

Het ethische aspect van de professionele identiteit

Door prof.dr. Gerrit Glas

Lezing gehouden op het congres 'Ethiek in de psychiatrie' georganiseerd door de sectie psychiatrie en filosofie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op 31 januari 2003 te Zwolle

Artsen mogen op grond van hun medische kennis en kunnen hun beroep zelfstandig uitoefenen. Zij ontlenen de legitimatie voor hun handelen aan het feit dat zij beschikken over kennis van een bepaalde type, met name medisch-wetenschappelijke kennis, en aan hun vermogen vaardigheden en technieken toe te passen die op die kennis zijn gebaseerd. De professie was aldus tot voor kort min of meer autonoom: ze definieerde haar domein aan de hand van de kennis waarover ze beschikte; ze definieerde vervolgens zelf aan de hand van deze kennis de criteria en standaarden waaraan wettige beroepsuitoefening diende te voldoen. Toelating tot dan wel uitsluiting van beroepsuitoefening was een interne zaak. Professionele autonomie was iets vanzelfsprekends. Ze fungeerde vooral naar buiten toe, als wapen waarmee al te boude claims vanuit de maatschappij, of door de overheid of van de zijde van patiënten werden gepareerd. Ethiek speelde daarbij nauwelijks een rol. Ethiek was een kwestie van etiquette, van onderlinge omgang binnen de beroepsgroep. De ethiek was naar binnen gericht.

Het behoeft weinig betoog dat in dit homogene beeld barsten zijn ontstaan. Sterker nog, men kan zich afvragen of het juist geschetste beeld in werkelijkheid ooit wel zo homogeen was en of de idee van professionele autonomie – in de hier voorgestelde vorm – niet ten dele een fictie was. Daarmee komt ook de ethiek meer in beeld.

Zo is de psychiatrie als relatief jonge loot aan de medische professie in de 19^e eeuw niet in de eerste plaats ontstaan als gevolg van nieuwe kennis en kunde, maar vanuit het motief van humanisering van de zorg en emancipatie van personen die tot dan in gevangenissen en dolhuizen werden opgesloten. Tot de dag van vandaag rekent de psychiatrie het tot haar taak de zorg op zich te nemen voor personen wier onmaatschappelijke en onrust veroorzakende gedrag op een mentale stoornis of ziekelijk gebrek berust. De psychiatrie neemt om die reden in het geheel van de medische professie een bijzondere plaats in. Meer dan andere medische disciplines is zij geboren in de interactie tussen drie partijen: de geneeskunde, het recht en de maatschappij, en wel vanuit de maatschappelijke behoefte aan regulering van onrust.

Daarmee komt dus een eerste breuklijn in beeld: de professie bepaalt niet in volstrekte autonomie haar domein; ook de maatschappij en het recht oefenen invloed uit op wat de psychiatrie tot haar domein dient te rekenen. Men kan hier denken aan de invloed van het openbaar bestuur en de politiek. Meer recent zijn hier de verzekeraars bij gekomen en natuurlijk organisaties van patiënten en hun familie. De moderne professional moet zich verantwoorden voor een veel breder front dan alleen dat van zijn beroepsgenoten. Zijn identiteit is geen vast gegeven. Door de barsten van de professionele identiteit heen worden allerlei morele vragen zichtbaar.

Aan de homogeniteit van het eerder geschetste beeld wordt ook op andere manieren getornd. Ik denk aan drie ontwikkelingen:

- de opkomst van de patiëntenbeweging
- het vraagstuk van de verdeling van schaarse middelen
- de verwachtingen die mensen in de moderne samenleving aangaande de geneeskunde koesteren.

Genoemde drie factoren zetten de professionele autonomie van de arts en daarmee diens identiteit onder druk. Op elk van deze drie factoren zal ik ingaan. Daarbij betrek ik het rapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg. Ik geef daarop enig commentaar. De stelling die ik verdedig luidt dat alleen een niet-defensieve opvatting van professionele autonomie in staat is recht te doen aan de ethische dimensie van het professionele handelen.

Opkomst patiëntenbeweging

In Nederland en andere westerse landen ontstond aan het eind van de jaren zestig een discussie over de macht van artsen en de mondigheid van de patiënt. In ons land concentreerde de discussie zich aanvankelijk op het 'zinloos rekken' van het leven van ongeneeslijk zieken door de expansie van medisch-technische mogelijkheden. In de psychiatrie ging het vooral over de dehumaniserende invloed van totale instituties en de nadelen van het gebruik van psychofarmaca, ECT, en de toepassing van dwang. Er ontstond een krachtige patiëntenbeweging, aanvankelijk strijdbaar en militant, later meer in samenwerking met de gevestigde psychiatrie. Nieuwe wetgeving, met name de WGBO, veranderde de rol van de psychiater. Diens bemoeienis werd een zaak van afstemming, overleg, en zoveel als mogelijk consensus.

Ook in het publieke domein werd van de psychiater in toenemende mate transparantie en bereidheid tot verantwoording gevraagd. Er werden (en worden) richtlijnen en behandelprotocollen ontwikkeld. Deze richtlijnen en protocollen waren niet alleen een weerspiegeling van het toenemend inzicht in oorzaken van ziekte en de effecten van behandeling. Ze waren ook een antwoord van de professie op de roep om transparantie en verantwoording.

De patiënt werd aldus klant, en weer later burger. Rehabilitatie kwam in het teken te staan van herstel van burgerschap. De patiënt werd een burger met een eigen persoonsgebonden budget, ondergebracht in kleinschalige, wijkgerichte, en transmurale voorzieningen. Inmiddels lijkt ook die beweging zijn beste tijd alweer gehad te hebben. De wijk is helemaal niet toe aan de vermaatschappelijkende patiënt en klopt met enige drang op de deur van de GGZ.

Het rapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg, *Zorg van velen*, constateert een gebrek aan visie. De GGZ eet van twee walletjes, door aan de ene kant te mikken op integrale zorg (het inclusiemodel) en aan de andere kant een beroep te doen op regulatie en zelfsturing vanuit de maatschappij ten aanzien van de vermaatschappelijkende patiënt. Ze kiest niet radicaal voor het exclusiemodel met z'n getrapte zorg en sterkere scheiding tussen psychiatrie en GGZ.

Deze meningen en ontwikkelingen laten op een andere manier zien wat ik zojuist zei: de moderne psychiater is op een steeds beperkter gebied professioneel autonoom, voor het overige is hij of zij meer een kundig onderhandelaar en netwerker. Wat opvalt is hoe stuurloos de psychiatrie is als het gaat om de definitie van zijn identiteit. Het in naam nog steeds aangehangen biopsychosociale model (bij uitstek passend bij het inclusie model) wordt op dit moment in rap tempo ontmanteld ten gunste van een biomedische profilering. Oude dualismen worden daarbij in ere hersteld: terugtrekken op zgn. medische kerncompetenties versus begeleiding volgens een sociaal en emancipatoir model à la de mentale hygiënisten; ziekte versus lijden (het woord lijden mag haast niet meer: je bent een loser of je hebt gewoon pech); functionele stoornis/beperking versus beleving en bejegening.

Verdeling schaarse middelen

Vervolgens is de professionele autonomie onder druk komen te staan door de schaarste aan middelen. Midden jaren zeventig werd duidelijk dat de kosten van de gezondheidszorg volledig uit de hand dreigden te lopen. Bezuiniging volgde op bezuiniging. De psychiatrie werd net als andere medische zorg gebudgetterd en verhuisde qua financiering naar een ander compartiment, de AWBZ. Veel werd er gediscussieerd over een basispakket van zorg. Markttwerking zou de rest moeten doen. Vaak is in de discussie over een en ander de professionele autonomie als 'blokkade-argument' gebruikt om al te opdringerig gedrag van de overheid en verzekeraars een halt toe te roepen. De laatste jaren is het klimaat enigszins veranderd en verloopt het overleg tussen overheid, beroepsgroep en verzekeraars meer in een geest van samenwerking en zoeken naar gemeenschappelijke belangen.

De discussie over 'managed care' in de Verenigde Staten maakt duidelijk dat sterke bezuinigingen en verschraling van het te verzekeren pakket de identiteit van de professional onmiddellijk raken. In de Verenigde Staten gebeurde dat zelfs in een mate

dat menig een zich afvroeg of met de ter beschikking gestelde middelen het technisch en moreel nog wel verantwoord was zich professional te noemen (is het ethisch een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis te behandelen in vijf sessies?). Grosso modo is het effect hiervan een tweedeling geweest, waarbij een deel van de professie in de private en een deel in de collectieve sector zijn broodwinning ging zoeken. Een dergelijke tweedeling maakt het beeld van de psychiatrie naar buiten toe uiteraard niet helderder. In een klimaat waarin de professional zich defensief opstelt om te kunnen overleven raken wezenlijke aspecten van de arts-patiënt relatie snel uit beeld. Die aspecten hebben te maken met waarden, ja zelfs met het hart van de zorg: het weldoen aan en het omzien naar degenen die lijden op grond van ziekte of gebrek.

Het terugvallen op de biomedische profilering moge uit het oogpunt van inrichting van zorg een sterke optie lijken. Ze sluit naadloos aan bij een benadering die primair gericht is op beheersing van de behoefte aan zorg. Die behoefte aan beheersing is begrijpelijk en op zich ook noodzakelijk. Maar ze schiet toch tekort als vandaaruit de identiteit van de professie wordt gedefinieerd; als niet tegelijk wordt gekeken naar het achterliggende mensbeeld, naar de assumpties die ten grondslag liggen aan de huidige deels falende inrichting van de zorg. Waar is de uitdijende behoefte aan GGZ een signaal van? De RIAGG's sloten onvoldoende aan op de zorg in de APZ-en en in het gat daartussen ontspoorde vele patiënten, zegt Zorg van Velen. De daarop volgden fusies tussen RIAGG's en APZ-en waren vooral bestuurlijke operaties die nog niet een nieuwe visie op zorg opleverden. De professional raakte in de knel in de nieuwe grote organisaties. De gefuseerde instellingen probeerden het onmogelijke te combineren: integrale zorg en tegelijk transmuraal en zelfs wijkgericht werken. Dat is allemaal juist geconstateerd. Maar in de alliantie tussen bestuurlijk beheersingsdenken en biomedische profilering verdwijnen ten onrechte en in schijn allerlei morele vragen van tafel; vragen die dagelijks op het bord van de psychiater liggen en die niet ontweken kunnen worden. We kunnen beheersen door te echelonneren, maar dat verandert niets aan het feit dat er geen mooie scheidslijn loopt tussen de persoon en z'n ziekte, tussen psychosociale en existentiële problematiek enerzijds en 'harde' psychiatrie anderzijds. Tussen as-I en as-IV zit nog steeds as-II. Juist patiënten met persoonlijkheidsstoornissen worden makkelijk de dupe van juist genoemde dualismen. Daarmee is op zich nog niets gezegd over differentiatie van het zorgaanbod naar echelons of een scherper onderscheid tussen psychiatrie en GGZ. Maar de beheersmatige benadering moet worden gecombineerd met filosofische reflectie over veranderende zelfopvattingen van mensen en daarop geënte verwachtingen t.a.v. de GGZ; over de relatie tussen professionaliteit en de impliciet normatieve momenten in de arts-patiënt relatie, over de vraag hoe 'hard' de harde psychiatrie nu eigenlijk is, over de ziekte als geschiedenis – een geschiedenis waarvan de behandelaar met diens ideeën, uitspraken en interventies deel uit maakt.

Verwachtingen ten aanzien van de psychiatrie

Tenslotte de andere verwachtingen ten aanzien van de geneeskunde, in het bijzonder de psychiatrie. Er is wel opgemerkt dat de gezondheidszorg in de westerse wereld te kampen heeft met de paradox dat mensen zich steeds ongezonder voelen, terwijl de gezondheidstoestand van de bevolking nog nooit zo goed is geweest en de investeringen daarin in termen van middelen en menskracht nog nooit zo groot. Het belang dat mensen hechten aan gezondheid is kennelijk zeer groot en de verwachtingen ten aanzien van de geneeskunde navenant hoog.

Ook aan de psychiatrie gaan deze ontwikkelingen niet voorbij. De mogelijkheden tot behandeling zijn de laatste decennia sterk uitgebreid. Bijgevolg nemen ook de verwachtingen over de resultaten van die behandeling toe. Patiënten en hun familie zijn vaak goed geïnformeerd en stellen zich veeleisend op. Vaak is er sprake van een spanningsveld tussen wensen van patiënt en familie en wat de psychiatrie aan menskracht en middelen kan aanreiken.

Het wegvallen van traditionele steunsystemen ging hand in hand met een steeds sterker accent op individuele zelfrealisatie als norm. Mondialisering en individualisering maken dat er toenemend eisen aan de zelfredzaamheid van de burger worden gesteld. Het tekortschieten in zelfredzaamheid vertaalt zich vermoedelijk sneller dan voorheen in

een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. De grenzen van wat tot het terrein van de psychiatrie behoort, staan met dit alles opnieuw in discussie. De behoefte aan hernieuwde demarcatie van het eigen domein zoals die in het midden van de jaren negentig ontstond is begrijpelijk. En het is nog maar het begin. Dan denk ik niet alleen aan chronische moeheid, burn-out en arbeidsgelateerde psychische problematiek; maar ook aan discussies die nu nog in de kinderschoenen staan en die gaan over genetische screening, cosmetische psychofarmacologie en 'design drugs'.

De huidige psychiatrie neigt er toe ook deze discussies kort te sluiten door een sterk accent te leggen op de biomedische definitie van ziekte en door een scheiding aan te brengen tussen behandeling en zorg. Hoe begrijpelijk ook: deze pogingen betekenen in feite een stap terug. Ze gaan voorbij aan een realiteit die niet te ontkennen valt, namelijk dat het ook in de behandeling van 'harde' psychiatrische stoornissen vaak vooral gaat om de zachte rand, de beleving, de last die iemand heeft van bijwerkingen, de zin van het zich voegen in een bepaald medisch regime, het toekomstperspectief, het omgaan met onzekerheid over het beloop. De kern van wat er in de spreekkamer gebeurt, heeft meer te maken met 'value-negotiation' dan met de 'ingreep' zelf. Die is vaak betrekkelijk triviaal, vergeleken met de complexiteit van de interactie tussen arts en zieke. Daarmee doe ik niet af aan de betekenis en diepte van de wetenschappelijke kennis die aan de ingreep ten grondslag ligt. Juist het goed onderscheiden van het vakwetenschappelijke en klinische kan aan beide perspectieven recht doen. In de spreekkamer heerst het klinische perspectief. In dit perspectief krijgen vakwetenschappelijke concepten een ander gewicht en andere connotaties.

Het ethische aspect van de professionele identiteit

Professionele autonomie heeft verschillende gezichten:

- ze bepaalt de visie van artsen over toelating en uitsluiting tot de beroepsgroep
- ze fungeert in discussie met de overheid, verzekeraars en ook patiëntengroeperingen als laatste bastion
- ze heeft daarnaast de functie de beroepsbeoefenaar te bepalen bij de kern van zijn of haar discipline

Het is in deze laatste zin dat de notie professionele autonomie ook in positieve zin gebruikt kan worden om zicht te krijgen op die waarden-bepaalde aspecten van het professionele handelen. Ik doel dan op die aspecten die enerzijds niet tot de sfeer van het directe instrumentele handelen behoren, anderzijds specifiek zijn dan algemeen-menselijke noties van fatsoen, respect en betrokkenheid. Een discussie in juist genoemde positieve zin kan echter alleen als de professie niet op voorhand een defensieve positie betreft.

De biomedische visie op psychiatrische stoornissen leidt gemakkelijk tot een benadering waarin de 'ingreep' het eigenlijke is en de rest niet meer dan het 'trucje' om de patiënt zover te krijgen. Een dergelijke benadering schiet tekort. Ze is in wezen gericht op beheersing en niet op het deelgenoot worden van (laat staan: compassie). Zij isoleert de stoornis van het lijden en maakt zich aldus blind en doof voor de ethische dimensie van het professionele handelen. Die ethische dimensie ligt primair in het appel dat uitgaat van het lijden van de patiënt. Ik bedoel hiermee niet iets zweverigs of sentimenteels (het is al erg dat ik dat hier moet zeggen) maar op een fenomeen op een heel elementair niveau van ervaring: het onweerstaanbare appel dat uitgaat van de weerloosheid van de zieke; de solidariteit op een dieperliggend niveau; de bekommernis en zorg die daaruit volgen.

Ik zei: de biomedische benadering isoleert de stoornis van het lijden en maakt de professie daarmee blind en doof voor de inherent ethische dimensie van haar handelen. Dat lijkt me zo zonneklaar dat het nauwelijks betoog behoeft. Toch schrik ik van het gemak waarmee weldenkende collegae soms instemmen met de lofzang op genoemde benadering en met de daarmee verbonden ideeën over de inrichting van de zorg. In de praktijk zal de wal het schip wel keren, maar toch. Op z'n minst blijft dan het beeld diffuus: een visie die tendeeft naar het exclusiemodel, maar een praktijk die inclusieve trekken heeft (om het in de taal van Zorg van velen te stellen).

Zelf pleit ik voor een benadering waarin de somatische disciplines in de geneeskunde blijvend kunnen profiteren van de enorme hoeveelheid opgehoopte klinische ervaring en deskundigheid in het omgaan met personen met afwijkingen in gedrag, persoonlijkheid en/of beleving. De huidige hang naar het biomedische en het opgeven van de integrale benadering, dreigt verfijningen in de conceptualisatie van ziekte ongedaan te maken die vanuit de psychiatrie nu juist met zoveel zorg en aandrag in het medisch denken hun plaats hebben gevonden. Denk bijvoorbeeld aan het onderscheid tussen ziekten, dimensies, (gemotiveerde) gedragingen en levensverhaal zoals dat door McHugh & Slavney is geformuleerd. Mijn kritiek op *Zorg van velen* is dat ze na een voortreffelijke analyse niet werkelijk doorstoot tot de fundamenteën en daardoor als het gaat om de oplossingen in feite de oude dualismen in ere herstelt.

De arts is geen ingenieur, laat staan een monteur. Wat de medicus, in het bijzonder de psychiater, meer of anders doet dan de ingenieur is iets dat wordt overgedragen in de praktijk, primair in de verhouding tussen meester en gezelschap. Men kan het niet uit een boek leren, maar er valt toch wel iets over te zeggen; en dat kan worden vastgelegd in een beroepscode. Recent heeft de Raad voor de Beroepscode van de NVvP hier een proeve van gegeven.

Men zou een beroepscode kunnen zien als een poging iets vast te leggen van die attitudes, deugden en gedragingen die de beroepsgroep als beroepseigen (= intrinsiek tot de professie behorend) beschouwt en die de bodem vormen waarop, of de achtergrond waartegen, zich het instrumentele handelen afspeelt.

Er zou hier kunnen worden aangesloten bij de deugdenethiek, omdat een dergelijke benadering nadruk legt op het feit dat 'het' goede zich belichaamt in eigenschappen en gedragingen (deugden) die typerend zijn voor een bepaalde praktijk; en niet een ideaal of een externe norm is (zoals een plicht; of een principe) of afhangt van de gevolgen ('benefits') van een bepaalde handeling (zoals in het utilisme). Dat deze deugden fundamenteel zijn blijkt hieruit dat zonder deze de bedoelde praktijk niet kan bestaan.

Het ethische aspect is dus niet slechts een belangrijk, maar in mijn ogen zelfs het kwalificerende aspect bij uitstek van de professionele identiteit. Elders heb ik dit, samen met anderen, uitgewerkt in het volgende schema. Het ethische aspect is constitutief in een kwalificerende zin. Het maakt de medische praktijk tot de praktijk die het is. Het overige – economische verhoudingen, juridische regels en de sociale en institutionele context – is constitutief in een conditionele (voorwaardelijke) zin. Naast deze constitutieve aspecten is er ook een regulatief aspect, tot uitdrukking komend in de norm om wel te doen. Ik gebruik hier de term regulatief in een quasi-kantiaanse zin, d.w.z. als een overkoepelende notie die de richting aangeeft van het medische handelen. Weldoen komt tot uitdrukking in het zorgend handelen. De regulatieve status van deze notie maakt duidelijk dat er meer zorg onder de zon is dan alleen die welke in de geneeskunde gevonden wordt.

Na dit theoretische raamwerk snakt U natuurlijk naar een praktische toepassing. Om wille van de tijd beperkt ik me tot het noemen van een voorbeeld. In de medische ethiek is de notie van belangeloosheid belangrijk en ook enigszins omstreden. Belangeloosheid komt tot uitdrukking in het zonder aanzien des persoons (geslacht, ras, financiële draagkracht, juridische status, staat van verzorgdheid) aanbieden van behandeling en begeleiding. De Raad voor de Beroepscode zegt het zo (I.2): "Aan ieder die zich tot hem wendt als psychiater verleent hij de noodzakelijke behandeling, begeleiding, adviezen en beoordelingen overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en deskundigheid mogen worden gesteld." In een tijd van schaarste kan deze belangeloosheid in het gedrang komen. De beroepsgroep dient dan bij de overheid, maar ook in het publieke debat duidelijk te maken dat aan een ethisch grondbeginsel van de professie wordt getornd; en niet – zich aanpassend vanuit een defensieve houding – moeten streven naar beheersing.

Bestandsnaam: Document2
Map:
Sjabloon: C:\Users\Liesje\AppData\Roaming\Microsoft\Sjablonen\Normal.dot
m
Titel:
Onderwerp:
Auteur: Liesje
Trefwoorden:
Opmerkingen:
Aanmaakdatum: 19-6-2008 12:09:00
Wijzigingsnummer: 1
Laatst opgeslagen op:
Laatst opgeslagen door:
Totale bewerkingstijd: 7 minuten
Laatst afgedrukt op: 19-6-2008 12:16:00
Vanaf laatste volledige afdruk
Aantal pagina's: 5
Aantal woorden: 3.256
Aantal tekens: 17.917 (ong.)