

Het belang van de debatterende dokter

Over gelijk hebben versus gelijk krijgen in de politieke en bestuurlijke arena

In zowel de medische praktijk als de medische (vervolg)opleidingen wordt een sterke nadruk gelegd op rationeel handelen, liefst gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Voor de buitenstaander lijkt de geneeskunde daarom een bolwerk van rede en evidence-based medicine. De dokter zelf weet dat het in de praktijk anders gaat. De *medicus practicus* meandert voortdurend tussen voorkeuren en wensen van patiënten, familieleden, collegae, afdelingshoofden, ziekenhuisbestuurders, inspecties, zorgverzekeraars, ministeries en andere invloedrijke spelers in het zorglandschap. Weliswaar is er over de hele linie sprake van een streven naar *evidence-based* handelen, maar in de dagelijkse praktijk komt daar ook een hoop politiek en management bij kijken. Door bedrijfsmatige professionalisering van de zorg en de politisering van het nationale zorgveld hebben de artsen van nu andere vaardigheden nodig. In dit artikel reflecteren wij op die politieke dimensie van de zorg vanuit het perspectief van de (jonge) arts. Daarbij baseren wij ons op de academische literatuur maar ook op onze ervaringen als (mede-)initiatiefnemers van Dokters in Debat, een stichting die als missie heeft om artsen meer bewust te maken van hun maatschappelijke verantwoordelijkheden en om artsen scholing aan te bieden in politieke vaardigheden. Maatschappelijk engagement in combinatie met politieke vaardigheden kunnen ervoor zorgen dat artsen optimaal tot hun recht komen in de hedendaagse zorg als speelveld van verschillende belangen en partijen.

Beleid: rationele en politieke dimensie

Van buiten lijkt de beleidsvorming in de gezondheidszorg doordacht en rationeel. Maar achter de schermen is de zorg in Nederland een dicht web van verschillende partijen die op allerlei manieren hun macht en invloed aanwenden om hun belangen te behartigen. De burelen van politici en zorgbestuurders worden bewandeld door een veelheid aan vertegenwoordigers van ziekenhuiscoöperaties, politieke adviesorganen, vakbonden, beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, collectebusfondsen, lobbygroepen en vele andere organisaties die soms dezelfde maar vaak ook andere ideeën hebben over waar de zorg in Nederland naartoe zou moeten bewegen. Het beeld van de gezondheidszorg als een spel van belangen



Drs. Anna Verhulst

Aios interne geneeskunde
Meander MC Amersfoort
Voorzitter Stichting Dokters in Debat*
E-mail: voorzitter@doktersindebat.com



Drs. Roel Wouters

Arts-onderzoeker medische ethiek en oncologie
UMC Utrecht
Oud-secretaris Stichting Dokters in Debat*
E-mail: r.h.p.wouters-2@umcutrecht.nl

klinkt wellicht pessimistisch, maar hoeft dat niet per definitie te zijn. In de bestuurskunde wordt het als een gegeven beschouwd dat beleidsvraagstukken altijd zowel een rationele als een politieke dimensie hebben (Stone, 1997). Erkenning van deze politieke dimensie betekent niet dat besluitvorming in de gezondheidszorg niet óók gestoeld kan zijn op wetenschappelijke argumenten. Het wil vooral zeggen dat ook beleid in de gezondheidszorg zelden verklaard kan worden vanuit medisch-wetenschappelijke argumenten alleen.

Verskillende dimensies, verschillende gereedschappen

De rationele en de politieke dimensies van beleid worden gekenmerkt door verschillende soorten instrumenten. De rationele dimensie vraagt om inhoudelijke expertise, wetenschappelijke kennis en ervaring. Deze dimensie vormt dan ook het natuurlijke werkveld van de dokter. De basis voor deze dimensie wordt tijdens de geneeskundeopleiding gelegd en wordt eventueel in een promotietraject of vervolgopleiding verder versterkt. De gereedschappen die horen bij de politieke dimensie blijven in het opleidingscontinuüm echter grotendeels onderbelicht. Maar voor de arts van tegenwoordig wordt de politieke dimensie van de geneeskunde juist wel steeds belangrijker, zoals wij nu verder zullen toelichten.

Recente ontwikkelingen en de urgentie van politieke vaardigheden

Lange tijd was het aanleren van politieke vaardigheden überhaupt niet nodig. De arts van vroeger leunde op zijn autoriteit als medicus. Het aura van het medisch gezag was voldoende om niet alleen gelijk te hebben, maar het ook te krijgen (Huisman, 2018). Die periode is ten einde. De maatschappij als geheel neemt niet langer genoeg met autoriteitsargumenten, ook niet van artsen. Patiënten, of liever eigenlijk burgers, nemen het heft in eigen hand en tonen steeds meer initiatief en betrokkenheid bij hun eigen medische traject of dat van hun naasten. Dat heeft de ontwikkeling van de medische professie veel goeds gebracht. Inmiddels is er een hele generatie jonge dokters ontstaan die niet beter weet dan dat er *shared decision making* plaatsvindt, en dit ook niet anders meer zouden willen (Ibid).

De arts weet dus op microniveau, dat wil zeggen in de spreekkamer, steeds beter vorm te geven aan een situatie waarin verschillende partijen samen tot een besluit moeten komen. Op meso- en macroniveau tonen veel artsen zich echter wat onwennig. De zorg is in de afgelopen decennia verdergaand geprofessionaliseerd, ook in bedrijfsmatig opzicht (Fuijkschot e.a., 2016). Op mesoniveau zijn maatschappen samengevoegd in Medisch Specialistische Bedrijven, kleine ziekenhuizen zijn gefuseerd en zelfstandige huisartsen zijn samengevoegd in gezondheidscentra (Levi e.a., 2017). Die professionaliseringsbeweging ging gepaard met een opmars van speciaal daarvoor opgeleide zorgmanagers, die de steeds complexere bedrijfsvoering van de gezondheidszorg voor hun rekening nemen. Voor een deel is deze professionaliseringsbeweging een logisch antwoord op de eisen die de samenleving stelt. De roep om verantwoording en transparantie maken de bedrijfsvoering van de zorg zodanig complex dat deze niet altijd meer door de medische professie zelf kan worden uitgevoerd. De schaduwkant is dat het bij artsen ook een gevoel van vervreemding van het zorgstelsel als geheel op kan roepen. Idealiter zouden managementprofessionals en medisch inhoudelijke professionals elkaar aanvullen. Vaak gaat dit goed, maar soms bestaat het gevoel dat de manager te veel op de stoel van de dokter zit. De populariteit van medisch leiderschap laat zien dat er bij steeds meer artsen de behoefte bestaat om een grotere rol te gaan spelen bij de organisatie van zorg (Voogt e.a., 2015). Die populariteit is terug te zien in de recente toevoeging van medisch leiderschap aan de 'CanMEDS competenties', die als leidraad dienen voor de geneeskundeopleidingen en de medische vervolgopleidingen (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada).

Ook het nationale zorgveld is in steeds grotere mate een politieke en bestuurlijke aangelegenheid geworden. Beslissingen op dat niveau raken direct aan de praktijk van de arts. Hoewel er invloedrijke koepelorganisaties

zijn als de KNMG en haar federatiepartners, bevindt een groot deel van de (individuele) artsen zich relatief ver van het vuur. Uiteraard is de gezondheidszorg een zaak die niet alleen zorgprofessionals, maar de hele samenleving aangaat. Maar die eerste heeft wel een unieke positie en inbreng binnen maatschappelijke debatten, wat een grotere mate van 'politiek activisme' vanuit de medische professie zou verantwoorden (Mackenbach, 2016). Deze unieke positie is goed te illustreren aan de hand van een tweetal voorbeelden.

Een eerste voorbeeld is de decentralisatie van de jeugdzorg. Het overhevelen van de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg inclusief de specialistische jeugd-GGZ van de rijksoverheid naar de gemeenten heeft grote gevolgen gehad voor onder andere huisartsen, jeugdartsen en kinder- en jeugdpsychiaters. Onder andere die laatste groep heeft herhaaldelijk en nadrukkelijk haar zorgen uitgesproken over de gevolgen van deze herziening (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.). Dat heeft echter niet tot brede participatie van artsen in het politieke debat geleid. Inmiddels concludeert de Kinderombudsman dat zorgprofessionals de jeugd-GGZ massaal verlaten (Kinderombudsman, 2018). Dit roept de vraag op hoe artsen hun politieke rol kunnen verstevigen om dergelijke situaties in de toekomst beter het hoofd te kunnen bieden.

Het tweede voorbeeld waarin het gevoel van vervreemding van artsen ook terug te zien is, is in de recente discussie over vaccinaties, waarin de autoriteit van de medische wetenschap nadrukkelijk ter discussie wordt gesteld (Hesselink & Bouter, 2016). De *anti-vaccers* vallen de medische experts op een zodanige manier aan dat wetenschappelijke informatie en een rationele benadering niet langer afdoende zijn als antidotum tegen hun pleidooien. Inmiddels klinkt ook via maatschappelijke kanalen steeds meer het geluid van artsen die zich terecht verzetten tegen dergelijke ontwikkelingen die (potentieel) een gevaar opleveren voor de individuele en publieke gezondheid. Helaas is die politieke en bestuurlijke arena niet de natuurlijke habitat van dokters, en de vaardigheden die nodig zijn om daarin te overleven worden nu nog meestal niet in de geneeskundestudie aangeleerd (Platform Medisch Leiderschap Werkgroep Studenten, 2016). Maar om in dit soort maatschappelijke discussies ook daadwerkelijk effectief te kunnen zijn, moet de arts juist ook beschikken over gereedschappen uit de politieke dimensie.

Debatteren als kernvaardigheid

Gelukkig is er goed nieuws: politieke vaardigheden kunnen geleerd en geoefend worden. Een van die vaardigheden is debatteren. Vaardigheden die nodig zijn om sterk te staan in een debat – zoals redeneren, argumenteren en presenteren – zijn ook instrumenten die artsen ondersteunen in de politieke dimensie van de gezond-

heidszorg. Debatteren helpt om het door de politieke aspecten van besluitvorming gecreëerde gat tussen gelijk hebben en gelijk krijgen, te kunnen dichten. In het licht van de bovengenoemde ontwikkelingen in de zorg is debatteren een waardevollere vaardigheid dan ooit.

De stem van artsen

Wij zijn ervan overtuigd dat de professionele achtergrond en expertise van artsen een belangrijke stem in het maatschappelijk debat rechtvaardigt (Earnest e.a., 2010; Relman, 2014). Dat is een handschoen die de medische professie allereerst zelf zal moeten oppakken (Verhulst & Voogt, 2017). Om artsen beter in staat te stellen om deze rol te vervullen, is begin 2017 Stichting Dokters in Debat opgericht. Door debatcursussen voor artsen aan te bieden en artsen in aanraking te brengen met politieke en maatschappelijke spelers, wil Dokters in Debat een maatschappelijke springplank zijn voor een nieuwe generatie zorgprofessionals. Het doel is een generatie van jonge dokters die actief bijdraagt aan politieke besluitvorming in de zorg en die zich met de juiste instrumenten op zak thuis voelt in het maatschappelijk debat. Wij nodigen eenieder uit om zich bij ons aan te sluiten, maar juichen het uiteraard ook van harte toe als er andere initiatieven worden ontplooid die bijdragen aan onze visie op de positie van professionals in de zorg. Wij hebben een gezondheidszorg voor ogen waarin artsen niet alleen leidend voorwerp zijn maar ook zelf actief deelnemen aan besluitvorming op alle niveaus: van spreekkamer tot bestuurskamer tot Tweede Kamer. Een systeem met mondige patiënten, burgers, politici en managers vraagt immers ook om mondige dokters.

Conclusie

De organisatie van de gezondheidszorg in Nederland is de afgelopen jaren steeds complexer geworden. Maatschappelijke veranderingen hebben bovendien de positie van de arts in de samenleving ingrijpend veranderd. De arts van vandaag is in dit complexe zorglandschap een belangrijke *stakeholder*. Voor de kwaliteit van de zorg is het van groot belang dat artsen hun rol als *stakeholder* ook daadwerkelijk kunnen vervullen. Daarvoor hebben zij een stem nodig in de besluitvorming, zowel lokaal in hun eigen ziekenhuis als nationaal in de politiek. Om ervoor te zorgen dat die stem gehoord wordt, zijn politieke vaardigheden zoals debatteren onmisbaar. Deze zitten nu nog niet als vanzelfsprekend in de opleidingen, en zullen vooralsnog (ook) naast het reguliere opleidingsprogramma en na het afronden van de geneeskundestudie of medische vervolgopleiding opgepakt moeten worden. Dat past uitstekend binnen het credo van een leven lang leren: de opleiding is pas het begin van een voortdurende persoonlijke ontwikkeling. Als meer artsen politiek vaardig worden en deze vaardigheid inzetten in ziekenhuizen, maatschappelijk middenveld

en politiek, kunnen zij een onschatbare bijdrage leveren aan een betere zorg.

Literatuur

- Earnest MA, Wong SL, Federico SG. Physicians advocacy: what is it and how do we do it? *Academic Medicine* 2010; 85: 63-67.
- Fuijkschot W, e.a. (red.). *Artsen met verstand van zaken*. Utrecht: De Tijdstroom, 2016.
- Hesselink JK & Bouter L. 'Wetenschap is ook maar een mening'. *Medisch Contact*, 15 juni 2016. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/wetenschap-is-ook-maar-een-mening.htm>. Geraadpleegd 31 augustus 2018.
- Huisman FG. De arts-patiëntrelatie. In: Hillen HFP, Houwaart ES, Huisman FG (red.). *Leerboek medische geschiedenis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018, 139-151.
- Levi M. (red). *De dokter en het geld*. Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2017.
- Mackenbach JP. Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2016;160:B1336.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Jeugdwet/ Transitie. <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-transitie>. Geraadpleegd 31 augustus 2018.
- Platform Medisch Leiderschap, Werkgroep Studenten. *Medisch Leiderschap: Begin bij de Basis! Een gezamenlijke toekomstvisie van geneeskundestudenten op medisch leiderschap in de basisopleiding*. 2016. <http://platformmedischleiderschap.nl/visiedocument/>. Geraadpleegd 31 augustus 2018.
- Relman AS. Physicians and Politics. *JAMA Internal Medicine* 2014;174: 1318-1319.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *CanMEDS: Better standards, better physicians, better care*. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>. Geraadpleegd 28 september 2018.
- Stone DA. *Policy paradox*. New York: Norton, 1997.
- Verhulst ALJ & Voogt JJ. *Artsen moeten hun stem laten horen*. Trouw, januari 2017.
- Voogt JJ, Rensen ELJ van, Noordegraaf M, Schneider MME. *Medisch leiderschap ontrafeld*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2015;159:A9123.

Noot

*De auteurs hebben in gelijke mate bijgedragen aan dit artikel.