de verhouding van de orthopedische beroepsgroep tot overheid en markt. Hij waarschuwt voor Duitse toestanden in Nederland.

De opleidingscapaciteit voor orthopedisch chirurgen is in Nederland recent sterk teruggebracht, terwijl er toch al een tekort aan capaciteit is. Mogelijk zal men ook in Nederland, onder de druk van wachtlijsten en kosten, voor de geautomatiseerde Robodoc-operatie kiezen. En nog een waarschuwing: straks worden wellicht heup- en knieoperaties uit de basisverzekering gegoooid. Zei onlangs een Duits christenpoliticus al niet dat het om welvaartsziekten gaat en dat men boven de 85 jaar daaraan geen gemeenschapsgeld moet besteden maar dat men zich daarvoor maar moet bijverzekeren?

Kortom, de arts is druk in de weer met de positionering van zijn beroepsgroep in de zorg. Onduidelijk is of hij bang is dat artsen gedwongen zullen worden in de toekomst mindere kwaliteit te leveren of dat ook sommige Nederlandse artsen, net als Duitse, hier welwillend tegenover staan en ertoe als echte ondernemers vrijwillig bereid zullen zijn. Of de kogel die hij vreest van rechts (de markt) of van links komt (de overheid), of van beide kanten tegelijk.

De casus vormt een wespennest aan belangenconflicten. Het is niet alleen voor de burger moeilijk hier orde in te scheppen en conclusies uit te trekken. Heel uiteenlopende reacties kan men als evenzovele plaagstootjes zien: "Artsen noch verzekeraars mogen professionele normen inruilen voor mindere kwaliteitsnormen." "Goed dat er concurrentie komt en artsen eens

openlijk hun verschillen van inzicht op kwaliteit uitvechten en elkaar niet meer de hand boven het hoofd houden.” “Eindelijk gaat het in de zorg eens over geld, want alles moet wel betaald kunnen worden.” “Het wordt tijd dat de opleidingscapaciteit aan de markt wordt overgelaten, en niet bepaald wordt door de overheid of de beroepsgroep zelf.” “Misstanden in de markt worden uiteindelijk vanzelf gecorrigeerd maar het is wel wrang voor patiënten die van deze marktfilosofie de dupe worden.” “Op de markt is winst maken eerder een zaak van korte termijn, kortzichtig dus.” “Bij deze transparantie is iedereen gebaat.” “We leven in Nederland niet op een eiland, Europese regelgeving schept ruimte voor een opener ontwikkeling, die kan en moet je niet willen tegenhouden”.

Inmiddels meldt het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde op 8 mei 2004 in een klein bericht dat de ‘Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik’ in Frankfurt met onmiddellijke ingang heeft besloten de techniek niet meer toe te passen. De zorginstelling zegt niet verantwoordelijk te zijn voor de letselschade. Men introduceerde het apparaat anderhalf jaar geleden met veel bombarie, zo zegt het bericht, ofschoon het – afkomstig uit de Verenigde Staten – daar nooit zou zijn goedgekeurd.

Ondertussen zitten we wel met een probleem. Van wie kan de patiënt nu zeggen: ‘mijn schuld en de betrouwen’: de verzekeraar, de arts, de overheid, de markt, de beroepsgroep, de beroepsethiek? Wie is de echte ‘advocaat’ van de patiënt? (Hilhorst, 1999c). Of moet hij of zij – beiden zijn mij even lief – voortaan zelf z’n boontjes maar zien te doppen? In de beroepsethiek zijn begrippen als professionele kwaliteit en professionele betrouwbaarheid sleutelbegrippen. In de geschetste casus ontbreekt het de leek aan kennis en inzicht, maar ook een zorgverlener kan in het oerwoud van regulering en deregulering nauwelijks de bomen van het bos onderscheiden. Wil men zich een oordeel vormen dan is niet alleen kennis van specifiek medisch-technische zaken nodig maar ook inzicht in de complexe organisatie van de zorg.

De discussie beweegt zich tussen de twee polen van wantrouwen en vertrouwen. Het is mogelijk, de ene pool, om de risico’s te benadrukken. Wanneer met economisering bedoeld wordt dat men belangentegenstellingen verder laat oplopen, dan moet bedacht worden dat ‘geregelde concurrentie’ hand in hand gaat met ‘georganiseerd wantrouwen’. Vertrouw nooit de eerste de beste arts, maar vraag een offerte bij tenminste drie van hen. Raadpleeg voor uiteenlopende opvattingen binnen de

beroepsgroep ook altijd even de Medische Consumentengids, gecertificeerd door de afdeling Medische Ethiek van het Erasmus MC'. Of het om 'gezond' wantrouwen zou kunnen gaan is nog een aparte vraag.

Het is ook mogelijk de andere pool, de kansen, te benadrukken. Wanneer met economisering bedoeld wordt dat van het zorgverlenend handelen transparantie verlangd wordt in termen van kwaliteit en kosten, dan mag men vertrouwen hebben in de goede afloop van het proces. Er zijn goede en slechte zorgaanbieders en het is terecht dat de patiënt verteld wordt wat het verschil is. Dat komt de zorg uiteindelijk alleen maar ten goede. Het beeld van de beroepsgroep die als in een gesloten bastion zelf kan uitmaken wat professionele normen zijn zou ermee worden doorbroken. De afweging van prijs en kwaliteit zal voor iedereen inzichtelijk worden.

3 Kader: kansen en risico's

"It is increasingly difficult to distinguish between the domains of the state and the market, between culture and mass media, and between what constitutes public and private arenas. Institutional boundaries have become fuzzy and overlapping" (Nowotny, 2001)

Ik ga er in deze verkenning vanuit dat het zinvol is oog te houden voor zowel de kansen als de risico's. In de orthopedische casus speelt geld een belangrijke, sturende rol. In dit opzicht dringt de economisering van de zorg zich eenvoudig op en beschouw ik haar als een gegeven. Het lijkt nauwelijks meer mogelijk om los van geld over zorg te spreken. Dat maakt de zorg niet opeens besmet of minderwaardig. De vraag is *hoe* geld een rol speelt en op welk soort kwesties we daarbij – in termen van ethiek – *bedacht* moeten zijn (Morreim, 1991; Polder, Hoogland en Jochemsen, 1996; Ubel, 2001).

Geld is inherent aan de zorg

Dat in toenemende mate de zorg (en de discussies erover) door geld wordt bepaald, heeft allereerst te maken met onze huidige kijk op zorg. Men kan ertoe het gegroeide ethisch inzicht rekenen dat mensen zelf moeten kunnen uitmaken welke zorg zij wensen en welke niet. Het 'rugzakje' (persoonsgebonden budget) is er een uitvloeisel van. Dit idee spoort met opvattingen over passende zorg. Men hoopt ermee mensen

meer ruimte – keuzevrijheid en flexibiliteit – te geven om ‘eigen’ zorg in te kopen, al valt dat in de praktijk nog tegen, wanneer men in een ondoorzichtige situatie met vele loketten z’n weg moet zien te vinden.

In de tweede plaats veranderen nieuwe medische inzichten en technieken, zoals prenatale screening, orgaandonatie bij leven, voortplantingstechnieken, cosmetische chirurgie of nieuwe geneesmiddelen de zorgverlening van binnenuit. In ethisch opzicht gaat het om een drievoudig probleem:

- in termen van grenzen: “Mag alles wat kan?”
- in termen van de juiste keuzen: “Keuzen in de zorg”
- maar ook in termen van organisatie: “Hoe krijgen we de zorg daar waar we die hebben willen?”

Voor het belang van met name deze laatste vraag hebben medisch-ethici tot dusver weinig oog gehad (Hilhorst, 1999-b).

In de derde plaats dringt de vraag naar de betaalbaarheid van het geheel zich op. Ook dit probleem vloeit voort uit de zorg zelf. Enerzijds loopt de betaalbaarheid gevaar omdat de zorgaanspraken sterk zijn toegenomen (vergrijzing maar ook mondigheid), anderzijds omdat het duo geneeskunde en gezondheidszorg een schier onuitputtelijke bron vormt van almaar meer en nieuwe ‘zorgproducten’. Wat betekent dit voor aanbod, vraag, beschikbaarheid, verdeling? Hoort de rollator nog in het pakket of de computergestuurde armprothese en wie maakt dat uit, overheid, verzekeraar, arts, onafhankelijk indicatieorgaan? Hoe het zij, zonder geld is er geen professionele zorg meer denkbaar.

Geen goede zorg zonder een goede organisatie

Goede zorg laat zich evenmin denken zonder een goede organisatie. Die organisatie blijkt lastig. Zo zijn de (centrale) regionale indicatieorganen-op-afstand nodig om vast te stellen welke thuiszorg geïndiceerd en rechtvaardig is (waarna de markt zijn werk mag doen) weinig flexibel gebleken. Kennelijk gaat het in de organisatie van de zorg om een complexe zaak en mag men er geen eenvoudige antwoorden verwachten. Geld kan men daarbij als probleem zien, maar ook als oplossing. Geld kan dienen als aansporing (‘prikkel’) om beter en gericht zorg te verlenen. Het is dan één van de sturingsinstrumenten om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen. Maar geneeskunde & gezondheidszorg als bron van mogelijkheden zien is nog iets anders dan er een markt van mogelijkheden van maken.

Een veelheid aan typering

Ik heb tot dusver het woord economisering gebruikt om de toenemende aandacht voor geld en kosten uit te drukken. In werkelijkheid is sprake van een veelheid aan globale typering van wat er in de zorgverlening gaande is (Polder et al., 1996; Morreim, 1991): verzakelijking, professionalisering, juridisering, economisering, vermarkting, commercialisering, autonomisering, bureaucrativering, individualisering. Deze begrippen hebben veelal een negatieve connotatie. Een eenzijdige nadruk op het één (geld; zakelijkheid; autonomie; wetgeving) zou ten koste gaan van andere zaken die men waardevol acht (aandacht; deskundigheid; belangeloosheid). Ofschoon de begrippen verschillen is er ook overlap en wederzijdse beïnvloeding, al is soms moeilijk te zien welke (Macklin, 1993; Tonkens, 2003; Jeurissen, RVZ, 2003). Economisering is niet alleen gaande op de markt, maar ook binnen de overheid. Op de markt wordt geconcurrereerd, maar niet noodzakelijk op winst. Meer marktwerking zou tot minder bureaucratie en regelgeving moeten leiden, of wordt het alleen maar meer? Impliceert een grotere mondigheid van burgers de beteugeling van de professionele autonomie en vrijheden van zorgverleners?

Sturingsinstrumenten in samenhang bezien

Alle aandacht richt zich momenteel op een specifieke vorm van economisering, de 'vermarkting' van de zorg. De overheid legt, zoals in zoveel westerse landen, meer nadruk op de markt als sturingsinstrument. Aldus hoopt men ruimte te creëren voor nieuwe initiatieven. Ook het winstoogmerk kan daarbij een stimulans vormen om de gewenste verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing te realiseren. De vraag of 'meer markt' het geëigende middel is, kan binnen het bestek van deze studie niet worden beantwoord. We gaan ervan uit dat meer marktwerking in het verschiet ligt.

De vraag welke problemen in de zorg men ermee denkt op te lossen, en hoe, en of die verwachting gerechtvaardigd is, is hier niet aan de orde. Of het marktinstrument de zorg werkelijk dient, is een praktische vraag. Het betreft de vraag naar het juiste instrument, waarop met name vergelijkend empirisch onderzoek licht zou kunnen werpen. Het beeld van veel oude patiënten die te lang in een ziekenhuis moeten blijven omdat er voor hen geen plaats in het verpleeghuis is, is wellicht symbolisch voor een organisatie die te veel van bovenaf is gestuurd en door vaste budgetten onflexibel geworden is. Vraagsturing betekent hier eenvoudig een betere afstemming van de

organisatie op werkelijke zorgbehoeften. Hoe men dat het beste kan doen, is geen vraag voor de ethiek.

Ik ga ervan uit dat het marktinstrument dat de overheid nu wil inzetten niet op zichzelf staat maar in samenhang met de andere sturingsinstrumenten die haar in beleid ter beschikking staan moet worden beoordeeld. Het heeft daarom weinig zin onze pijlen louter te richten op de markt. Het antwoord op de stelling: “De zorg is toch geen markt?”, kan alleen maar genuanceerd zijn: er zit niets anders op dan te “laveren tussen markt-falen en overheidsfalen” (Schut, 2003).

Goede zorg is de toets voor elke organisatievorm

Niettemin blijft er voor de ethiek een bescheiden taak. Om te weten wat een goede organisatie van zorg is, moeten we weten wat goede zorg is. Dat is een normatieve vraag. Systeemwijzigingen in de zorg kunnen immers geen doel in zichzelf zijn. Ze staan als het goed is in dienst van betere zorg. Niet alleen de zorgverlening zelf, maar ook de organisatie van de zorg moet daaraan getoetst worden. In de zorgverlening en de organisatie van de zorg gaat het om een en hetzelfde doel: *goede en nog betere zorg*. De uiteenlopende waarden die daarbij in het geding zijn kunnen met elkaar op gespannen voet staan. Ook goed-doen en winst maken liggen niet automatisch in elkaars verlengde.

Daarop meer zicht geven is het beperkte doel dat we ons stellen en we nemen, zoals gezegd, daarbij ons vertrekpunt in het beroep van zorgverlener en diens beroepsethiek.

4 Het beroep van zorgverlener: een reëel beeld

“Medical professionalism is an inherently conservative concept, building as it does on the moral traditions of physicians in response to social changes.”

“Why is ‘physician frustration,’ rather than health or access to health care, the anchor for this new statement of medical professionalism?”

(Miles, 2002, over een recent Handvest voor interne geneeskunde)

Veel van onze oordelen, ook de morele, staan of vallen met de voorstelling die we ons van een situatie maken. Dat geldt zowel voor ons beeld van de markt als van het beroep van de zorgverlener. Soms wordt de markt als kwaadwillig monster voorgesteld en de zorgverlener als goedmoedig knuffeldier. Onder zorgverleners ziet men het graag zo. Maar ook het omgekeerde zien we, de markt als veelgekoesterd speeltje en zorgverleners als een stelletje onwillige honden waarmee het slecht hazen vangen is. Die voorstelling treft men weer eerder – niet verwonderlijk – bij beleidsmakers aan. Beleidsmakers denken bij meer marktwerking bij voorkeur in termen van kansen, terwijl zorgverleners juist waarschuwen voor de risico’s. Beide voorstellingen vertekenen de werkelijkheid en wie versimpelt, creëert schijnzekerheid. Beter lijkt het om beide kanten niet uit het oog te verliezen: kansen én risico’s van de markt, welwillende en onwillige zorgverleners, en elkaar voor eenzijdigheden te behoeden. Ergens tussen ideaal en werkelijkheid.

Inherente moraliteit

Het is in de beroepsethiek gebruikelijk om van een inherente moraliteit te spreken. Met de praktijk van de zorg is een eigen moraal, in modern jargon: een eigen “logica”, gegeven (Freidson, 2001). Wie zorg geeft, handelt volgens bepaalde regels die eigen zijn aan wat men algemeen ziet als goede zorgverlening. Die eigen wijze van handelen maakt een zorgverlener tot zorgverlener, en niet tot marktkoopman of manager of ambtenaar. In elk beroep handelt men volgens eigen mores. Elke praktijk heeft z’n eigen spelregels van fatsoen en betamelijkheid: onderwijs geven, aan wetenschap doen, de openbare orde handhaven, producten maken. De regels drukken respect uit voor het goede dat wordt nagestreefd in die zo diverse praktijken.

De zorg is één zo'n praktijk, waarin een heel bijzonder 'goed', namelijk gezondheid, wordt gekoesterd. Voor de zorgverlener is de idee "mensen bijstaan wanneer hun gezondheid bedreigd wordt" richtinggevend, ook al spreekt de manager in de zorg vanuit diens perspectief nog zo vaak over zorgproducten die geleverd moeten worden. Het eigene van de zorgverlening is eenvoudig te omschrijven. Een zorgverlener gaat in op de individuele nood of behoefte van de patiënt en probeert die te lenigen. Verdeling van zorg vindt naar behoefte en urgentie plaats: zo snel als nodig, zoveel als nodig; ongeacht de achtergrond van die behoefte. Daarbij moet de zorgbehoefte het vertrouwen hebben dat de zorgverlener zich ("naar beste weten en vermogen," zoals de artseneed formuleert) volledig inzet en louter diens belang dient. De zorgverlener staat, kortom, in voor de patiënt. We moeten er echter voor waken dat deze op zichzelf juiste schets van het beroep van zorgverlener een karikatuur wordt (Hilhorst, 1999-a; Downie, 1988).

Altruïsme en weldoen

Soms wordt het voorgesteld alsof bij de zorgverlener slechts altruïstische motieven een rol spelen. Of sterker: slechts mógen spelen, wil het goede zorg zijn. Dat is natuurlijk zelden het geval. Het hoeft of kan ook niet. Zorgverleners zijn geen heiligen of weldoeners. Waarom zouden wij ze zo ophemelen? Het ideaalbeeld van Florence Nightingale of moeder Thérèse zet ons op een verkeerd been: dit kan geen ideaal van de moderne zorg zijn. Handhaving ervan leidt slechts tot schone schijn ("keeping up appearances").

De moderne zorgverlener behoort een behoorlijk inkomen te krijgen in ruil voor zijn diensten: "Geen gevaarlijker dokter, dan een arme dokter", luidt niet voor niets een bekend spreekwoord. Goede, voorbeeldige inzet mag best (extra) beloond. Het is bovendien voor de patiënt helemaal niet prettig om afhankelijk te zijn van charitas en goede wil (Den Hartogh, 2004). De patiënt is verzekerd en mag daarom op goede, passende zorg aanspraak maken. Ideaal is dus een goed zorgstelsel met gemotiveerde zorgverleners. Men verleent er diensten overeenkomstig professionele normen met het oog op het beste belang van de patiënt en ontvangt daarvoor in ruil een eveneens passende vergoeding. Niet meer en niet minder.

Zorg-eigen versus zorg-vreemd

Een andere karikatuur ontstaat wanneer men de genoemde interne waarden van de zorg als 'echte' waarden beschrijft en

andere, externe waarden als vijandig aan de zorg voorstelt. In deze voorstelling ondermijnt de aandacht voor kosten en efficiency het 'echte' werk van de zorgverlener. Men beschrijft dan het werk van managers in de zorg als de invasie van een vreemde mogendheid (Reinders, 2003). De verantwoording 'naar boven' (van administratie of van een goed beheer van middelen) ziet men al gauw als ongepaste of oneigenlijke bemoeienis. Een dergelijke tegenstelling doet echter geen recht aan de werkelijkheid.

Individuele zorgverleners hebben niet alleen een verantwoordelijkheid voor individuele patiënten; hun professionaliteit (en dus ook hun beroepsethiek) omvat ook een collectief aspect. De wens van de patiënt is niet de enige norm die geldt. Medisch-professionele standaarden, die wetenschappelijke kennis en kunde representeren, hebben een bovenindividueel karakter. Ze betreffen de zorg als zodanig; de eigen aard ervan. Ook medisch-ethische normen hebben een sociaal-ethisch aspect. Niet meer weg te denken 'moderne' normen die iedere zorgverlener in de huidige zorg ter harte moet nemen zijn:

- de goede, gelijke toegankelijkheid van de zorg voor iedereen,
- het doelmatige gebruik en de rechtvaardige verdeling van (veelal beperkte) beschikbare zorg, en
- de transparantie en verantwoording van de gegeven zorg.

Ook die normen vertegenwoordigen een morele, of meer nog, een professionele plicht. Dat deze waarden (ten dele) nieuw zijn in de zorg, en (ten dele) van buitenaf worden binnengebracht betekent allerm minst dat ze vreemd of vijandig zijn aan de zorg en de zorg bedreigen (Polder, 1996). Het zijn immers waarden die de zorg als geheel en de continuïteit ervan betreffen. Ze maken evenzeer en wezenlijk deel uit van de definitie van goede zorg.

Zorg in vacuümverpakking

Het idealistische beeld van de zorgverlener met zijn eigen moraal is bovendien een karikatuur omdat het een a-historisch beeld is. Het verleden wordt geromantiseerd en tot norm voor vandaag verheven. Men stelt het voor alsof de zorgverlener en -ontvanger op zichzelf bestaan; alsof zorg in vacuümverpakking te verkrijgen is, los van tijd en omstandigheden, los van de context waarin de zorg gestalte krijgt (Miles, 2002). Daarmee wordt geen recht gedaan aan de aard van moderne geneeskunde en gezondheidszorg. Ook wordt voorbij gezien aan

de politiek-maatschappelijke omstandigheden en voorwaarden waaronder in de huidige tijd zorgverlening wordt beoefend.

Zonder goede, moderne organisatie van de zorg laat zich geen goede, moderne zorg denken. Trouwens, ook zorgverleners zelf organiseren hun werk en geven zo op hun wijze aan de zorgverlening vorm: in wisseldiensten en waarneming, in specialismen en werkvelden. Dat is niet pas van de laatste tijd, dat hebben ze sinds Hippocrates gedaan; de eed spreekt evenzeer over de relatie tot vakgenoten als tot patiënten. Indien zorgverleners onvrede hebben met de huidige organisatie van de zorg, laten ze dan ook “de hand in eigen boezem” steken (Van der Does, 2003). Zorgverleners dienen, kortom, met hun tijd mee te gaan en oog te hebben voor de verwachtingen die er in de huidige tijd met betrekking tot hun zorgverlening bestaan.

Kortom, de professie niet wegcijferen

Ik verbind aan deze schets van de professie de volgende conclusie. Voor goede zorg is een goede organisatie van die zorg onontbeerlijk. Zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de moderne context waarbinnen zij de ruimte krijgen zorg te verlenen. Het is zo vaak gezegd (Keuzen in de Zorg, 1991): de middelen die zij daartoe krijgen aangereikt zijn voor een belangrijk deel collectieve middelen. Beroepsnormen overstijgen de individuele praktijk en hebben betrekking op zowel de zorgverlening als zodanig als op het geheel van de zorg. De moderne, westerse gezondheidszorg kenmerkt zich door complexiteit. Het betreft vaak hoog gespecialiseerde kennis en kunde en een zeer veel omvattende organisatie van zorgverlening.

Steeds keren dezelfde kernvragen terug:

- wat is eigenlijk goede zorg (en wie bepaalt dat), en
- hoe krijgen we de zorg daar waar we die willen hebben: de juiste zorg op de juiste plaats (de vraag naar het passende instrument)?

Het is dus niet juist om de zorgprofessie te idealiseren en te isoleren, maar het is evenmin juist om haar rol weg te cijferen. Voor professionaliteit is in de literatuur hernieuwde aandacht en waardering. Het belang van professionaliteit wordt ingezien. Zorgverleners beschikken over gespecialiseerde kennis en kunde en hebben in hun nauwe contacten met patiënten *first hand* ervaring. Bovendien zal men in beleid met hen nadrukkelijk rekening dienen te houden: zij moeten het in de praktijk uiteindelijk doen. Tenslotte, in hun beroepsethiek liggen fun-

damentele overtuigingen opgeslagen en kan men een houding aantreffen van professionele betrokkenheid – ofschoon niet tijdloos – met betrekking tot wat goede zorgverlening zou moeten zijn (Koehn, 1994; Polder, 1996; Hilhorst, 1999-a; Maister, 2000; Freidson, 2001; Tonkens, 2003). Maar onvermijdelijk dient ook deze beroepsethiek uiteindelijk getoetst te worden aan onze huidige, moderne opvattingen over goede zorg.

5 Werken in een marktomgeving: een reëel beeld

“The extraordinary reactions ... – especially the more hostile ones – arose in large part because the issues at stake were perceived to be not just technical ones of the ‘what’s best is what works’ variety, but ones involving values and morality. However, the latter were not always made explicit ...” (Le Grand, 2001)

Als we ons een bij-de-tijdse voorstelling proberen te maken van de omstandigheden waaronder zorgverleners zorg moeten verlenen, is het zaak ons daarvan een zo reëel mogelijk beeld te vormen. Terwijl voorstanders van meer marktwerking vooral hun idealen koesteren, benadrukken critici overwegend gevaren.

Idealen

De idealen die in het marktinstrument besloten liggen beschrijft men vaak in termen van waarden. Met meer marktwerking hoopt men doelmatigheid, kwaliteit, keuzevrijheid, gelijkheid, toegankelijkheid en kostenbeheersing te realiseren. En het liefst allemaal tegelijk. Mooie waarden, waar maar weinigen op zichzelf bezwaar tegen zullen hebben. Het is een misverstand om te denken dat het in de markt alleen om geld en winst maken zou gaan. Betrouwbaarheid en continuïteit zijn evenzeer onmisbaar voor het voortbestaan van goede zorg. Niettemin wordt de markt, ook in de ethische literatuur, dikwijls als monster voorgesteld. Tussen ideaal en werkelijkheid bestaat nu eenmaal een grote kloof. Er bestaat geen ideale markt in de zorg, maar bovendien mag in de zorg de markt nooit ons ideaal zijn, zo luidt de tweeledige kritiek.

Massieve kritiek ...

Heel treffend is de massieve kritiek op de markt als volgt samengevat:

“The suggestion that the market offers significant protection for individual liberty, scientific excellence and virtue in health care is met with considerable skepticism in contemporary bioethics. Market-based financing and distribution of health care, it is more typically claimed, fails to protect the most fundamental interests of patients. The market is perceived as decreasing altruistic sentiments, eroding a sense of community, lowering scientific standards, limiting personal freedoms, limiting professional freedoms, as well as legalizing hostility between patients and physicians. Moreover, profiting from the provision of health care is viewed as morally suspect. In short, the forces of the market, it is believed, bring on more harm than benefit. The profit motive is not regarded as leading to the wise use of resources, nor is the market considered a place that rewards responsible free decision-making, while providing tutelage concerning the limitations of the human condition. As a result, the call for significant, wide-ranging, and extensive governmental regulation is ubiquitous” (Cherry, 2003).

Kortom, in plaats van meer zal er minder vrijheid zijn, in plaats van minder regels meer regels, een groter wantrouwen tussen arts en patiënt, lagere professionele standaarden, minder solidariteit, minder efficiency, etc.

... maar relatieve kritiek

Door welk idee van de markt laten wij ons leiden bij ons oordeel: ideaal of monster? Karikaturen doen geen recht aan de werkelijkheid. De idee van de markt als ‘invisible hand’ die vereist dat niemand ingrijpt, zodat de partijen in vrijheid tot goed zakendoen kunnen komen en alles vanzelf goed komt, kan onmogelijk in de zorg bedoeld zijn. Nog steeds bepalen heel veel regels het speelveld en is de kernvraag veeleer wáár wij met een gerust hart (beperkte) marktwerking in de zorg (maar beter) kunnen toelaten en waar niet. In de huidige discussie gaat het om een heel specifieke ‘geleide’ concurrentie, die stap voor stap en zeer geleidelijk wordt doorgevoerd (Schut, 2003). Elk instrument, ook de markt, heeft sterkere en zwakkere kanten. Het is juist de specifieke mix met andere (aanvullende, flankerende) instrumenten die de uiteindelijke uitkomst bepaalt en om een beoordeling vraagt.

Van karikaturen is sprake, wanneer een eenzijdige voorstelling gegeven wordt die eenvoudig niet met de werkelijkheid strookt. Eenzijdigheden zijn er legio. Er is de voorstelling dat

het in de markt alleen om geld draait. Maar zou het niet ook om kwaliteit kunnen gaan? Er is de voorstelling dat op de markt altijd de zwaksten ten onder gaan, maar wat is er tegen als slechte zorgaanbieders hun plaats moeten afstaan aan betere? Trouwens, zijn op de markt niet de consumenten de sterksten, wijzelf dus, en moet het zo uiteindelijk niet zijn?

Er is ook de voorstelling dat het op de markt veelal inefficiënt toegaat: klanten kopen meer dan ze echt nodig hebben, aanbieders produceren te veel, maken grote kosten aan reclame en onderlinge wedijver, gaan failliet, en de negatieve effecten worden afgewenteld op anderen. Vaak draait de gemeenschap voor de kosten op.

Dat kan allemaal waar zijn, maar de vraag is of andere instrumenten, bijvoorbeeld de overheidsbureaucratie of een woud aan formele regelgeving het zoveel beter doet. Of is het alternatief dat we de organisatie van de zorg voortaan louter aan zorgverleners overlaten? De wijde en veelzijdige kritiek op de markt mag terecht zijn, maar het is relatieve kritiek: relatief ten opzichte van alternatieve organisatievormen. Deze kritiek kan op zichzelf nooit voldoende reden voor de afwijzing van 'meer markt'.

Kortom, van ideologie naar waarden

Het is dus te simpel en weinig zinvol om van de markt een veelkoppig monster te maken. De markt is één instrument om de zorg te organiseren en de zorg daar te krijgen waar we die hebben willen. Daarbij gaat het om een mix en zullen marktelementen bestaan náást andere elementen, zoals juridische en professionele. Zelden hebben we te maken met een ideale (zuivere) markt. De vraag is vervolgens of meer markt een (relatief) beter of slechter instrument is dan de andere om de gewenste zorg te realiseren, in de termen die men voor ogen heeft: beter of slechter qua doelmatigheid, kwaliteit, keuzevrijheid, gelijkheid, toegankelijkheid en kostenbeheersing. Opnieuw, geen ethische vraag maar vooral een praktische: naar het juiste instrument bij een (nauwelijks te betwijfelen) voorgegeven doel van goede zorg (Le Grand, 2001). Te veel nog draagt de discussie een ideologisch karakter, waarin standpunten massief tegenover elkaar blijven staan en men elkaar vanuit ingegraven stellingen bestrijdt. De ideologische discussie valt te begrijpen als we zien dat sturingsinstrumenten niet louter een technisch karakter hebben. Op de achtergrond spelen visies een rol die te maken hebben met de waarden die in deze instrumenten besloten liggen. Het is van belang voor de dis-

cussie om beter zicht te krijgen op die waarden. Sturingsinstrumenten zijn moreel niet neutraal en stempelen de zorg op een moreel niet-neutrale wijze.

6 Sturingsinstrumenten

“Being a doctor is a way of making a living, and a highly respected one. Some doctors are effectively small businessmen; ... doctors ... do not pay for the time of patients; ... the resources that cost them nothing can be used freely. Patients, therefore, sit around waiting for doctors and nurses. Doctors and nurses do not sit around waiting for patients” (Williams, 1998)

Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat zorg op meerdere manieren georganiseerd kan worden. We hebben het (traditioneel) zó georganiseerd, maar het kan wellicht ook heel anders. In dit opzicht is de organisatie contingent aan de zorg, dat wil zeggen, zij vloeit er niet noodzakelijk uit voort. In principe dienen we daarom steeds open te staan voor een mogelijk andere vormgeving en aansturing van de zorgverlening (Applebaum, 1999; Williams, 1998)

6.1 Instrumenten zijn moreel niet-neutraal

“Van een ingreep willen we niet alleen weten of hij mensen beter maakt, maar veel meer – namelijk welke idealen hij al dan niet dichterbij brengt en voor wie” (Berg en Mol, 2001)

Zorg in een veranderende omgeving

In de oude beroepseed van 1878 worden de genees-, heel- en verloskunst onderscheiden; in de nieuwe formulering van de eed in 2003 is dit niet meer ter zake. Ook was in ons land de zorg van oudsher sterk verzuild georganiseerd; het belang ervan is vandaag lang niet meer zo groot als vroeger. Wanneer we een patiënt toch laten betalen wanneer deze niet op een afgesproken spreekuur verschijnt, waarom zou dan een arts zijn patiënten niet moeten betalen wanneer zijn spreekuur aanzienlijk uitloopt? Goede zorg laat zich denken in verschillende omgevingen. Van oudsher was er geen overheid die zich ermee bemoeide, zorgverleners konden hun eigen gang gaan. In de moderne tijd is er wel overheidsbemoeienis, maar de vraag hoe en in welke mate die gewenst is, wordt in de diverse

westerse landen verschillend beantwoord en is volop in discussie. Kennelijk is niet een eenduidig antwoord te geven; daarvoor is de wereld van de zorg tegenwoordig te complex.

Toch is het spreken in termen van ‘sturingsinstrumenten’ (van professionele zelfregulering, beroepsethiek, wet- en regelgeving door overheid, of markt) bedrieglijk. Instrumenten drukken hun stempel op de zorg. Ze ‘kleuren’ de zorg op eigen wijze. Het juridische begrippenkader verschilt bijvoorbeeld hemelsbreed van dat van de markt, de manager of de zorgverlener. Net als medische technieken geldt ook voor organisatie-technieken dat zij ‘ingebouwde normen’ kennen (Berg en Mol, 2001).

Instrumenten stempelen de zorg

De implicaties hiervan zijn cruciaal. Sturingsinstrumenten geven niet alleen aan de zorgverlening maar ook aan de definitie van goede zorg een bepaalde invulling en richting. Ze structureren ons denken en handelen. Sommige waarden zullen meer worden benadrukt dan andere; sommige zullen naar voren geschoven worden, andere naar de achtergrond. Als over de zorg in markttaal, producttaal of consumententaal wordt gesproken, zal ook onze kijk op wat goede zorg is veranderen. Dat zal zeker ook gelden voor wie met de zorg te maken heeft: een marktomgeving ‘doet wat’ met mensen. Zorgverleners worden (ook) zorgaanbieders, zorgbehoeftegen zorgconsumenten en de zorg een product, al zou het te ver gaan om van algehele reductie te spreken: van ‘louter’ product, consument of aanbieder.

De vraag naar het juiste instrument is een vraag naar de juiste omgeving. Waar gedijt (floreert) de zorg het beste; waar komt zij het best tot haar recht? (Polder et al., 1996). Welke omgeving is (onder de huidige omstandigheden) het meest adequaat of passend? Of in termen van de zorgverlener: welke omgeving spoort het beste met diens beroepsethiek? Voelt men zich eerder thuis bij de taal van de overheid en wetgeving dan bij die van markt of manager? Of bij geen van beide? In het antwoord dat wij geven speelt onontkoombaar een idee mee over wat goede zorg is.

6.2 Het marktinstrument: samenwerking op basis van overeenstemming

“Understood as social space for peaceable consensual human interaction, the market does not draw moral authority from appeals to consensus, ideal theories of rational action, or even deep moral intuitions regarding appropriate consequences, human rights or cardinal moral concerns. So understood, the market draws moral authority from the agreement of the parties to collaborate – that is, moral authority is created through free consensual agreement. Collaborators need not agree regarding the background ranking of values or moral principles, cultural or religious assumptions, or even regarding the importance of health care vis-à-vis other goods; they need only affirm the content of their agreement. No value standard or order must be presumed, just the recognition that collaboration is possible through agreement” (Cherry, 2003)

Marktwerking geeft aan de zorg en de definitie van wat goede zorg is een eigen invulling en richting. De markt bepaalt zo tevens op haar eigen manier wat ‘kwaliteit’ is. De ruimte die de markt biedt heeft ook haar keerzijde.

De ruimte van de markt

De voordelen van de markt, in bovenstaand citaat door Cherry in ethisch perspectief omschreven, zijn kortweg: de markt stelt in staat vreedzaam samen te werken; het is voldoende dat partijen het op vrijwillige basis eens worden; daaraan ontleent de markt haar morele gezag; voor de rest is het volstrekt niet nodig dat men elkaar op andere punten kan vinden (op het gebied van moraal, geloof, achtergrondovertuigingen, het belang van het ‘goed’ gezondheid naast andere goederen, etc.).

Hij onderkent dat de markt veel toelaat dat zij strikt genomen niet onderschrijft. Zij staat mensen toe in de zorg dingen in te kopen die anderen op z’n mooist voor afwijkend houden en wellicht in moreel opzicht voor volstrekt verwerpelijk. Waarop hij het oog heeft, zegt hij niet. We kunnen denken aan gangbare, meer en minder breed geaccepteerde zorg (zwangerschapsafbreking, euthanasie, hulp bij voortplanting, plastische chirurgie, transseksuele operaties, orgaandonatie bij leven, etc.) maar ook aan zorg die minder vanzelfsprekend of zelfs controversieel is: beenamputatie op verzoek zonder ‘medische’ indicatie, legale betaling aan orgaandonoren, betalen voor snellere hulp in bedrijvenpoli, de verstrekking van gezondheidsschadende

stimulerende middelen, de creatie van embryo's voor medisch onderzoek, etc.

Keerzijde

Op de markt krijgt zorg een bepaalde kleur. Aan de voordelen die het marktinstrument meebrengt, zit ook een keerzijde. De kritiek zou ik in termen van waarden als volgt willen beschrijven.

Intrinsiek versus instrumenteel

Niet genezing of gezondheid is het uiteindelijke doel, maar een tevreden patiënt. Waarden die velen als 'intrinsiek' aan de geneeskunst zien (de waarde van het leven; de integriteit van het lichaam; gezondheid) ziet men op de markt als louter 'instrumentele' waarden: leven, lichaam en gezondheid zijn er kennelijk niet de laatste of hoogste waarde. Wat telt is de wens van de patiënt en diens bereidheid of mogelijkheid om te betalen, niet het medisch oordeel. Op de markt kan elke waarde worden afgewogen tegen of opgeofferd aan andere waarden.

Gelijkheid en rechtvaardigheid

Datzelfde geldt voor een andere intrinsieke waarde, 'rechtvaardigheid'. Ook die is op de markt niet heilig. Volgens een bepaalde invulling van rechtvaardigheid (op basis van een bepaald idee van gelijkheid en respect voor mensen) zou een bedrijvenpoli, waar werknemers tegen betaling met voorrang behandeld worden, onrechtvaardig zijn. Daarentegen getuigt het van goed marktdenken wanneer deze bedrijvenpoli's wel op de markt geaccepteerd worden: zij genereren immers extra geld en kunnen zo werknemers sneller helpen, waardoor uiteindelijk ook anderen sneller aan de beurt zijn. Op de markt kan men geld verdienen door bepaalde, schaarse zorg aan te bieden en kan met geld voorrang worden gekocht. Een bepaald idee van 'fairness' moet dan worden opgeofferd voor 'efficiency'. Iedereen is beter af in de betekenis van 'sneller' geholpen, maar sommigen wat sneller dan anderen. Hoe zwaar tilt men, tillen zorgverleners en zorgbehoeftigen, aan die ongelijkheid?

Een dunne invulling

In ethisch opzicht biedt het marktinstrument een 'dunne' invulling van zorg. Een smalle morele basis van overeenstemming is er voldoende. Op de markt wordt uitgegaan van de mondigheid van consumenten. 'Goed' is wat direct betrokkenen overeenkomen. De verkoop van een nier, de amputatie van een been, hulp bij zelfdoding bij levensmoeheid, is in

moreel opzicht niet dubieus zolang het om vrijwilligheid gaat (en derden niet geschaad worden). De markt legt dus geen bijzonder idee over zorg aan mensen op. Betrokkenen mogen zelf uitmaken hoe zij aan hun eigen visie op zorg invulling wensen te geven. De vraag mag hier het aanbod sturen, net als bij de andere goederen op de markt (veiligheid; onderwijs; voeding). Of men op de markt kwetsbare patiënten voldoende bescherming kan bieden is uiteraard een belangrijke vraag. Vaak zijn aanvullende instrumenten nodig (bijvoorbeeld wet- en regelgeving) om die bescherming te realiseren.

6.3 Het juridisch instrument: de zorgrelatie als contract

“Gezien de ongelijkheid in status en kennis, en gezien de feitelijke afhankelijkheid van de patiënt, is het doorgaans voor de patiënt te verkiezen om zich niet op zijn rechten te beroepen” (Huibers en Van der Burg, 1994).

Ik gaf aan dat sturingsinstrumenten in hun onderlinge samenhang moeten worden beoordeeld. Het juridisch instrument beoogt de bescherming van betrokken partijen in de zorg, maar stempelt eveneens de zorg op eigen wijze. Het is zinvol de discussie over economisering ook in dit licht te zien. Veranderingen in de richting van meer kostenbewustzijn, vraagsturing en marktwerking staan niet op zichzelf. In een belangrijk opzicht spoort het juridische kader van de nog vrij recente WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) met de benadering die ook op de markt geldt. En valt vergelijkbare kritiek te beluisteren.

Het ideaal van de WGBO

In de WGBO is het grote belang dat gehecht wordt aan de autonomie van de patiënt uitgewerkt in een steviger juridische positie (Legemaate, 1995; Macklin, 1993). Ten grondslag aan de wet ligt de idee van een *contractmodel*. Net als op de markt moeten we in de zorg leren denken in termen van contractuele afspraken van wederzijdse rechten en plichten, waarin partijen op basis van gelijkwaardigheid en vrijwilligheid overeenkomen welke zorg gewenst en gegeven wordt. ‘Overeenkomst’ is dus ook hier een sleutelbegrip. Daarbij wordt de patiënt net als een klant als mondige burger tegemoet getreden. De wet beoogt een meer evenwichtige, minder asymmetrische zorgverleningsrelatie. Het model zal de praktijk en het denken over zorg

veranderen, hoe is nog moeilijk te zeggen. In het contractmodel liggen kansen en risico's besloten.

Keerzijde

Vergelijkbare kritische vragen die ten aanzien van de markt worden gesteld, bestaan ook hier (Huibers en Van der Burg, 1994).

- Wat betreft 'het eigene' van de zorg: leent de zorgverlening zich naar haar aard wel voor een juridische benadering en is het contractmodel dat men koos hier passend?
- Wat betreft de 'effecten' van het instrument: zal in de praktijk meer (eenzijdige) nadruk komen te liggen op de juridische normen en minder op de morele normen?

Ik laat enkele aspecten die naar voren worden gebracht de revue passeren.

Feitelijke asymmetrie

De wet heeft symbolische betekenis. De wenselijkheid en noodzakelijkheid van een gelijkwaardiger positie van zorgverlener en zorgvrager wordt ons voorgehouden. Niettemin blijft in de praktijk sprake van feitelijke ongelijkheid. Deze heeft zowel te maken met de kennis en kunde van de arts als met de veelal afhankelijke, kwetsbare positie van de patiënt. Het begrip 'informed consent' bijvoorbeeld is op zichzelf al de erkenning van een asymmetrische relatie: de arts weet, de patiënt moet (via de arts meestal) zien te weten komen. Weliswaar wordt het ideaal van de mondige burger in stelling gebracht tegen ongepaste afhankelijkheid en paternalisme, maar dit ideaal strookt dikwijls niet met de sociale realiteit. Sterker, kan daarmee nauwelijks stroken: "Gezien de ongelijkheid in status en kennis, en gezien de feitelijke afhankelijkheid van de patiënt, is het doorgaans voor de patiënt te verkiezen om zich niet op zijn rechten te beroepen" (Huibers en Van der Burg, 1994).

Geen vrije markt

De arts-patiëntrelatie functioneert slechts in beperkte mate in een omgeving die als een vrije markt kan worden gekarakteriseerd. Voor het afsluiten van 'contracten' zijn de keuzemogelijkheden veelal begrensd, geografisch, verzekeringstechnisch en psychologisch. Naast 'voice' mogelijkheden ontbreekt het meestal aan 'exit' mogelijkheden.

Vage normen

De inhoud van de materieel-rechterlijke normen is niet scherp afgebakend. Veel bepalingen zijn vaag en open geformuleerd: 'voorzover noodzakelijk', 'niet onevenredig', 'gewichtige rede-

nen’, ‘ernstig nadeel’, etc. Een nadere invulling is nodig voordat werkelijk van bescherming door rechten kan worden gesproken. In het recht verwijst men gewoonlijk naar de normen die binnen de medische professie zijn vastgesteld en zoekt men daarin juridisch houvast.

Minimalistisch handelen

De patiënt is niet meer afhankelijk van de goedheid of menslievendheid van de arts. Hun samenwerking is gebaseerd op welbegrepen eigenbelang. De arts kan alleen maar bestaan bij de gratie van patiënten (zorg geven en inkomen ontvangen gaan samen) en van de gemeenschap die zorgverleners de middelen, scholing en infrastructuur aanreikt om hun werk te kunnen doen. De professie wordt meer tot een gewoon beroep, waarbij noch altruïsme noch weldoen als kernwaarden behoeven te worden gezien. Dat alles is winst. Echter, wanneer beide partijen louter eigenbelang zouden nastreven, kan dit negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorgverlening hebben. In dat geval vat men de contractuele verplichtingen slechts minimalistisch op: doet men niet meer dan volgens contract strikt nodig is. Persoonlijke inzet en bijzondere aandacht voor een patiënt kunnen dan nauwelijks nog ‘professioneel’ heten: eerder onnodig en dus onprofessioneel.

Een ‘dikker’ ethische visie. Een ethische visie op de relatie zorggever-zorgontvanger gaat gewoonlijk uit boven een dergelijke minimummoraal van calculerende wederkerigheid. Het is een empirische vraag of het juridisch instrument deze visie frustriert. Leidt ‘juridisering’ tot defensieve geneeskunde, tot verschraving van de zorgverleningsrelatie, tot niet meer doen dan nodig is? Tot morele erosie? Waarden als persoonlijke aandacht, een zorgzame attitude en wederzijds vertrouwen zijn toch van groot belang? Zorg wordt toch veelal verleend in situaties waarin de patiënt afhankelijk en kwetsbaar is? Eerder dan van een contract, is sprake van – wat vaak genoemd wordt – een ‘convenant’. Met dit *verbondsmodel* benadrukt men dat zorggever en zorgontvanger voor dezelfde zaak staan, vanuit een gemeenschappelijkheid, maar dat beiden beslist niet gelijkwaardig behoeven te zijn.

De ene norm is de andere niet

Ethisch gesproken mag de juridische logica, “the vocabulary of rights” nooit tot allesbepalende norm worden (Huibers en Van der Burg, 1994). De medisch-professionele norm en de medisch-ethische norm vallen er niet mee samen. Een goede hulpverlener heeft de verantwoordelijkheid en dient de vrijheid

(‘autonomie’, Den Hartogh, 1997) te hebben om de zorg te geven die voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Deze zorg omvat meer dan wat is vastgelegd in regels en standaarden. In de praktijk moet blijken hoe het juridisch instrument uitwerkt. In onze beoordeling worden we steeds terugverwezen naar de vraag welke morele visie wij hebben op goede zorgverlening en op de rolmoraal van zorgverleners. Vanouds zijn zij ‘heilige noch koopman’.

Ideaal en werkelijkheid

Onderzoek zou laten zien dat de WGBO de positie van de patiënt in veel opzichten niet heeft versterkt: ‘het ideaal is nog niet gerealiseerd’. Met betrekking tot minderjarigen bestaan bijvoorbeeld onduidelijkheden over ouderlijke zeggenschap en doet men de aanbeveling hierover een publiek debat te voeren (Dute et al., 2000). Welke conclusie verbinden wij aan deze evaluatie? We kunnen twee kanten op. Is het antwoord: “We moeten harder aan het ideaal werken, zodat de patiënt echt een mondige en gelijkwaardige partij wordt in de zorg”? Of is ons antwoord: “Met dit idee van gelijkwaardigheid wordt de plank misgeslagen. Het past niet in een situatie waarin men kwetsbaar, hulpbehoevend en afhankelijk is. De gegeven ongelijkheid kunnen we niet, of beter, moeten we niet willen gladstrijken” Waar sommigen dus over de zorg spreken in termen van overeenstemming (markt) en contract (WGBO) als fundamentele morele categorie voor (idealiter) gelijkwaardige partijen, en bescherming waar nodig aanvullend geregeld moet worden, spreken anderen daarentegen over een ‘convenant’. Daarmee wordt uitgedrukt dat:

- ongelijkheid (feitelijk, fundamenteel) ‘eigen’ is aan de zorgverlening, en uitgangspunt moet zijn;
- de zorgrelatie gebaseerd is op ‘gemeenschappelijkheid’: betrokkenen staan voor dezelfde zaak, de bevordering van het goed dat gezondheid heet en alles wat daarmee te maken heeft;
- ‘vertrouwen’ ten grondslag ligt aan deze relatie: zorgverleners ‘staan in’ voor hun patiënten waar zij dat zelf niet kunnen.

6.4 Het professionele instrument: deskundigheid en ethiek

“Studenten medicijnen, gesteld voor een lastige beslissing, hoor je nogal eens zeggen: ‘Je moet er zelf achter kunnen staan’. Dat wordt hen kennelijk al vroeg geleerd. Deze vuistregel lijkt voor hen een belangrijke, zelfs essentiële en laatste toetssteen voor hun medische handelen te zijn” (Hilhorst, 1999-a).

“I feel most of the time as if we are sandwiched between ethics and economics” (DeAngelis, 1993). “The ethics of health care and the ethics of the market don’t mix” “... the market does not work for health care” (Taft, 1999).

Voor zorgverleners is de eigen professionele omgeving wellicht de meest betrouwbare en veilige omgeving. Hier immers vormt deskundigheid de norm bij uitstek. De vraag is in hoeverre deze professionaliteit in de huidige omstandigheden sturend en richtinggevend kan zijn. Kan men er terugvallen op ‘vaste’ normen en waarden?

Professionaliteit: verwachtingen en twijfels

Het advies ‘Marktwerking in de medisch specialistische zorg’ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003) ziet belangrijke voordelen van marktwerking, zoals een grotere toegankelijkheid en doelmatigheid. Maar het onderkent ook een aantal beperkingen en zwakheden. Men noemt er twee. Zo kan de zelfregulering binnen de sector en de beroepsgroep onder druk komen te staan. Ook acht men patiëntselectie niet denkbeeldig, dat wil zeggen: de keuze voor de gezondere, goedkopere en makkelijkere patiëntengroepen. Ten aanzien van dit laatste wordt opgemerkt:

“Er zijn ook tegenkrachten. De normen en waarden van de betrokken partijen bijvoorbeeld. De beroepsethiek zal zich blijven verzetten tegen patiëntselectie. De ziekenhuizen, die zichzelf presenteren als maatschappelijke ondernemingen, zullen selectie eveneens willen voorkomen” (p. 49, 50).

De zinsnede is opmerkelijk. Wat de markt laat liggen, zal door de professie worden aangevuld. Of nog sterker: datgene waartoe de markt wellicht zelfs uitlokt, zal door de beroepsbeoefenaars worden weerstaan. De vragen liggen hier voor de hand. Is de medische professie van specialisten geschikt om deze taak, die het advies haar toekent, te vervullen? Waarop baseert

men deze verwachtingen? Meer marktwerking met het oog op een beter functionerende zorg is voor alle betrokkenen in feite een experiment, met alle kansen en risico's vandien en een onzekere uitkomst. Niet voor niets wordt over een geleidelijke invoering gesproken. Vanwaar dan dit vertrouwen in de professe? Als ankerpunt verwijst men naar 'de' beroepsethiek. Vanuit beleids oogpunt ziet men in dit verband de beroepsethiek kennelijk als sturend en richtinggevend instrument dat medebepalend is voor 'good health care delivery'. Kan beroepsethiek die rol inderdaad vervullen?

Opvallend is dat in één adem beroepsbeoefenaars en zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, worden genoemd. Onduidelijk is hoe men de verhouding van zorginstellingen en zorgverleners, met name op het punt van de ethiek, ziet. Sporen beide met elkaar of staan ze op gespannen voet? Zijn ze ondergeschikt of nevenschikt? Het ligt voor de hand dat zorginstellingen hun eigen stempel op de zorg zetten die spoort met de visie of signatuur van de instelling of het beeld dat men van de eigen toekomst als instelling heeft. De managementethiek die past bij het 'maatschappelijk ondernemen' waarop de RVZ doelt valt niet vanzelfsprekend samen met de beroepsethiek van zorgverleners. Het zou onjuist zijn om hiervan uit te gaan. Ook de aanname dat beide – zorginstellingen en beroepsgroep – zich aan de kant van de patiënt en niet aan de kant van de markt zullen scharen, is niet vanzelfsprekend.

Krachtenveld van belangen

De geluiden die zorgverleners in de praktijk laten horen, moet men zeer ernstig nemen. Of zij nu gelijk hebben of niet, hun ervaringen geven te denken. Er klinken niet alleen hun frustraties in door (Miles, 2002), maar ook hun motivaties. In die motivaties spreekt een visie op zorg. Hun ervaringen verwijzen naar het complexe krachtenveld van belangen waarin zij zich geplaatst voelen. In dit krachtenveld blijkt het moeilijk om een ideaal van zorg hoog te houden. Enkele geluiden uit het buitenland (DeAngelis, 1993; Taft, 1999):

Medische zorgverlening een bijzonder goed

De zorg verschilt van andere goederen, zoals een goede voedselvoorziening of goed onderwijs. Daarom gaat het er anders aan toe dan in een bedrijfsmatige onderneming of in de publieke dienst. Er wordt verdeeld op basis van deskundigheid naar individuele behoefte en urgentie.

Aanbod manipuleert de vraag

Zorgbehoefte weten vaak niet welke zorg zij werkelijk nodig hebben. Bovendien is deze zorg voor niet-ingewijden moeilijk te beschrijven en beschikken zorgverleners, anders dan op de markt, over de toelating ertoe. De consumptie van zorg kan daarom door het aanbod gemakkelijk worden gemanipuleerd en dit aanbod is schier grenzeloos. Of de zorgverlener het belang van de patiënt voorop stelt wordt dan een kwestie van vertrouwen. Bevelen zorgverleners iets aan omdat de patiënt het werkelijk nodig heeft of omdat zij er zelf beter van worden? Let men in een instelling vooral op de wensen van het management en de aandeelhouders en minder op de klanten? Strategisch handelen is het onvermijdelijke gevolg: minder of juist meer zorg, of andere zorg, dan die welke voortvloeit uit louter medisch-professionele en medisch-ethische normen. Met als gevolg ondermaatse kwaliteit.

Kwaliteitsverlies

Geconstateerd wordt dat zorginstellingen met winstoogmerk aantoonbaar slechtere kwaliteit leveren (de voorbeelden zijn borstkanker en nierdialyse) dan zorginstellingen zonder winstoogmerk, met als conclusie: “The decade old experiment with market medicine is a failure” en “The drive for profit is compromising the quality of care”. De private, commerciële eigendomsverhoudingen zijn de boosdoener. Het betreft HMO's in de Verenigde Staten en verwezen wordt naar onderzoek in gerenommeerde tijdschriften, zoals JAMA en N.Eng.J. (Taft, 1999).

Belangenverstrengeling

Vaak heeft de zorgverlener persoonlijk belang bij bepaald zorgverlenend handelen. Het kan direct financieel gewin zijn (maximalisering van het inkomen), maar ook gewin in termen van prestige, carrière of imago. Wat bij een ambtenaar in publieke dienst nooit zou mogen, neemt men hier waar: vanuit een publieke instelling (ziekenhuis) koopt men contractmatig zorg in bij een private onderneming waarvan men zelf tevens eigenaar of belanghebbende is. Of men ontvangt een tegen-

prestatie wanneer men als zorgverlener verwijst naar een collega-aanbieder.

Ondoelmatigheid

Men noemt voorbeelden waaruit blijkt dat de zorg er soms trager en duurder is (oogklinieken, USA). En voorbeelden waarbij door 'market-based reforms' de bestedingen enorm zijn toegenomen. Het betreft hier het National Health System in Engeland sinds 1995. Een instelling die op winst gericht is zou zoveel extra kosten hebben in vergelijking van een publiek gefinancierde instelling (winst terug naar investeerders; marketing; hoge salarissen; belastingen; verzekeringen) dat de kosten er 30-40% hoger zouden moeten liggen, tenzij men de kwaliteit navenant naar beneden bijstelt.

Nieuwe bureaucratie

Wil de overheid greep houden op marktontwikkelingen dan vraagt dit om nieuwe bureaucratie en veel extra geld. Monitoring en assessment van individuele private contracten is immers nodig. Zorgverleners krijgen in hun dagelijks werk met talloze nieuwe regels te maken.

Inefficiënte competitie

Of er nu sprake is van een ideale markt of niet, private klinieken kopen dure middelen in, halen nieuwe technieken in huis, scheppen faciliteiten en willen die dan vervolgens gebruiken: de markt drijft in de richting van een hogere productie en overconsumptie, naar maximalisering in plaats van optimalisering van het zorgaanbod. Tegelijkertijd is men niet bereid deze middelen met andere organisaties te delen, samen te werken en kennis en kunde uit te wisselen.

Een genuanceerde werkelijkheid

De beoordeling van deze bezwaren is complex. Tegenover de slechte voorbeelden staan goede voorbeelden. Sommige landen lijken het goed te doen (Duitsland, België). Mogelijke negatieve effecten zouden kunnen worden ondervangen door goede afspraken of betere regelgeving. Zo wordt aan Duitse instellingen de eis gesteld dat zij niet louter de gunstige, goedkope en gezonde patiënten opnemen maar ook de minder gunstige. Niet meer dan 12% van de patiënten mag particulier verzekerd zijn. Ook stelt de overheid eisen aan de breedte van het pakket aan behandelingen dat een ziekenhuis moet leveren. Het gaat om gevaren die de wetgever tijdig dient te ondervangen (Mulders, 2003). Daar komt bij dat landen en gezond-

heidssystemen zich moeilijk laten vergelijken. De zorg in de USA staat bekend als inefficiënt en ondoorzichtig. Verzekeringsmaatschappijen mogen mensen afwijzen en grote groepen mensen vallen tussen wal en schip. Sommigen zullen de slechte voorbeelden afdoen als voorbijgaande kinderziekten of als een ongelukkig incident. Al gauw krijgt de interpretatie van de feiten weer een ideologisch karakter: in de markt moet men een beetje vertrouwen hebben en wie minder te spreken is over de huidige zorg zal eerder bereid zijn de stap naar 'meer markt' te omarmen.

Het ligt voor de hand om te nuanceren. Wat in de USA slecht is kan goed werken bij ons. Wat in de 'care' sector goed is kan in de specialistische zorg verwerpelijk zijn. Concurrentie zal eerder werken bij eenvoudige ziekenhuiszorg, met grote aantallen patiënten en lage financiële risico's dan bij de algehele zorg voor kleine aantallen patiënten met hoge financiële risico's. In de thuiszorg kunnen mensen zelf aangeven welke zorg zij nodig hebben en heel goed zelf beoordelen of de geleverde zorg naar wens is. Zo weet ook iedereen dat één pyjamadag per week niet normaal is en niet geaccepteerd hoeft te worden: er is nu eenmaal "a bottom line in patient care."

Zorgverleners en hun ethiek

Naarmate geld een grotere rol speelt in de dagelijkse zorgverlening, komen zorgverleners in een sterker krachtenveld van belangen terecht. De risico's voor de zorg zullen toenemen omdat strategisch handelen verleidelijk wordt. Wie verstandig handelt heeft niet alleen het belang van de patiënt op het oog maar ook andere belangen (Rodwin, 1993). Naast goeddoen moet immers ook in termen van geld worden gedacht.

Belangenverstrengeling kan betrekking hebben op heel verschillende dingen: op puur eigenbelang ('self-regarding': inkomen, carrière, imago), maar ook op het (dikwijls korte termijn) belang van derden (de continuïteit van de eigen maatschap of de instelling, de tevredenheid van aandeelhouders). Zorgverleners uiten terecht hun zorgen over een dergelijke verwarring van belangen. Hun waarschuwingen zijn op zichzelf reeds een vorm van beroepsethiek. Oprecht gemeend zijn ze een uiting van hun morele en professionele visie op ontwikkelingen in de zorg. Strategisch handelen staat met professioneel handelen op gespannen voet.

Of zorgverleners aan die verleiding tot strategisch handelen weerstand kunnen bieden is onzeker. We zullen nog zien of en hoe de beroepsethiek daarin een rol kan spelen. In het voor-

beeld van de heupoperaties in het buitenland kan men twee kanten op: vasthouden aan de hoogste professionele standaard voor kwaliteit of deze norm bijstellen en ook een mindere kwaliteit accepteren in het licht van wachtlijst en kosten. Het gaat daarbij niet om een keuze tussen ethisch en onethisch. Een mindere kwaliteit is niet noodzakelijk ook minder professioneel. Op de markt blijft ook sprake van beroepsethiek, het gaat alleen om een andere professionele ethiek.

In het algemeen geldt dat het niet verstandig is een al te zwaar beroep te doen op deugdzaamheid, zoals integriteit of de bereidheid tot welwillend handelen (altruïstisch, ‘other-regarding’). Zorgverleners zijn ook maar mensen: “... all but the most extreme moral saints become non-compliers.” (De Wispelaere, 2003). Was het waar dat zorgverleners eenvoudig betrouwbare rotsen in de branding zijn, dan zou een beetje meer belangendruk in de zorg niemand kwaad doen. “Je kunt in organisaties, bedrijven en in de politiek niet zonder integere mensen. Doe echter je uiterste best er zo weinig mogelijk van nodig te hebben.” (Musschenga, 2004). Beroepsethiek heeft weliswaar net als alle ethiek een bovenindividueel karakter, maar stelt pas wat voor als zij is ingebed in haar omgeving en daar breed gedragen en ondersteund wordt. Intern: binnen de beroepsgroep, en extern: in instelling en samenleving. Beroepsethiek moet georganiseerd worden wil zij een effectief instrument zijn (Van Dartel et al., 2002). Een andere omgeving (bijvoorbeeld met ‘meer markt’) vraagt om een aan die omgeving aangepaste beroepsethiek. De beroepsethiek van zorgverleners kan daarom niet losgezien worden van de ethiek van het zorgmanagement. Er is sprake van onethisch management wanneer zorgverleners te zeer in een krachtenveld van tegenstelde belangen geplaatst zouden worden. De verleiding of druk om strategisch te handelen, ten koste van de zorg, wordt dan te groot.

Essentieel element in de beroepsethiek is dat zorgverleners zich laten leiden door het verlangen om ‘goede zorg’ te verlenen. Het gaat om een professioneel motief waaraan men een grote persoonlijke en professionele voldoening kan ontleen: ‘het gevoel dat je een lastige klus goed hebt geklaard’. Goed betekent hier goed volgens de regels van geneeskunst en zorgverlening; volgens de logica van het specialisme en overeenkomstig de gerechtvaardigde verwachtingen van patiënt en maatschappij. Voor dit onafhankelijke, eigenstandige handelen hebben zorgverleners een zekere mate van professionele vrijheid nodig. Om die onafhankelijkheid veilig te stellen zijn

(professionele) instituties nodig – waarvan in bovenstaand RVZ-citaat sprake is – met bijbehorende vrijheden: opleiding en scholing, voortgaand medisch-wetenschappelijk onderzoek, professionele zelfregulering, kwaliteitsborging en toetsing, sancties en tucht, etc.

Wat er op het spel staat is duidelijk. Wanneer meer ‘zorgproducten’ via de markt worden aangeboden, moeten we ons afvragen of:

- deze professionele onafhankelijkheid nog wel sterk genoeg zal zijn en de professionele instituties die daarbij horen voldoende gegarandeerd;
- de professionele norm zich zal kunnen handhaven in het krachtenveld van belangen (en andere, concurrerende normen) en nog dezelfde centrale rol kan spelen die zij tot dusver speelde;
- er, kortom, onder gewijzigde omstandigheden voldoende basis voor vertrouwen blijft in het handelen van zorgverleners.

Kortom, markt vraagt om tegenwicht

Op de markt kunnen we volstaan met een in ethisch opzicht ‘dunne’ invulling van zorg. Overeenstemming vormt de morele basis. Voorzover daaraan ook nadelen kleven, kan men aan de andere instrumenten een tegenwicht ontlenen. Juridische kaders en professionele normen kunnen aan de markt grenzen stellen en richting bieden. Het rapport van de RVZ noemt ook ‘de’ beroepsethiek in de zorg een tegenwicht. Of dat terecht is moet duidelijk worden door na te gaan wat de aard en betekenis van deze beroepsethiek is.

7 De beroepsethiek als instrument

“... A morally legitimate relation between a client and a professional is grounded in the professional’s adherence to his or her promise to promote a specific client good” (Koehn, 1994).

Op verschillende manieren kan over beroepsethiek worden gesproken. Wat bedoelen we ermee en wat mogen we er wel en niet van verwachten? Ik typeer het begrip door een schets te geven van respectievelijk

- de belangrijkste ingrediënten,
- de verschillende gestalten,

- de essentiële dynamiek.

7.1 Ingrediënten

“... we should all see ourselves as members of a collectively responsible society ...a community with a communal good not entirely reducible to the individual goods” (Downie, 1990).

De term beroepsethiek verwijst naar het goede handelen van zorgverleners. Dit handelen bevat een aantal ingrediënten (Koehn, 1994):

- *Individueel belang*: de zorgverlener handelt met het oog op het (beste) belang van de zorgbehoefte die aan hem of (meestal) haar zijn toevertrouwd.
- *Expertise*: de zorgverlener verlaat zich in wat goed handelen is niet louter op wat de zorgbehoefte vindt wat goed (in diens belang) is, maar bezit een eigen, specifieke deskundigheid; deze expertise verbindt en deelt de zorgverlener met andere zorgverleners.
- *Vertrouwen*: de zorgbehoefte moet zich op de zorgverlener kunnen verlaten, vertrouwen op diens inzet, op diens deskundigheid, op diens belangeloze gerichtheid op het goed (het belang) van de zorgbehoefte.
- *Publiek goed*: dit handelen heeft een bovenindividueel karakter. Het is gericht op het bevorderen van gezondheid of het bestrijden van ziekte (het voorkomen van leed, ziekte, vroegtijdige dood), van bijzondere waarde voor zowel individu als gemeenschap. Men dient dus niet slechts een individueel maar ook een publiek belang.
- *Eed*: de openbare belofte zich hiervoor in te zetten, verbindt de zorgverleners (symbolisch) aan dit individuele en publieke goed, men mag hen er te allen tijde op aanspreken. In die zin is sprake van een ‘roeping’, men belooft publiekelijk zich ‘naar beste weten en vermogen’ te willen inzetten voor dit bijzondere goed.
- *Zelfregulering*: gezien de specifieke expertise die nodig is ligt het voor de hand dat zorgverleners zichzelf organiseren (opleiding; verwerving/onderzoek en verspreiding van kennis en kunde). Niet verwonderlijk is dat van een historisch gegroeide professionele autonomie sprake is en dat de professionalisering nog steeds toeneemt.
- *Draagvlak of maatschappelijke legitimatie (public trust)*: zelfregulering en professionele autonomie kunnen slechts bestaan zolang en voorzover er daarvoor in de maatschappij draagvlak bestaat. De professionele vrijheden kunnen in

de huidige samenleving slechts als verleende (geschonken; gedelegeerde) vrijheden worden gezien. Machtsmisbruik, eigenbelang en paternalisme kunnen leiden tot ondergraving van dit draagvlak en tot inperking van professionele vrijheden.

- *Variatie, eigen invulling en discretie*: medisch handelen heeft vanwege het expertise karakter een grote, voor zichzelf sprekende mate van uniformiteit. Wat goede zorg is wordt (ten dele; in belangrijke mate) door expertise uitgemaaakt; het betreft het professionele oordeel over wat goede zorg is. Daarbij geven zorgverleners onvermijdelijk een eigen invulling aan hun rol (zoals zij die zien) en aan hun zorgverlening in het individuele geval. Zo bestaat er een zekere mate van variatie in het handelen tussen zorgverleners. De eigen verantwoordelijkheid die men voor dit handelen draagt, ook in ethisch opzicht, vereist voldoende vrijheidsruimte (discretionaire bevoegdheid), zonder welke men niet verantwoord kan handelen.
- *Verantwoording*: deze vrijheidsruimte is geen ruimte waarbinnen de zorgverlener het alleenrecht heeft en naar eigen goeddunken kan handelen; inzichtelijkheid en verantwoording zijn er onmisbare ingrediënten.

7.2 Gestalten

“Het klinkt als een hoogstaand ideaal om te zeggen dat de dokter voor de gezondheid of het welzijn van zijn patiënt moet zorgdragen, maar in feite is dit eenvoudig de definitie van het werk van een dokter. De schaapherder moet als schaapherder zorgen voor zijn schapen, de tuinman als tuinman behoort voor zijn bloembedden en het gras te zorgen, en de piloot als piloot behoort zijn passagiers veilig te vervoeren.” (Downie, 1988; in Hilhorst, 1999-a).

Ongeschreven regels

Een gangbare definitie van moraal luidt: het geheel van zeden en gewoonten met betrekking tot wat ‘behoort’, voorzover dit aan fundamentele waarden raakt zoals veiligheid en gezondheid, respect, waarheid en waardigheid, vrijheid en rechtvaardigheid. In ethiek als reflectie op moraal gaat het dus om zaken waarover men spreekt in termen van goed en kwaad, juist en onjuist, maar ook in termen van meer en minder wenselijk. Ethiek vindt haar uitdrukking in zowel geschreven als ongeschreven regels, het betreft regels die meer of minder expliciet in een samenleving bestaan.

Morele regels worden aangeleerd en doorgegeven in opvoeding en opleiding en worden vaak als vanzelfsprekendheid gezien. Ze kunnen weliswaar niet worden afgedwongen zoals dat met juridische regels het geval is, maar niettemin heeft ethiek haar eigen gezag. Ethische regels dragen een eigen karakter, ze worden als algemeen geldend en verplichtend gezien. Ethiek kent haar eigen 'instrumenten' van drang en dwang, in de vorm van:

- sociale druk (lof en blaam, afkeuring en toejuicing, morele reputatie en afbreukrisico's),
- afspraken (overeengekomen regels en eventuele sancties), en
- het persoonlijk geweten.

Langs deze wegen kan de ethiek zijn invloed tot gelding brengen en het handelen sturen.

Geschreven regels

De regels voor het medisch handelen zijn steeds meer expliciet gemaakt, ook in ethisch opzicht. We kunnen spreken van een proces van professionalisering. De beroepsgroep stelt 'intern' orde op zaken, maakt onderlinge afspraken en bindt zo individuele beroepsbeoefenaars aan professionele normen (die op hun beurt weer kunnen worden uitgewerkt in richtlijnen, standaarden, protocollen, etc.). Ook de moderne eisen van efficiency en de noodzaak van kostenbesparingen nopen daartoe, want "als wij zorgverleners het niet zelf doen, doet de overheid het" (Gezondheidsraad, 1991). Voorts werd het zorgverlenend handelen in toenemende mate wettelijk ingekaderd: maatschappelijke normen bepalen hoe zorgverlening dient plaats te vinden (wet WGBO, WMO, etc.). Er is dus sprake van een 'dynamiek', van steeds bijgestelde normativiteit.

De beroepsethiek heeft langs twee verschillende lijnen vorm gekregen.

- Er zijn 'de eed', beroepscode, gedragsregels, standaarden en protocollen, etc. Deze weerspiegelen vooral een interne beroepsethiek van en voor de professie. We zouden van een traditioneel spoor van zelfregulering kunnen spreken.
- Daarnaast heeft beroepsethiek een uitwerking gekregen waarbij de maatschappelijke inkadering voorop staat. Het gaat hier om een overwegend modern, extern spoor. Beroepsethiek krijgt er een plaats in een breder verband.

De eed

De artseneed zoals die sinds 1878 werd afgelegd heeft inhoudelijk niet veel om het lijf: de beginnend arts belooft zich aan de wet te houden, maar dat mag van iedere burger worden verwacht, ook zonder dat men de eed aflegt. Men belooft zich aan het beroepsgeheim te houden: datgene vertrouwelijk te bewaren wat men in vertrouwen bij de uitoefening van het beroep te horen krijgt (tenzij de wet anders zegt), maar ook dit is wettelijk geregeld, de eed doet daaraan niets toe of af. Belangrijk is wellicht de symbolische waarde die van de eed uitgaat: publiekelijk belooft men aanspreekbaar te zijn op de verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de kennis en kunde die men zich eigen heeft gemaakt. Men belooft met die verantwoordheden het publieke belang te dienen, naar beste weten en vermogen. Ofschoon de inhoud van dit handelen gemarkeerd wordt door de kaders van de wet, wordt de inzet van de zorgverlener in de eed nadrukkelijk als een persoonlijke inzet en verantwoordelijkheid opgevat.

De les die ik eruit trek: hart voor de zaak, goede intenties en persoonlijke inzet, worden als onontbeerlijk gezien. Zonder dat alles kan geen goede zorg bestaan. Erachter gaan idealen schuil over goed hulpverlenerschap die niet in de regels te vangen zijn en ook niet voor iedereen gelijk zijn. (Hoe vaak bezoekt men een stervende thuis en een nabestaande nadien, en drinkt men koffie mee?) Voor de herschreven eed uit 2003 is dat nog steeds zo. De eed veronderstelt persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid. Zonder dat verliest de arts-patiëntrelatie haar morele (en professionele) karakter. Dit morele karakter dient nadrukkelijk te worden gezien als een aspect van kwaliteit, waarover men in de organisatie van de zorg moet waken op straffe van morele erosie en morele burn-out.

Gedrags- en erecodes

Veel inhoudelijker zijn de gedragscodes die voor veel beroepen zijn ontwikkeld. Ze hebben de vorm van een reeks van expliciete regels, zoals de klassieke joodse tien geboden. De hippocratische artseneed is daarvan eveneens een voorbeeld, waarbij destijds een wettelijk kader zoals wij dat nu kennen ontbrak maar goden en godinnen de toon zetten. Ook de – in mijn ogen weinig geslaagde – moderne formulering van de eed in 2003 heeft (veelmeer dan de eed uit 1878) de vorm van een lijstje regels gekregen.

Deze zijn zo vaag en dubbelzinnig dat ze niet veel meer dan ‘aandachtspunten’ genoemd kunnen worden. Codes hebben als

kenmerk dat ze zijn opgesteld als een soort ‘intern’ keurmerk, meestal door en voor de beroepsgroep zelf. De codes bestaan tegenwoordig naast of in aanvulling op wetgeving, in de vorm van KNMG-gedragsregels of het Modelreglement arts-patiënt van KNMG en LPCP. Men kan denken aan de regel dat arts en patiënt ernaar moeten streven om in diagnose en behandeling te streven naar beheersing van kosten in de spreekkamer (Hilhorst, 1991-1). Hoezeer deze codificering ook van belang kan zijn, in praktisch en ethisch opzicht hebben ze beperkte betekenis.

- *Sancties.* Stellen ze meer voor dan goede bedoelingen, dan zijn betrouwbare en effectieve mechanismen nodig om de naleving te waarborgen (opleiding; controle; toetsing; tucht; sancties).
- *Monopolie.* Ze kunnen machts- en monopolievorming versterken, wanneer niet ook anderen bij opstelling en naleving betrokken zijn. Niet exclusiviteit maar inzichtelijkheid en transparantie versterken het vertrouwen in de beroepsgroep.
- *Botsende regels.* Meestal worden de regels naast elkaar gepresenteerd, zonder veel samenhang en krijgen ze het karakter van goede bedoelingen en punten die aandacht verdienen. Men moet bijvoorbeeld vertrouwelijkheid in acht nemen en loyaal zijn jegens cliënten, collega’s, de instelling, de beroepsgroep, de samenleving, maar hoe te handelen wanneer regels strijdig met elkaar zijn, wordt zelden aangegeven. Ze bieden onvoldoende invulling en helpen dan weinig verder. Het wordt moeilijk om gedrag als onjuist aan te merken en daaraan sancties te verbinden. De regels roepen dan meer vragen op dan ze beantwoorden.
- *Strijdige ethieken.* Regels vragen om concrete invulling, maar zodra dat gebeurt worden zelfs volledig strijdige ‘beroepsethieken’ zichtbaar. Een zorgverlener staat aan de kant van het leven en niet van de dood. Maar het “Gij zult niet ... doden” bijvoorbeeld, in de hippocratische traditie een vanzelfsprekendheid, heeft desondanks in de huidige abortus- en euthanasiewetgeving een heel eigen invulling gekregen. Onder zorgverleners wordt (niet anders dan in de maatschappij als geheel) over die invulling totaal verschillend gedacht. Deze ethieken zijn niet op één noemer te brengen en het gaat daarbij niet om een bijzaak maar om ‘het hart’ van de beroepsethiek. Een onoverbrugbaar verschil in opvatting, zo lijkt het, waarvoor instrumenten als sancties of tucht (harde hand), opleiding en socialise-

- ring (sociale druk) of afspraken om 'afwijkende' opvattingen uit te bannen uiteraard niet passend zijn.
- *Aanpassing aan de tijd.* De regels moeten worden toegepast in nieuwe omstandigheden. Ze zijn – hoe kan het anders – tijdgebonden, ze dragen het stempel van hun tijd. Dat vraagt om aanpassing. In de eed uit 1878 was nog sprake van een nu achterhaalde indeling in genees-, heel- en verloskunst. De goden en godinnen vielen af en wetgeving is ervoor in de plaats gekomen. Begrippen als leven en dood (orgaandonatie; IVF; embryo-onderzoek), kwaliteit van leven, zinvol en zinloos handelen vragen in de huidige tijd om een veel specifiekere invulling dan vroeger.

Conclusie

Beroepsethiek bestaat niet uit een vaste, tijdloze set regels maar is inherent dynamisch. Evenmin is sprake van koekoekseenzang: geheel strijdige opvattingen tot in het hart van de beroepsethiek konden niet worden uitgesloten. Voorts bestaat naast consensus op vele terreinen ook een grote 'intervariatie' in de zorg: deze vloeit (mede) voort uit een verschillende invulling die zorgverleners aan hun beroepsrol geven. Er bestaan nu eenmaal uiteenlopende ideeën over wat goede zorg is. Dat is onder zorgverleners niet anders dan onder zorgvragers.

7.3 Dynamiek

*“... voor de werkers in de gezondheidszorg kunnen de veranderingen ingrijpend zijn. Mogelijk sporen nieuwe opvattingen over hun werk minder met de oorspronkelijke opvatting die zij ervan hadden.”...
 “Kan een hulpverlener er nog wel hulpverlener bij blijven?”
 (Hilhorst, 1999-a).*

Verdergaande protocollering

Aan genoemde zwakten van een beroepscode-ethiek kan ten dele tegemoet gekomen worden door een versterking van de medisch-professionele normering van de zorg. We kunnen spreken van een wending naar binnen als 'way-out'. Daarmee beoogt men door interne kwaliteitsbewaking een vergroting van de kwaliteit van de zorg. 'Professioneel' handelen betekent er handelen volgens de regels van de kunst van het vak, en deze regels krijgen gestalte in wetenschappelijk goed onderbouwde, evidence-based standaarden, vastgelegd in nauwkeurig omschreven protocollen, richtlijnen al dan niet bereikt via consensus in speciale consensusmeetings.

Met name de specifieke kennis en kunde, kenmerkend voor het bijzondere karakter van het beroep, wordt op deze wijze naar voren gehaald. De zorgverlener wordt er vooral in zijn rol als medisch-technisch deskundige getekend. Inperking van onnodige variatie en vergroting van uniformiteit geldt als belangrijk doel. Toetsing van kwaliteit zal ook met name in die termen plaatsvinden. Wie onprofessioneel handelt, handelt niet goed, dat wil zeggen in strijd met deze regels van het beroep. Maar handelt men ook in ethisch opzicht niet goed? Het volgende moet bedacht worden.

- *Professioneel versus ethisch.* Professioneel handelen is niet per definitie moreel goed handelen. Een crimineel kan een zeer professioneel uitgevoerde liquidatie verrichten of bank kraken. Hij heeft op perfecte wijze het doel dat hem voor ogen stond bereikt, maar noch doel noch middelen kunnen ethisch door de beugel (Applebaum, 1999).
- *Noodzakelijk, maar niet voldoende.* Noodzakelijke voorwaarde is dat het middel deugt: dat een operatie vakkundig wordt uitgevoerd of een diagnose bekwaam gesteld, en medisch-professionele normen vormen hier terecht de toets. Maar het is niet een voldoende voorwaarde voor goede zorg. Of diagnose en behandeling worden ingesteld met het oog op een bepaald doel en of dit doel een goed doel is wordt niet (louter) door medisch-professionele normen bepaald. Hier komt men op het terrein van medisch-ethische en sociaal-ethische normen: het belang van de patiënt, eerlijke verdeling van zorg. De morele rechtvaardiging hiervan ligt buiten het 'vak' van zorgverlening. Wat goede zorg is, in de zin van wat goede doelen zijn om medische kennis en kunde in te zetten, wordt door alle betrokken partijen samen uitgemaakt en is niet louter voorbehouden aan zorgverleners. Een professional zal dus altijd buiten het eigen medisch-technische vakgebied moeten kijken naar de bredere context waarbinnen hij zijn diensten aanbiedt: het moet om goede en gewenste diensten gaan. Alleen dan is zijn (of haar) handelen moreel gelegitimeerd.
- *Individueel oordeel.* Algemeen wordt erkend dat zorgverleners een eigen ruimte hebben, vrij en verantwoordelijk zijn om in individuele gevallen een eigen afweging te maken, waarbij kan worden afgeweken van de regel. Uniforme naleving van de regels kan nooit een doel op zichzelf zijn, het gaat niet om de regels, maar om de patiënt. Regels kunnen steun bieden, willekeur tegengaan, kwaliteit verhogen, mits ze niet in hun tegendeel verkeren: luiheid

- in de hand werken (kookboek-geneeskunde), veiligheid bieden bij angst voor claims (defensieve geneeskunde).
- *Morele variatie.* Met uniforme standaarden kan men uiteraard geen fundamenteel verschil van ethisch inzicht beslechten. Beroeps-ethische verschillen, ook in gradueel opzicht, zullen altijd bestaan. De rol van zorgverlener wordt door zorgverleners nu eenmaal niet op een en dezelfde wijze ingevuld. Voorzover het om respectabele overtuigingen gaat, die aansluiten bij de overtuigingen van de patiënten zelf, kunnen we ze in de zorg verwelkomen. De nadruk op professionalisering is nogal eens ten koste gegaan van de honorering van individuele verschillen, ook in ethisch opzicht. In dat geval snijdt men mensen op maat en wordt het morele aspect als irrelevant weggefilterd. In mijn gedachtegang kan morele variatie ook positief worden gewaardeerd en dient de morele dimensie in de relatie zorgverlener-zorgbehoefte te worden gezien als een belangrijk aspect van kwaliteit (Hilhorst, 1999).

De les die hieruit kan worden getrokken: het is een misverstand te denken dat met professionaliteit en kwaliteitseisen voor professionaliteit alles is gezegd. De wending ‘naar binnen’ is een zinvolle bijdrage aan de verdere ontwikkeling van goede beroepsmatige zorgverlening. De beroepsethiek wordt er echter niet geheel door gedekt en is er soms zelfs niet erg mee gediend. Op de risico’s van morele erosie, morele onverschilligheid en morele burn-out is in dit verband gewezen, wanneer wij de morele dimensie in de zorgverleningsrelatie onvoldoende zouden onderkennen. Kwaliteit omvat ook morele kwaliteit. In beleid is een prudente omgang ermee geboden. Nader onderzoek naar de precare waarden die hier in het geding zijn verdient nadrukkelijke aandacht. Denk daarbij met name aan de persoonlijke en professionele motivaties die voor een goede zorgverlening onmisbaar zijn.

Verdergaande maatschappelijke inkadering

Een andere stap voorwaarts geeft een wending ‘naar buiten’ te zien. In dit geval zoekt men de legitimiteit van goed zorgverlenend handelen buiten de beroepsgroep. Men overstijgt de ‘eigen’ kring van zorgverleners in een breed overleg waarin alle betrokkenen deelnemen. De ontwikkeling van de euthanasiewetgeving kan men als zodanig aanmerken. Politiek draagvlak moest nadrukkelijk gezocht, zorgvuldigheidsregels kwamen tot stand in nauw overleg met zorgverleners en toetsing geschiedt in regionale toetsingscommissies van brede, dat wil zeggen ook niet-medische samenstelling (juridisch, ethisch). Meest uitge-

werkt kan men deze wending naar buiten waarnemen op het gebied van het medisch-wetenschappelijk onderzoek bij proefpersonen (gezonden en zieken).

Naast nationale wetgeving op dit terrein bestaat een gedetailleerd Europees richtsnoer volgens welke onderzoek op uniforme en zorgvuldige wijze dient plaats te vinden en getoetst te worden. Op deze wijze worden aan Good Clinical Practice op vergaande wijze 'ethisch' handen en voeten gegeven. Het lijkt de meest volwassen gestalte van een moderne beroeps-ethiek: zorgverleners en onderzoekers krijgen ruimte en verantwoordelijkheid toegedeeld naast en in aansluiting op die van andere betrokkenen (proefpersoon, instelling, industrie, sponsor, overheid).

De winst van deze benadering is dit:

- *Persoonlijke ethiek.* Ingezien wordt dat het in deze omstandigheden geen pas geeft louter te vertrouwen op de goede bedoelingen en integriteit van de zorgverlener of medisch onderzoeker. Voorts dat men hen niet zomaar, zonder gedetailleerde regelgeving, mag plaatsen in een krachtenveld van enorme (commerciële) belangen. Dat zou onethisch zijn. Diens handelen dient – juist ook in diens eigen belang – beveiligd en gewaarborgd te worden tegen onaanvaardbare druk of verleidelijke prikkels. Goed vertrouwen is in dit verband naïef, deugdeethiek een slechte raadgever. Persoonlijke moraal is daartegen eenvoudig niet bestand, bovenpersoonlijke richtlijnen en toetsingsmechanismen zijn er geboden. De richtlijn Good Clinical Practice biedt een complete systematiek voor het gehele veld, waarbij alle partijen een eigen plaats en verantwoordelijkheid krijgen toegewezen.
- *Transparantie en toetsing.* Voorwaarde voor goede controle is transparantie. Algemeen wordt erkend dat alle in het geding zijnde belangen, ook persoonlijke, en eventuele andere motieven voor het handelen, inzichtelijk gemaakt moeten worden en in gecertificeerde commissies getoetst, om onaanvaardbare afhankelijkheid en belangenverstremming uit te sluiten.
- *Gedeelde verantwoordelijkheden.* Niet het handelen van één partij wordt vastgelegd maar de rol van alle partijen in samenhang, met de specifieke verantwoordelijkheden die erbij horen: proefpersonen, onderzoekers, sponsors, onderzoeksinstellingen, industrieën, overheden. Alle worden op gebalanceerde wijze beschermd en ondersteund door wet- en regelgeving. Het accent ligt dus niet op de be-

roepsethiek van zorgverlener/medisch-onderzoeker, maar op het ethisch handelen van alle betrokkenen. De beroepsethiek van zorgverleners heeft een plaats binnen een omvattender kader dat de ethiek voor een specifiek terrein omlijnt, hier: het klinisch-wetenschappelijk onderzoek. De richtlijn gaat uit boven het strikt juridische: het biedt een kader (en is dus voorwaardenscheppend) voor zo verantwoord mogelijk onderzoek en een mix aan instrumenten die daartoe kunnen bijdragen (wie draagt welke verantwoordelijkheden; welke procedures gelden voor het zorgvuldig opzetten van onderzoek en voor toetsing en controle: transparantie en archivering, monitoring, auditing en certificering).

Nadelen zijn er ook. Genoemd worden de risico's van bureaucrativering (zijn de procedures doorlopen) en formalisering (staan de goede namen, data en handtekeningen erop), de papierwinkel en het verwarren van werkelijkheid en schijnwerkelijkheid (hoe relevant is dit alles voor de werkelijke praktijk?). Het gevaar bestaat dat meer aandacht gegeven wordt aan het vormelijk naleven van de richtlijn en minder aan de materieel-inhoudelijke kant: de werkelijke praktijk, de ethische aspecten van het onderzoek, en het eigene van specifieke onderzoeksvragen en locale situaties.

Conclusie

Met betrekking tot de eigen aard en betekenis van de beroepsethiek trek ik deze conclusie. De 'body of knowledge' die we beroepsethiek noemen laat zich niet fixeren. Zij is inherent dynamisch. Zij verandert mee met de omstandigheden en moet dat doen wil zij effectief en ter zake zijn voor de ethische problemen waarvoor tijd en situatie zorgverleners stellen. Met alle respect voor de interne logica of moraliteit van de zorgverlening, de uiteindelijke morele legitimatie van goed zorgverlenend handelen is een externe. Zorgprofessioneel handelen vindt zijn oorsprong en rechtvaardiging in de dienstbaarheid aan een 'goed' (gezondheid) waarvan de betekenis en waarde buiten zichzelf ligt (Applebaum, 1999; Koehn, 1994). In dit opzicht is de zorgverlening instrumenteel aan datgene wat buiten het vakgebied van zorgverlening als goede zorg wordt gezien. Goed vakbekwaam handelen is geen voldoende voorwaarde voor het verlenen van goede zorg maar een noodzakelijke voorwaarde. De normen van de beroepsethiek liggen niet in de zorg maar in de samenleving verankerd. Wat goed handelen is kan dus niet louter binnen de zorg uitgemaakt worden. Daarbij moet tevens bedacht worden dat het niet mogelijk is

om de waarde gezondheid te isoleren en te beoordelen los van andere waarden, zoals onderwijs, huisvesting, veiligheid of milieu.

8 De beroepsethiek bedreigd?

“... the very identity of medicine is under threat – it is, in fact, already in flux. A framework of values once universally accepted within the western medical tradition has begun to slide into disuse. The twilight of the Hippocratic tradition is seen as a small matter, as if the medical enterprise could very well survive with any set of values it chose” (Cameron, 1991)

Het antwoord op de vraag of de beroepsethiek door economisering wordt bedreigd, is in feite een vraag met een dubbele bodem. We hebben geconstateerd dat beroepsethiek niet vast en statisch is maar met haar tijd mee verandert. De vraag is dan of we de veranderingen die zich voordoen met betrekking tot het zorgverlenend beroep positief dan wel negatief waarderen. Maar waarop moeten wij ons oordeel baseren?

Het is niet zo dat beroepsethiek van zorgverleners voor alle tijden een vast gegeven is, we moeten er als samenleving zelf actief vorm en inhoud aan geven. Als we er daarbij van uitgaan dat meer economisering onvermijdelijk is, hoe denken we dan aan beroepsethiek onder nieuwe omstandigheden gestalte te geven? Hoe dient deze ethiek zich te ontwikkelen? Welke plaats en rol kennen we eraan toe? Om die vragen te kunnen beantwoorden hebben we een visie nodig op de toekomst van de zorg. Aan de hand van enkele casus, waarin fundamentele waarden ter discussie staan, wil ik laten zien voor welke uitdagingen de beroepsethiek staat. Vervolgens geef ik aan dat een antwoord op de vraag naar ‘de bedreiging van de beroepsethiek’ in verschillende richtingen gezocht kan worden.

8.1 Casuïstiek: fundamentele waarden

*“Today, therefore, by accepting liberal abortion, contemplating experimentation on the human fetus, being ambivalent about the question of allowing the handicapped neonate to die and about euthanasia, is medicine abandoning Hippocratism?
In many respects the answer, obviously, is yes. The medical profession has found it increasingly difficult to maintain its hitherto ethical practice in these areas against the pressures of an increasingly agnostic state, and public attitudes” (Cameron, 1991).*

Non-directiviteit: een professionele norm

Steeds meer blazen patiënten als mondige burgers hun partijtje mee. Niet alleen spelen patiëntenorganisaties vaak een krachtige rol, maar ook maken mensen individueel, goed geïnformeerd, steeds meer zelf uit wat zij willen. Op allerlei terreinen zijn zij heel goed in staat dat zelf te bepalen. Denk aan zo uiteenlopende wensen op het gebied van voortplanting en zwangerschap, plastische chirurgie, ondersteunende thuiszorg of het levenseinde (Hilhorst, 2002).

Het gaat hier om een principiële ethische kwestie: de fundamentele zelfbepaling met betrekking tot het leven dat men wil leiden. Hier kunnen anderen per definitie niet uitmaken wat voor de betrokkene goed is. Wel of geen kinderen, afbreking van de zwangerschap, een neus- of oorcorrectie, ondersteuning bij het dagelijkse wassen en aankleden, de wijze waarop men naar het onvermijdelijke sterven wil toeleven. Non-directiviteit is er de bepalende, professionele norm. In dit verband is het bijvoorbeeld tegendraads wanneer de overheid regulerend optreedt wanneer een uitbreiding van screeningsmogelijkheden tijdens de zwangerschap beneden 36 jaar (de bloedtest) bepleit wordt. In veel landen laat men dit aan zorgvragers en zorgverleners of aan de markt over. De beroepsethische norm richt zich naar wat mensen zelf als hun zorgbehoefte zien.

Meer variëteit in professioneel handelen: IVF

Verwarrender wordt het wanneer onder de druk van kostenbesparing – IVF-behandelingen niet meer volledig vergoed – gewaarschuwd wordt voor ongewenste praktijken (Van Heurck, Achtergrondstudie RVZ, 2003). Sommigen vrezen dat in de toekomst soms meer dan twee embryo's in de baarmoeder zullen worden teruggeplaatst om de succeskans op zwangerschap te vergroten. Bij meervoudige zwangerschap kan vervolgens embryo-reductie worden toegepast. In Nederland is

het maximum van twee (of moeten we zelfs terug naar één?) de medisch-professionele norm. Meer dan twee embryo's terugplaatsen bergt immers grotere risico's van complicaties in zich. Onder de druk van financiële overwegingen zouden artsen ertoe kunnen komen aan de wens van ouders te voldoen. Wellicht accepteren zij een meerlingzwangerschap en de risico's die ermee verbonden zijn van harte.

Marktwerking kan aan die ontwikkeling, bekend uit de USA, gemakkelijk bijdragen. Ook kunnen buitenlandse zorgaanbieders in hun strijd om de gunst van de klant afwijken van de norm die thans (nog) binnen de beroepsgroep gangbaar is. De vraag is wat er overblijft van de vroegere medisch-professionele norm. Verwacht mag worden dat IVF en andere voortplantingstechnieken, zoals hormoonbehandelingen, op de markt minder terughoudend zullen worden toegepast: meer bij vrouwen op hogere leeftijd, bij minder goede indicaties (minder succes, hogere risico's) en bij vrouwen die aanbieden draagmoeder te zijn. Het gevolg zal een grotere intervariatie in professioneel handelen zijn. De gedachte dat er één eenduidige professionele standaard zou zijn wordt dan losgelaten.

Grotere vrijheidsruimte: betaling bij orgaandonatie

In de transplantatiegeneeskunde wordt naarstig gezocht naar nieuwe wegen om het aanbod aan schaarse organen te vergroten. Nierdonatie bij leven is een succesvolle optie gebleken en steeds vaker wordt in medische en medisch-ethische kringen een regeling bepleit waarbij donoren hun nier tegen betaling kunnen afstaan. De overheid zou bijvoorbeeld een fatsoenlijke (vaste) vergoeding-zonder-winstoogmerk moeten bieden en op een zorgvuldige werving en verdeling van organen moeten toezien (Steiner, 2004; Erin en Harris, 2002; Cherry 2000; Radcliffe-Richards, 1998).

Aan ethische bezwaren van onvrijheid en exploitatie zou tegemoet gekomen kunnen worden. Vanuit economisch, maar ook ethisch perspectief lijkt deze optie aantrekkelijk omdat ermee een illegale praktijk van orgaanhandel met alle bezwaren die ermee verbonden zijn (exploitatie van arme mensen; oncontroleerbare kwaliteit) wordt tegengegaan. Binnen de beroepsgroep bestaan tegengestelde opvattingen over de wenselijkheid van een dergelijke optie. Ethische bezwaren die moeilijker zijn weg te nemen liggen op het vlak 'intrinsieke' waarden, zoals de waarde van de integriteit van het lichaam. Het ligt in de verwachting dat onder marktcondities een dergelijke praktijk van economisering meer ruimte zal kunnen krijgen en

dat een dergelijke waarde (of een bepaalde invulling daarvan of visie erop) naar de achtergrond zal verschuiven.

Het gelijkheidsideaal: werkelijke preferenties en tweedeling in de zorg

De principiële discussie rond bedrijvenpoli's speelt zich af rond het begrip tweedeling. De gedachte dat sommigen (werkenden) sneller geholpen zouden worden dan anderen (niet-werkenden) wordt vanuit het oogpunt van gelijkheid verwerpelijk geacht, ook al zou iedereen erop vooruitgaan en de toegankelijkheid van de zorg erdoor verbeteren. Is het terecht dat zo'n gewicht aan de waarde gelijkheid gehecht wordt? Men kan erop wijzen dat daarmee voorbijgezien wordt aan andere belangrijke waarden.

Vanwaar deze gefixeerde op gelijkheid? (Cherry, 2003). Voorbeelden spelen ook elders in de zorg. Cherry noemt het lage gebruik van MRI in Canada. Aan veel mensen is deze optie onthouden omdat men de eis van universele gelijke toegang te zeer heeft benadrukt. In de discussie over de bedrijvenpoli zien we iets soortgelijks. Vanwege een dreigende ongelijkheid (het ideaal: 'geen tweedeling in de zorg') wordt onder het mom van 'gelijke monniken, gelijke kappen', voor een oplossing gekozen die iedereen slechter af maakt: geen toegang tot deze zorg (MRI) of een lange wachttijd (geen bedrijvenpoli). Het draait lang niet altijd om geld.

Het pleidooi (Den Hartogh, 2004) om postmortale orgaandonatie te regelen op basis van een alleszins verdedigbaar idee van wederkerigheid (een hogere plaats op de wachtlijst indien men zich heeft laten registreren als postmortaal donor) lijkt om dezelfde reden geen kans te krijgen. Ook al zou iedereen op de postmortale wachtlijst er beter van worden, het feit dat in de toegang tot de zorg sprake zou zijn van enige ongelijkheid, hoe klein ook, zou reeds een voldoende reden zijn om het pleidooi af te wijzen. Alsof er niet tevens andere waarden in het geding zijn, zoals de efficiënte werving van organen (een zekere aansporing tot donorschap) en de solidariteit die men van elkaar mag verwachten (wederzijds verzekerde hulp).

Op goede gronden wordt aan de allesbeheersende norm gelijkheid en de allesbepalende rol die de overheid daarbij speelt getornd. Die bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg wordt sterk gemotiveerd door een gelijkheidsideaal: de voor iedereen gelijke toegang tot de zorg en gelijke kansen op

een goede gezondheid. Veel bezwaren tegen een te grote overheidsbemoediging zijn, volgens Cherry, hiertoe te herleiden.

Bezwaaar 1: Het ideaal staat ver van de praktijk, waarin van die gelijkheid weinig terecht komt. Voor velen (armen, lager opgeleiden, allochtonen) is de gelijke toegang tot de zorg en het gebruik ervan problematisch. Door het ideaal overeind te houden (en bijvoorbeeld bedrijvenpoli's te verbieden) suggereren we ten onrechte dat die gelijkheid bestaat.

Bezwaaar 2: Waarom speelt het gelijkheidsideaal zo'n grote rol als het om gezondheid gaat en veel minder op andere terreinen? Voor arme mensen geldt soms dat zij liever eerst andere goederen dan zorg zouden verwerven, zoals werk, inkomen, huis, onderwijs of woonmilieu. Niet iedereen prioriteert die verschillende goederen op dezelfde wijze. Mensen denken immers niet alleen verschillend over die goederen maar bevinden zich nu eenmaal ook in heel verschillende omstandigheden. Met haar gelijkheidsideaal in de zorg legt de overheid (bemoeizuchtig, paternalistisch) haar idee van gelijkheid en gelijke zorg van bovenaf aan iedereen op, met voorbijzien aan deze verschillende preferenties en waarderingen van de mensen zelf.

Bezwaaar 3: Men kan zijn twijfels hebben over het democratisch gehalte van deze overheidsbemoediging. Worden de overheidskeuzen in de zorg werkelijk door de bevolking gedragen? Dat zou zo zijn wanneer mensen goed geïnformeerd zouden zijn over alle consequenties. Maar de gevolgen in termen van kosten voor andere sectoren (huisvesting, onderwijs, milieu) zijn zo weinig doorzichtig dat men zich met recht kan afvragen of overheidskeuzen in de zorg samenvallen met de preferenties die binnen de bevolking leven. Minder overheidsbemoediging en meer nadruk op de markt zou die preferenties weer aan het licht kunnen brengen. Zoals een econoom het formuleerde: wanneer je ouders voorhoudt dat het groeihormoon dat hun te kleine kind krijgt bijvoorbeeld 25.000 euro per centimeter groei kost, dan laten ze zich wat betreft de laatste centimeters die hun kind nog zou kunnen groeien vaak liever 'cash' uitbetalen.

Kortom, de norm 'gelijkheid' verhult en onderdrukt de werkelijke preferenties en waardenoriënteringen die mensen erop nahouden. Een (te) paternalistische overheid verhindert mensen te kiezen wat zij zelf willen. Te grote nadruk op het formele (vaak sterk juridisch gekleurde) ideaal van gelijkheid in de

zorg leidt daarom tot suboptimale uitkomsten, terwijl de aanvaarding van verschillen en een zekere mate van ongelijkheid zouden kunnen leiden tot meer vrijheidsruimte en gunstiger uitkomsten. Het ideaal staat een goede, betere zorgverlening in de weg.

8.2 Mogelijke gevolgen verschillend gewaardeerd

“Believe passionately in what you do, never compromise your standards and values, and care about your clients.” ... “Notice that when I use the word values, I’m not trying to be moralistic or religious: it’s nothing more than a strict set of standards which make up your theory of how you are going to win” (Maister, 2000).

Ontwikkelingen in de zorg, zo laat bovenstaande casuïstiek zien, raken aan fundamentele waarden. De discussie daarover is allerminst beslecht. Hoe moeten we dan nu, in het licht daarvan, dergelijke ontwikkelingen waarderen? Ik bespreek drie reacties.

Ten goede veranderd, niet bedreigd.

Het klassieke paternalisme in de beroepsethiek, waarbij de arts het beste weet wat in het belang van de patiënt is, is allang vervangen door de nadruk op de autonomie van de patiënt. Non-directiviteit is op veel terreinen de norm. De beroepsethiek is veranderd, maar velen zijn dat gaan zien als winst en niet als verlies. Het gaat in het zorgverlenen nog steeds om dit beste belang van de patiënt, dat is de constante, maar het antwoord op de vraag wie daarover gaat is verschoven. Alleen wie de oude beroepsethiek aanhangt zal dit als bedreiging zien.

Uiteraard is over de ethische nadruk op ‘de autonomie van de patiënt’ het laatste woord niet gesproken. Beroepsethiek is dynamisch. Het gaat erom een juiste balans te vinden tussen zeggenschap en je laten gezeggen, die past bij tijd en omstandigheden. Wanneer we de zorg vooral zien als ‘samenwerking op basis van overeenstemming’ tussen zorgaanbieder en zorgvrager, dan is marktwerking niet snel een bedreiging voor zorg of ethiek. Op de markt kunnen dingen gebeuren die sommigen zouden afwijzen (het kopen van een nier; meer embryo’s terugplaatsen; beenamputatie zonder ‘medische’ indicatie), maar dat betekent niet dat er geen ethiek meer zou bestaan. Ook zorgaanbieders op de markt zullen hun normen voor goede zorg hebben en hun kwaliteit willen garanderen. Het vaststel-

len van deze normen is echter niet voorbehouden aan overheid of beroepsgroep.

Het einde van de (gedeelde) beroepsethiek

Rondom vragen van dood en leven, voortplanting en embryo-onderzoek, bestaan fundamentele verschillen van opvatting die het spreken over één door allen gedeelde beroepsethiek onmogelijk maken. Zorgverleners zijn hier tot in het hart van de klassieke beroepsethiek verdeeld. Zij verschillen van inzicht over de invulling van de waarden ‘respect’, ‘heiligheid’ en ‘beschermwaardigheid’ van leven, precies over datgene waarvoor een zorgverlener zich juist sterk zegt te maken. Sommigen zullen in die moderne ontwikkelingen ‘het einde van de beroepsethiek’ zien, of in ieder geval (maar misschien is dat hetzelfde) van een door allen ‘gedeelde’ beroepsethiek (Cameron, 1991).

Meer markt zal dat beeld alleen maar nog verder versterken. Ethiek wordt nog slechts gefragmenteerd aangetroffen, al dan niet georganiseerd in verzuilde of geprivatiseerde instellingen. Er zit in deze visie niets anders op dan zich op het eiland van het eigen gelijk, de eigen normen en waarden, terug te trekken: ieder z’n eigen zorg overeenkomstig z’n eigen ethiek (Hilhorst, 1999-a). Gemeenschappelijkheid is ver te zoeken.

Concurrentie maakt een ethische en professionele code onmogelijk

Volgens anderen zullen veel gedragsregels als gevolg van bepaalde marktontwikkelingen overboord gaan (Polder et al., 1996). Door concurrentie zullen zorgverleners niet meer één gesloten front kunnen vormen: er zullen verschillende tarieven komen, men zal onder elkaars duiven willen schieten, men zal kennis en kunde niet zomaar meer met collega’s willen delen en niet bereid zijn elke patiënt van de ander over te nemen. Dit alles is in strijd met (nu) nog geldende gedragsregels, bijvoorbeeld van de KNMG. Voorts zal men wedijveren om de gunsten van patiënten en verzekeraars. De professionele autonomie zoals die vroeger geldig was en die men beschouwde als ‘eigen’ aan de professie en de professionele ethiek – naar men zei in het belang van de patiënt – zal aan haar eind komen. Zorgverleners zullen zich minder gebonden voelen aan professionele groepsregels. De professie zal onderling verdeeld raken en niet meer als geheel aanspreekbaar zijn op een algemeen geldende ethische en professionele code. ‘De traditionele inhoud van het professiebegrip wordt overgeleverd aan de vrije

krachten van de markt, teneinde de zorgverlening te verbeteren en tevens goedkoper te maken.’

Het probleem is duidelijk: tegen ‘goedkoper’ kan niemand wat hebben. Zie hier de spanning tussen ‘professie en profijt’, de lastige afweging van zo verschillende grootheden. Polder et al. waarderen deze ontwikkelingen negatief. In een krachtenveld van belangen en belangenconflicten botsen op de achtergrond fundamentele waarden. Er zal een aanbod komen van verschillende diensten, waarbij het vertrouwen in de zorgaanbieders in de gevarezone terecht kan komen. De risico’s van discontinuïteit in de zorg en van opportunistisch handelen zijn reëel. Informatie over verzekeringspolissen zal uit halve waarheden, oppervlakkige beschrijvingen en overdrijvingen bestaan. Het zal moeilijk zijn om werkelijke kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken. Promotionele activiteiten leiden tot overspannen verwachtingen en een toenemende vraag. Duurdere diensten worden beperkt. Een commerciële houding van de zorgverlener kan doorwerken in contacten met andere zorgaanbieders. Bij doorverwijzing kan op allerlei manieren sprake zijn van belangenverstrengeling (verdienen aan doorverwijzing, door onder één hoedje te spelen).

Gedrag zal, kortom, strategisch zijn en mede gemotiveerd zijn door andere zaken dan het directe patiëntenbelang. De tucht van de markt nodigt daartoe uit, het is de ‘spirit of competition’, op straffe van faillissement. Profijt staat op gespannen voet met professie, winst (*benefit*) tegenover welwillendheid en weldoen (*benevolence* en *beneficence*). Het winstoogmerk ondergraaft uiteindelijk, zo luidt hier de conclusie, verantwoord medisch handelen.

9 Twee visies op wat wezenlijk is

“Health is not in any sense a commodity. Health and well-being are in the end a set of relationships among citizens” (Downie, 1990)

Om deze uiteenlopende reacties op de veranderingen in de zorg op hun waarde te kunnen schatten is het van belang te zien dat ze gebaseerd zijn op een opvatting over wat wezenlijk is voor het zorgberoep en de beroepsethiek.

9.1 Zorgverlening in dikke morele termen

“... *health promoters are committed by their profession to believing that there are right and wrong attitudes to life and its values*”
(Downie, 1990).

Voor Polder et al. is de inhoud van het professiebegrip met name moeilijk te verenigen met concurrentie. In het zorgstelsel is volgens hen een aantal elementen van wezenlijk belang, dat te allen tijde tot gelding moet worden gebracht.

- *Kwaliteit*: dit is (mede) een ethisch begrip, waarvan de inhoud niet door de markt bepaald mag worden.
- *Allocatie*: deze moet plaatsvinden naar behoefte, niet naar marktvraag of koopkracht.
- *Vertrouwen*: een zorgverlener gebruikt zijn competentie in het voordeel van de patiënt en geeft eerlijke en volledige informatie.
- *Professionele normen*: deze mogen niet worden losgelaten uit overwegingen van opportunisme.

In beginsel is marktwerking in beperkte mate mogelijk, mits de markt zo is ingericht dat zij aan genoemde wezenlijke inhoud van het professiebegrip dienstbaar is. Maar het is nog maar de vraag of de markt zelf (door geregelde concurrentie) of gecorrigeerd door de overheid (via wetgeving) het hoofd kan bieden aan de risico's die in de ontwikkeling naar 'meer markt' besloten liggen. Polder et al. zijn daarover niet optimistisch. Asymmetrie is kenmerkend voor de arts-patiëntrelatie; daarom is vertrouwen een fundamenteel en onmisbaar concept.

Juridisering, gebaseerd op het contractmodel, vormt evenzeer als economisering een gevaar omdat het geen recht doet aan de eigen aard van de zorgverlening: het specifieke karakter van de arts-patiëntverhouding en de bestemming van de medische praktijk. Daarin gaat het om een bijzondere waarde (gezondheid) die eigenlijk buiten discussie is. Bedreiging van gezondheid maakt van het medisch handelen een noodzaak. Een paar dingen vallen op:

- In de visie van Polder et al. wordt veel waarde gehecht aan de eenheid van de (medische) professie. Het vertrouwen in de professie is daarmee nauw verbonden. Men vindt steun in de opvatting dat het in de zorg om 'noodzaak' dient te gaan. Zorgbehoeften zijn in die visie duidelijk en noodzakelijk. De 'echte' beroepsethiek localiseren zij dus met name in het 'hart' van de zorg. Het betreft de medisch-noodzakelijke zorg, onbetwistbaar doel van genees-

- kunde en gezondheidszorg. Daarbij is de expertise van zorgverleners beslissend omdat zij bij uitstek weten hoe te handelen om in die zorgbehoefte te voorzien.
- Over de zorgverlening wordt in ethisch opzicht in nogal ‘dikke’ termen gesproken. De organisatie van de zorg dient dienstbaar te zijn aan ‘de bestemming van de medische praktijk’. Men stelt zich de vraag in welke omgeving de zorg het beste tot haar bestemming kan komen, zo dat zij kan zijn wat zij ‘naar haar aard’ is of ‘behoort’ te zijn. In dergelijke formuleringen wordt duidelijk dat hier sterk moreel-normatieve opvattingen op de achtergrond een rol spelen over wat geneeskunde en gezondheidszorg ‘is’. En wat niet.

Hiermee is deze visie getypeerd. Nadruk ligt in sterke mate op de interne moraliteit die de geneeskunst vanouds kenmerkte. Deze wordt tot uitgangspunt genomen voor de beoordeling van huidige ontwikkelingen. Men erkent daarbij overigens de noodzaak om deze klassieke normen aan te vullen met eigentijdse, ‘moderne’ normen, zoals rechtvaardigheid, doelmatigheid, transparantie en de plicht tot verantwoording. Zorg (lijden verlichten, ziekte genezen) wordt als tamelijk ‘objectief’ en noodzakelijk voorgesteld, de medisch-professionele rol staat er vanzelfsprekend centraal. In deze visie staat de professie erogens voor, louter op grond van haar eigen, specifieke kennis en kunde en is men niet uitgeleverd aan andermans wensen, voorkeuren en oordelen. Het goed gezondheid heeft er, anders dan andere goederen, een bijzonder, exclusief en gewichtig karakter.

9.2 Zorgverlening in dunne morele termen

“...the content of the role of doctoring is largely conventional, not natural “ ...”... over time, under various market and institutional pressures, those with medical training may come to question whether they are bound by the rules of doctoring, which they did not shape and did not choose. Instead, they may come to see themselves as schmooctors ...And if enough of them think so, it will become so: a new set of social meanings surrounding a new actual role, the role of schmooctor, will have emerged. For the role of doctoring is not discovered in the natural order of things” (Applebaum, 1999)

Moeten we in zulke zware ethische (of ‘ontische’) termen over de zorg spreken, als in de vorige paragraaf gebeurde, of kan het (ethisch) met minder toe? Ik meen van wel. Een voorbeeld

hiervan zagen we in de benadering van Cherry, die eenvoudig als uitgangspunt voor de zorg samenwerking op basis van overeenstemming ziet. Welke redenen zouden we kunnen hebben om een dunnere omschrijving van zorg te verkiezen boven de dikkere? Ik geef enkele overwegingen.

De vraag is of we in de moderne zorg nog een dergelijk 'klassiek', eenduidig en onproblematisch gezondheids- en ziektebegrip tot uitgangspunt kunnen nemen als doel van de zorg: zorg als noodzaak en de professie die de zorgbehoefte en kwaliteit van de zorg bepaalt. De discussies van de afgelopen jaren hebben laten zien dat het niet eenvoudig is een definitie van zorg – van noodzakelijke zorg en goede zorg – te geven. De zorg is niet meer wat zij was, of liever: omvat veel meer dan zij ooit omvatte. De dikkere visie mag nog geldig zijn voor de meer 'objectieve', natuurwetenschappelijke kant van de geneeskunde, zij lijkt niet goed meer bruikbaar voor veel moderne zorgverlening. Als dat zo is moeten we ons ervoor hoeden 'de beroepsethiek' vast te leggen op wat ooit gold als noodzakelijke en onvermijdelijke zorg en moderne ontwikkelingen daarop vast te pinnen.

Een andere typering van moderne zorg ligt meer voor de hand: 'de' zorg, 'de' professie, 'de' geneeskunst bestaat niet meer. De praktijk bestaat uit een zeer geschakeerd geheel van meer en minder nodige, meer en minder samenhangende, uiterst gespecialiseerde en uiteenlopende praktijken (Lantos, 1997). Er bestaat wedijver tussen specialismen en verkokering tussen zorgvelden (Gezondheidsraad, 1991). De zorg lijkt vooral een in zichzelf verdeeld huis, de eenheid van de professie is veeleer een fictie. Sommige 'dokters' (of kunnen we ze met Robert Nozick beter 'schmoctors' – afgescheiden dokters – noemen?) werken voor verzekeraars, bedrijven, de politie, of cosmetische klinieken, of voor zichzelf en verfraaien ogen met een juweeltje. Ze werken 'op de rand' van het beroep of erover heen.

Binnen de zorgverlening bestaat grote ongelijkheid in ruimte en budget voor wat aan zorg gegeven kan worden ('pyjamadagen') en worden zorgverleners zeer ongelijk gehonoreerd. Daarbij gaat het om gegroeide verhoudingen waarvan moeilijk kan worden volgehouden dat ze gerechtvaardigd zijn. Ze hebben een traditionele achtergrond en zijn bepaald door historische contingenties en toevallige machtsverhoudingen.

Ook ons moderne gezondheids- en ziektebegrip is een complex, meerduidig begrip en de wijze waarop zorgverlening

daaraan beantwoord is weinig eenduidig. Gezondheid kan voor mensen een heel verschillende betekenis hebben (Hilhorst, 1999; Downie, 1988).

- Sommigen zien de waarde gezondheid als intrinsieke waarde (als een goed dat om zichzelf nastrevenswaardig is), soms zelfs als morele waarde, die men behoort na te streven of niet in gevaar te brengen (“Gij zult gezond zijn: zorg ervoor maakt je tot een beter mens”).
- Anderen vatten de waarde gezondheid louter instrumenteel op (“Gezondheid heb je om wat mee te doen, langer te werken of meer te genieten”).

In dit laatste geval is het in ethisch opzicht gemakkelijker om aan gezondheid afbreuk te doen: een riskante leefstijl (roken, werken, reizen) kan immers positief bijdragen aan andere waarden (genot, zingeving, levensvervulling). Maar ook opgevat als intrinsieke of morele waarde is gezondheid niet onaanastbaar. Het is onmogelijk om deze waarde te isoleren en los te zien van andere waarden: goed onderwijs, een duurzaam milieu, veiligheid.

Het gezondheidsbegrip is tenslotte ingebed in heel uiteenlopende opvattingen over het lichaam en het persoonsbegrip. Voor de een zal bijvoorbeeld orgaandonatie postmortaal problematisch zijn, voor een ander donatie bij leven, voor een derde de financiële transactie waarbij de donor betaald wordt. Niet goed is in te zien hoe deze pluraliteit aan morele opvattingen nog kan worden herleid tot een eenduidig zorg- of gezondheidsbegrip en een algemene en vaste beroepsethiek.

Ik concludeer daarom op grond van deze schets dat de ‘boei’ waaraan men een beroepsethiek nog hoopte te vast te haken met behulp van een moreel dikkere invulling van de zorgpraktijk, in de moderne tijd geen duidelijk ethisch anker meer heeft.

10 Implicaties, conclusies en nawoord

“... all but the most extreme moral saints become non-compliers”
(De Wispelaere, 2004)

De gevolgen liggen voor de hand. Ik wijs, samenvattend, op de mogelijke implicaties: de ruimte die deze ontwikkeling biedt en

de gevaren die eraan verbonden zijn, en verbind daaraan tevens mijn conclusies. In het nawoord wijs ik, terugblikkend, op een zekere eenzijdigheid in deze studie. De innerlijke motivatie die in de zorgverlening alsook in de beroepsethiek onontbeerlijk is, is geen vanzelfsprekend gegeven.

10.1 Implicaties

“Insofar as persons are free to venture and fail, the market encourages the development of individual responsibility. It provides tutelage regarding the limits of the human condition and individual ability ...” (Cherry, 2003)

Wie kiest voor de tweede visie, een dunnere morele invulling van zorg, zal pleiten voor minder overheidsbemoediging en meer ‘samenwerking op basis van overeenstemming’. De gevolgen daarvan kunnen verregaand zijn. Ik vat hier de in ethisch opzicht het meest in het oog springende implicaties samen:

- De overeenstemming tussen zorgvrager en -aanbieder zal richtinggevend zijn voor wat goede zorg genoemd wordt.
- Er is minder noodzaak om naar consensus te streven binnen de beroepsgroepen.
- Er zal een grotere variatie aan zorgverlening ontstaan, passend bij de pluriformiteit aan opvattingen die niet alleen onder zorgvragers maar ook onder zorgverleners bestaat.
- De ethiek van zorgverleners beweegt zich in de richting van een ethiek van de markt, waarbij een tevreden klant, een goed product, een betrouwbaar imago, uitmuntende expertise, vlotte dienstverlening, alle van belang kunnen zijn.
- Er zal een grotere bereidheid bestaan om waarden af te wijken (kwaliteit; zorgvuldigheid) en af te wijken van professionele standaarden: meer en minder risico's nemen, meer en minder zinvolle zorg bieden, rekening houdend met individuele situaties en persoonlijke preferenties.
- Ook financiële motieven kunnen in die afweging een rol spelen: kwalitatief minder maar goedkoper, minder goede maar snellere hulp.
- Waarden als gelijkheid en rechtvaardigheid (in een bepaalde invulling: gelijke toegang, geen tweedeling, geen ‘unfaire’ voorrang) zullen eerder worden losgelaten en afgewogen, niet omdat men er onverschillig tegenover staat, maar omdat andere waarden om voorrang strijden (doelmatig-

heid; efficiency; betere uitkomsten in termen van bijvoorbeeld wachttijd, ofschoon niet voor iedereen in gelijke mate).

Beroepsethiek krijgt, samengevat, een andere inbedding, wanneer zij minder door de professie en meer door de markt wordt geleid. Dit maakt haar tot een andere beroepsethiek, niet noodzakelijk een slechtere ethiek. Aan zo'n nieuwe ethiek moet actief vorm en inhoud gegeven worden. Die verandering voltrekt zich niet vanzelf. Een beroepsethiek 'op de markt' heeft een eigen karakter en brengt eigen risico's voor de zorgverlening met zich mee. Rondom een dergelijke ethiek moeten daarom waarborgen geschapen worden, wil goede zorg gegarandeerd zijn. Uitgaan van de deugdzzaamheid van de individuele zorgverlener is naïef en onethisch. Ook ten aanzien van deze beroepsethiek geldt dat strakke regulering haar werk moet doen binnen een omgeving die deze ethiek ondersteunt. Voor de kwaliteit kan men minder dan vroeger vertrouwen op in de beroepsgroep bereikte consensus en standaarden. Waar ooit volstaan kon worden met interne (zelf)regulering, is nu externe toetsing nodig.

Op de risico's en gevaren is hiervoor reeds voldoende geweest. Polder et al. wijzen, in navolging van Goudzwaard, terecht op de eenzijdige wijze waarop op de markt met waarden wordt omgegaan. Op de markt telt slechts wat een prijs draagt. Daarom worden veel waardevolle zaken door de markt niet (of onvoldoende) opgemerkt.

Op de markt zijn sommige mensen kwetsbaarder dan andere. Mondigheid is niet voor iedereen weggelegd en niet in alle situaties te verwachten. Zorgbehoeften worden op de markt alleen onderkend wanneer er ook koopkracht is; wie zal de stem zijn van degenen die zich niet kunnen laten horen omdat ze onvoldoende koopkracht hebben of omdat hen de vereiste mondigheid ontbreekt? Ook zijn sommige waarden kwetsbaarder dan andere.

Tijd en goede communicatie zijn schaarse goederen geworden in de zorg. Het vertrouwen in de zorgaanbieder als voorwaarde voor goede zorg kan onder druk komen te staan wanneer door concurrentie georganiseerd wantrouwen overheerst. Waarden op de markt (zoals gezondheid) worden vooral instrumenteel opgevat: in termen van zorgproductie- en zorgconsumptie; over de kwaliteit als zodanig spreekt de markt zich niet uit. Voorts kan men zich afvragen of op de langere termijn zorg

op de markt veilig is. Wanneer aandeelhouders en management meer leven bij de waan (de beurskoers) van de dag en zorgverleners vooral bij korte termijn successen, dan loopt men het risico van ondermijning van de zorg op termijn.

Kortom, hoe gaan we om met ‘alles wat kwetsbaar is’, wanneer dit op de markt onvoldoende wordt gesignaleerd? Om die risico’s het hoofd te bieden zal men, zoals gezegd, niet meer kunnen vertrouwen op zelfregulering door de beroepsgroep. De andere wijze van kwaliteitsborging en -toetsing die men op de markt aantreft, vraagt om sterkere externe controle en sturing van zorgaanbieders.

10.2 Conclusies

“Je kunt in organisaties, bedrijven en in de politiek niet zonder integere mensen. Doe echter je uiterste best er zo weinig mogelijk van nodig te hebben” (Musschenga, 2004)

‘De’ beroepsethiek staat op zichzelf het streven naar meer marktwerking in de zorg niet in de weg. De aanpassing aan nieuwe omstandigheden vraagt om een andere ethiek, die zich niet vanzelf zal ontwikkelen, maar die actief naar vorm en inhoud bevorderd moet worden. De vraag of ‘het veld’, al degenen die in de zorgverlening werken, tot die veranderingen bereid zijn – de karikatuur: ‘met onwillige honden is het immers slecht hazen vangen’ – is een heel andere vraag, die nader onderzoek verdient.

Het ligt voor de hand dat de bereidheid in het veld toeneemt, naarmate men beter inziet dat de veranderingen ten goede komen aan de zorg. Beleidsmakers wacht de taak om zorgverleners duidelijk te maken dat de kansen opwegen tegen de risico’s. Het gaat om een taak in tweeërlei opzicht.

- *In termen van maatregelen:* men zal de bezwaren die er leven onder ogen moeten zien en moeten aangeven hoe men denkt de gevaren en risico’s van ‘meer markt’, die hier genoemd zijn, te ondervangen.
- *In termen van visie:* men zal duidelijk moeten maken welke fundamentele waarden, zoals ik die ter sprake bracht, richtinggevend zullen zijn voor de zorg en welk normatief beeld men van de toekomstige zorg heeft.

Mijn vraag luidde: Wat betekent ‘de economisering’ van zorg voor met name de beroepsethiek van zorgverleners?

In die beroepsethiek lijken twee kernwaarden door economisering in het geding te zijn. Allereerst het belang van ‘vertrouwen’ en in de tweede plaats het belang van een professionele standaard, met name van de kwaliteitsstandaarden. De vraag is wat ze ons waard zijn. Economisering, ruim opgevat als ‘geld mag een rol spelen in de zorg’, zet deze waarden onder druk.

Vertrouwen kan bij toenemende economisering niet meer op eenzelfde wijze worden geborgd. Meer geregelde concurrentie impliceert meer georganiseerd wantrouwen. Professionele standaarden zullen een grotere variatie te zien geven, waarbij kwaliteit en kosten tegen elkaar worden afgewogen en op elkaar in mindering kunnen komen. Nodig zijn aanvullende instrumenten met een minder intern (zelfregulerend) en een meer extern (maatschappelijk) karakter. Zien we de klassieke beroepsethiek vooral als een intern instrument, dan zal daaraan bij toenemende economisering een geringe rol kunnen worden toegeschreven. Het alternatief is meer externe aansturing en controle om ‘kwaliteit’ en ‘vertrouwen’ te kunnen garanderen. Wat de inhoud van het begrip kwaliteit van zorg zal zijn, is op de markt in hoge mate onbepaald en open voor heel verschillende, maar niet noodzakelijk slechtere invulling.

Het zou mooi zijn als het in de zorg wat meer om de patiënt en wat minder om de zorgverlener zou draaien. Dat vraagt om een andere organisatie van de zorg, waarbij de zorgbehoeften (‘vraagsturing’) van de patiënt uitgangspunt zijn. Patiënten kunnen vaak zelf niet beoordelen wat goede zorg is, anderen moeten voor de kwaliteit ervan zorgdragen. De vraag is nu of men de bepaling van kwaliteit aan zorgverleners moet overlaten. Zijn zij bij uitstek degenen die hiervoor in de beste positie zijn? Zorgverleners kunnen elkaar lelijk in de weg zitten. ‘De’ professie bestaat uit een meervoud van zorgprofessies. Ze lijkt soms meer op een in zichzelf verdeeld huis van uiteenlopende specialismen en zorgvelden, met alle verkokerdheid en wedijver vandien. Dat zou nopen tot een meer externe bepaling van kwaliteit. Dit impliceert echter niet een mindere kwaliteit en een mindere zorg.

10.3 Nawoord: waarschuwing

“In recent years scholars have warned against the tendency of policy makers to focus solely or even primarily on external incentives – principally financial incentives – to ensure compliance, arguing that a system that relies heavily on such external incentives runs a serious risk of crowding out intrinsic altruistic motivations”
(De Wispelaere, 2004).

In deze verkenning is veel aandacht gegeven aan de instrumenten die de zorgverlening moeten ‘sturen’. Ik ben me van de eenzijdigheid daarvan bewust geweest. Wellicht hebben we te veel vanuit beleidsperspectief, van buiten af, naar de zorg gekeken en moet het échte onderzoek van binnenuit nog beginnen. Mijn conclusie, dat ‘meer markt’ om meer ‘externe’ sturing vraagt, en minder kan vertrouwen op het professionele ‘instrument’ van zelfregulering, maakt deze eenzijdigheid nog groter. Voor professionele zorgverleners is wellicht deze bureautilaas reeds sterk vervreemdend. Waarom, en door wie, zouden ze zich laten sturen?

Ik hoop duidelijk te hebben gemaakt dat een onmisbare voorwaarde voor goede zorgverlening een ‘interne’ motivatie is: het verlangen anderen te helpen vormt de grondslag van elke beroepsethiek in de zorg. Wie als beleidsmaker dit morele aspect van kwaliteit veronachtzaamt, stevent rechtstreeks af op morele erosie of morele burn-out (Hilhorst, 1999-a). Goede zorg dient zo ingericht te zijn dat zorgverleners in de alledaagse praktijk gemotiveerd hun werk kunnen doen. Ik heb dit aspect nadrukkelijk belicht en op het precaire karakter ervan gewezen. De vraag of een andere, meer marktgerichte omgeving gunstiger dan wel ongunstige gevolgen zal hebben voor de motivatie van zorgverleners is hier gesignaleerd, maar niet beantwoord. Alleen nader ethisch en psychologisch onderzoek kan hierop meer licht werpen.

De volgende overwegingen kunnen hiervoor het uitgangspunt vormen (Le Grand, 2001 en 2004; Head, 2003; De Wispelaere, 2004).

- De publieke sector is niet per definitie moreel beter dan de private sector. De gedachte dat de zorgverlening in de publieke sector vooral geïnspireerd is door altruïstische motieven (‘other-regarding’) en de zorgverlening in de private sector door overwegend motieven die op eigenbelang gebaseerd zijn (‘self-regarding’) is onjuist. Men kan dus niet zeggen dat op dit punt, naar haar aard en uitkom-

- sten, de publieke sector in ethisch opzicht voorkeur verdient boven de private sector.
- Het altruïstische motief, het ‘concern for others’, is ook in de zorg van groot belang. Wanneer door beleidsmakers in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van sturingsinstrumenten die op externe aansporing gebaseerd zijn – veelal financiële ‘prikkelers’ met op de achtergrond abstracte beleidsconcepten zoals ‘prestatie-indicatoren’ en ‘diagnose-behandelings-combinaties’ als zoet- of zuurstok – om zich van medewerking te verzekeren (‘compliance’ betekent letterlijk ‘inschikkelijkheid’), loopt men ernstig risico dat altruïstische motivaties verdrongen worden. Beleid dient oog te hebben voor die (mogelijke) effecten.
 - Mensen, ook zorgverleners, worden gewoonlijk gedreven door een mix van uiteenlopende motieven. Sommigen zullen zich meer dan anderen door ethische motieven laten leiden: er bestaan nu eenmaal edelen en ridders, schelmen en schurken. Hoe welwillend zij zullen zijn hangt voor een belangrijk deel af van de omstandigheden waarin men hen plaatst. Naarmate meer mensen niet ‘compliant’ zijn (en zich aan regels weinig gelegen laten liggen), zal ook de motivatie van de anderen om zich aan de regels te houden ondergraven worden. De meest uitzonderlijke morele heiligen kunnen in een situatie komen waarin zij zich niets van regels aantrekken.

Wellicht kunnen we de beroepsethiek het beste karakteriseren als ‘het meest interne instrument’ dat we bezitten. Alle redenen om het te koesteren.

Literatuur

- Applebaum, A.I. Ethics for adversaries: the morality of roles in public and professional life. Princeton: Princeton U.P., 1999.
- Berg, M. en A. Mol. Ingebouwde normen: medische technieken doorgelicht. Utrecht: Van der Wees, 2001.
- Cameron, N.M. de S. The new medicine: life and death after Hippocrates. London: Hodder & Stoughton, 1991.
- Cherry, M.J. The body for charity, profit and holiness: commerce in human body parts. *Christian Bioethics*, 6, 2000, no. 2, p. 127-138.
- Cherry, M.J. Scientific excellence, professional virtue, and the profit motive: the market and health care reform. *Journal of Medicine and Philosophy* 28, 2003, no. 3, p. 259-280.
- Dartel, H. van, M. Jacobs en R. Jeurissen. Ethiek bedrijven in de zorg: een zaak voor het management. Assen: Van Gorcum, 2002.
- DeAngelis C.D. Practicing on the edge of ethics and economics. *Woodstock Report*, 1993, no. 36.
- Does, E. van der. Hand in eigen boezem. *Medisch Contact*, 58, 2003, no. 18, p. 730-732.
- Downie, R.S. Traditional medical ethics and economics in health care: a critique. In: G. Mooney en A. McGuire (eds.). *Medical ethics and economics in health care*. Oxford: Oxford U.P., 1988.
- Downie, R.S., C. Fyfe en A. Tannahill. *Health promotion: models and values*. Oxford: Oxford U.P., 1990.
- Dute J.C.J., et al. De evaluatie van de WGBO. Utrecht: Nivel, 2000.
- Erin, C.E. en J. Harris, An ethically defensible market in organs. *British Medical Journal*, 2002, 325, p. 114-115.

Freidson, E. Professionalism: the third logic. Cambridge: Polity Press, 2001.

Gezondheidsraad. Medisch handelen op een tweekop. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.

Hartogh, G. den. Autonomie is het woord niet: professionele verantwoordelijkheid in het tijdperk van de WGBO. Medisch Contact 52, 1997, no. 44, p. 1386-1389.

Hartogh, G. den. Gift of bijdrage? Over morele aspecten van orgaandonatie. Den Haag: Rathenau Instituut, 2004.

Head, S. The new ruthless economy: work and power in the digital age. Oxford: Oxford U.P., 2003.

Hilhorst, M.T. (a) Er dokter bij blijven: medisch-ethisch handelen in veranderende omstandigheden. Assen: Van Gorcum, 1999.

Hilhorst, M.T. (b) Medische ethiek: onnodige misverstanden. Beleid en Maatschappij, 26, 1999, no. 4, p. 292-300.

Hilhorst, M.T. (c) Can health care workers care for their patients and be advocates of third-party interests? In: R. Bennett and Ch. Erin (eds.). HIV and AIDS; testing, screening and confidentiality. Oxford. Oxford U.P., 2001, p. 149-165.

Hilhorst, M.T. Philosophical pitfalls in cosmetic surgery: a case of rhinoplasty during adolescence. Medical Humanities, 28, 2002, no. 2, p. 61-65.

Huibers, A. en W. van der Burg. De arts: heilige of koopman? In: W. van der Burg en P. Ippel. De Siamese tweeling: recht en moraal in de biomedische praktijk. Assen: Van Gorcum, 1994.

Keuzen in de zorg (commissie). Kiezen en delen. Den Haag: DOP, 1991.

Koehn, D.. The ground of professional ethics. London: Routledge, 1994.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst. Gedragsregels voor artsen, Utrecht: KNMG, 2002.

Lantos, J.D. Do we still need doctors? New York: Routledge, 1997.

Le Grand, J. The provision of health care: is the public sector ethically superior to the private sector? LSE Health and Social Care Discussion Paper (n. 1), London: London School of Economics and Political Science, 2001.

Le Grand, J. Motivation, agency and public policy: of knights and knaves, pawns and queens. Oxford: Oxford U.P., 2003.

Legemaate, J. (red.). De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1995 (2e dr.).

Macklin, R. Enemies of patients: how doctors are losing their power ... & patients are losing their rights. Oxford: Oxford U.P., 1993.

Maclean, A.. The elimination of morality: reflections on utilitarianism and bioethics. Routledge, London, 1993.

Maister, D.H. True professionalism: the courage to care about your people, your clients and your career. London: Free Press, 2000.

Miles, S.H. On a new charter to defend medical professionalism. Whose profession is it anyway? Hastings Center Report, 2002, p. 46-48.

Morreim, E. Haavi. Balancing act: the new medical ethics of medicine's new economics. Dordrecht: Kluwer, 1991.

Mulders, R. Gezonde bedrijfsvoering. Management Team, 2003, p. 46-49.

Musschenga, A.W. Integriteit: over de eenheid en heelheid van de persoon. Utrecht: Lemma, 2004.

Musschenga, A.W. Integriteit voor meeste mensen niet haalbaar (boekbespreking). Gewoon bijzonder, 1, 2004, no. 2, p. 8-10.

Nowotny, H. On the uneasy relationship between the life sciences and the humanities. In: Modern biology: visions of humanity. Brussels: European Communities, 2004.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Letsel na behandeling door 'Robodoc'. Berichten-buitenlands nieuws, 148, 2004, no. 19, p. 955.

Polder, J.J., J.Hoogland en H. Jochemsen. *Professie of profijt?* Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *De rollen verdeeld: burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg.* Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Professie, profijt en solidariteit* (K. Putters). Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Marktwerving in de medisch specialistische zorg: Achtergrondstudies* (P.P.T.Jeurissen; E.G. Brummelman; M.C.E. van Heurck). Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Marktwerving in de medisch specialistische zorg.* Zoetermeer: RVZ, 2003.

Radcliffe-Richards, J. et al. The case for allowing kidney sales. *Lancet*, 1998, 351, p. 1950-1951.

Rodwin, Marc A. *Medicine, money and morals: physicians' conflict of interest.* Oxford: Oxford U.P., 1993.

Reinders, J.S. *Verpleegkundige: een prachtig beroep, maar ook een leuke baan?* *Zorgpleidooi*, 2003, no. 4, p. 1-3.

Schut, E. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfa- len en overheidsfalen in de gezondheidszorg.* Rotterdam: Erasmus MC (oratie), 2003.

Seglow, J. (ed.). *The ethics of altruism.* London: Frans Cass Publ., 2004.

Steiner, H. The right to trade in human body parts. In: Seglow, J. (ed.). *The ethics of altruism.* London: Frans Cass Publ., 2004, p. 187-193.

Taft, K. en G. Steward. *Private profit or the public good: the economics and politics of the privatisation of health care in Alberta* (report), 1999.

Tonkens, E. Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIWZ, 2003.

Ubel, P.A. Pricing life. Why it's time for health care rationing. Cambridge: MIT Press, 2001.

Williams, A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics*, 18, 1992, p. 7-11.

Williams, A. Medicine, economics, ethics and the NHS: A clash of cultures? *Health Economics* 7, 1998, p. 565-568.

Wispelaere, J. De. Altruism, morality and moral demands. In: Seglow, J. (ed.). *The ethics of altruism*. London: Frans Cass Publ., 2004, p. 9-33.