



Vertrouwen in de dokter

Professional performance in tijden van verzakelijking, versnelling en verharding

M.J.M.H. Lombarts

In Nederland is het vertrouwen in de dokter groot, blijkt uit onderzoek. Dat dit niet vanzelfsprekend is blijkt uit de langzame afname van het vertrouwen de laatste 15 jaar [1]. Daarmee heeft de medische professie een belangrijke opdracht: het behouden of (terug)verdienen van het vertrouwen van de samenleving. Individueel en collectief vraagt dit om actie van artsen. Wat die actie precies is, is aan verandering onderhevig. Van artsen van nu worden andere dingen verwacht dan van collega's dertig of zelfs drie jaar geleden. Anno 2018 verwachten patiënten bijvoorbeeld dat dokters hen een stem geven in de besluitvorming van diagnostiek en behandeling, dat dokters helder communiceren mocht er onverhoopt een fout worden gemaakt en dat ze soms ook online beschikbaar zijn voor vragen. De professie onderhandelt in feite continu met de samenleving over het tegemoetkomen aan de verwachtingen die er bestaan en sluit een zogenaamd sociaal contract met die samenleving over het waarmaken ervan. In deze bijdrage betoog ik dat het actuele sociale contract pas kan worden gerealiseerd als professionele waarden en persoonlijk leiderschap weer bovenaan de prioriteitenlijst van dokters komen te staan. Daarmee zeg ik in feite ook dat dokters, en de zorginstellingen waarin ze werkzaam zijn, deze zaken de afgelopen decennia – in meer of mindere mate – uit het oog zijn verloren. Sterke maatschappelijke krachten hebben hier mijns inziens voor gezorgd of tenminste aan bijgedragen. Op enkele dominante krachten zal ik reflecteren. Het goede nieuws voor de dokter is dat (hernieuwde) aandacht voor professionele waarden en persoonlijk leiderschap hem (weer) naar de bezieling voor het artsenvak, vitaliteit en geneesplezier zal leiden.

Vertrouwen en waarden

Zoals gezegd, gelukkig is het vertrouwen in de medische professie groot. Dit is van niet te onderschatten waarde. Vertrouwen in de dokter is de ruggengraat van goede zorg en van een goede gezondheidszorg. Vertrouwen is immers de basis van de arts-patiëntrelatie. In deze relatie is de patiënt de hulp vragende, afhankelijke en per definitie kwetsbare partij. Die patiënt kan niet anders dan zich overgeven aan de dokter die wordt geconsulteerd; aan diens vakinhoudelijke deskundigheid en vaardigheden, integriteit, bescheidenheid, zelfkennis en kennis van het zorgsysteem waarbinnen de patiënt zich beweegt. De inherente kwetsbaarheid en vereiste overgave maken de arts-patiëntrelatie per definitie asymmetrisch. De enige manier om deze asymmetrie te overwinnen is door vertrouwen.

Nadenkend over vertrouwen in dokters kom ik tot drie punten. Ten eerste, het vertrouwen van de patiënt in de eigen dokter wordt in grote mate bepaald door het vertrouwen in de medische professie als collectief. Het is voor patiënten een geruststellende – inderdaad een vertrouwenwekkende – gedachte dat artsen elkaar in de gaten houden, elkaar bijscholen en bijsturen en soms elkaar de maat nemen of zich laten toetsen door externe partijen. Het vertrouwen in de professie straalt af op de individuele arts, die de patiënt consulteert. Omgekeerd geldt dat indien het collectief onvoldoende vinger aan de pols houdt of ingrijpt in geval een collega ondermaats functioneert, dat effect heeft op het vertrouwen van de patiënt in de dokter.

Dit laat onverlet dat de patiënt niet met de medische stand, maar met zijn dokter in de spreekkamer zit. Dit brengt me op het tweede punt. De patiënt wil erop kunnen vertrouwen dat die individuele dokter een competente en empathische

professional is. Maar dat niet alleen. Juist omdat de patiënt kwetsbaar is en hulp vraagt, doet het ertoe wat voor mens er tegenover hem zit. De mens achter – of beter *in* – de professional bepaalt mede de mate waarin patiënten hem hun vertrouwen durven en willen geven. Het derde punt komt dan neer op de vraag in ‘welk mens’ patiënten het meeste vertrouwen stellen. Mijn eigen reflectie is dat vertrouwen gestoeld is op gedeelde waarden tussen twee mensen. Als mensen elkaar (her)kennen op het niveau van hun waarden geeft dit een vertrouwd gevoel. Ook voor het vertrouwen in dokters is de waarde van waarden groot. Als dokters zich houden aan hun professionele waarden, die waarden naleven of beter nog voorleven, dan resulteert dat niet alleen in de best mogelijke zorg voor patiënten, maar ook in het grootst mogelijke vertrouwen van patiënten in artsen. Dat zijn twee redenen waarom professionele waarden gerevitaliseerd mogen worden. Eigenlijk bedoel ik daarmee de eed van Hippocrates weer eens uit het stof halen, als inspiratiebron, leidraad en persoonlijke toetssteen. De Federatie van Medisch Specialisten brengt aan het begin van haar visiedocument ‘Medisch Specialist 2025’ de integrale tekst van de eed weer in herinnering [2]. In het verlengde ervan wordt een ambitieus toekomstbeeld geschetst waarin (gerechtvaardigd) vertrouwen centraal staat.

Regels zijn geen waarden

“When values are weak, rules are not sufficient; when values are strong, rules are not necessary.” Met deze woorden raakt kinderarts en kwaliteitsdeskundige D. Berwick aan de grote betekenis van waarden in de gezondheidszorg. De ruime aandacht die er thans bestaat voor waarden in de samenleving, de politiek en (dus ook) de zorg zou wel eens te maken kunnen hebben met de ervaring van velen dat we leven in een werkelijkheid waarin waarden soms vervangen lijken (te kunnen worden) door regels. Maar, op regels is het lastig vertrouwen bouwen. Voor de meeste mensen geldt dat hun trouw aan regels vele malen kleiner is dan hun trouw aan hun persoonlijke en professionele waarden; trouw aan hun identiteit. Ook voor dokters geldt dat niet de regel diens professionaliteit dicteert, maar de (aan de regel) onderliggende waarden van waaruit hij werkt. Hoewel deze professionele waarden als zodanig niet zichtbaar zijn, is de performance die daaruit voortkomt dat wel. In het dagelijks handelen van de arts wordt zichtbaar of diens functioneren is verankerd in de professionele waarden, zoals ooit opgeschreven door een wijze Griekse arts en nog steeds leidend voor de moderne dokter.

Persoonlijk leiderschap

Omdat de vertaling van waarden naar zichtbaar gedrag groot en mogelijk te abstract is, bieden de drie pijlers van *professional performance* een concrete tussenstap. De drie pijlers introduceerde ik eerder als het continu streven naar excellentie, het handelen vanuit medemenselijkheid en het afleggen van rekenschap [3]. Als drietal beschrijven ze wat het vraagt van dokters om zowel te *handelen* als een goed arts en een goed arts te *zijn* (zie [kader](#)).

Kenmerken van de drie pijlers van *professional performance*

1. **Streven naar excellentie** *Intrinsieke motivatie* resulteert in de best mogelijke performance; *bescheidenheid* levert goede relaties met patiënten en collega's en voorkomt een tunnelvisie en andere valkuilen zoals '*jumping to conclusions*'; *verbeteringsgericht zijn* betekent (kritisch) blijven kijken naar het eigen functioneren en behaalde prestaties en het continu zoeken naar nieuwe manieren van handelen om groei en aanpassing mogelijk te maken en stilstand te voorkomen; *toegewijd zijn aan kennis* – in de vorm van wetenschap, onderwijs of beleidsevaluaties – komt direct ten goede aan patiënten: alles wat vandaag wordt geleerd, kan morgen worden toegepast.
2. **Handelen vanuit medemenselijkheid** Kijken met en handelen vanuit het hart. Het betekent het ontwikkelen van *empathie*, het zowel cognitief als affectief kunnen inleven in anderen en *compassie*, het handelen ter verlichting van de pijn van een ander. Het vraagt erom de patiënt als mens te kunnen zien. Medemenselijk handelen veronderstelt dat de arts de zorg voor zijn eigen welzijn serieus neemt.
3. **Afleggen van rekenschap** Vertrouwen behouden door het naleven van professionele waarden (de eed van Hippocrates), richtlijnen en afspraken; het meewerken aan (zinvolle) registraties; het participeren in kwaliteits-toetsing en -verbetering; het helpen voorkomen van onnodige zorg. Verantwoording afleggen over het meetbare en het merkbare.

Het erkent en onderstreept dat de professional en de mens beide 'present' moeten zijn voor het kunnen bieden van goede zorg. De arts van nu en van de toekomst, moet voor het bieden van zijn best mogelijke performance, en daarmee de best mogelijke zorg, deze drie pijlers van *professional performance* omarmen. Elke arts zal zich moeten zien te verhouden tot elk van de pijlers. Daarmee bezig zijn, noem ik persoonlijk leiderschap.

Persoonlijk leiderschap is belangrijk om twee redenen. Ten eerste is het goed voor de dokter zelf. Het maakt het werk en het leven een stuk rijker, relevanter, leuker en bevredigender. Persoonlijk leiderschap stelt een persoon in staat om vaker regisseur te zijn van het werk, de werkomgeving en van zichzelf. Het maakt dat vitaliteit en (genees)plezier behouden blijven. Ten tweede is persoonlijk leiderschap, zoals reeds betoogd, voorwaardelijk voor dokters*performance* en dus voor patiënten. Persoonlijk leiderschap helpt bij het maken van die keuzen, die het meest effectief en efficiënt bijdragen aan goed functioneren.

Leiderschap in het algemeen krijgt veel aandacht. Er is blijkbaar behoefte aan, vooral aan goed leiderschap. In de kringen van dokters gaat het meestal over medisch leiderschap. Er zijn vele initiatieven – denk aan het platform voor medisch leiderschap [4], het definiëren van leiderschapscompetenties voor dokters [5], het organiseren van leiderschapstrainingen – die dokters (terug) *in the lead* willen plaatsen. Wat dat precies betekent is niet altijd duidelijk, maar over één ding is men het wel eens: de basis van alle leiderschap is persoonlijk leiderschap.

Tegenkrachten

Tijd en context zijn belangrijk als professionele waarden moeten worden vertaald naar de dagelijkse zorgpraktijk. In dit hier en nu, in de huidige context, wordt het artsen soms erg lastig gemaakt om het *commitment* aan de drie pijlers goed in de praktijk te brengen en daarmee optimaal te functioneren en presteren. In de huidige samenleving is een aantal krachten merkbaar die goede performance potentieel tegenwerken. Voor persoonlijk leiders is het belangrijk om ze te herkennen zodat ze hen niet *overvallen*, maar slechts *opvallen* en desgewenst proactief handelen mogelijk maken. Drie van deze tegenkrachten benoem ik kort: de verzakelijking, de versnelling en de individualisering.

Verzakelijking

Sinds eind vorige eeuw heeft het marktconstructivisme een grote vlucht genomen in onze samenleving. ‘De markt’ is nu alomtegenwoordig en wordt bovendien vaak in één adem genoemd met managementcontrole [6]. De zorg is in deze ontwikkeling niet buiten schot gebleven. Door de dominantie van ‘planning en profijt’ zijn zorginstellingen verworden tot bedrijven. Veel gesprekken gaan over groei, fusie of schaalvergroting, productietargets, efficiencywinst, winstreserves, rendementen, ranglijsten of reputatierisico’s. Voor de meeste artsen van nu geldt dat zij niet bedrijfskundig geschoold zijn, terwijl wel van hen wordt verwacht dat ze ook in zakelijk termen meedenken over de realisatie en consequenties van ‘hun zorginstelling als business’. In de ziekenhuissector is de noodzaak hiertoe nog groter door de primair financieel gedreven komst van medisch-specialistische bedrijven. De meer bedrijfsmatige benadering heeft de sector goede dingen gebracht, zoals een doelmatigere organisatie van zorg, digitalisering van informatie en communicatie, transparantie in diensten, processen en resultaten, meer aandacht voor (controle van) veiligheid en kwaliteit van zorg, meer aandacht voor de behoeften van de patiënt en minder tolerantie voor onredelijk deviant gedrag van individuen. Dokters hebben hieraan positief bijgedragen. De verzakelijking heeft echter ook een ‘andere kant’ voor hen en overigens ook voor andere zorgprofessionals. Men ervaart onder andere een toegenomen productie- en regeldruk, een dwingend regime van vinken en verantwoorden, dominante rigide systemen, een sturing op extrinsieke motivatie en soms een terreur van transparantie.

Het is niet overdreven om te zeggen dat het voorop stellen van markt- en managementideologieën in de gezondheidszorg de beroepsuitoefening ingrijpend heeft veranderd. In termen van de Duitse filosoof Habermas is het doelrationeel handelen in onze tijd dominant [7]. De doel-middelenrationaliteit is overwegend werkzaam als ‘het systeem’ en resulteert in een systeemwereld, waarin vooral het meetbare en het gestandaardiseerde telt. Habermas zet deze gecreëerde systeemwereld tegenover de echte leefwereld, waarin het leven zich niet altijd voltrekt volgens voorbedachte logica. Deze leefwereld functioneert dankzij de communicatieve

rationaliteit: de ongeschreven regels, het klimaat, de (onuitgesproken) ideeën en overtuigingen en de praktijkkennis die elke zorgprofessional bij zich draagt maar in geen enkel protocol terug te vinden is. De twee werelden gaan idealiter hand in hand, waarbij de leefwereld de systeemwereld mogelijk maakt. Mensen bepalen immers of, wanneer en hoe systemen worden aangewend. Of niet?

Habermas signaleert dat systemen niet langer in de leefwereld lijken ingebed te zijn, maar de leefwereld beginnen te domineren. Dit leidt tot pathologieën in de zorg en de maatschappij, want de systeemwereld vereist niets minder dan gehoorzaamheid of *compliance*. Volgens KPMG-Plexus participeert een gemiddeld ziekenhuis in Nederland in 47 kwaliteitsregistraties en 19 keurmerken [8]. Het handelen van de professional wordt steeds vaker voorgeschreven door het kwaliteitshandboek, de agenda, het protocol, het dashboard, het planningssysteem of het format van het elektronisch patiëntendossier. Het systeem bepaalt. Het systeem regeert. Habermas spreekt van de ‘kolonisering van de leefwereld’ door systemen en kwalificeert het als de crisis van de moderne maatschappij [7]. Dat zorgprofessionals hier, eufemistisch gezegd, ‘last van hebben’ illustreert journalist Jef Poortmans overtuigend in zijn bijdrage in *De Groene Amsterdammer* (7 december 2016) getiteld ‘Drie maal daags een pijnschaal’. Hij citeert bijvoorbeeld een neurochirurg die zegt: “Als ik vroeger op de afdeling kwam, hoorde ik van de verpleging naar welke patiënten ik moest kijken omdat ze pijn hadden bijvoorbeeld. Als ik nu binnenkom, vragen ze me om de medicatie juist in de computer in te voeren. De aandacht is volledig verschoven van zorg voor de patiënt naar zorg voor het systeem.”

Het gevaar van te eenzijdig gericht zijn op systemen is dat het professionele oordeelsvermogen en inzicht in de verdrukking komen. Het professionele waarnemen en beoordelen worden verdund, en in mijn ogen verarmd, tot de toepassingsvraag van een protocol of regel of de compliantie aan een systeem. Het gaat dan niet meer om de bedoeling voor de patiënt, maar om het doel van de systeembouwers en regelmakers. In ultimo verwordt zorg dan tot het netjes doorlopen van een stappenplan; zelfs morele beslissingen hoeven niet meer te worden genomen, want ook die zitten in het systeem ingebouwd.

Als dat de essentie van de medische professie wordt, raken dokters – en de samenleving – iets fundamenteels kwijt. Systemen kunnen hooguit ondersteunen bij het zorgen *dat* iets gebeurt, zorgen *voor* iemand vraagt om meer dan het volgen van regels en systemen. Professionaliteit vereist wijsheid, verstandigheid, reflectie, onderscheidingsvermogen, inzicht en gewogen besluiten. Goede zorg kan niet zonder deze kwaliteiten, ze kunnen het verschil maken tussen goede en slechte zorg, tussen leven en dood.

Versnelling

Het markt- en managementdenken gaat hand in hand met de toegenomen snelheid van werken en leven. De (gedigitaliseerde) communicatie is continu en sneller dan ooit tevoren. Er wordt van ons mensen verwacht dat we voortdurend ‘aan staan’. De Belgische filosoof Ignaas Devisch beschrijft in zijn boek *Rusteloosheid* de twee culturele dimensies die deze versnelling aanjagen [9]. Ten eerste is er de dimensie van de vermeerdering, het ontstaan van de *multiple choice society*. Het aantal opties neemt toe en we reageren daarop door ook meer te doen. Volgens Devisch

vanuit de veronderstelling dat dat ons leven zal verrijken. De tweede dimensie is die van de verdichting: omdat we meer doen, en de tijd niet toeneemt, moeten we ons leven compacter organiseren. Het gevolg hiervan is dat de tijd ‘obees’ wordt: de beschikbare tijd wordt volgepland en er wordt – nog meer – op doelmatig werken gestuurd. Minder vergaderen, minder face-to-facevergaderen (dat scheelt immers reistijd), kortere consulten en vaker lunchen achter de computer. Kortom, tijd is een schaars ‘product’ geworden. We zeggen ook tijd is geld en omdat onze samenleving gericht is op steeds meer geld, wordt er van eenieder verwacht dat we ‘meer uit onze tijd halen’. Meer patiënten zien, meer OK’s doen, meer e-mails beantwoorden. Dat dit de (werk)druk verhoogt, is een logisch gevolg en dat dit leidt tot meer overspanning, *distress* en uiteindelijk burn-out van dokters en andere zorgprofessionals is evenzeer niet verwonderlijk. Onderzoek bevestigt steeds weer dat te veel werkstress resulteert in aantoonbaar minder veilige zorg, een lagere kwaliteit van zorg en minder tevreden patiënten [10].

Het lijkt erop dat in onze samenleving de tijd alleen nog beleefd kan worden als kloktijd, uit te drukken in minuten, weken en jaren. Deze kloktijdmentaliteit staat ware professionaliteit soms in de weg. Het slechtnieuwsgesprek past nu eenmaal niet altijd in de vooropgestelde planning, waarlijk gedeelde besluitvorming met de patiënt vraagt mogelijk om meer bespreektijd en het komen tot een gewogen professioneel oordeel over een complexe patiënt in een multidisciplinair overleg gedijt waarschijnlijk niet in een *pressure cooker*. Ware professionaliteit vraagt niet om minuten of uren, maar verlangt het *juiste* moment, de *juiste* maat. Het verdient erkenning dat professionaliteit niet zonder wikken en wegen kan en dat professionals vaker moeten kunnen meebewegen met wat is en zich aandient. Ongeacht het aantal minuten dat beschikbaar is gesteld. Naar dit subjectieve tijdsbesef wordt verwezen als we spreken over ‘*quality time*’, de ‘afwezige tijd’ waarin de uren ongemerkt voorbijvliegen en deliberatie boven acceleratie gaat. De mentale toestand die hierbij past, is het door de Amerikaanse psycholoog Csikszentmihalyi geïntroduceerde fenomeen *flow*, waarin de persoon volledig opgaat in zijn bezigheden – tot het punt dat mens en taak samenvallen – en functioneert op de toppen van zijn kunnen [11]. Uiteindelijk prefereren mensen deze manier van (tijdsbe)leven boven het leven bij de klok. Herman Koch verwijst hiernaar in zijn boek *Makkelijk Leven* (2017) wanneer hij de Russische dichter Ivan Toergenjev citeert: “De tijd (is algemeen bekend) vliegt soms als een vogel en kruipt soms als een worm, maar het gaat de mens bijzonder goed als hij zelfs niet merkt of hij snel of langzaam voorbijgaat.”

Voor mijn geestesoog verschijnen twee beelden: het beeld van de zandloper (de kloktijd) en dat van de weegschaal (de juiste, gewogen tijd). De moderne geneeskunde moet plaats bieden aan beide. Helaas wordt het tekort aan het laatste alom gevoeld.

Individualisering

De samenleving is geëmancipeerd naar een wereld waarin het gaat om individualiteit, vrijheid en gelijkheid. Volgens de Franse filosoof Marcel Gauchet beleven we thans zelfs onze *ultieme* vrijheid [12]. Deze individuele vrijheid hebben we verworven door vele van onze traditionele ‘leiders’ los te laten, zoals religies, hiërarchie

en de autoriteit van instituties. Zelfs de kerk als normgever en morele gids is weggevallen. De positieve kant van de individualisering is dat mensen weer regisseur zijn van hun eigen leven. We kunnen onze eigen koers uitstippelen, onze dromen najagen, ons leven organiseren en ons hart volgen. Gesteund door de technologische ontwikkelingen kunnen we met behulp van *wearables* onze eigen gezondheid monitoren. Mochten we onverhoopt toch ziek worden, dan kunnen we kiezen waar, bij wie en hoe we onze zorg willen ontvangen, of juist niet willen ontvangen.

Helaas zien we ook een andere kant van de individualisering: de verharding. Media overspoelen ons met voorbeelden hiervan. Ze toont zich in de vorm van ‘verhuftering’ – toenemend ongepolijst of asociaal gedrag, soms zelfs verdedigd vanuit de vrijheid van meningsuiting – of van een verruwde cultuur van ‘ieder voor zich’, waarin de eigen verantwoordelijkheid wordt verheerlijkt, mensen vaker het eigen belang vooropstellen en minder bereid zijn rekening te houden met de ander. De verheerlijking van het individu en de nadruk op de zelfredzaamheid kan betekenen dat als het je niet lukt om je leven en je gezondheid op orde te houden, je voor lui, zwak of mislukt wordt aangezien. Voor je het weet, tel je niet meer mee in deze samenleving, ben je waardeloos geworden. We verheerlijken succes, jeugdigheid en kracht. Dat maakt de discussie over het voltooid leven ook zo lastig, want ouderdom wordt in onze samenleving niet gewaardeerd. Niet toevallig worden eenzaamheid en verveling door chirurg Atul Gawanda in zijn bestseller *Sterfelijk zijn* de plagen van het verpleeghuisbestaan genoemd [13]. Gauchet, en ik ben het met hem eens, ziet het als onze actuele opdracht om te leren omgaan met onze verworven vrijheden. Veel mensen worstelen hiermee. Psychiater en auteur van het boek *Wie wij zijn*, Frank Koerselman, ziet dat de mens uit balans is: mensen breed in de samenleving voelen zich niet gehoord en begrepen [14]. Hij signaleert dat individuen alleen zijn komen te staan in een kale wereld.

De eeuwenoude artseneed, waaraan alle artsen trouw zweren of beloven, begint met een persoonlijke verklaring van de arts van *toewijding aan zijn medemens*. Mijn eigen ervaring is dat in gesprek met artsen over hun *professional performance* het *handelen vanuit medemenselijkheid* steevast door hen wordt beschouwd als het hart van hun arts-zijn en hun beroepsuitoefening. Niet zelden wordt gesproken over ‘roeping’, ‘de reden om geneeskunde te gaan studeren’, ‘de reden om het zware vak vol te houden’ en andere woorden van gelijke strekking. Door de eerdere beschreven tegenkrachten ‘verzakelijking’ en ‘versnelling’ is er binnen de zorg echter steeds minder ruimte beschikbaar voor de menselijke kant, voor persoonlijke aandacht, empathie en compassie. Het zijn in de gezondheidszorg geen zaken meer waarvoor dokters worden gewaardeerd: er ‘bestaat geen DBC voor’ en dus dreigt de zorg ze kwijt te raken. Meerdere studies rapporteerden al dat het empathisch vermogen van artsen afneemt tijdens studie- en opleidingstijd en dat dit een negatief effect heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg [15–17]. Amerikaans onderzoek laat bovendien zien dat hoewel 76 % van de artsen en 85 % van de patiënten zeggen compassie zeer belangrijk te vinden voor een succesvolle behandeling, slechts iets meer dan de helft van hen meent dat in de huidige gezondheidszorg compassievolle zorg wordt verleend [18]. Professionaliteit en goede performance vereisen het bestaan en de erkenning van de waarde van een arm om de schouder, een moment van stil samenzijn, van professionele nabijheid. Voor het echte contact. In het eerdergenoemde visiedocument van de Federatie van Medisch Specialisten staan medemenselijkheid en compassie meermaals genoemd als

onmisbaar voor de zorg van de toekomst [2]. De erkenning van de unieke patiënt vraagt om dokters met een warm hart. De moderne medisch specialist treedt zijn patiënten tegemoet van mens tot mens, aldus het visiedocument. Uiteraard geldt dit voor alle dokters.

Medemenselijkheid en compassie moeten weer bovenaan de professionele prioriteitenlijst komen. Dat vraagt om aanpassingen in de organisatie en financiering van de zorg en in de manieren van samenwerken. Het vraagt misschien ook om een dialoog over de opleiding van een nieuwe generatie dokters en, meer fundamenteel, over de kerntaken van artsen. Het gedrag van rolmodellen en het erkennen van en gezamenlijk reflecteren op emotionele ervaringen zijn belangrijke activiteiten om het tij van deprofessionalisering en dehumanisering te keren. Hiervoor komt gelukkig steeds meer aandacht. Zelfs in de landelijke media is het onderwerp van gesprek. ‘Ook artsen hebben gevoel’ kopte de titel van een recente bijdrage in *de Volkskrant* (15 juli 2017).

Atul Gawanda beschrijft in *Sterfelijk zijn* hoe hij als arts en chirurg is opgeleid met de taakopvatting te zorgen voor gezondheid en de dood te bestrijden [13]. In de loop van zijn professionele leven komt hij echter tot het inzicht dat de opdracht van artsen veel groter is dan dat, namelijk het welzijn van mensen mogelijk maken. Welzijn gaat niet over de dood bevechten maar over de redenen van mensen om te leven. De taak van dokters verandert daarmee radicaal. Dokters (en hun instellingen) zijn er dan om mensen te helpen omgaan met hun beperkingen. In de nieuwe definitie van positieve gezondheid ligt deze gedachte ook besloten; gezondheid is niet langer louter de fysieke gezondheid, maar omvat ook de mentale, sociale, emotionele en spirituele gezondheid van mensen. In de nieuwe tijd hebben dokters daarom ook een rol als adviseur en coach van patiënten [2].

Wat is er met de dokter gebeurd?

We leven in een samenleving die verzakelijkt, versnelt en verhardt en de gezondheidszorg – als onderdeel van de samenleving – gaat vanzelfsprekend in deze ontwikkelingen mee. De vraag in de titel van dit boek ‘Wat is er met de dokter gebeurd?’ kan worden gelezen alsof dokters deze grote veranderingen in de zorg ‘maar over zich heen hebben gekregen’. Dat is niet zo natuurlijk. Dokters zijn gewild of ongewild mede-eigenaar van genoemde ontwikkelingen. Ze juichen ze toe (“Ik maak dat het gebeurt!”), ze proberen ze te bestrijden (“Ik laat het niet gebeuren.”) of ze lopen ervoor weg (“Het is toch met mij gebeurd.”). Voor welke positie men kiest, wordt mede bepaald door het belang dat men hecht aan het leven naar of vanuit de eigen persoonlijke en professionele waarden. Het doen herleven van de artseneed, zoals benoemd aan het begin van dit hoofdstuk, speelt daarom een grote rol in deze positionering. Afhankelijk van de gekozen positie zal de vraag naar het resultaat, de staat van de gezondheidszorg en de geneeskunde in 2018, positiever of negatiever worden beantwoord. Of de beroepsgroep, samen met de zorgstellingen waarin haar leden werkzaam zijn, uiteindelijk succesvol kan zijn in het ombuigen van de in mijn ogen onwenselijke bewegingen van deprofessionalisering en dehumanisering, vraagt van individuele dokters naast waardengedreven functioneren ook om persoonlijk leiderschap: het in de praktijk brengen van het streven naar excellentie, handelen vanuit medemenselijkheid en het afleggen van

rekenschap. Feit blijft immers dat patiënten anno nu erop willen (kunnen) vertrouwen dat hun dokter zorg biedt die zowel in technisch als in medemenselijk opzicht van hoog niveau is. Van sommige dokters vraagt dit mogelijk weinig aanpassing in hun professionele doen en zijn. Voor een deel van de beroepsgroep echter zal het gaan om fundamentele veranderingen in houding, denken en praktijkvoering om de balans tussen ziel en zakelijkheid te herstellen.

Literatuur

- 1 Brabers AEM, Schors W van der, Jong JD de. Barometer vertrouwen in de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL; 2016. ► <https://www.nivel.nl/consumentenpanel>.
- 2 Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025. Utrecht; 2017.
- 3 Lombarts K. Professional performance van artsen: tussen tijd en technologie. Rotterdam: 2010 Uitgevers; 2016.
- 4 ► <http://platformmedischleiderschap.nl/>
- 5 KNMG. Universiteit Twente, Platform Medisch leiderschap. Raamwerk medisch leiderschap. Utrecht; 16 sept 2015.
- 6 Vlijmncx A. Kritische erkenning: rationalisering, dehumanisering en miskenning in de Nederlandse gezondheidszorg. Scriptie Wijsbegeerte; 2016.
- 7 Habermas J. Theory of communicative action, Vol 2: lifeworld and system: a critique of functionalist reason. Boston: Beacon Press; 1987.
- 8 KPMG/Plexus. Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen. Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen; 2015.
- 9 Devisch I. Rusteloosheid. Pleidooi voor een mateloos leven. Uitgeverij De Bezige Bij: Amsterdam; 2016.
- 10 Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714–21.
- 11 Csikszentmihalyi M. flow. The psychology of optimal experience. New York: Harper Perennial Modern Classics; 2008.
- 12 Kruk M. Interview met Marcel Gauchet. *De groene amsterdammer*; 26 juli 2017.
- 13 Gawanda A. Sterfelijk zijn. Geneeskunde en wat er uiteindelijk toe doet. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2015.
- 14 Fogteloo M. Interview met Frank Koerselman. *De groene amsterdammer*; 22 maart 2017.
- 15 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996–1009.
- 16 Canale S del, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med.* 2012;87(9):1243–9.
- 17 Derksen FAWM, Bensing JM, Lagro-Janssen ALM. The effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606):e76–384.
- 18 Lown BA, Rosen J, Marttila J. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Aff.* 2011;30(9):1772–8.