

Professionele autonomie: noodzaak of alleen traditie?

Een zorgethische reflectie op de professionele autonomie van medisch specialisten

Nicole Leferink

Studentnummer: 1005545

Begeleider: dr. A.B. Timmerman

Meelezer: mevr. I. Hartog MA

Examinator: prof. F.J.H. Vosman

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
HOOFDSTUK 1 PROBLEEMSTELLING EN METHODEN	7
1.1 Inleiding en aanleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Zorgethische inkadering van de probleemstelling	9
1.4 Vraagstelling	10
1.5 Doelstelling	10
1.6 Methoden	10
HOOFDSTUK 2 GOEDE ZORG	13
2.1 Tronto	13
2.2 Van Heijst	15
2.3 Goede ziekenhuiszorg door medisch specialisten	17
HOOFDSTUK 3 INSTITUTIONELE CONTEXT	21
3.1 Overheid	21
3.2 Beroepsgroep	23
3.3 Externe instanties	26
3.4 Verval van de maatschappelijke institutie gezondheidszorg	28
HOOFDSTUK 4 ZORGVERANTWOORDELIJKHEDEN	31
4.1 Collectieve verantwoordelijkheid	31
4.2 De verantwoordelijkheid van de zorgverlener	32
4.3 Verantwoordelijkheid van medisch specialisten	37
HOOFDSTUK 5 PROFESSIONELE AUTONOMIE	41
5.1 Autonomie	41
5.2 Professionele autonomie	42
5.3 De begrensde handelingsruimte van de medisch specialist	44
5.4 Zorgethische vertaling van professionele autonomie	47
5.5 De professionele autonomie van medisch specialisten	49
HOOFDSTUK 6 CONCLUSIE	53
LITERATUUR	55

VOORWOORD

Voor u ligt de masterthesis *Professionele autonomie: noodzaak of alleen traditie?* Deze thesis is geschreven ter afsluiting van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. Deze opleiding ben ik gaan volgen na afronding van de bachelor opleiding Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit. Na geleerd te hebben om vraagstukken in de zorg multidisciplinair te benaderen, wilde ik graag leren de relatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger centraal te stellen. Het afgelopen jaar heb ik veel nieuwe kennis en inzichten opgedaan.

De zorgethiek is een jonge stroming die erg gericht is op zorg verleend door verpleegkundigen. Na vorig jaar onderzoek gedaan te hebben naar medisch specialisten en ook in mijn werk veel contact te hebben met medisch specialisten, lijkt het me zeer interessant en relevant de zorgethiek uit te breiden naar medisch specialistische zorg. Ik hoop door middel van deze thesis daar een waardevol begin aan te hebben gemaakt.

Het resultaat van deze thesis is mede mogelijk gemaakt door de bijdrage van verschillende mensen, hen wil ik dan ook danken. Mijn thesisbegeleider was dr. Guus Timmerman, bedankt voor het meerdere malen geven van uitgebreide inhoudelijke feedback. Ook wil ik Iris Hartog, mijn tweede lezer, en prof. Frans Vosman, de examiner, bedanken voor het beoordelen van de thesis.

HOOFDSTUK 1 PROBLEEMSTELLING EN METHODEN

1.1 Inleiding en aanleiding

Als thesis voor de master Zorgethiek en Beleid wordt een conceptueel onderzoek uitgevoerd naar de professionele autonomie van medisch specialisten en het belang daarvan voor goede zorg. Autonomie is een complex begrip. Het begrip kan op verschillende manier gedefinieerd en geïnterpreteerd worden (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 117-118). Ethicus Cramer-Cornelissens (2002) geeft de volgende definitie van professionele autonomie:

"Artsen bepalen zelfstandig op grond van kennis die in hun professionele standaard is vastgelegd, welke diagnostiek, therapie (inclusief medicatie) en begeleiding noodzakelijk zijn binnen de grenzen die men in de samenleving overeengekomen is uit het oogpunt van schaarste. De arts bepaalt in overleg met zijn patiënt wat noodzakelijk is en hoe de behandeling medisch-technisch dient te worden uitgevoerd; echter óf deze behandeling ook daadwerkelijk kan en zal worden uitgevoerd is afhankelijk van de wil van de patiënt en de middelen en mogelijkheden die men op samenlevingsniveau is overeengekomen." (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 74)

De beroepsgroep zelf hanteert een andere definitie van professionele autonomie:

"De vrijheid van oordeelsvorming van de medisch specialist om, gegeven de wettelijke kaders en professionele standaard, zonder inmenging van derden en zonder preventief toezicht van het bestuur, in de individuele arts-patiënt relatie te komen tot diagnostiek, behandeling en advisering over de behandeling met de doelstelling de verbetering van de gezondheid van de patiënt." (AMS, 2014)

In het Statuut medisch specialisten dienstverband is opgenomen dat het bestuur de professionele autonomie van de medisch specialist moet respecteren (AMS, 2014). Medisch specialisten hebben onder andere autonomie omdat een beslissing in een concrete situatie om interpretatie en afweging van inzichten vraagt en omdat er tussen een professional en een patiënt een vertrouwensrelatie bestaat (Mackor, 2011, p. 6). Tevens kan autonomie ontleend worden aan het feit dat de beroepsgroep van medisch specialisten een professie vormt (Oorschot, 1995, p. 15). Medisch specialisten worden door de samenleving hoog gewaardeerd en ze bezitten exclusieve kennis, bekwaamheid en deskundigheid (Oorschot, 1995, p. 15).

Ook is er gekozen om dit onderzoek te richten op medisch specialisten in ziekenhuizen, omdat er bij deze categorie zorgverleners duidelijk veranderingen zichtbaar zijn qua positie ten opzichte van vroeger (Nicolai, 2003). Er komen bijvoorbeeld steeds meer regels, richtlijnen en protocollen die de professionele autonomie van medisch specialisten inperken.

1.2 Probleemstelling

De professionele autonomie van medisch specialisten heeft een plaats binnen de zorg opgevat als praktijk. Om zorg als praktijk te kunnen begrijpen moet de praktijk geplaatst worden binnen de institutionele context waarin deze praktijk ingebed is (Tronto, 1993). Een institutie wordt gedefinieerd als een structuur met een specifiek doeleinde. Een institutie omvat alle organisaties, instellingen en instituten binnen een sector, in dit geval de gezondheidszorg. Als het specifieke doeleinde, het *waartoe* van een institutie, uit het oog verloren wordt, verliest de institutie zijn eigenlijke kern en maakt plaats voor systemen. Systemen kunnen professionals reduceren tot 'bundels van gewenste functies'. Ze worden een soort 'taakuitvoerders'. Er is dan minder ruimte om zelf verantwoordelijkheid te dragen voor patiënten (Van Heijst & Vosman, 2010, p. 28-31). De autonome ruimte van medisch specialisten wordt onder andere ingeperkt door wetten, de professionele standaard, de artseneed, richtlijnen en protocollen, externe instanties en de marktwerking in de gezondheidszorg. Een gevolg van de focus op kwaliteitsindicatoren en uitkomsten is dat de intrinsieke motivatie van professionals wordt ondermijnd (Van Heijst & Vosman, 2010, p. 32).

De institutie waarbinnen medisch specialisten werkzaam zijn, de gezondheidszorg, staat onder druk. Medisch specialisten hebben steeds minder ruimte en tijd om goede zorg te verlenen (Van Heijst, 2011). Het handelen van medisch specialisten heeft steeds meer andere doeleinden dan zorgen. Mogelijke gevolgen hiervan zijn dat medisch specialisten weg raken van de zorg of alleen nog maar protocollen volgen. Zorg die volgens een protocol goed is, hoeft zorgethisch gezien geen goede zorg te zijn (Goossensen e.a., 2014, p. 66). Zorgethiek richt zich op het unieke en particuliere van een situatie en start daarbij vanuit de relatie (Tronto, 1993). Het is daarom belangrijk dat er in de zorg niet alleen protocollen gevolgd worden en verantwoording afgelegd wordt met betrekking tot wet- en regelgeving, maar dat iedere patiënt en zijn context als uniek benaderd worden en dat van daaruit gekeken wordt hoe de zorg verleend wordt. Vanuit deze benadering is het interessant hoe bij medisch specialisten de verhouding ligt tussen de vrijheid van oordeelsvorming, handelen en de

gegeven kaders. De kaders, zoals wetten en protocollen, zijn zo universeel mogelijk beschreven en moeten toepasbaar zijn op zoveel mogelijk situaties. De individuele oordeelsvorming van een medisch specialist richt zich daarentegen op het unieke en particuliere van een patiënt en zijn context (Walker, 2007).

Het is in verband met de ruimte en de tijd van medisch specialisten van belang te kijken naar professionele autonomie. Is het noodzakelijk voor goede zorg dat medisch specialisten professionele autonomie hebben of is professionele autonomie alleen traditie?

1.3 Zorgethische inkadering van de probleemstelling

Tussen een professional en een patiënt ontstaat een relatie. Professionele autonomie krijgt onder andere vorm binnen deze relatie. De professional en de patiënt gaan deelnemen in elkaars leven. De zorgrelatie is asymmetrisch en patiënten zijn kwetsbaar. In de praktijk is het zo dat patiënten afhankelijk zijn van medisch specialisten (Van Heijst, 2011). Ze zijn doorgaans geen autonome wezens. Mensen moeten kunnen vertrouwen op medisch specialisten (van der Heyden & van der Hoeve, 1998). Een onderzoek naar de professionele autonomie van medisch specialisten is daarom maatschappelijk relevant.

Dit onderzoek is zorgethisch relevant, omdat medisch specialisten actief zijn in zorgpraktijken. Er is nog weinig zorgethisch onderzoek verricht naar medisch specialisten. Er wordt gepoogd in dit onderzoek zo dicht mogelijk bij de praktijk te blijven. Er wordt daarbij zoveel mogelijk gericht op het unieke en particuliere van situaties en er wordt geredeneerd vanuit relaties.

Van Heijst (2005) deed onderzoek naar situaties waarin mensen of professionals respons (moeten) geven op andere mensen die hulp behoeven. Ze heeft onderzocht wanneer mensen verantwoordelijkheid nemen of dragen. Van Heijst (2005) besteedt daarbij specifieke aandacht aan professionals. In *Professional Loving Care* wordt duidelijk gemaakt dat ruimte voor professionele verantwoordelijkheid relevant is voor goede zorg (Van Heijst, 2011). Van Heijst (2005, 2011) besteedt echter weinig aandacht aan de vormgeving van die ruimte. De vormgeving van die ruimte hangt samen met professionele autonomie. Hoeveel vrijheid en hoeveel inmenging van anderen is voor professionals nodig voor het leveren van goede zorg?

Een zorgethisch onderzoek naar de professionele autonomie van medisch specialisten is daarom wetenschappelijk relevant.

1.4 Vraagstelling

De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat, luidt als volgt:

Hoe draagt de professionele autonomie, zorgethisch opgevat, van de medisch specialist in een ziekenhuis bij aan goede zorg, in een institutie die onder druk staat?

Er zijn hierbij een aantal deelvragen geformuleerd:

- Wat is goede zorg volgens Tronto (1993, 2013) en Van Heijst (2005, 2011)?
- Op welke manier staat de maatschappelijke institutie van de gezondheidszorg in het ziekenhuis onder druk?
- Wat zijn professionele zorgverantwoordelijkheden en wat betekent dit voor goede zorg?
- Hoe kan de professionele autonomie van medisch specialisten zorgethisch vertaald worden naar aanleiding van het voorgaande?

1.5 Doelstelling

De doelstellingen van dit onderzoek zijn zorgethisch inzicht krijgen in de professionele autonomie van medisch specialisten en helder krijgen hoe de professionele autonomie van medisch specialisten bijdraagt aan de totstandkoming van goede zorg.

1.6 Methoden

Dit onderzoek is een conceptueel onderzoek. Er wordt vanuit verschillende zorgethische auteurs thematisch onderzoek gedaan naar de professionele autonomie van medisch specialisten. In dit conceptuele onderzoek wordt voortdurend de praktijk voor ogen gehouden. Elk hoofdstuk wordt opgebouwd van breed naar specifiek: eerst wordt de theorie besproken en daarna wordt de theorie in verbinding gebracht met de praktijk van medisch specialisten. De gehele thesis beschouwend wordt de inhoud van ieder opvolgend hoofdstuk steeds specifiek. Gestart wordt bij goede zorg, ten tweede wordt ingegaan op instituties, vervolgens wordt aandacht besteed aan verantwoordelijkheden, daarna zal gericht worden op

professionele autonomie en er wordt afgesloten met de bijdrage van professionele autonomie aan goede zorg, in de praktijk van medisch specialisten.

Er wordt dus eerst besproken wat goede zorg is. Dit wordt besproken aan de hand van Tronto (1993, 2013) en Van Heijst (2005, 2011). Vervolgens wordt goede ziekenhuiszorg, verleend door medisch specialisten, beschreven.

In het derde hoofdstuk wordt de institutionele context van medisch specialisten geschetst. De systemen die de institutie verdringen, worden uitgewerkt. Hiervoor wordt onder andere gebruik gemaakt van Van Heijst (2011) en Van Heijst en Vosman (2010) die zich baseren op Ricoeur en Dubet. Voor de inhoudelijke context van medisch specialisten worden ook nog andere bronnen gebruikt, zoals de wet.

In het vierde hoofdstuk wordt aan de hand van Tronto (1993, 2013), Walker (2007), Van Heijst (2005, 2011), Kanne en van den Hoven (2003), Widdershoven (2000), Nortvedt (2011) en Nordhaug en Nortvedt (2011) onderzocht wat professionele zorgverantwoordelijkheden betekenen voor het verlenen van goede zorg. Dit wordt vervolgens uitgewerkt in de situatie van medisch specialisten in ziekenhuizen.

In het vijfde hoofdstuk wordt dieper ingegaan op professionele autonomie. Eerst worden autonomie en professionele autonomie uitgewerkt. Vervolgens wordt de handelingsruimte van medisch specialisten besproken en als laatste wordt professionele autonomie zorgethisch vertaald en toegepast op medisch specialisten in ziekenhuizen. Voor dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van niet-zorgethische literatuur over professionele autonomie van Mackor (2011), Oorschot (1995) en Cramer-Cornelissens (2002). Het verschil tussen ethiek van de zorg en zorgethiek is dat de zorgethiek zorg als specifieke invalshoek gebruikt, terwijl ethiek van de zorg breed en toegepast is. Professionele autonomie wordt in dit hoofdstuk dus zorgethisch vertaald.

In het laatste hoofdstuk wordt geconcludeerd wat het voorgaande betekent voor de zorgverantwoordelijkheid, de manoeuvreerruimte en de professionele autonomie, zorgethisch opgevat, van de medisch specialisten in een ziekenhuis, in een institutie die onder druk staat. Er wordt beschreven hoe de professionele autonomie van medisch specialisten, zorgethisch gezien, bijdraagt aan de totstandkoming van goede zorg.

HOOFDSTUK 2 GOEDE ZORG

Zorgethiek impliceert dat er morele betekenis zit in relaties en afhankelijkheden in het menselijk leven. Mens-zijn wordt gezien als verbonden-zijn. De opkomst van zorgethiek als een aparte morele theorie in de jaren tachtig wordt meestal toegeschreven aan het werk van psycholoog Carol Gilligan en filosoof Nel Noddings. Zorgethiek wordt ook wel gezien als alternatief voor de liberale moraliteit van rechtvaardigheid. Oorspronkelijk was zorgethiek het meest geschikt voor private sferen, inmiddels is zorgethiek een politieke theorie gericht op een breder begrip van en draagvlak voor zorgen. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan Joan Tronto, een zeer invloedrijke zorgethicus (Sander-Staudt, 2011). In dit hoofdstuk zal eerst aan de hand van Tronto uitgewerkt worden wat goede zorg is. Vervolgens wordt dit uitgewerkt aan de hand van Annelies Van Heijst, een Nederlandse zorgethicus. Als laatste wordt dit toegepast op ziekenhuiszorg verleend door medisch specialisten.

2.1 Tronto

Joan Tronto (1993) plaatst zorg in het centrum van het menselijk leven (Tronto, 1993, p. 101). Ze onderzoekt in haar boek *Moral Boundaries* kritisch de morele grens tussen ethiek en politiek, standpunten van waaruit gedacht wordt en de grens tussen publiek en privaat zorgen. Volgens Tronto bevat zorgethisch nadenken altijd een politiek ethische blik. Ze geeft de volgende definitie van zorgen:

"Caring is a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web." (Tronto, 1993, p. 103)

Tronto ziet zorgen niet alleen als professionele zorg, maar als alles wat wij doen om onze wereld zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Deze definitie van zorgen reikt naar de ander, naar jezelf en naar de omgeving en leidt tot handelen. De definitie is niet dyadisch of individualistisch. De definitie bevat een politiek ethische blik: zorg als praktijk kan niet begrepen worden zonder deze te plaatsen binnen de institutionele context. Zorgen is dus een heel breed begrip volgens Tronto (1993, p. 103-105).

Tronto verduidelijkt de definitie van zorg door middel van fasen van zorgen. Ze onderscheidt de volgende vijf fasen: *caring about*, *taking care of*, *care-giving*, *care-receiving* en *caring with*. Bij de eerste fase, *zich zorgen maken*, gaat het om het erkennen dat zorgen noodzakelijk is. Het gaat hier om aandacht. Dit geldt op individueel en politiek niveau. De volgende fase, *zorg op zich nemen*, gaat om het identificeren van noden en bepalen hoe erop te reageren. Dit draait om verantwoordelijkheid. De derde fase, *zorg verlenen*, is het directe verlenen van zorg. Hier gaat het om een competentie. Voorbeelden die Tronto hierbij geeft zijn maaltijden brengen naar een kamp in Somalië, het doen van iemands was, een moeder die met haar kind praat over de dag en een verpleegkundige die medicatie toedient. De vierde fase, *zorg ontvangen*, is de reactie van de zorgontvanger op de zorg die hij ontvangt. Bijvoorbeeld een patiënt die zich beter voelt. Deze fase is belangrijk voor de zorgverlener om te achterhalen of de zorgbehoeften van de zorgontvanger voldaan zijn. Responsiviteit is hierbij van belang (Tronto, 1993, p. 105-108).

Recent heeft Tronto in haar boek *Caring Democracy* een vijfde fase toegevoegd met het oog op zorgethiek als politieke ethiek: *zorgen met*. Deze fase is van belang voor zorgen in een democratie. Voor goede zorg is het essentieel dat ieders zorgbehoeften serieus genomen worden en worden vervuld. Er mogen geen zorgbehoeften genegeerd worden (Tronto, 2013, p. 23). De vijfde fase voegt pluraliteit, communicatie, vertrouwen, respect en solidariteit toe (Tronto, 2013, p. 35). Volgens Tronto (2013) is het van belang dat onze democratie meer gaat zorgen en dat zorgen democratisch wordt. De zorg wordt beschouwd als markt en veel uitgedrukt in economische termen, waarbij voorbij wordt gegaan aan de zorgethiek. Tevens kunnen beschouwingen over de gezondheidszorg niet plaatsvinden zonder instituties daarbij te betrekken. Er moet aandacht besteed worden aan macht, doelen en pluralisme. Er moet naar de hiërarchie gekeken worden; iedereen brengt een perspectief in de situatie en daarom moet iedereen kunnen participeren. Onze sociale, economische en politieke instituties passen niet meer bij onze manier van zorg en moeten veranderd worden. Instituties en praktijken moeten democratisch heroverwogen worden (Tronto, 2013, p. 4-13).

Tronto denkt over zorg als een praktijk; een geïntegreerd, holistisch proces. In realiteit zullen de vijf fasen niet altijd zonder problemen in elkaar overlopen. Het kan zijn dat een verpleegkundige de zorgbehoeften van de patiënt anders interpreteert dan de arts die op dat moment de zorg gaat verlenen. Er kunnen ook conflicten ontstaan tussen de behoeften van verschillende zorgontvangers of de behoefte van de zorgontvanger en de behoefte van de

zorgverlener. Goede zorg heeft particuliere en universele aspecten, die overigens per cultuur verschillen. Wel is zorgen volgens Tronto een universeel aspect van het menselijk leven; alle mensen hebben noden waar anderen voor zorgen. Er zijn verschillende middelen nodig voor goede zorg, onder andere materiële goederen, tijd en vaardigheden. Als laatste biedt zorg als concept ons een standaard waarmee we specifieke situaties kunnen vergelijken met het ideaal (Tronto, 1993, p. 108-110).

2.2 Van Heijst

Van Heijst is een Nederlandse zorgethicus die reflecteert op de gezondheidszorg. In tegenstelling tot Tronto, die zich meer richt op zorgen in de private sfeer, richt Van Heijst zich op zorgen in de professionele sfeer in haar boeken *Menslievende zorg* (2005) en *Professional Loving Care* (2011). *Professional Loving Care* is een vertaling van en aanvulling op *Menslievende zorg*. Volgens van Heijst is er een andere kijk op zorg en professionaliteit nodig. Menselijke waardigheid staat daarbij centraal.

Van Heijst schrijft grote verdiensten toe aan Tronto, voornamelijk wat betreft macht en zorgverhoudingen. Door Tronto kunnen we zorgen niet alleen bevragen in de zin van: zorgt X goed voor Y? Er kan ook ter discussie komen staan of het wel goed is dát X voor Y zorgt. Tot slot mag het zorgen niet ten koste gaan van degene die de zorg verleent. Kritiek richt zich, onterecht, eerder op degenen die zorgen dan op degenen die niet zorgen. Van Heijst plaatst tevens een aantal kanttekeningen bij Tronto's fasen van zorgen. Als eerste moet er volgens Van Heijst meer belang toegekend worden aan directe zorgverleners dan Tronto doet. Ten tweede is van Heijst het niet eens met het chronologische verloop van de fasen. Bovendien kunnen betrokkenen eenzelfde situatie totaal verschillend zien en/of beleven. De vooronderstelling dat voor alle betrokkenen de zorgwerkelijkheid hetzelfde is, ligt ten grondslag aan Tronto's fasemodel. Zij die zorg verlenen hebben echter structureel een andere positie dan zij die zorg ontvangen. De derde kanttekening sluit hierbij aan en betreft de vierde fase, zorg ontvangen. Deze fase is volgens van Heijst onduidelijk en weinig gevuld. Als laatste geeft van Heijst aan dat zorgethiek normatief inhoudelijker zou moeten zijn. Tronto's fasemodel is niet geschikt om te bepalen wanneer zorg goed genoemd mag worden. Ook besteedt Tronto geen aandacht aan de zorgmotivatie van zorgverleners (Van Heijst, 2005, p. 74-77).

Van Heijst heeft het in haar boeken over professionals, daar verstaat ze alle mensen die zorg verlenen in de *cure* en de *care* onder. Het gaat in haar boeken dus niet specifiek over medisch specialisten, maar ook over andere professionals, zoals verpleegkundigen en verzorgenden.

Van Heijst beschrijft zorgen in de professionele setting als volgt:

"Professional Loving Care is a practice of care in which competent and compassionate professionals interact with people in their care; to them tuning in with the needs of each individual patient is a leading principle and if necessary they modify the procedures and protocols of the institution; the main purpose of this type of caring is not repair of the patients' body or mind, but the care-receivers' experience of being supported and not left on their own; important too, is that all people concerned in healthcare are able to feel that they matter as unique and precious individuals." (van Heijst, 2011, p. 3)

De belangrijkste elementen in deze definitie zijn de interactie tussen professionals en zorgontvangers, professionals die aansluiten bij de behoeften van de zorgontvangers en het gevoel voor zorgontvangers er toe te doen als unieke en kostbare patiënt. Er is aandacht voor betrokkenheid, zorgzaamheid en persoonlijke relaties. Andere centrale concepten binnen de zorgethiek zijn de specifieke situatie en zijn context, gevoelens tijdens interactie en het afhankelijke karakter van het leven (Van Heijst, 2011).

Zorg als praktijk is gebaseerd op een tweezijdige zorgrelatie. Zorg is geen eenzijdig gebeuren van zorggever naar zorgontvanger. De zorgrelatie is asymmetrisch en beide betrokkenen hebben daarin waardevolle kennis en ervaring aan te dragen die helpt te begrijpen wat daar plaatsvindt. Binnen de zorgrelatie moet uitdrukkelijk ruimte zijn voor lichamelijke, kwetsbaarheid en tragiek (Van Heijst, 2011).

Van Heijst (2005) gaat in op het onderscheid dat Baart maakt tussen presentie en interventie als verschillende typen van zorg verlenen. Interventie is het dominante repertoire in de gezondheidszorg in Westerse samenlevingen. Er is een vaste set van activiteiten bij interventie: het probleem wordt gerapporteerd, professionals arriveren, er wordt een diagnose gesteld, er wordt een strategie bedacht voor verbetering, de strategie wordt toegepast en de professionals vertrekken. Neveneffecten van interventie zijn objectivering en gerichtheid op iets doen. Van Heijst (2011) geeft aan dat het presentie repertoire het huidige interventie

repertoire aan kan vullen. Door niet alleen gericht te zijn op het reageren op de hulpvraag, maar er ook voor iemand te zijn. Door naar ervaringen van patiënten te luisteren in plaats van alleen naar "medisch relevante" informatie te vragen en dit te generaliseren. De presentietheorie is opgebouwd vanuit de pastorale zorg waarbij de relatie tussen zorggever en zorgontvanger centraal staat en ook de context van de situatie meegenomen wordt. De werkprincipes van het presentie repertoire zijn zich vrijmaken, zich openen, zich betrekken, zich afstemmen, zich verplaatsen, zich beschikbaar stellen, zich inperken en zich toewijden. Deze principes kunnen uitgevoerd worden in een actieve of passieve modus (Van Heijst, 2011, p. 91-109). Een voorbeeld bij de passieve modus is je laten raken.

Principes voor goede zorg zijn dus niet autonomie, rechten, individualiteit, vrijheid en gegeneraliseerde objectiviteit (Van Heijst, 2011, p. 18). Deze principes zijn echter wel overheersend in de zorg. Het goede wordt door onze rationele samenleving vaak geïdentificeerd met voorspelbaarheid, contextvrije kennis, zekerheid en kwantitatieve data. Gevaren die hierbij kunnen ontstaan zijn rigiditeit en onnadenkendheid bij professionals en dat professionals zich niet verantwoordelijk voelen voor de patiënt, maar alleen voor een deel van het proces (Van Heijst, 2011, p. 20-26). Het is daarom van belang zorg vanuit de zorgethiek te benaderen.

2.3 Goede ziekenhuiszorg door medisch specialisten

Zorgen vindt zowel in de private als in de professionele sfeer plaats. Ziekenhuiszorg is een vorm van zorgen in de professionele sfeer. Ziekenhuizen behoren tot de *cure* en zijn gericht op ingrijpen om herstel en genezing te bewerkstelligen. Al vindt er ook *care* plaats in ziekenhuizen; herstel door verzorging of verzorging zonder herstelvooruitzicht (Van Heijst, 2005, p. 130). Er wordt in ziekenhuizen zorg verleend door verschillende professionals. In deze paragraaf wordt zorgethisch goede zorg vertaald naar goede ziekenhuiszorg verleend door medisch specialisten.

Medisch specialisten volgen een opleiding van circa tien jaar. Bij toetreding tot de beroepsgroep leggen ze een eed af waarin ze beloven hun beroep zo goed als ze kunnen uit te oefenen ten behoeve van de medemens (Biesma e.a., 2010, p. 7). Medisch specialisten zijn een beroepsgroep die een professie is. Alleen medisch specialisten bezitten de exclusieve kennis, bekwaamheid en deskundigheid voor het verlenen van medisch specialistische zorg.

Een professie wordt gekenmerkt door specifieke deskundigheid en maatschappelijke erkenning en waardering. Bovendien is er bij medisch specialisten geen gegarandeerde samenhang tussen het handelen en de uitkomst. Medisch specialistische zorg is namelijk niet voorspelbaar en zeer complex. Professionals organiseren zich daarom, richten beroepsverenigingen op die eisen stellen aan aspirant-leden, formuleren een beroepscode, ontwikkelen een professionele ethiek en stellen een tuchtcommissie in. Ze hebben zelf de bevoegdheid om de juiste inhoud en doelmatige methode vast te stellen voor het vervullen van hun taak (Oorschot, 1995, p. 15-19). Later in dit onderzoek wordt uitvoeriger teruggekomen op professies.

Medisch specialisten verenigen zich dus in beroepsorganisaties. Beroepsorganisaties zijn niet alleen intern actief, maar ook politiek, bijvoorbeeld in discussies over de veranderingen die gaande zijn in de gezondheidszorg. De beroepsorganisaties bepalen de invulling van de professionele standaard. De professionele standaard is een set van gedragsregels, standaarden, richtlijnen en protocollen. Deze moeten in principe altijd toegepast worden, behalve als het op medisch gronden noodzakelijk is om van de standaard af te wijken (KNMG, 2007, p. 4). Er wordt verwacht dat medisch specialisten het kunnen onderbouwen als zij van de standaard afwijken (Koerselman en Korzec, 2008, p. 1757). Er zijn echter honderden richtlijnen en protocollen waar medisch specialisten mee moeten werken. Er doen zich daardoor een aantal problemen voor. Ten eerste wordt de werkbaarheid en vindbaarheid minder doordat er zoveel richtlijnen en protocollen zijn (OMS, 2013). Ten tweede kan er 'kookboekgeneeskunde' ontstaan (Grol en Wensing, 2011, p. 160). Er wordt dan te protocolgericht gewerkt, waardoor de patiënt in zijn uniekheid niet gezien of gehoord wordt (Goossensen e.a., 2014). De uniciteit van patiënten is zorgethisch relevant. Als laatste kunnen richtlijnen en protocollen irreële verwachtingen scheppen. Er is in de zorg altijd sprake van onzekerheid, een richtlijn of protocol zou het idee kunnen geven dat bij het volgen ervan altijd het gewenste resultaat ontstaat. Dit is echter nooit met zekerheid te voorspellen (Grol en Wensing, 2011, p. 160). Ook dit is zorgethisch relevant.

Medisch specialisten in ziekenhuizen kunnen in Nederland in loondienst zijn of vrijgevestigd werken. Ongeveer de helft van de medisch specialisten werkt in loondienst op basis van een vast salaris. De andere helft is vrijgevestigd. Zij worden bekostigd op basis van DBC's op weg naar transparantie (DOT) onder een beheersmodel met een omzetplafond. Hun inkomen heeft samenhang met de geleverde zorg. Het is daarom mogelijk dat vrijgevestigde specialisten

meer naar eigenbelang handelen dan specialisten in loondienst (Meurs e.a., 2012). Patiënten lopen daardoor het risico iets aangeboden te krijgen dat zij eigenlijk niet nodig hebben (Vosman en Van Heijst, 2010). Dit kan verborgen blijven door professionele autonomie.

Externe instanties, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, vragen de medisch specialist of de instelling waarin de medisch specialist werkzaam is om verantwoording af te leggen. Vaak zijn hun prestatie-indicatoren om de inhoud van zorg te toetsen en te controleren gebaseerd op richtlijnen en protocollen. Zorg die volgens richtlijnen en protocollen goed is, hoeft zorgethisch geen goede zorg te zijn.

Veel zorgethische literatuur is gericht op verpleegkundigen. Van Heijst heeft het in haar boeken wel over professionals in het algemeen. Hierbij worden echter veel voorbeelden gegeven van verpleegkundigen, maar door het gebruik van de term 'professionals' laat Van Heijst zien dat de theorie ook toepasbaar is op andere zorgverleners. Wat voor verpleegkundigen geldt met betrekking tot het zorgen voor patiënten, geldt net zo goed voor medisch specialisten. Uit klachten en tuchtprocedures blijkt dat medisch specialisten nog vaak tekort schieten als het gaat om vertrouwen, bejegening en communicatie (Mednet, 2012). Ook zijn medisch specialisten vaak gericht op iets doen. De zorgethiek kan daarom bij medisch specialisten een belangrijke aanvulling zijn op het overheersende interventie repertoire. Hoewel Tronto en Van Heijst beiden geen specifiek onderzoek hebben gedaan naar medisch specialisten, worden hun theorieën in dit onderzoek wel toegepast op medisch specialisten. Er worden elementen van goede zorg van Tronto en Van Heijst overgenomen. Goede ziekenhuiszorg wordt op die manier op twee niveaus benaderd. Enerzijds komt het politiek-ethische karakter aan de orde door Tronto. Anderzijds brengt Van Heijst het belang van de individuele arts-patiëntrelatie naar voren.

Aan Tronto (1993, 2013) ontleend kan gesteld worden dat zorgen breder is dan alleen professionele zorg. De eerste vier fasen van zorgen, *caring about*, *taking care of*, *care-giving*, *care-receiving*, spelen allereerst een rol voor medisch specialisten. Een medisch specialist zal zich bij goede zorg eerst zorgen maken, vervolgens de zorg op zich nemen, daarna zorg verlenen en als laatste achterhalen of de zorgbehoeften van de zorgontvanger voldaan zijn (Tronto, 1993). Het is cruciaal voor de vijfde fase, *caring with*, dat zorgen breder is dan de gezondheidszorg. De institutionele context moet altijd meegenomen worden. De Westerse samenleving is zo ingericht dat alleen medisch specialisten medisch specialistische zorg

mogen verlenen. Medisch specialisten hebben daarvoor professionele autonomie toegekend gekregen. Het is echter van belang dat het niet alleen gaat om de medisch specialist die zorg verleent. Tevens mag benadrukt worden dat voor goede zorg geen zorgbehoeften genegeerd mogen worden (Tronto, 2013). Vooral het politiek-ethische karakter van zorgen wordt dus overgenomen van Tronto.

Door Van Heijst (2005, 2011) komt het belang van de relatie tussen de patiënt en de professional aan de orde. Voor goede ziekenhuiszorg verleend door een medisch specialist is het dus ook belangrijk dat deze relatie centraal staat. De patiënt en de professional moeten met elkaar interacteren. Ook geeft van Heijst aan dat de context hierbij altijd moet worden meegenomen. Goede zorg is voor iedereen anders, vanwege de uniekheid van iedere patiënt en de verschillende context. De patiënt moet het gevoel krijgen dat hij of zij er toe doet. Er moet naar zijn of haar ervaringen geluisterd worden (Van Heijst, 2011). Ziekenhuiszorg moet niet gezien worden als een serie activiteiten die resulteren in een product, maar als een holistisch, geïntegreerd proces. De zorg moet niet alleen gericht zijn op de hulpvraag. Het probleem wordt dan vaak onteigend en veranderd; de zorgvraag wordt op maat gesneden tot iets wat professionals zelf in de aanbieding hebben. Medisch specialisten sluiten niet altijd aan bij de behoeften van patiënten. Er wordt soms te veel gericht op het stellen van een diagnose (Van Heijst, 2005, p. 137-138). De kans op zorg die niet aansluit op de behoefte wordt vergroot door het belonen van medisch specialisten voor het leveren van zorg (Vosman en Van Heijst, 2010).

In dit hoofdstuk is aan de hand van Tronto en Van Heijst besproken wat goede zorg is. Dit wordt in de rest van het onderzoek gebruikt. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op de institutionele context waarbinnen medisch specialisten werken.

HOOFDSTUK 3 INSTITUTIONELE CONTEXT

In dit hoofdstuk wordt de institutionele context waarin medisch specialisten werken geschetst. In de vorige hoofdstukken is aan de orde gekomen hoe belangrijk de institutionele context is. Een zorgpraktijk is niet te begrijpen zonder deze te plaatsen binnen de institutionele context (Tronto, 2013). Er zijn verschillende definities voor een institutie. Binnen de zorgethiek wordt de volgende definitie van een institutie gebruikt naar aanleiding van Ricoeur: een structuur met een specifiek doeleinde. Hiermee wordt bedoeld op een gehele sector, in dit geval de gezondheidszorg. Een institutie omvat alle organisaties, instellingen en instituten binnen de sector. Als het specifieke doeleinde, het *waartoe* van een institutie, uit het oog verloren wordt, verlaat men de institutie. De institutie verliest dan zijn eigenlijke kern en maakt plaats voor systemen. Voorbeelden van systemen zijn arbeidsdeling, protocollisering en andere regelgeving (Van Heijst & Vosman, 2010). Allereerst wordt aandacht besteedt aan allerlei manieren waarop de zorg onder druk staat; door de overheid, de ontwikkelingen vanuit de beroepsgroep en externe instanties. Als laatste wordt het verval van de maatschappelijke institutie besproken.

3.1 Overheid

De overheid is verantwoordelijk voor de borging van publieke belangen in de gezondheidszorg. Overheden kunnen bindende regels stellen en regels handhaven (Hoogerwerf en Herweijer, 2003). In deze paragraaf worden de regels die vanuit de overheid gesteld zijn besproken. Achtereenvolgens worden het marktgeoriënteerde zorgstelsel en de wetten die voor medisch specialisten relevant zijn uitgewerkt.

Het gezondheidszorgstelsel in Nederland is de afgelopen jaren sterk veranderd. Ziekenfondsen zijn vervangen door zorgverzekeraars. In 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd met als belangrijk aspect een aantal elementen van marktwerking. Private zorgverzekeraars regelen de financiering van zorg. Iedereen die in Nederland woont of werkt is sinds 2006 verplicht verzekerd voor het basispakket, samengesteld door de overheid (Helderman, 2007). Met de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn kwantitatieve maatstaven geïntroduceerd om te bepalen of zorgprofessionals hun werk goed doen. Er wordt hiermee gepoogd transparantie te realiseren. Zorginstellingen worden steeds meer vergeleken met ondernemingen in andere bedrijfstakken van productie en dienstverlening. Dit doet geen recht aan het werk van professionals (Van Heijst & Vosman, 2010). Volgens Tronto is niet

alle zorg in economische waarden te berekenen; er is ook onbetaalde zorg. Het marktdenken verduistert volgens haar structurele ongelijkheden, wat het onmogelijk maakt om zorgverantwoordelijkheden adequaat toe te wijzen (Tronto, 2013, p. 7-9). Vosman en Van Heijst (2010, p. 27) vragen zich daarnaast af waarom de gezondheidszorg markt nodig heeft om 'scherp te blijven' en de beoefening van het vak, met mensen, die scherp niet brengt.

Tevens zijn er een aantal wetten relevant voor medisch specialisten. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is vastgesteld dat zorgaanbieders de zorgverlening op zodanige wijze organiseren, de instelling kwalitatief en kwantitatief voorzien van personeel en materieel, en zorg dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg (Kwaliteitswet zorginstellingen, Artikel 3). Onder zorgaanbieders worden zorginstellingen verstaan. Zorginstellingen moeten onder andere iedere calamiteit die heeft plaatsgevonden melden (Kwaliteitswet zorginstellingen, Artikel 4A), verantwoording afleggen met betrekking tot het beleid dat gevoerd wordt (Kwaliteitswet zorginstellingen, Artikel 5) en gegevens verzamelen en registreren betreffende de kwaliteit van zorg (Kwaliteitswet zorginstellingen, Artikel 4). Een zorginstelling moet dus verantwoorde zorg aanbieden en is daarvoor aansprakelijk te stellen.

Individuele hulpverleners zijn zelf echter ook strafrechtelijk, tuchtrechtelijk en civielrechtelijk aansprakelijk te stellen voor de zorg die zij verlenen. Medisch specialisten zijn ingeschreven in een register voor artsen via de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Als medisch specialisten handelen of nalaten in strijd met de zorg die de medisch specialist behoort te betrachten of in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg is een medisch specialist tuchtrechtelijk aansprakelijk te stellen. Een medisch specialist kan strafrechtelijk vervolgd worden voor het buiten noodzaak veroorzaken van schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander (Wet BIG, Artikel 96).

Volgens het Burgerlijk Wetboek moeten medisch specialisten de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen bij werkzaamheden en daarbij in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid handelen, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (Artikel 453 BW). Ze worden onder andere geacht patiënten op duidelijke wijze in te lichten over onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van

de patiënt (Artikel 448 BW). Ook moeten ze een dossier inrichten met betrekking tot de behandeling (Artikel 454 BW).

3.2 Beroepsgroep

Medisch specialisten zijn geen doorsnee beroepsgroep, ze zijn een professie. Dit is een bijzondere vorm van een beroepsgroep. Tijdens hun vervolgopleiding leren ze competenties om hun beroep bekwaam uit te voeren. Voor de toetreding tot de beroepsgroep leggen ze een eed af. Medisch specialisten stellen zelf een professionele standaard vast. De positie van de medisch specialist ten opzichte van het ziekenhuis is vastgelegd in een Arbeidsvoorwaardenregeling. Deze onderwerpen worden achtereenvolgens in deze paragraaf besproken.

Beroepsgroepen die een maatschappelijke erkenning weten te verwerven voor hun specifieke deskundigheid en daar een zekere autonomie aan kunnen ontleen, worden professies genoemd. Een kenmerk van zo een beroepsgroep is dat de diensten die verleend worden door de samenleving hoog gewaardeerd worden. Alleen leden van de professie bezitten de exclusieve kennis, bekwaamheid en deskundigheid tot het uitoefenen van bepaalde activiteiten. De professie heeft zelf de bevoegdheid om de juiste inhoud en doelmatige methode vast te stellen voor het vervullen van haar taak. De professionele beroepsgenoten zien op elkaar toe dat zij zich aan de zelf vastgestelde criteria houden. Er is controle over de eigen opleiding en over de toelating tot het beroep (Oorschot, 1995, p. 15-19).

Er zijn algemene competenties geformuleerd die de bekwaamheid van de Nederlandse medisch specialist beschrijven. Dit wordt geleerd tijdens de vervolgopleiding van basisarts tot medisch specialist. De algemene competenties zijn gebaseerd op de zeven CanMEDS-competenties uit Canada. De zeven competentiegebieden zijn medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. De centrale competentie is medisch handelen gericht op vakdeskundige expertise. Het tweede competentiegebied is communicatie. De specialist moet in juiste, begrijpelijke en empathische bewoordingen patiënten informatie verschaffen en hiervoor de tijd nemen. Ten derde is samenwerking een belangrijke competentie; de specialist moet besef hebben van zijn eigen beperkingen in kennis, vaardigheden en ervaring en bereid zijn tot overleg met andere zorgverleners. De vierde competentie is kennis en wetenschap, daarbij is

het van belang medische informatie kritisch te beschouwen en bij te dragen aan wetenschappelijk onderzoek en het (medisch) opleiden van volgende generaties. Daarnaast is de competentie maatschappelijk handelen geformuleerd. Medisch specialisten moeten zich bewust zijn van hun rol als behartigers van het belang van de volksgezondheid. Zowel de gezondheid van patiënten als de gezondheid van de gemeenschap als geheel moeten bevorderd worden. Daarbij wordt ook benoemd dat specialisten volgens de wettelijke regelgeving moeten handelen. Het volgende competentiegebied is de organisatie. Medisch specialisten zijn manager van hun eigen dagelijkse beslissingen over taken, beleid, medewerkers en middelen. Dit gebeurt in het kader van individuele patiëntenzorg, praktijkorganisaties en in de bredere context van het gezondheidszorgsysteem. De specialist moet daarbij prioriteiten stellen en doelmatig werken. Ook wordt bij dit competentiegebied benoemd dat de specialist het werk moet organiseren naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling. De laatste competentie is professionaliteit. De medisch specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze en vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag (KNMG, 2009).

Artsen leggen doorgaans bij toetreding tot de beroepsgroep onderstaande eed af. De commissie die de artseneed heeft bijgesteld in 2003 tot onderstaande hoopt dat de eed zal worden bekrachtigd door een waardige beoefening van het beroep van arts. Er is geen wettelijke verplichting meer voor het afleggen van de eed (Biesma e.a., 2010, p. 4-5).

"Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.

Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.

Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.

Dat beloof ik.

of

Zo waarlijk helpe mij God almachtig." (Biesma e.a., 2010, p. 7)*

Bovenstaande eed schetst de maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van artsen, onder andere dat zij de geneeskunst goed zullen uitoefenen, het belang van de patiënt vooropstellen en ze hun grenzen en verantwoordelijkheden kennen. Ook staat in de eed dat medisch specialisten zich open en toetsbaar zullen opstellen, dit hangt samen met externe controle en verantwoording afleggen.

De professionele standaard beschrijft de normen van professioneel medisch handelen (KNMG, 2007, p. 4). Er is discussie over de definitie en invulling van de professionele standaard (KNMG, 2013). Tegenwoordig wordt ook wel de term kwaliteitsstandaard gebruikt in plaats van professionele standaard, al is kwaliteitsstandaard een bredere term (Rijksoverheid, 2013). De professionele standaard is een set van gedragsregels, standaarden, richtlijnen en protocollen volgens de laatste stand der wetenschap (KNMG, 2007, p. 4). De professionele standaard is daarom niet vaststaand, maar wordt aangepast aan nieuwe wetenschappelijke inzichten (Biesma e.a., 2010, p. 7). De medische beroepsgroep bepaalt zelf de primaire invulling (KNMG, 2013). Er is echter steeds meer inmenging door derden. De toepassing van de professionele standaard is niet vrijblijvend. De normen hoeven echter niet ten koste van alles gevolgd te worden, niet elke patiënt valt immers binnen de standaard. Als het op medische gronden noodzakelijk is, is het zelfs verplicht om van de standaard af te wijken (KNMG, 2007, p. 4).

In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (2014) zijn de visie op arbeidsverhoudingen en de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis uitgewerkt. De uitgangspunten van deze regeling zijn verantwoordelijkheid en betrokkenheid, veilig en gezond werken en flexibiliteit om keuzes te kunnen maken. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg vragen om een grotere betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist bij de formulering en uitvoering van de strategische koers. Het Statuut voor medisch specialisten in dienstverband staat centraal in de nieuwe Arbeidsvoorwaardenregeling. Het Statuut regelt de afzonderlijke en de gezamenlijke verantwoordelijkheden van het bestuur en de medisch specialist in dienstverband bij het verlenen van zorg. Er moeten onder andere afspraken gemaakt worden tussen de organisatie en de medisch specialisten met betrekking tot de kwaliteit van het zorgaanbod, het

productievolume en de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Medisch specialisten kunnen op deze manier bijdragen aan een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg in Nederland. In de nieuwe Arbeidsvoorwaardenregeling wordt daarom gepleit voor meer verantwoordelijkheid voor de inrichting van het werk bij de organisatorische eenheid en de medisch specialist (AMS, 2014).

3.3 Externe instanties

De medisch specialist of de instelling waarin de medisch specialist werkzaam is, moet verantwoording afleggen aan verschillende externe instanties, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Toezicht is onder meer nodig omdat in de gezondheidszorg gebruikt wordt gemaakt van publieke middelen en omdat de hele samenleving op het spel staat wanneer het de meest kwetsbare leden niet goed gaat (Vosman en Van Heijst, 2010). Externe instanties baseren hun prestatie-indicatoren doorgaans op richtlijnen en protocollen. Daarmee pogen ze de inhoud van zorg te toetsen en te controleren.

Richtlijnen zijn landelijke documenten met aanbevelingen om professionals in de zorg te ondersteunen. Een richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. In richtlijnen wordt daarnaast ruimte overgelaten voor interpretatie en aanpassing aan de specifieke omstandigheden (Wollersheim e.a., 2011, p. 39). Een protocol is een nadere specificatie van een richtlijn en wordt vaak lokaal opgesteld. Een protocol is dwingender dan een richtlijn; het is een afspraak waar men zich aan moet houden. In een protocol wordt aangegeven hoe er gehandeld moet worden en welke stappen moeten worden gevolgd in concrete situaties. Richtlijnen zijn alleen richtinggevend (Wollersheim e.a., 2011, p. 39).

Er zijn honderden richtlijnen en protocollen waar medisch specialisten mee moeten werken. Doordat er zoveel richtlijnen en protocollen zijn, wordt de werkbaarheid minder. Het naleven van richtlijnen en protocollen wordt moeilijker. Ook de vindbaarheid kan een probleem vormen bij het gebruik (OMS, 2013). Een andere mogelijke beperking van protocollen en richtlijnen is het ontstaan van 'kookboekgeneeskunde', waardoor geen recht wordt gedaan aan de complexiteit van zorg (Grol en Wensing, 2011, p. 160). Volgens richtlijnen en protocollen goede zorg kan door patiënten als kille en kwetsende zorg ervaren worden. Het risico bij het

gebruik van protocollen is dat er te protocolgericht gewerkt wordt, waardoor de patiënt in zijn uniekheid niet gezien of gehoord wordt (Goossensen e.a., 2014). Daarnaast kunnen richtlijnen en protocollen irreële verwachtingen scheppen. In de gezondheidszorg is er altijd sprake van onzekerheid, een richtlijn of protocol zou het idee kunnen geven dat bij het volgen ervan altijd het gewenste resultaat ontstaat. Effecten kunnen echter nooit met zekerheid voorspeld worden (Grol en Wensing, 2011, p. 160).

Richtlijnen en protocollen staan haaks op het dynamische proces dat zorgen is (Vosman en Van Heijst, 2010). Het komt in de praktijk regelmatig voor dat richtlijnen niet voldoende aansluiten bij een specifieke casus. De richtlijnen hoeven dan ook niet ten koste van alles gevolgd te worden, maar er wordt wel verwacht dat het onderbouwd wordt als van de richtlijnen afgeweken wordt. Probleem hierbij is dat onduidelijk is wanneer een onderbouwing acceptabel is (Koerselman en Korzec, 2008, p. 1757). Er kan daardoor angst ontstaan bij professionals voor juridische consequenties bij het (gemotiveerd) afwijken van een richtlijn of protocol (Grol en Wensing, 2011, p. 160).

De IGZ is een, naar eigen zeggen, onafhankelijk overheidsorgaan die de volksgezondheid bevordert door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De IGZ houdt toezicht op de gezondheidszorg in Nederland. Dit gebeurt door middel van advies, stimulans, drang en dwang. De instrumenten die hiervoor gebruikt worden zijn risico-indicatoren toezicht, thematoezicht en toezicht bij incidenten. De IGZ analyseert hiervoor informatie over de zorg en zorgaanbieder en legt bezoeken af. Indien nodig kan de IGZ maatregelen nemen (IGZ, 2014). De IGZ gebruikt richtlijnen als onderdeel of uitwerking van de veldnormen, waarop zij haar handhaving baseert (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012).

Zorgverzekeraars krijgen in de Nederlandse gezondheidszorg steeds meer macht. Iedereen is in Nederland verplicht verzekerd voor het basispakket van de zorgverzekering. Als zorgaanbieder moet men onderhandelen met zorgverzekeraars voor de inkoop of het contracteren van zorg. Er worden prijs- en kwaliteitsafspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Als een zorginstelling niet aan de eisen van een verzekeraar voldoet, kunnen verzekeraars beslissen geen zorg te contracteren of bepaalde behandelingen niet in te kopen bij de betreffende zorginstelling. Eisen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de prijs, het volume of de kwaliteit van de zorg (Wollersheim e.a., 2011, p. 83). Zorgverzekeraars kunnen richtlijnen als middel gebruiken om afspraken te

maken in het kader van contracten of budgetten (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Dit betekent voor verzekerden bij deze zorgverzekeraar dat zij zelf (bij) moeten betalen als zij toch zorg ontvangen in deze instelling. Zorgverzekeraars hebben daarin een groeiende macht en beperken daarmee de vrije oordeelsvorming van medisch specialisten. Dit is weliswaar geen directe beperking; een arts is vrij om een behandeling aan patiënten aan te raden die niet vergoed wordt. Er is sprake van indirecte inmenging door een financiële belemmering door een zorgverzekeraar (Hulst & Tiems, 1999).

In Nederland zijn patiëntenorganisaties discussie- en onderhandelingspartner voor overleg met de overheid, verzekeraars en zorginstellingen. Eén van de taken van een patiëntenorganisatie is het behartigen van belangen van patiënten (Hartstichting, 2014). Ook zijn patiëntenorganisaties bijvoorbeeld actief bij de ontwikkeling van voorlichtingsmateriaal en bij het ontwikkelen van zorgstandaarden voor veelvoorkomende chronische ziekten (Meijerink e.a., 2013).

3.4 Verval van de maatschappelijke institutie gezondheidszorg

Onder de maatschappelijke institutie gezondheidszorg wordt de gehele sector verstaan. Daarbinnen is een veelheid aan instellingen, organisaties en instituten waarin zorg wordt verleend en ontvangen. De institutie gezondheidszorg omvat al deze organisaties. De gezondheidszorg heeft een eigen doeleinde en een eigen doelmatigheid. De kern ervan is het lijden van mensen te bestrijden en verlichten. Zorg wordt vaak verleend in kleine eenheden wegens efficiëntie. Als men zorg als opeenvolgende kleine eenheden benaderd, is er sprake van goede zorg als de behoefte van de zorgontvanger en de gekozen activiteiten overeenkomen. Zorgen wordt dan benaderd als productiebedrijf. Zorgethisch is dat geen goede zorg, omdat relationaliteit verloren gaat en het doeleinde van de gezondheidszorg uit het zicht raakt. Men moet zich minder richten op efficiëntie, omdat de gezondheidszorg al een eigen vorm van efficiëntie heeft als maatschappelijke institutie. De beoefening van het vak brengt al scherpte; er ligt immers een concrete persoon, de patiënt, voor de professional (Vosman en Van Heijst, 2010).

"Waarom zou eigenlijk de patiënt met decubitus niet motiveren en slechte cijfers wel?"
(Vosman en Van Heijst, 2010).

De eigen vorm van efficiëntie van de maatschappelijke institutie gezondheidszorg moet overeind gehouden of gezet worden (Vosman en Van Heijst, 2010).

Dubet verstaat onder 'institutie' de voortdurende socialisatie die overgaat van generatie op generatie professionals; het sociale proces dat waarden en beginselen omzet in actie en vervolgens uitmondt in nieuwe vormen van subjectiviteit onder professionals (Vosman en Van Heijst, 2010). Professionals behouden enerzijds ruimte voor het verlenen van zorg. Ze worden als subject gezien die verantwoordelijk is voor bepaald handelen. Ze geven een eigen aanvulling aan hun taak. Er is een zekere keuzevrijheid. Anderzijds worden professionals als actor gezien; ze worden onderworpen aan hoe ze hun werk moeten doen. Ze zijn gesocialiseerd en daarmee onderworpen aan krachten die op hen inwerken. Medisch specialisten moeten steeds meer regels opvolgen en hebben daardoor steeds minder ruimte om zelf verantwoordelijkheid te nemen. Er wordt ook wel gesproken van het reduceren van professionals tot 'taakuitvoerders'. Structuren en individuen zijn echter beiden bepalend (Vosman en Van Heijst, 2010).

Er zijn vier problemen die zich volgens Dubet voordoen als instituties vervallen. Ten eerste verdwijnt de legitimiteit van de zorgarbeid. Om te bepalen wat er met een patiënt aan de hand is en om een passende behandeling te vinden, hebben professionals een zekere ruimte nodig. Ze moeten de mogelijkheid hebben iets te proberen of het even aan te kijken. Die ruimte is nodig om het vak goed uit te oefenen, ook al helpt het soms niet. Ten tweede wordt het moeilijk dat er goede betrekkingen ontstaan tussen zorgverlener en patiënt, omdat de institutie niet meer bemiddelt. Verder zijn zorgverleners enerzijds overgeleverd aan universele waarden en anderzijds hebben zij hun eigen private waarden. Er is geen houvast meer aan de in wezen 'politieke' waarden die de institutie kenmerken. Als laatste probleem doet zich voor dat de verdediging van de zwaksten in de samenleving gevaar loopt. Systemen kunnen mensen in het nauw brengen en kwaad doen. De kwetsbaarste mensen in onze samenleving hebben de meeste kans om hiervan de dupe te worden (Vosman en Van Heijst, 2010).

De maatschappelijke institutie van de gezondheidszorg staat dus onder druk. De gezondheidszorg verliest zijn eigenlijke doelstelling, zijn eigenlijke reden van bestaan. *Cure* en *care* worden steeds minder herkend en erkend als een maatschappelijke institutie met een eigen bestemming. Tevens is hierdoor het ontstaan van goede betrekkingen moeilijk; de institutie bemiddelt niet meer en systemen hebben regels die de omgang bepalen. Medisch

specialisten kunnen zich niet meer vasthouden aan waarden die de institutie kenmerken. De paradox tussen verantwoordelijkheid nemen en socialisering kan niet eeuwig blijven bestaan: systemen koersen alleen op onderlinge efficiency van de samengestelde delen. Iedere reflectie op het waarom valt weg, het enige dat er toe doet is dat alles volgens de regels gaat. Medisch specialisten worden daardoor gereduceerd tot 'taakuitvoerders'. De overheid werkt hieraan mee: veel oplossingen zijn gericht op snelle verbetering en optimalisatie zonder de vraag waar alles eigenlijk toe dient. Een voordeel van het verval van de instituties is dat er weer ruimte is voor zulke basale vragen; in zorgpraktijken komt kritische zin op en professionals proberen het eigen doeleinde van hun werk opnieuw scherp te krijgen (Vosman en Van Heijst, 2010).

In dit hoofdstuk is de institutionele context waarin medisch specialisten werken beschreven, omdat een zorgpraktijk niet te begrijpen is zonder deze binnen de context te plaatsen (Tronto, 2013). Medisch specialisten zijn dus niet alleen 'taakuitvoerders', zij geven met een bepaalde keuzevrijheid invulling aan hun taak (Vosman en Van Heijst, 2010). In het volgende hoofdstuk zal verder ingegaan worden op de verantwoordelijkheden van medisch specialisten.

HOOFDSTUK 4 ZORGVERANTWOORDELIJKHEDEN

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van verschillende zorgethische auteurs, onder andere Tronto (1993, 2013), Van Heijst (2005, 2011), Walker (2007) en Northaug en Nortvedt (2011) besproken wat zorgverantwoordelijkheid is en inhoudt. Twee hoofdstukken uit de boeken *Menslievende zorg* en *Professional Loving Care* van Van Heijst (2005, 2011) zijn gericht op verantwoordelijkheid. Van Heijst re-definieert professionele verantwoordelijkheid. Van Heijst wil professionele zorgverantwoordelijkheid duiden in termen van menslievendheid, als aanvulling en correctie op procedurele en juridische invullingen ervan. Ze gebruikt hiervoor theorieën van meerdere wetenschappers, namelijk Jonas, Birnbacher, Wallace, Walker en Vosman, die ook zullen terugkomen in dit hoofdstuk. Van Heijst vertaalt deze theorieën naar de professionele gezondheidszorg en hulpverlening. Ook worden Kanne en van den Hoven (2003) en Widdershoven (2000) gebruikt; zij vergelijken de zorgethiek met andere benaderingen. Achtereenvolgens worden, van breed naar specifiek, collectieve verantwoordelijkheid, de verantwoordelijkheid van de zorgverlener en de verantwoordelijkheid van de medisch specialist in een ziekenhuis uitgewerkt.

4.1 Collectieve verantwoordelijkheid

Volgens zorgethicus Tronto (1993, 2013) is zorgen de verantwoordelijkheid van iedereen. Volgens haar omvat zorgen namelijk alles wat we doen om de wereld in stand te houden, te continueren en te herstellen zodat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. De fasen van zorgen zijn in hoofdstuk 2 uitgewerkt. In de tweede fase, *taking care of*, is verantwoordelijkheid het belangrijkste morele element. In deze fase neemt iemand verantwoordelijkheid op zich waarna hij of zij verantwoordelijk wordt om ook in de volgende fasen goed te handelen. In de andere fasen is verantwoordelijkheid dus ook belangrijk (Tronto, 2013, p. 34-49). Zorgen is echter niet alleen de verantwoordelijkheid van zorgverleners. Goede zorg is een proces dat inzet vergt van alle betrokkenen die bovendien moeten openstaan voor elkaars inbreng. Zorg kan niet gereduceerd worden tot de individuele expertise van een zorgverlener, want zorgen is een praktijk. Zorg is dus niet alleen de verantwoordelijkheid van de zorgverlener. De expertise van een zorgverlener krijgt pas betekenis in gedeelde sociale praktijken (Widdershoven, 2000, p. 141-145). Voor de vijfde fase van zorgen, *caring with*, is collectieve verantwoordelijkheid nodig. Pluraliteit,

communicatie, vertrouwen, respect en solidariteit maken het mogelijk dat mensen collectieve verantwoordelijkheid nemen (Tronto, 2013, p. 35). Het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid is namelijk niet genoeg. Zorg blijft dan een houding of een aanpak van de zorggever. Zorg wordt op die manier niet benaderd als relatie in een praktijk (Tronto, 2013, p. 48). Verantwoordelijkheid is, net als zorgen, relationeel van nature. De verantwoordelijkheid van de zorgverlener is ingebed in de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep waartoe de zorgverlener behoort en de instelling waarbinnen de zorgverlener werkt (Tronto, 2013, p. 50).

Walker (2007) baseert zich op Goodin's principe van de bescherming van kwetsbaren. Verantwoordelijkheid heeft samenhang met kwetsbaarheid; verantwoordelijkheid ontstaat door kwetsbaarheid van anderen. Volgens Walker werkt dit principe alleen niet voor verantwoordelijkheid voor kwetsbare vreemden; verantwoordelijkheid is complexer dan Goodin onderkent. Voor verantwoordelijkheid is namelijk ook een afhankelijkheidsrelatie nodig. Verantwoordelijkheid ontstaat dus niet alleen door kwetsbaarheid, maar er moet ook sprake zijn van afhankelijkheid. Voor verantwoordelijkheid voor vreemden zijn dus bredere noties van interpersoonlijke, internationale, intergenerationele en ecologische verantwoordelijkheden nodig (Walker, 2007, p. 86-87).

4.2 De verantwoordelijkheid van de zorgverlener

Zorgverleners hebben een bepaalde capaciteit en aansprakelijkheid, waardoor zij verantwoordelijk zijn. In deze paragraaf wordt gefocust op de verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Er wordt onderzocht waarom zorgverleners verantwoordelijk zijn. Achtereenvolgens worden de capaciteit van de zorgverlener, medemenselijkheid en aansprakelijkheid besproken. Daarna komen de invloed van het verval van de institutie gezondheidszorg, het prioriteren van zorgverlening en nalaten door de zorgverlener aan de orde.

Allereerst zijn zorgverleners verantwoordelijk, omdat zij een bepaalde capaciteit hebben. Van Heijst (2005, 2011) ontleent aan Jonas dat iemand verantwoordelijk is als diegene het vermogen heeft om te helpen. Jonas noemt dat ook wel de 'plicht der macht' (Van Heijst, 2005, p. 277). De 'plicht der macht' hangt naast vermogen ook samen met mogelijkheden (Van Heijst, 2011, p. 287). Het vermogen dat professionals hebben om anderen in nood te

helpen is verplichtend. Professionals hebben zelf gekozen voor het ontwikkelen van dat vermogen (Van Heijst, 2005, p. 269). Van Heijst (2005, 2011) betreft Wallace voor het verantwoordelijk stellen van personen. Verantwoordelijkheid wordt mensen toegekend door anderen. Hier brengt Van Heijst naar voren dat professionals in de zorg vrijwillig verantwoordelijkheid op zich nemen en daarmee ook verantwoordelijk zijn. Gevoelens spelen een rol bij het toekennen van verantwoordelijkheid. De basis van verantwoordelijkheid is interactief, sociaal en gevoelvol (Van Heijst, 2005, p. 294-295). Ook Walker geeft aan dat de sterkte van de verantwoordelijkheid afhankelijk is van de mate waarin men kan beschermen (Walker, 2007, p. 87-93). Ook schetst zij een verband tussen je verantwoordelijk maken en gelokaliseerd zijn ten opzichte van anderen. Er is sprake van een specifieke verantwoordelijkheid voor professionals door specifieke kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de patiënt. Dat is de nature van de relatie (Walker, 2007, p. 96). Kwetsbaarheid en afhankelijkheid worden daarnaast gevormd in relaties, praktijken en situaties (Walker, 2007, p. 93). De relatie tekent ook wat je van iemand verwacht (Walker, 2007, p. 98).

Verantwoordelijkheid is dus een relationeel begrip. Van Heijst (2005, p. 313) definieert de zorg als een praktijk van medemenselijkheid. Mensen nemen verantwoordelijkheid vanwege verbondenheid; ze weten en voelen dat ze iets van elkaar zijn (Van Heijst, 2005, p. 270). Zorg impliceert onderlinge betrokkenheid. Mensen gaan (tijdelijk) deel uitmaken van elkaars leven. In de zorg raken mensen elkaar, vaak letterlijk. Er is doorgaans sprake van fysiek contact en soms ook van bepaalde vormen van intimiteit. Zorgverleners moeten daarom bepaalde deugden bezitten, zoals inlevingsvermogen, intuïtie, compassie, liefde en commitment (Widdershoven, 2000, p. 134-145). Kanne en van den Hoven (2003) zetten een rationeel perspectief tegenover een zorgperspectief. Het zorgperspectief is gebaseerd op verantwoordelijkheid voor elkaar. Het rationele, ethische perspectief gaat uit van universele regels over wat moreel juist is om te doen. De zorgethiek kijkt juist naar de specifieke context en persoonlijke details. De nadruk wordt gelegd op verantwoordelijkheid voor relaties van mensen in concrete situaties. Door deze nadruk wordt duidelijk op welke manieren relaties tussen mensen tot verwachtingen, verplichtingen, rechten en verantwoordelijkheden leiden (Kanne en van den Hoven, 2003, p. 104-106). Scandinavische zorgethici Nortvedt e.a. (2011) denken ook na over professionele verantwoordelijkheid op basis van een relationele ontologie. Essentiële aspecten daarbinnen zijn de relatie, de context, motivatie, de kwetsbaarheid van een ander, het gemeenschappelijk mens-zijn en afhankelijkheid. Wat daarbij relevant is, is hoe professionals de behoeften van een ander benaderen en zorgen voor

zowel hun eigen belangen en behoeften als de belangen en behoeften van anderen (Nortvedt e.a., 2011).

Verantwoordelijkheid wordt tevens gebruikt in de zin van verantwoording verschuldigd zijn of toerekenbaarheid en dus waardig van lof of afkeuring (Tronto, 2013, p. 50). In hoofdstuk 3 is besproken waarvoor medisch specialisten volgens de wet strafrechtelijk, tuchtrechtelijk en civielrechtelijk aansprakelijk te stellen zijn. Verantwoordelijkheid komt vaak ter sprake bij het uiten van klachten en negatieve gevoelens, omdat mensen verantwoordelijk gehouden worden door anderen. Iemand de schuld willen geven en gevoelens als wrok kunnen bij kwesties van verantwoordelijkheid een rol spelen (Van Heijst, 2005, p. 293-295). Die gevoelens worden veroorzaakt door verwachtingen of vooronderstellingen. Boosheid weerspiegelt vaak niet waargemaakte verwachtingen. Terecht noemt Van Heijst dat er ook andere reactieve emoties zijn, zoals verdriet en mededogen. Deze gevoelens vormen de zachte kant en komen voort uit de aanhankelijkheid tussen mensen. Ook kaart Van Heijst aan dat verwachtingen niet kunnen deugen, ze kunnen onredelijk zijn en beïnvloed worden door machtsposities (Van Heijst, 2005, p. 296-298). Door juridisering gaan zorgverleners zich mogelijk indekken tegen eventuele claims (Widdershoven, 2000, p. 137). Dit zal geen goede invloed hebben op de zorg. Van Heijst (2005, p. 77) benadrukt naar aanleiding van Tronto dat kritiek zich sneller richt op degenen die zorgen en daarbij misschien fouten maken, dan op degenen die niet zorgen. Het proberen te ontleden wie ongelijk heeft en schuld verdient, lost het probleem van onverantwoordelijke acties niet op (Tronto, 2013, p. 52).

Zorgverleners hebben ook organisatorische verantwoordelijkheden. Volgens Nortvedt e.a. (2011) en Nordhaug en Nortvedt (2011) zijn zorgverleners bijvoorbeeld ook verantwoordelijk voor het prioriteren van zorg. Het geven van zorg op basis van een relationele ontologie staat volgens hen door institutionele en organisatorische condities onder druk. Er moet ruimte en tijd gecreëerd worden voor het maken van uitzonderingen op basis van een patiënt zijn individuele kwetsbaarheid en psychologische situatie (Nortvedt e.a., 2011). Nordhaug en Nortvedt (2011) bekijken partijdigheid door de zorgethiek tegenover de ethiek van de rechtvaardigheid te zetten. Daaruit volgt de volgende beredenering: iedereen die gelijk is, moet gelijk behandeld worden en iedereen die verschillend is, moet ook verschillend behandeld worden. Patiënten zijn altijd uniek, dus verschillend. Het is voor professionals moeilijk om te balanceren tussen verschillende en tegenstrijdige behoeften. Professionals moeten daarbij beslissingen nemen over het prioriteren van zorg. Relevante verschillen waar

op basis van geprioriteerd mag worden, zijn de zorgbehoeften, relationaliteit en kwetsbaarheid (Northaug en Nortvedt, 2011). Bij het vooropstellen van de relatie kan partijdigheid ontstaan. Bekende patiënten zullen namelijk altijd voor onbekende patiënten gaan. Er wordt daarom vaak eerst geprioriteerd op basis van medische behoeften en urgentie, anders ondermijnt speciale verantwoordelijkheid de algemene verantwoordelijkheid naar anderen. Een andere oplossing voor dit probleem is het betrekken van relatieve kwetsbaarheid. Men bepaalt hoe sterk de zorgbehoeften van de patiënt beïnvloed zouden worden door de alternatieve acties en keuzes. Daarnaast bepaalt men of de zorgbehoeften van de patiënt door een andere zorgprofessional ingevuld kunnen worden (Northaug en Nortvedt, 2011). Het is namelijk de verantwoordelijkheid van professionals om voor alle patiënten zo goed mogelijk te zorgen zonder oneerlijk te zijn. Toch zijn er ook argumenten om te prioriteren op basis van relaties. Er wordt benoemd dat een professionele relatie doorgaans een ander soort relatie is dan bijvoorbeeld een relatie met familie of vrienden. De professionele relatie is georiënteerd op de zorgbehoeften en professionals moeten er ook voor andere patiënten zijn (Nortvedt e.a, 2011). Bovendien zijn de taken in een professionele relatie gestructureerd en is de relatie asymmetrisch. Daarbij worden professionele relaties beperkt door tijd en ruimte (Northaug en Nortvedt, 2011). Professionele relaties kunnen echter ook hecht zijn, een strikte scheiding tussen professionele en persoonlijke relaties is daarom moeilijk te maken. De verplichting van professionals in de zorg om de rechten van de patiënten veilig te stellen is een deel van hun integriteit als professional. Particuliere en persoonlijke zorg beschermt niet alleen de integriteit van patiënten, maar ook de integriteit van professionals zelf. Patiënten en professionals hebben hier beide profijt van. Dat rechtvaardigt eventuele partijdigheid (Nortvedt e.a., 2011). Een probleem hierbij is echter om te bepalen op een meer principiële basis wat telt als relevante factor voor het ongelijk behandelen van patiënten. Bij het individueel oplossen van iedere situatie kan zich een probleem van rechtvaardigheid voordoen; andere patiënten ontvangen minder zorg door de speciale zorg voor de ene patiënt. Een manier om dit op te lossen is om prioriteren te rechtvaardigen indien de specifieke schade die optreedt bij de ene patiënt de schade die optreedt bij andere patiënten overschrijdt. Als deze normatieve berekening gebaseerd is op relaties, moet men het geheel van relationele problemen erbij betrekken. Dit is moeilijk te 'berekenen' (Nortvedt e.a., 2011). Het dilemma van prioriteren kan niet worden opgelost op het niveau van de professionals, maar moet institutionele en organisatorische aandacht krijgen (Northaug en Nortvedt, 2011). Van Heijst (2005, p. 313) benoemt ook dat een professional

niet kan opgaan in een enkeling, omdat er altijd weer nieuwe mensen zullen zijn die hulp behoeven. Een professional moet er zijn voor 'velen'.

In het vorige hoofdstuk is aan de orde gekomen dat de institutie gezondheidszorg onder druk staat door systemen. Door systemen verdwijnt het ware doeleinde van de institutie, het verstrekken van goede zorg, steeds meer. Hierdoor komt ook professionele verantwoordelijkheid onder druk te staan. In *Professional Loving Care* neemt van Heijst (2011) de institutionele setting mee bij het re-definiëren van professionele verantwoordelijkheid, wat zij in *Menslievende zorg* (2005) nog niet doet. Aan de hand van Vosman, die zich weer baseert op Ricoeur en Dubet, laat Van Heijst (2011) in een aparte paragraaf de institutionele dimensies van professionele verantwoordelijkheid naar voren komen. Systemen bepalen en beperken steeds meer de acties van professionals. De wijze waarop professionals werken en de mate van verantwoordelijkheid die zij nemen wordt bepaald door de som van alle systemen. Er is sprake van verminderde ruimte voor afstemming met de patiënt en zijn context. De aard van de verantwoordelijkheid verandert; er is een verschuiving zichtbaar naar een procedureel en onpersoonlijk begrip van professionele verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid voor het soepel verlopen van het proces wordt steeds dominant. Vroeger ontstond verantwoordelijkheid in praktijken door interactie tussen mensen. Tegenwoordig wordt uit het oog verloren dat de patiënt ook een mens is waarmee de professional verbonden is. Verantwoordelijkheid wordt steeds meer vervangen door verantwoording afleggen in moreel gereduceerde termen (Van Heijst, 2011, p. 172-176). De inrichting van zorgarbeid doet volgens Van Heijst geen recht aan de nabijheid van professionals. Medewerkers die niet aan het bed staan, hebben het volgens haar te veel voor het zeggen in de gezondheidszorg, terwijl ze weinig in contact zijn met patiënten en hun naasten (Van Heijst, 2005). Professionele verantwoordelijkheid is echter niet verdwenen. Professionals blijven een zekere controle hebben over degenen voor wie ze zorgen (Van Heijst, 2011, p. 172-176).

Als laatste komt door Birnbacher het negeren of weigeren van verantwoordelijkheid aan de orde. Het gaat over situaties wanneer iemand iets had behoren te doen en dat niet heeft gedaan (Van Heijst, 2005, p. 288). Verantwoordelijkheid voor doen moet volgens Birnbacher ook het niets doen omvatten (Van Heijst, 2011). Hij ziet nalaten als een bijzondere vorm van doen. Hiervoor moet denkbeeldige causaliteit gebruikt worden: wat gebeurd is, moet vergeleken worden met wat er gebeurd zou zijn als er wel iets gedaan was (Van Heijst 2005, p. 289).

Birnbacher maakt onderscheid tussen kwetsbaarheid en behoefte. Voor mensen die behoeftig zijn, is nalaten schadelijker dan voor mensen die kwetsbaar zijn. Iemand die kwetsbaar is kan namelijk beter voor zichzelf zorgen dan iemand die behoeftig is. Er zijn in onze samenleving grote groepen zeer behoeftige mensen die schade kunnen ondervinden door anderen die nalaten. Aandacht hiervoor is daarom van belang (Van Heijst, 2005, p. 290).

4.3 Verantwoordelijkheid van medisch specialisten

In deze paragraaf wordt op basis van het voorgaande in dit hoofdstuk gespecificeerd wat de verantwoordelijkheid is van een medisch specialist voor goede ziekenhuiszorg. Zoals al eerder besproken is, zijn medisch specialisten een speciale beroepsgroep. Onderzoeken naar de verantwoordelijkheid van professionals in het algemeen of met betrekking tot verpleegkundigen zijn daarom niet één op één over te nemen. Wel zijn veel elementen juist toepasbaar op medisch specialisten. De nabijheid tussen verpleegkundigen en patiënten is doorgaans anders dan de nabijheid van medisch specialisten. De intensiteit van zorgen door verpleegkundigen kan zeer divers zijn. Het contact tussen medisch specialisten en patiënten is vaak frequenter over een langere periode, maar van korte duur per contact. Een voorbeeld hierbij is een patiënt die een gynaecologische buikoperatie moet ondergaan. De patiënt zal daarvoor doorgaans eerst meerdere malen bij de gynaecoloog op de polikliniek komen. Tijdens de opname voor en na de operatie zal er echter intensief en veel contact zijn met verpleegkundigen. De gynaecoloog zal een paar uur achterelkaar in contact zijn met de patiënt tijdens de operatie, maar dit zal de patiënt niet ervaren als contact. Wel moet er hiervoor sprake zijn vertrouwen. Er is dus verschil in nabijheid tussen verpleegkundigen en patiënten en medisch specialisten en patiënten. Dit betekent niet dat medisch specialisten minder nabij zijn. Medisch specialisten moeten er net zo goed voor patiënten zijn en de patiënt laten merken dat hij of zij er toe doet.

Medisch specialisten nemen de verantwoordelijkheid op zich om op zorgbehoeften van anderen te reageren. Medisch specialisten hebben zelf gekozen voor het ontwikkelen van exclusieve kennis, bekwaamheid en deskundigheid om anderen te kunnen helpen in bepaalde situaties, waarin anderen dat vermogen niet hebben. Het vermogen dat medisch specialisten hebben om anderen in nood te helpen is verplichtend. Zorg mag niet alleen benaderd worden als houding of aanpak van de medisch specialist, maar moet benaderd worden als relatie in een praktijk. Medisch specialisten nemen verantwoordelijkheid op zich, omdat mensen

kwetsbaar en afhankelijk zijn. Ook al zijn deze mensen in eerste instantie vreemden. Tevens nemen medisch specialisten verantwoordelijkheid vanwege verbondenheid; het gemeenschappelijk mens-zijn. Er is asymmetrie in de relatie tussen een medisch specialist en een patiënt. De medisch specialist heeft namelijk gekozen voor de zorg en de patiënt niet. Daarnaast heeft een medisch specialist kennis die een patiënt niet heeft. Kwetsbaarheid en afhankelijkheid spelen een grote rol in de relatie. De specifieke context en persoonlijke details zijn daarbij van belang. De concrete situatie en relatie leiden tot verwachtingen, verplichtingen, rechten en verantwoordelijkheden.

De term verantwoordelijkheid wordt ook vaak gebruikt in de zin van toerekenbaarheid. Medisch specialisten zijn strafrechtelijk, tuchtrechtelijk en civielrechtelijk aansprakelijk te stellen voor gebreken in de zorg die zij verlenen. De maatschappij kent verantwoordelijkheden toe aan medisch specialisten en in de eed bevestigen medisch specialisten dat zij hun verantwoordelijkheid voor de samenleving kennen. De basis van verantwoordelijkheid is interactief, sociaal en gevoelvol. Gevoelens als wrok en schuld worden veroorzaakt door verwachtingen en vooronderstellingen. Patiënten hebben verwachtingen van medisch specialisten. Zij kunnen verwachten dat een medisch specialist hun beter maakt. In de Westerse cultuur is het de standaard om te (be)handelen. Het overheersende interventie repertoire is gericht op 'iets doen'. Er zijn problemen met kwetsbaarheid, eindigheid en tragiek. Dit is doorgaans zowel het geval bij patiënten als bij medisch specialisten. Er is daarom al een disbalans tussen de verwachtingen en de werkelijkheid; effecten kunnen nooit met zekerheid voorspeld worden. De kans bestaat daarom dat verwachtingen niet waargemaakt worden en boosheid ontstaat. Dit speelt waarschijnlijk meer bij medisch specialisten dan bij verpleegkundigen of andere zorgverleners, omdat medisch specialisten verantwoordelijk zijn voor de behandeling. Zij zijn daarom vaak erg gericht op genezen. In de zorgethiek komt juist naar voren dat zorgen niet per se genezen hoeft te zijn.

Aan de hand van Birnbacher kan gesteld worden dat medisch specialisten doorgaans wél zorgverantwoordelijkheid op zich nemen. In de Wet BIG is vastgelegd dat medisch specialisten niet alleen tuchtrechtelijk aansprakelijk te stellen zijn voor handelen, medisch specialisten mogen ook niet nalaten in strijd met de zorg die de medisch specialist behoort te betrachten of in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg (Wet BIG, Artikel 96). Het is vaak echter niet zichtbaar of medisch

specialisten op individueel niveau nalaten als zij eigenlijk hadden moeten handelen. Er mag verwacht worden dat zij hun zorgverantwoordelijkheid nemen, omdat zij zelf deze beroepskeuze gemaakt hebben. Dit is passend bij de zorgethische benadering dat het "goede" altijd aanwezig is in zorg. Wel is het belangrijk te benadrukken dat patiënten waarmee medisch specialisten zich in de zorgbetrekking bevinden vaak behoeftig en/of kwetsbaar zijn. Ze kunnen afhankelijk zijn van wat anderen voor hem of haar doen of nalaten.

Naast medische verantwoordelijkheid, hebben medisch specialisten tegenwoordig ook organisatorische verantwoordelijkheden. In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten uit 2014 is bijvoorbeeld vastgelegd dat medisch specialisten een bijdrage moeten leveren aan de beleids- en organisatieontwikkeling. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg vragen om een grotere betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist bij de formulering en uitvoering van de strategische koers. Er moeten onder andere afspraken gemaakt worden tussen de organisatie en de medisch specialisten met betrekking tot de kwaliteit van het zorgaanbod, het productievolume en de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Medisch specialisten kunnen op deze manier bijdragen aan een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg in Nederland (AMS, 2014). Dit sluit aan bij de verantwoordelijkheid van medisch specialisten voor het prioriteren van zorg. Het is van belang dat medisch specialisten eerst prioriteren op zorgbehoeften, anders ondermijnt speciale verantwoordelijkheid voor een enkeling de algemene verantwoordelijkheid voor iedereen. Medisch specialisten behartigen namelijk ook maatschappelijk belangen. Medisch specialisten kunnen echter ook prioriteren op basis van relaties. Door particuliere en persoonlijke zorg wordt de integriteit van zowel de patiënt als de medisch specialist zelf beschermd. Tevens kan kwetsbaarheid hierbij betrokken worden: de mate waarin de zorgbehoefte van de patiënt beïnvloed wordt door alternatieve acties en keuzes.

De verantwoordelijkheid van medisch specialisten wordt beïnvloed door de institutie en door systemen. Door het verval van de institutie kan het ware doeleinde van zorgen uit het oog verloren worden. Systemen gaan de acties van medisch specialisten steeds meer bepalen en beperken. De aard van de verantwoordelijkheid verandert. Verantwoordelijkheid wordt steeds meer vervangen door verantwoording afleggen in moreel gereduceerde termen. Het risico dat zich hierdoor voordoet, is dat medisch specialisten zich alleen verantwoordelijk voelen voor het soepel verlopen van het proces en minder voor patiënt en het leveren van goede zorg voor de patiënt. Er moet daarom ruimte en tijd gecreëerd worden voor het verlenen van zorg, het

nemen van verantwoordelijkheid en het maken van uitzonderingen op basis van de individuele kwetsbaarheid en situatie van een patiënt. Dit heeft samenhang met professionele autonomie, waar in het volgende hoofdstuk op ingegaan wordt.

HOOFDSTUK 5 PROFESSIONELE AUTONOMIE

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende betekenissen van professionele autonomie. Eerst wordt autonomie besproken en vervolgens professionele autonomie. Daarna wordt aandacht besteed aan de begrensde handelingsruimte van medisch specialisten, waarna professionele autonomie zorgethisch vertaald wordt en als laatste vindt, net als in de vorige hoofdstukken, een toepassing op medisch specialisten plaats.

5.1 Autonomie

Autonomie is een woord dat vanuit het Grieks is samengesteld uit twee woorden, namelijk *autos* en *nomos*. *Autos* betekent zelf en *nomos* betekent wet. In de Griekse oudheid duidde autonomie op het recht van stadsstaten, opererend binnen een statenbond of onder vreemde heerschappij, om een gedeelte van de wetgeving en het stadsbestuur in eigen beheer te nemen. Het begrip autonomie is complex (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 117-118).

Er kunnen verschillende interpretaties aan het begrip autonomie gegeven worden (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 117-118). Het Griekse *autos-nomos* kan dus vertaald worden als zelfwetgeving. Autonomie als zelfwetgeving verwijst naar het vermogen van individuen om redelijke beslissingen te nemen (Mackor, 2011). Het streven naar autonomie wordt herleid tot een streven van de mens meer compleet te worden en in staat te zijn tot eigen onafhankelijke keuzes. Autonomie staat voor op actieve wijze vorm en inhoud geven aan het leven; een leven volgens eigen regels en normen. Autonomie is op deze manier een capaciteit, een vermogen. Door middel van kritische zelfreflectie kan men komen tot zelfcontrole en onafhankelijkheid. Een andere betekenis van autonomie is dan ook zelfrealisering. Autonomie als zelfwetgeving hangt nauw samen met zelfrealisering. Het vermogen om redelijke beslissingen te nemen speelt een cruciale rol bij zelfrealisering. Als men controle heeft over beslissingen en handelingen, kan men zichzelf realiseren zoals men 'werkelijk' is of zou willen zijn. Een andere betekenis die aan autonomie gegeven kan worden, en die vooral gebruikt wordt door critici, is keuzevrijheid; kunnen doen en laten wat je wilt zonder inmenging van andere mensen (Mackor, 2011).

Autonomie geniet in onze samenleving hoge waardering, terwijl afhankelijkheid een lage waardering krijgt. Afhankelijk van het mensbeeld dat men heeft, verschillen opvattingen met betrekking tot autonomie dan ook (Oorschot, 1995, p. 5-6). Persoonlijke autonomie is in de

zorgethiek een omstreden begrip. Afhankelijkheid en betrokkenheid van mensen worden juist benadrukt. De veronderstelde gelijkwaardigheid tussen zorgverlener en zorgontvanger wordt ter discussie gesteld. De patiënt wordt gezien als een kwetsbaar mens met noden. Er moet worden afgestemd op de patiënt en hem of haar moet recht worden gedaan, maar daarbij helpt het recht op respect voor veronderstelde autonomie niet (Goossensens e.a., 2014). In dit onderzoek gaat het echter niet over de persoonlijke autonomie van de patiënt, maar over de professionele autonomie van de medisch specialist.

5.2 Professionele autonomie

Bij professionele autonomie gaat het om het recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van de belangen die professionals behartigen. Autonomie leidt, in de zin van zelfrealisering, niet alleen tot behartiging van de belangen van de patiënt, maar ook tot realisering van zichzelf als goede professional (Mackor, 2011). Ook professionele autonomie wordt door critici gezien als 'kunnen doen en laten wat je wilt' (Mackor, 2011). Op die manier kan professionele autonomie ook gezien worden als gereedschap voor machtsmisbruik (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 19).

Professionele autonomie kan op twee niveaus benaderd worden. Op het niveau van de beroepsgroep en op individueel niveau. Op het niveau van de beroepsgroep gaat het voornamelijk om de rol en de status van de professional in de samenleving. De beroepsgroep medisch specialisten, ofwel de professie, heeft als geheel een grote mate van autonomie (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 56). Eén van de redenen dat professionals zich verzamelen in beroepsgroepen is om effectief op te kunnen treden. De professie vormt als het ware een beschermende schil rond de afzonderlijke professionals, bijvoorbeeld voor de onderhandeling over hun autonome rechten (Oorschot, 1995, p. 14-15). De professie kan zelf reguleren over scholing, nascholing en de beoordeling van professionals. De overheid geeft professies vaak deze ruimte, omdat de gedachte is dat zij zelf het beste kunnen bepalen welke eisen aan de gespecialiseerde professionals gesteld moeten worden. Hun specifieke expertise is dan ook grotendeels bepalend voor de macht die zij toegekend krijgen. Het is de collectieve taak van een professie om op grond van wetenschap en praktijk normen aan te geven voor verantwoord medisch handelen en elkaar daarop te toetsen (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 56). De beroepsgroep is afhankelijk van het oordeel van de samenleving wat betreft zijn autonomie. Een professie zal behoedzaam om moeten gaan met het evenwicht tussen het privilege van

zelfbestuur en de verantwoordelijkheid jegens het publiek. Falen kan leiden tot verlies van vertrouwen en daarmee tot inperking van autonomie (Oorschot, 1995, p. 15)

De professionele autonomie van individuele professionals is afgeleid van de professionele autonomie van de professie (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 52). Al moeten individuele professionals zich houden aan de wet, de beroepscode en inhoudelijke richtlijnen; zij hebben ruimte voor autonome beslissingen in concrete gevallen. Individuele professionals hebben die ruimte nodig voor interpretatie en afweging van inzichten en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De patiënt moet vrijuit met de medisch specialist kunnen spreken zonder risico te lopen dat vertrouwelijke informatie bij anderen terechtkomt (Mackor, 2011). Een goede professional beschikt over de capaciteit om tot zelfstandige keuzes te komen, onafhankelijk van anderen en dient zich daarvan bewust te zijn. Bovendien kan de professional op zijn eigen keuzes reflecteren. Hij of zij neemt beredeneerde beslissingen die niet alleen stoelen op inhoudelijke kennis, maar ook getuigen van kritische zin. De redenen die aan het handelen van de professional ten grondslag liggen zijn daarbij doorslaggevend, aangezien handelen geen uitkomst garandeert (Oorschot, 1995, p. 17). Zoals in hoofdstuk 3 ook besproken is, zijn medisch specialisten tijdens hun vervolgopleiding in verschillende competentiegebieden getraind. Er is volgens Cramer-Cornelissens (2002, p. 61) geen sprake van spanning tussen de twee niveaus van professionele autonomie.

Professionals met autonomie behartigen maatschappelijke belangen. Ze behartigen primair het belang van de individuele patiënt, maar wel met inachtneming van het algemene belang. Volgens Mackor (2011) leidt de combinatie van speciale kennis en vaardigheden, autonomie en de behartiging van maatschappelijke belangen tot spanning. Er wordt verwacht dat professionals zich volledig inzetten voor het behartigen van belangen, maar door hun specialistische kennis en de vertrouwensrelatie met de patiënt is het moeilijk te controleren of professionals zich daadwerkelijk op die manier inzetten. Autonomie is door de specialistische kennis en vertrouwensrelatie onvermijdelijk en noodzakelijk. Professionals moeten echter continu bewijzen dat zij vertrouwen van zowel de individuele patiënt als de samenleving verdienen. Als professionals dat vertrouwen beschamen is er vaak direct de roep om in te grijpen in de vorm van nadere regelgeving, toezicht of andere maatregelen. Dit lijkt te botsen met het doel van professionele autonomie (Mackor, 2011).

Volgens Oorschot (1995) bestaat absolute autonomie niet. Een belangrijk aspect van autonomie is de verwijzing naar anderen. De vraag naar iemands autonomie is de vraag naar iemands (on)afhankelijkheid ten opzichte van zijn of haar omgeving. Iedere relatie kan beschreven worden in termen van autonomie en in termen van afhankelijkheid. Een situatie van absolute autonomie is alleen mogelijk bij het volledig ontbreken van een relatie. Het is daarom beter om te spreken over de mate van autonomie. Men kan heen en weer schuiven op een continuüm tussen autonomie en afhankelijkheid. Individuen en groepen kunnen meer of minder autonoom zijn ten opzichte van elkaar. Ook wederzijdse afhankelijkheid is te plaatsen op een continuüm. Vaak is er sprake van wederzijdse afhankelijkheid, omdat de ene partij alleen autonomie kan uitoefenen dankzij de aanwezigheid en medewerking van de andere partij (Oorschot, 1995, p. 7-9).

5.3 De begrensde handelingsruimte van de medisch specialist

Professionele autonomie is een vrijheid in gebondenheid, binnen grenzen. Professionele autonomie is dus geen volledige vrijheid zonder grenzen (Cramers-Cornelissens, 2002, p. 59). Er is sprake van inmenging. Zoals in hoofdstuk 3 besproken is, is juridisch gezien de professionele autonomie van medisch specialisten begrensd door het objectieve recht; medisch specialisten zijn aan een aantal beperkingen onderworpen die vastgelegd zijn in de wet. Ook kadert de autonomie van patiënten het handelen van medisch specialisten in. Er is namelijk toestemming nodig van de patiënt voor een behandeling (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 136). Bovendien moeten medisch specialisten verantwoording afleggen aan verschillende externe instanties. In deze paragraaf wordt eerst verder ingegaan op de definities van professionele autonomie die in hoofdstuk 1 naar voren zijn gekomen en daarna worden redenen besproken om de handelingsruimte van medisch specialisten binnen praktijken te begrenzen.

De definitie van de AMS (2014) geeft als grenzen alleen de wettelijke kaders en de professionele standaard aan en gaat uit van vrijheid van oordeelsvorming zonder inmenging van derden:

"De vrijheid van oordeelsvorming van de medisch specialist om, gegeven de wettelijke kaders en professionele standaard, zonder inmenging van derden en zonder preventief toezicht van het bestuur, in de individuele arts-patiënt relatie te komen tot diagnostiek,

behandeling en advisering over de behandeling met de doelstelling de verbetering van de gezondheid van de patiënt." (AMS, 2014)

In het Statuut medisch specialisten is ook opgenomen dat het bestuur van een instelling de professionele autonomie van de medisch specialist ten aanzien van de zorgverlening aan de patiënt moet respecteren (AMS, 2014).

In de definitie van professionele autonomie van Cramer-Cornelissens (2002) wordt meer dan in de definitie van de AMS (2014) benadrukt dat beslissingen afhankelijk zijn van de wil van de patiënt, hoe noodzakelijk de behandeling is en de middelen en mogelijkheden die men op samenlevingsniveau is overeengekomen. Hieronder nogmaals de definitie die Cramer-Cornelissens (2002) geeft aan professionele autonomie:

"Artsen bepalen zelfstandig op grond van kennis die in hun professionele standaard is vastgelegd, welke diagnostiek, therapie (inclusief medicatie) en begeleiding noodzakelijk zijn binnen de grenzen die men in de samenleving overeengekomen is uit het oogpunt van schaarste. De arts bepaalt in overleg met zijn patiënt wat noodzakelijk is en hoe de behandeling medisch-technisch dient te worden uitgevoerd; echter óf deze behandeling ook daadwerkelijk kan en zal worden uitgevoerd is afhankelijk van de wil van de patiënt en de middelen en mogelijkheden die men op samenlevingsniveau is overeengekomen." (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 74)

Om meer grip te krijgen op de beslissingen van de beroepsgroep worden er steeds meer grenzen gesteld aan professionele autonomie. De voornaamste reden hiervoor is financiële druk, die onder andere veroorzaakt wordt door de stijgende vraag naar zorg en de toename van technologische mogelijkheden. Er wordt gesteld dat het voor de hand liggend is de professionele autonomie van artsen te begrenzen, omdat alle kosten in de gezondheidszorg voortkomen uit de pen van de arts (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 11-12). Niet alle kosten in de gezondheidszorg zijn echter te wijten aan artsen. Artsen maken deel uit van groepen, teams en organisaties. Er is vrijwel altijd sprake van samenwerking en/of wisselwerking. Bovendien wordt er in Nederland in principe alleen zorg uit het basispakket vergoed. De overheid stelt de inhoud van het basispakket vast; zij hebben dus ook invloed op de kosten in de zorg. Tevens hebben ziekenhuizen een omzetplafond, zij kunnen dus niet eindeloos verleende zorg declareren. Het is een dilemma of het belang van de individuele patiënt zwaarder moet wegen

dan de financiële en economische situatie van het land. De belangen van de individuele patiënt kunnen in strijd zijn met het algemene maatschappelijke belang. Artsen moeten in de individuele arts-patiëntrelatie geen financiële keuzes maken. Dat moet op macroniveau gebeuren, omdat artsen anders selecteurs worden in dienst van de overheid (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 60). Volgens Cramer-Cornelissens (2002) bestaat er geen spanning tussen de professionele autonomie van de individuele medisch specialist en de professionele autonomie van de beroepsgroep; in deze alinea is gebleken dat deze spanning wel degelijk bestaat.

Mackor (2011) geeft nog drie andere redenen waarom de overheid de autonomie van professionals mag begrenzen. Ten eerste mag de vrijheid van professionals beperkt worden ter bescherming van de belangen van burgers. Professionals behartigen namelijk de belangen van burgers. Een tweede reden voor het begrenzen van de professionele autonomie is het feit dat er geen gedeeld beeld bestaat van de 'goede burger' en wel een redelijk gedeeld beeld van de 'goede professional'. De laatste reden sluit aan op de vorige tweede redenen: het beeld van de 'goede professional' mag nooit alleen door professionals zelf worden vormgegeven, omdat zij de belangen van burgers behartigen. Die vormgeving moet daarom plaatsvinden in het publieke en politieke debat (Mackor, 2011).

Critici geven aan dat het belang van de patiënt feitelijk niet gediend wordt met professionele autonomie. Professionele autonomie kan namelijk ook puur als afschermiddel gebruikt worden, zodat professionals niet gecontroleerd worden en beleid dat grenzen stelt genegeerd kan worden (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 57). Zoals benoemd is, is er bij professionele autonomie sprake van grenzen en controle. Het argument van critici zal daarom niet overgenomen worden.

De betekenis en invulling van professionele autonomie is dus aan verandering onderhevig. De toenemende begrenzing van professionele autonomie wordt maatschappelijk aanvaard (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 41). Professionele autonomie wordt ook door de beroepsgroep zelf steeds meer opgevat als een autonomie die niet onbegrensd is (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 50). Het is een vrijheid in gebondenheid, geen absolute autonomie; de medisch specialist beslist wat er medisch gezien wel of niet moet gebeuren, maar dient rekening te houden met het algemene bedrijfskader en de professionele spelregels (Cramer-Cornelissens, 2002, p. 40).

5.4 Zorgethische vertaling van professionele autonomie

In het voorgaande gedeelte van dit hoofdstuk is professionele autonomie vanuit niet-zorgethische auteurs besproken. In deze paragraaf wordt professionele autonomie zorgethisch vertaald.

Autonomie is in onze samenleving hoog gewaardeerd, terwijl afhankelijkheid in onze samenleving omstreden is. De zorgethiek richt zich juist op afhankelijkheid en betrokkenheid tussen mensen. Persoonlijke autonomie van de patiënt is in de zorgethiek dan ook een omstreden begrip. Patiënten zijn afhankelijk doordat ze kwetsbaar zijn en noden hebben. De aard van de relatie van de zorgverlener en zorgontvanger is asymmetrisch; zij zijn niet gelijkwaardig, onder andere omdat de zorgverlener heeft gekozen voor de zorg en kennis en kunde bezit die de zorgontvanger niet bezit. Het is daarom onmogelijk de zorgverlener en de zorgontvanger gelijk te stellen. Er moet worden afgestemd op de patiënt en hem of haar moet recht worden gedaan. Er moet ruimte zijn voor gevoelens, kwetsbaarheid, lichamelijke en tragiek. Bovendien moet de zorgverlener betrokken zorg verlenen en de patiënt het gevoel geven er voor diegene te zijn. Voor het ontstaan van zo een relatie is ruimte en vertrouwen nodig. Tegelijkertijd is er ook sprake van wederzijdse afhankelijkheid binnen de zorgrelatie, omdat de ene partij alleen autonomie kan uitoefenen als de andere partij aanwezig is en medewerking verleent. Het lijkt dus alsof autonomie en verantwoordelijkheid van de zorgverlener ontstaan door de afhankelijkheid van de patiënt.

Mackor (2011) benadert professionele autonomie als recht om, zonder inmenging van anderen, te komen tot beslissingen die redelijk zijn in het licht van de belangen die professionals behartigen. Zorgethiek denkt meer vanuit verantwoordelijkheden dan vanuit rechten en is meer beducht voor het in de steek laten van mensen dan voor ongewenste inmenging van buitenaf. Het is van belang voor goede zorg dat zorgverleners het ware doeleinde van zorgen niet uit het oog verliezen; zij moeten zich verantwoordelijk voelen voor de patiënt en het leveren van goede zorg voor de patiënt. Door professionele autonomie ontstaat de mogelijkheid dat patiënten iets aangeboden krijgen wat ze niet nodig hebben. Patiënten worden dan alleen gelaten, terwijl ze dit vaak niet eens door hebben. Door professionele autonomie ontstaat echter ook ruimte voor het maken van uitzonderingen op basis van individuele kwetsbaarheid en de situatie van een patiënt. Zorgethisch gezien is het goede aanwezig bij zorgen, dus zullen zorgverleners waarschijnlijk geen misbruik maken van

hun positie. Het is van belang voor goede zorg dat professionele autonomie benaderd wordt als verantwoordelijkheid en niet als recht van de medisch specialist.

De professionele autonomie van de beroepsgroep sluit aan bij de politieke ethiek. Een zorgpraktijk is niet te begrijpen zonder de institutionele context waarin deze is ingebed. Zorgen gaat niet alleen over dagelijkse zorgrouines en "handen aan het bed", maar omvat ook structurele vragen over welke instituties, mensen en praktijken moeten worden gebruikt om concrete en echte zorgtaken te vervullen (Tronto, 2013, p. 182). Als professionals alleen het belang van de individuele patiënt behartigen en daarbij niet het algemene belang in acht nemen, bestaat het risico dat de meest kwetsbaren in onze samenleving in de steek gelaten worden. In de politiek hebben beroepsgroepen vaak een machtspositie, dit geldt zeker voor professies. Zij kunnen door die machtspositie bepalen wat centraal staat en wat in de marge. Het is voor zorgethiek van belang dat ook 'zwakkere' actoren betrokken worden in het publiek debat. Dit zorgethische perspectief verschilt sterk van het marktperspectief. Er moet op politiek niveau nagedacht worden over zorgen en dan niet alleen over zorgen als markt. Zorgen is namelijk niet als ieder ander product of iedere andere dienst. Zorgen is dan ook niet alleen professionele zorg, maar alles wat wij doen om onze wereld zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Zorgen is een probleem in een democratie. Er is sprake van ongelijkheid en pluraliteit, terwijl democratie juist voor gelijkheid staat. De sociale, economische en politieke instituties in onze samenleving moeten daarom aangepast worden aan zorgen. Wat moet worden gedeeld is de plicht na te denken over de aard van zorgverantwoordelijkheden en de behoefte aan een algemeen aanvaardbare manier om zorgverantwoordelijkheden toe te wijzen op een manier die volgens democratische burgers het beste leent om de doelstellingen van vrijheid, gelijkheid en gerichtheid te realiseren. Als we in staat zijn om dit te doen, dan is het mogelijk vertrouwen te vergroten, ongelijkheid te verminderen en te zorgen voor vrijheid voor iedereen (Tronto, 2013, p. 139-182).

Zoals in de vorige paragraaf beschreven is, zien critici professionele autonomie als keuzevrijheid en als mogelijkheid voor machtsmisbruik. Door voorstanders wordt de term juist vertaald als zelfwetgeving. Geen van beide interpretaties geeft een volledig beeld van de praktijk. Professionele autonomie is niet bedoeld voor het gemak van degene met autonomie, maar moet gebruikt worden in het belang van de patiënt en het belang van de samenleving. Enerzijds kan door professionele autonomie de uniciteit van patiënten naar voren komen.

Zorgverleners hebben autonome ruimte nodig voor interpretatie en afweging van inzichten en het opbouwen van een relatie met de patiënt. Het risico dat bestaat bij het inperken van professionele autonomie heeft samenhang met het verval van instituties; zorgverleners worden taakuitvoerders en raken weg van de zorg. Zorgethisch gezien ontstaat door professionele autonomie ruimte voor gevoelens, kwetsbaarheid, lichamelijke, tragiek, vertrouwen, interpretatie en afweging van inzichten. Anderzijds kan de uniciteit en kwetsbaarheid van patiënten door professionele autonomie, als het puur gebruikt wordt als keuzevrijheid, juist in het gedrang komen. Er bestaat het risico dat de meest kwetsbaren in onze samenleving in de steek gelaten worden. Het gaat daarbij niet om de uitkomsten van de zorg, maar de ervaring van de patiënt en de redenen die ten grondslag liggen aan het handelen van de medisch specialist. Praktijken zijn de bron voor morele kennis volgens de zorgethiek: de mate van vrijheid en de mate van inmenging van anderen die nodig is voor goede zorg moet zich daarom uitwijzen in concrete situaties en praktijken.

5.5 De professionele autonomie van medisch specialisten

Op basis van het vorige hoofdstuk en het voorgaande in dit hoofdstuk wordt in deze paragraaf professionele autonomie naar medisch specialisten in ziekenhuizen vertaald. Er wordt aandacht besteed aan individuele professionele autonomie en de professionele autonomie van de beroepsgroep. Het unieke van iedere patiënt, dat aan de orde is gekomen door Van Heijst, maakt de bespreking van professionele autonomie vanuit de unieke arts-patiëntrelatie zorgethisch relevant. Daarna wordt de professionele autonomie van de beroepsgroep politiek ethisch benaderd vanuit de theorieën van Tronto.

In *Professional Loving Care* wordt duidelijk dat ruimte voor professionele verantwoordelijkheid relevant is voor goede zorg (Van Heijst, 2011). Ook Van Heijst en Vosman (2010) geven aan dat om te bepalen wat de zieke scheelt en een passende behandeling te vinden, professionals een zekere ruimte nodig hebben om te experimenteren, het even aan te zien, en iets uit te proberen, ook als het misschien niet blijkt te werken. Is die ruimte er niet, dan kunnen de professionals hun vak niet meer goed uitoefenen en daar hebben de zorgverleners en de zorgontvangers last van. In de zorgethiek wordt iedere patiënt als uniek gezien. Voor goede zorg moeten medisch specialisten iedere patiënt dus ook als uniek benaderen. De kaders en regels waarbinnen medisch specialisten moeten werken zijn echter zo universeel mogelijk beschreven. De kaders moeten toepasbaar zijn op zoveel mogelijk

situaties, terwijl iedere patiënt anders is. Medisch specialisten volgen een lange opleiding en doen veel ervaring op voor ze zelfstandig inzichten kunnen en mogen interpreteren en afwegen. Ze leren zich te richten op het unieke en particuliere van een patiënt en zijn context. Er ontstaat hierdoor een spanningsveld tussen universele maten en unieke oordeelsvorming.

Het gaat in de zorg niet altijd om de uitkomsten van de zorg, het gaat (ook) om de ervaring van de patiënt en de redenen die ten grondslag liggen aan het handelen van de medisch specialist. Zorgen is namelijk complex en niet voorspelbaar. Het is daarom niet goed om de waarden van de gevolgen centraal te stellen bij medisch specialisten. Er is niet altijd samenhang tussen het handelen van een medisch specialist en de gevolgen voor een patiënt. Als een patiënt niet genezen kan worden, als de gevolgen voor de patiënt dus in die zin niet meer beïnvloed kunnen worden, heeft hij of zij wel goede zorg nodig, bijvoorbeeld goede palliatieve zorg. Ongeneeslijke patiënten zijn doorgaans juist zeer kwetsbaar, het verlenen van goede zorg is dan heel belangrijk. De redenen die aan het handelen van de professional ten grondslag liggen zijn daardoor belangrijker dan de (meetbare) gevolgen van het handelen. Bij meten is er namelijk geen aandacht voor zachte factoren, zoals de relatie en aandachtigheid. Bovendien is er sprake van een vertrouwensrelatie en is het werk van medisch specialisten vaak zo complex en gebaseerd op specifieke kennis, dat het adequaat meten of controleren van zorgverlening onmogelijk lijkt, zeker door externe partijen. Zeker de redenen die ten grondslag liggen aan handelen zijn, zoals Mackor (2011) ook aangeeft, moeilijk controleerbaar. Zorgethisch is het dus noodzakelijk dat de medisch specialist de ruimte krijgt om een relatie op te bouwen met de patiënt en daarbij aandacht heeft voor het persoonlijke en unieke van iedere patiënt en de context daaromheen.

Professionele autonomie is onvermijdelijk door het vertrouwen in de relatie en de specifieke kennis van medisch specialisten. Bij het verdwijnen van professionele autonomie zou het risico ontstaan dat medisch specialisten zich alleen verantwoordelijk voelen voor het soepel verlopen van het proces en het afleggen van verantwoording en niet meer voor de patiënt. Professionele autonomie mag niet misbruikt worden, maar alleen gebruikt worden in dienst van doeleinden waartoe die vrijheid aan de professionals is verleend. Medisch specialisten hebben ervoor gekozen om zorg te verlenen. Er mag daarom vanuit gegaan worden dat medisch specialisten hun professionele autonomie gebruiken in het belang van de patiënt. Het verder beperken van hun professionele autonomie ter bescherming van de belangen van burgers lijkt op die manier onnodig. De zorgrelatie is bovendien geen eenzijdige relatie; het is

geen eenzijdig gebeuren van zorggever naar zorgontvanger. De zorgontvanger heeft ook invloed, zoals bij het verlenen van toestemming voor een behandeling. Ook zijn er grenzen gesteld aan de professionele autonomie van medisch specialisten. De kans op misbruik wordt op die manier verkleind.

Door de professionele autonomie van de professie wordt de verantwoordelijkheid van medisch specialisten verbreed; het gaat niet alleen om de individuele patiënt, maar om de belangen van de gehele samenleving. Een medisch specialist kan niet opgaan in een enkele patiënt, omdat er altijd weer nieuwe mensen zullen zijn die hulp behoeven. Een professional moet er zijn voor 'velen' (van Heijst, 2005). Uit het oogpunt van verdeling van zorg kunnen medisch specialisten (potentiële) patiënten als groep schade berokkenen als er geen grenzen gesteld worden. Dit soort problemen kunnen niet opgelost worden op het niveau van professionals. Medisch specialisten mogen in de individuele arts-patiëntrelatie geen financiële keuzes moeten maken. Zij zouden dan selecteurs worden in dienst van de overheid. Dit legt druk op de individuele professionele autonomie van de medisch specialist. Er ontstaat een spanningsveld tussen er voor iedereen zijn en iedere patiënt als uniek benaderen. Het kan bijvoorbeeld voor een patiënt het beste zijn een levensverlengende behandeling van een miljoen te ondergaan. Politiek-ethisch bezien kan niet iedereen een behandeling van een miljoen krijgen. Dat is door de samenleving besloten. Door die beslissingen te verschuiven van de individuele medisch specialist naar de beroepsgroep wordt de politieke positie van de beroepsgroep duidelijk. De kaders waarbinnen individuele medisch specialisten moeten werken, worden grotendeels vastgesteld door de beroepsgroep zelf, onder andere in de professionele standaard. Ook bepaalt de beroepsgroep aan welke eisen medisch specialisten moeten voldoen en worden normen aangegeven voor verantwoord medisch handelen. De beroepsgroep heeft hierdoor veel macht en kan voor de samenleving in grote mate bepalen wat centraal staat. De beroepsgroep wordt wel begrensd door bijvoorbeeld de wet en verantwoording aan externe instanties. De professionele autonomie van de professie wordt onder andere in stand gehouden door de specifieke kennis en vaardigheden die medisch specialisten bezitten. Er is door de macht van de beroepsgroep weinig zicht op het risico dat de meest kwetsbaren in onze samenleving in de steek gelaten worden. Er moeten daarom op politiek niveau, met zoveel mogelijk betrokkenen, beslissingen genomen worden over zorgtaken, zorgverantwoordelijkheden en (voldoende) middelen voor de zorg. Anders bestaat het gevaar dat de meest kwetsbaren in onze samenleving in de steek gelaten worden. Alle noden van kwetsbare mensen moeten worden gezien, serieus genomen worden en worden

gelenigd. Er moet sprake zijn van solidariteit, pluraliteit, communicatie, vertrouwen en respect. De samenleving kan op deze manier gezamenlijk met medisch specialisten goede medisch specialistische zorg vormgeven. Zeker omdat het in de zorg vaak over de meest kwetsbaren in onze samenleving gaat, die (op dat moment) doorgaans niet kunnen aangeven wat goede zorg voor hunzelf is. Rechtvaardigheid vereist democratische praktijken; de macht zou dus verdeeld moeten worden over de gehele samenleving.

Bovendien moet, naast de belangen van de samenleving en individuele patiënten, aandacht besteed worden aan de belangen van medisch specialisten zelf. Zorgen mag niet ten koste gaan van degene die de zorg verleent. Alle mensen hebben noden waar anderen voor moeten zorgen, ook medisch specialisten zelf. Er mogen geen conflicten ontstaan tussen de behoeften van de zorgontvanger en de behoeften van de zorgverlener. Professionele autonomie kan daarom voor medisch specialisten ook leiden tot realisering van zichzelf als goede professional. De belangen van de zorgverlener mogen dus niet uit het oog verloren worden.

In de conclusie zullen de bevindingen uit dit hoofdstuk verder gekoppeld worden aan goede zorg, de institutionele context en verantwoordelijkheid. Daarmee wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoordt.

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk, de conclusie, wordt uitgelegd hoe de professionele autonomie van de medisch specialist in een ziekenhuis, zorgethisch opgevat, bijdraagt aan goede zorg, in een institutie die onder druk staat.

Het is de verantwoordelijkheid van de medisch specialist om goede zorg te verlenen. Bij goede zorg staat de zorgrelatie centraal. Binnen die relatie moet ruimte zijn voor gevoelens, kwetsbaarheid, lichamelijke, tragiek en vertrouwen. Goede zorg is er voor de patiënt zijn en de patiënt laten merken dat hij of zij er toe doet. Het is van belang voor goede zorg dat iedere patiënt uniek is. De specifieke context en persoonlijke details zijn daarbij belangrijk. Zorgen is namelijk geen vaste set van activiteiten gericht op een diagnose. Het is een holistisch proces waarbij ruimte nodig is voor interpretatie en afweging van inzichten. Zorgen is daarnaast breder dan de individuele arts-patiëntrelatie; medisch specialisten moeten bijdragen aan een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg in Nederland. De institutionele context moet altijd meegenomen worden. Het is daarbij belangrijk dat het specifieke doeleinde van de institutie gezondheidszorg niet uit het zicht raakt; het lijden van mensen bestrijden en verlichten. De institutie gezondheidszorg staat momenteel onder druk en daardoor komt ook de handelingsruimte van de medisch specialist voor het verlenen van goede zorg onder druk te staan.

Iedereen in Nederland heeft recht op zorg; er mogen geen zorgbehoeften genegeerd worden. De beroepsgroep van medisch specialisten heeft hier als professie veel invloed op. Het is belangrijk dat andere betrokkenen ook een stem hebben in het publieke debat. In dit debat mag het eigen doeleinde van de gezondheidszorg ook niet uit het oog verloren worden. De overheid lijkt door verzakelijking en de invoer van marktwerking het doeleinde van de zorg juist uit het oog te verliezen. Daarmee verdwijnt onder andere de legitimiteit van zorgarbeid. Het is belangrijk dat in het politieke debat structurele vragen over zorgen aan bod komen.

Naast het algemene belang gaat het ook om individuele belangen van patiënten. Medisch specialisten nemen verantwoordelijkheid op zich, omdat patiënten kwetsbaar en afhankelijk zijn. Ook nemen medisch specialisten verantwoordelijkheid vanwege verbondenheid; het gemeenschappelijk mens-zijn. Alleen medisch specialisten bezitten de exclusieve kennis, bekwaamheid en deskundigheid voor het verlenen van medisch specialistische zorg. Zij

hebben zelf gekozen voor het ontwikkelen van dat vermogen en er wordt daarom vanuit gegaan dat zij deze verantwoordelijkheid nemen. Zorgen is complex en onvoorspelbaar, wat adequaat meten en controleren van medisch specialistische zorg onmogelijk maakt.

Bovendien ligt ongelijkheid aan de wortel van iedere zorgrelatie; er is sprake van asymmetrie tussen de medisch specialist en de patiënt. Een medisch specialist heeft dus autonome ruimte nodig om zijn of haar verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Door professionele autonomie ontstaat ruimte voor gevoelens, kwetsbaarheid, lichamelijke, tragiek, vertrouwen, interpretatie en afweging van inzichten. Er moeten wel grenzen gebonden zijn aan professionele autonomie, zodat autonomie niet gebruikt kan worden voor verkeerde doeleinden. Er zijn dan ook legio regels, wetten en richtlijnen die de autonome ruimte van medisch specialisten inperken. Bovendien is er sprake van externe inmenging.

Er kan geconcludeerd worden dat een medisch specialist zonder professionele autonomie geen goede zorg kan verlenen. Professionele autonomie is dus niet alleen een traditie; door de unieke zorgrelatie en de specifieke kennis van medisch specialisten is professionele autonomie noodzakelijk. De mate van vrijheid en de mate van inmenging van anderen die nodig is voor goede zorg moet zich uitwijzen in concrete situaties en praktijken. Het is van belang voor goede zorg dat professionele autonomie wordt benaderd als verantwoordelijkheid en niet als recht van de medisch specialist en daarmee gebruikt wordt in het belang van de patiënt en het belang van de samenleving. Er wordt aanbevolen hier kwalitatief onderzoek naar te verrichten.

LITERATUUR

AMS (2014). *Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten*. 10 juni 2014. Geraadpleegd op 28 juni 2014. Bereikbaar op: <http://www.amsvernieuwing.nl/documenten.html>

Biesma, D.H., J. Legemaate, E.S. Houwaart, G. van Dijk, J.W. Briët, A.L.F. van de Kooi, H.E. Westerveld (2010). *Nederlandse artseneed*. Houten: Badoux.

Buijsen, M.A.J.M. (2012). *Wetgeving gezondheidszorg*. 2de herziene uitgave. Apeldoorn-Antwerpen: Maklu.

Cramer-Cornelissens, L.J.M. (2002). *Professionele autonomie: het recht van de patiënt? : onderzoek naar inhoud, reikwijdte en morele rechtvaardiging van professionele autonomie van de arts*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Goossensen, A., A. Baart, A. Bruurs, J. van Dijke, F. van Herwijnen, J. van de Kamp, E. Kuis (2014). *Schetsen van een mismatch. Een zorgethische visie op evaluatieonderzoek*. Movisie.

Grol, R., M. Wensing (2011). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business.

Hartstichting (2014). *Over ons*. Geraadpleegd op 5 mei 2014. Bereikbaar op: <https://www.hartstichting.nl/over-ons>

Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.

Heijst, A. van (2011). *Professional Loving Care. An Ethical View of the Healthcare Sector*. Leuven: Peeters.

Heijst, A., van, F. Vosman (2010). *Managen van menslievende zorg: herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient*. Uit: Pijnenburg, M., C. Leget, A. van Heijst. Menslievende zorg, management en kwaliteit. Budel: Damon, p. 11-39.

Helderman, J.K. (2007). *Bringing the market back in? Institutional complementary and hierarchy in Dutch housing and health care*. PhD dissertation, Erasmus University Rotterdam.

Heyden, J.T.M., van der, J.C.L. van der Hoeve (1998). Professionele verantwoordelijkheid en professionele autonomie. *Medisch Contact* 17 april 1998:53/16.

Hoogerwerf, A., M. Herweijer (2003). *Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Hulst, E.H., I. Tiems (1999). Richtsnoeren en professioneel statuut in het recht. In: *E.H. Hulst, I. Tiems. Het domein van de arts. Beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, p. 55-69.

IGZ (2014). *Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 28 april 2014. Bereikbaar via: <http://igz.nl/>

Kanne, M., M.A. van den Hoven. *Zorgethiek: denken over verantwoordelijkheid en zorgbehoeften*. In: Bolt, L.L.E., M.F. Verweij, J.J.M. van Delden (2003). *Ethiek in praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, p. 103-111.

KNMG (2007). *Manifest Medische Professionaliteit*. Mei 2007. Utrecht. Geraadpleegd op 1 mei 2014. Bereikbaar op: www.knmg.nl

KNMG (2009). *Algemene competenties van de medisch specialist*. 16 maart 2009. Geraadpleegd op 2 juli 2014. Bereikbaar op: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Rubrieken/CanMEDS.htm>

KNMG (2013). *Medische beroepsgroep zelf verantwoordelijk voor professionele standaard*. 23 januari 2013. Geraadpleegd op 1 mei 2014. Bereikbaar op: <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht/127104/KNMG-medische-beroepsgroep-zelf-verantwoordelijk-voor-professionele-standaard.htm>

- Koerselman, G.F., A. Korzec (2008). Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2008 9 augustus;152(32).
- Mackor, A.R. (2011). *Grenzen aan professionele autonomie. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van gewoon hoogleraar professie-ethiek, in het bijzonder van juridische professies.* 25 januari 2011. Groningen.
- Mednet (2012). *De meeste klachten gaan over bejegening.* September 2009. Geraadpleegd op 2 juli 2014. Bereikbaar op: <http://www.mednet.nl/wosmedia/433/zorgkaartartikel.pdf>
- Meijerink, M.H. e.a. (2013). *De participerende patiënt.* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Meurs, P.L., M. Bontje, H. Borstlap, J. Legemaate (2012). *Gezond belonen. Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten.* 10 oktober 2012.
- Nicolai, H. (2003). *De eed en het geld. De positie van de medisch specialist in Nederland.* Utrecht: Het Petrus Camper Instituut.
- Nordhaug, M., P. Nortvedt (2011). Justice and Proximity: Problems for an Ethics of Care. *Health Care Anal (2011) 19:3-14.*
- Nortvedt, P., M.H. Hem, H. Skirbekk (2011). The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing Ethics 18(2) 192-200.*
- OMS (2013). *Zorgvisie: dokters willen leren van calamiteiten.* Geraadpleegd op 28 april 2014. Bereikbaar op: <http://www.orde.nl/pijlers/kwaliteit/nieuws/zorgvisie-dokters-willen-leren-van-calamiteiten.html>
- Oorschot, J.A., van. (1995). *Professionele autonomie van de medisch specialist.* Assen: van Gorcum.

Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012). *Richtlijn voor Richtlijnen*. Den Haag, maart 2012.

Rijksoverheid (2013). *Kamerbrief over definitie professionele standaarden*. 6 december 2013. Geraadpleegd op 1 mei 2014. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/12/06/kamerbrief-over-definitie-professionele-standaarden.html>

Sander-Staudt, M. (2011). Care ethics. *Internet Encyclopedia of Philosophy. A Peer-Reviewed Academic Source*. Geraadpleegd op 9 juni 2014. Bereikbaar op: <http://www.iep.utm.edu/care-eth/>

Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries. An Ethics of Care*. New York: Routledge.

Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York and London: New York University Press.

Verweij, M.F. *Wanneer ben ik verantwoordelijkheid? Kan een collectief verantwoordelijk zijn?* In: Bolt, L.L.E., M.F. Verweij, J.J.M. van Delden (2003). *Ethiek in praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, p. 151-165.

Walker, M.U. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. Oxford: University Press.

Widdershoven, G. (2000). *Ethiek in de kliniek*. Amsterdam: Boom, p. 133-157.

Wollersheim, H. e.a. (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum Springer Media.