

uit: M. Schermer, M. Boenink en G. Meijen, red , *Komt een filosoof bij de dokter... , Amsterdam: Boom, 2013*

Hoofdstuk 21

## **Professionaliteit tussen mondigheid, markt en bureaucratie**

Evelien Tonkens

*‘Kunnen we een cliënt ook zeggen dat we stoppen met een behandeling (mede) vanwege financiële redenen en waar ligt de grens?’*

*‘Kunnen we bepaalde groepen niet meer in behandeling nemen omdat van tevoren reeds te zien is dat daar verlies op wordt geleden, wie bepaalt dat, hoe communiceer je dat?’*

*‘Kunnen we groepen naar ons toe trekken omdat ze markttechnisch interessant zijn en hoe doen we dat dan?’*

Bovenstaande vragen komen uit een briefing aan de raad van bestuur van een GGZ-instelling ter voorbereiding van een discussie over marktwerking binnen deze instelling voor medewerkers en andere belangstellenden, gehouden in 2010. Ze geven aan dat marktwerking niet alleen betrekking heeft op efficiëntie en geldstromen, maar vooral ook op professionaliteit. Mag een goede professional patiënten selecteren op basis van financiële in plaats van medische redenen? Moeten artsen niet primair handelen op basis van medisch-inhoudelijke criteria? Wat blijft er anders nog over van hun beroepstrots?

Al sinds het begin van deze eeuw zijn er klachten te horen dat de professionaliteit en de beroepstrots van professionals in de publieke sector onder druk staan. Talloze wetenschappers en adviesraden en (meestal iets

later) ook politieke partijen onderschrijven deze klachten. Het regeerakkoord van het kabinet-Balkenende IV uit 2007 beloofde dan ook 'ontbureaucratisering en ruimte voor de professional'. Er ontstonden politieke bewegingen rondom, zoals Beroeps(z)eer en Beter Onderwijs Nederland, Regelzucht.nl en de Actie Jeugdzorg. Er waren acties van medisch specialisten en huisartsen tegen bureaucraties. Er moest meer ruimte komen voor professionals, meer waardering en meer erkenning.

Hieruit blijkt dat veel professionals het gevoel hebben dat ze te weinig aan hun echte werk toekomen. Tal van nationale en internationale sociologische publicaties wijzen ons erop dat professionaliteit in de zorg (en in andere delen van de publieke sector) inderdaad onder druk staat ([Noordegraaf & Steijn 2013](#); [Numerato et al., 2011](#); [Tonkens et al., 2013a](#) en [b](#)).

Vaak worden de managers als boosdoeners aangewezen: zij zijn degenen die professionals met al die rompslomp lastigvallen en professionals dus van hun werk houden. Maar managers zitten vaak net zo gevangen in het systeem als professionals. Zij hebben de regels ook niet bedacht en zijn daar nu eenmaal van hogerhand mee geconfronteerd. Vaak zien zij het ook als hun taak om professionals tegen overmatige bureaucraties te beschermen.

In dit artikel betoog ik dat het krachtenveld waarin professionals en managers moeten opereren te begrijpen is als een botsing tussen drie verschillende logica's. Ik bepleit dat in de zorg professionele waarden moeten heersen en dat de waarden uit de twee andere logica's daar slechts te gast moeten zijn. Het begrip logica ontleen ik aan Elliot [Freidson](#) (2001) en Annemarie Mol. Mol omschrijft het begrip losjes als 'een zinvol samenhangend cluster aan manieren van denken en doen' (Mol, 2006, p. 17). Freidson poogt de 'professionele logica' tegenover de bureaucratiese en marktlogica te articuleren; Mol probeert hetzelfde met 'de logica van het zorgen' tegenover 'de logica van het kiezen'. De professionele logica van Freidson heeft veel gemeen met de logica van het zorgen van Mol, en de logica van het kiezen heeft veel gemeen met de logica van de markt. Ik sluit aan bij de terminologie van Freidson omdat de logica van professionaliteit in de zorg (of: de logica van het zorgen) scherper wordt wanneer hij tegenover

zowel de logica van de markt als die van de bureaucratie wordt afgezet, in plaats van slechts tegenover een markt(achtige) logica.

Hoe ontdek je een logica? Deze 'ligt niet te wachten voor wie maar kijken en luisteren wil. Het vereist werk om zoiets als een logica te articuleren en er woorden aan te geven,' stelt Mol. Een logica 'vraagt naar iets dat je ook een stijl zou kunnen noemen, een rationale of een ideologie. De term nodigt uit om te verkennen wat in een zekere context logisch is om te doen en te laten, wat hoort en wat niet past.' (Mol, 2006, p. 18). Een logica vind je in bijvoorbeeld professionele standaarden, in professionele en publieke debatten, in gebouwen en opleidingen.

Wat zijn de drie logica's die ik in navolging van Freidson onderscheid, wat is de spanning ertussen en waarom zou de professionele logica moeten overheersen?

## **Marktlogica**

Van de drie logica's is de marktlogica ons het meest vertrouwd. In dit boek gaat Margo Trappenburg uitgebreid in op de beloften van marktwerking in de zorg, daarom houd ik het hier kort. Op de markt is de vraag van de klant het uitgangspunt. Althans: de koopkrachtige. Centraal staat wat de klant wil en bovenal wat hij kan betalen. De optelsom van individuele vragen van klanten bepaalt in hoge mate wat er geleverd wordt. In de zorg werd begin deze eeuw de marktlogica verwelkomd, want een belangrijke tekortkoming van het eerdere zorgstelsel was dat het onvoldoende aan de vraag van patiënten en cliënten tegemoetkwam. Concurrentie zou er toe leiden 'dat de zorg doelmatig verleend wordt en er een permanente druk is tot kostenbewustzijn.' (VWS, 2001, p.27).

Keuzevrijheid is op de markt een cruciale waarde als uitdrukking van autonomie van de klant en als sturingsmechanisme. Deze keuzevrijheid komt tot stand door concurrentie: doordat instellingen met elkaar concurreren en nieuwe aanbieders vrij zijn om zich op de markt aan te bieden, ontstaat een veelheid aan aanbod waartussen de klant kan kiezen. Klanten worden geacht

in staat te zijn om alles te weten en te leren wat nodig is om keuzes tussen goederen en diensten te maken die voor henzelf het beste zijn.

Een empirische vraag is of marktwerking in de zorg daadwerkelijk tot meer keuzevrijheid leidt. De dreiging van marktwerking heeft het afgelopen decennium geleid tot een groot aantal fusies tussen instellingen waardoor de keuzemogelijkheden voor patiënten eerder zijn afgenomen. Bovendien beperken zorgverzekeraars in toenemende mate de keuzevrijheid van patiënten door tot selectieve vergoeding over te gaan: alleen zorg in door de verzekeraar gecontracteerde instellingen wordt nog volledig vergoed.

### **Bureaucratische logica**

De waarden van bureaucratie zijn minder vaak geprezen tegenwoordig en klinken dus iets minder bekend. De belangrijkste zijn zorgvuldigheid, voorspelbaarheid en rechtsgelijkheid. In relatie tot de bureaucratie – bijvoorbeeld als we bij onze gemeente een paspoort gaan halen – moeten wij weten waar we aan toe zijn. De logica van de bureaucratie is vooral juridisch: wetten en procedures geven houvast en maken de bureaucratie betrouwbaar. Ieder gelijk geval dient ook gelijk behandeld te worden. Geen maatwerk, geen uitzonderingen, want als de één iets krijgt, hebben alle anderen daar ook recht op. Zorgvuldigheid staat in de bureaucratische logica centraal, en daarbij gaat het om een specifieke opvatting van zorgvuldigheid, namelijk dat zo veel mogelijk handelingen en beslissingen traceerbaar en controleerbaar zijn, doordat ze worden vastgelegd in formulieren, en voorzien van handtekeningen en stempels van de juiste (hiërarchisch geordende) personen en instanties. De bureaucratische logica is daardoor bijna per definitie traag. De logica van de bureaucratie doet het goed in grote delen van het openbaar bestuur, we willen bijvoorbeeld dat de gemeente altijd op een bepaald tijdstip onze vuilnis komt ophalen en dat iedereen even lang moet wachten voor een loket.

De bureaucratische logica is op veel plaatsen een zegen die tegenwoordig nogal ondergewaardeerd wordt. We hoeven maar naar

onderontwikkelde democratieën te kijken om te zien dat bureaucratie een zeer noodzakelijk en gewenst systeem is in de strijd tegen corruptie en willekeur, zoals de socioloog Max Weber al beschreef. Zorgverleners klagen veel over bureaucratie en hebben er ook wel echt last van, maar ze ontnemen er ook zekerheid aan. Onderzoek in de jeugdzorg bijvoorbeeld gaf aan dat veel professionals daar verlangen naar meer zekerheid, veiligheid en duidelijkheid. Er is onder hen sprake van 'bureaucratische gehechtheid' ([Van Hassel et al., 2012](#)).

Over de kwantitatieve vraag of professionals echt altijd zo veel uren kwijt zijn aan verantwoording valt te twisten, maar belangrijker is het kwalitatieve probleem: het is extra werk waarvoor zij geen extra uren krijgen en die zij als veel minder zinvol ervaren dan het daadwerkelijk genezen of helpen van patiënten, waardoor zij voortdurend in een tijds-klem zitten. Vanuit die ervaring is ieder kwartier zinledige verantwoording er al een te veel.

Naarmate de marktlogica een grotere plaats in de zorg inneemt, rukt ook de bureaucratische logica op (Tonkens, 2008). Dit komt doordat de overheid wel verantwoordelijkheid houdt voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Zij kan daarop in een marktsetting nog slechts indirect invloed uitoefenen, via bevordering van transparantie en concurrentie en ziet zich dus genoodzaakt om steeds meer controlemechanismen te installeren. In oktober 2007 eiste de Tweede Kamer bijvoorbeeld met succes een extra fusietoets van de minister om de fusiebewegingen in de zorg beter te controleren en naar men hoopt te beperken. Steeds als er iets misgaat, dringt de politiek aan op meer controle. De juridisering van de zorg – de toename van het juridisch aansprakelijk stellen van zorgverleners door patiënten in geval van tegenvallende prestatie-metingen of mislukte behandelingen – speelt daarbij ook een rol.

### **Professionele logica**

Er is echter nog een derde logica, de professionele. De kern daarvan is een 'seculiere roeping om elke cliënt zo goed mogelijk te helpen, bijna ongeacht

hoeveel tijd en geld dat kost,' aldus de socioloog Freidson, aan wie ik het idee van een professionele logica ontleen (Freidson, 2002). De professional stelt zich in deze logica in dienst van de gezondheid en het welzijn van de cliënt. Deze dienstbaarheid is, anders dan in de markt, niet een echo van wat de klant wil, maar komt voort uit een eigen visie, gebaseerd op opleiding en specialisatie en dus op kennis en ervaring met vergelijkbare gevallen. Niet wat de klant wil, en al helemaal niet wat hij kan betalen staat centraal, maar wat de klant nodig heeft. Het hoort bijvoorbeeld tot de kern van het beroepsethos van elke arts om een zieke te helpen, ook als hij onverzekerd is en geen geld heeft.

Binnen de professionele logica staat de wens centraal om je vak steeds beter te beheersen. 'Meesterschap' is de grootste ambitie van professionals. Niet de wens om rijk worden, of de wens om tegen een zo laag mogelijk bedrag zo veel mogelijk klanten binnen te halen. Kennis opdoen en uitwisselen en 'best practices' verspreiden zijn centrale waarden, teneinde daarmee bij te dragen aan de collectief beschikbare kennis die de beroepsuitoefening verdiept en verbetert. Daarom geldt ook samenwerking met collega's en andere instellingen als een belangrijke waarde. Concurrentie past niet in de professionele logica omdat een 'best practice' daarin een bedrijfsgeheim wordt en het prijsgeven ervan een gevaar voor je concurrentiepositie.

Binnen de professionele logica is dus niet de vraag, maar de behoefte leidend: iedere patiënt moet krijgen wat hij nodig heeft en dat kan elke keer weer net iets anders zijn. Hoewel professionals net als ondernemers of ambtenaren veel standaardhandelingen uitvoeren, kunnen zij niets bij voorbaat als standaard beschouwen en behandelen. Een dokter kan honderd knieën opereren, maar hij moet altijd kijken of deze knie niet anders is dan alle andere die hij ooit gezien heeft. Een hulpverlener kan honderd slachtoffers van seksueel misbruik helpen, maar hij moet er altijd op voorbereid zijn dat dit slachtoffer iets nodig heeft wat nog niemand tot nu toe nodig had.

Cruciaal binnen de professionele logica is dus dat zorgverleners discretionaire ruimte hebben, dat wil zeggen ruimte om binnen zekere kaders

naar eigen inzichten te handelen en beslissingen te nemen (die hun, dankzij hun opleiding en ervaring en uitwisseling met collega's, ook kan worden toevertrouwd). Daarom laat hun werk zich slechts zeer ten dele persen in vaste protocollen en van tevoren beschreven producten en processen.

Richtlijnen kunnen heel bruikbaar zijn als advies, niet als keurslijf.

Professionals moeten de vrijheid houden om ervan af te wijken. Een moderne professionele logica erkent het belang van personen en toeval, en daarmee het belang van wat de politicoloog James Scott *metis* heeft genoemd: lokale, niet-verplaatsbare, niet-veralgemeniseerbare kennis, ingebed in lokale ervaring. *Metis* geeft 'een breed scala aan praktische vaardigheden en verworven intelligentie in reactie op een voortdurend veranderende, natuurlijke en menselijke omgeving' (Scott, 1998, p. 313). Het staat tegenover *techne*: universele, geabstraheerde kennis die logisch gededuceerd wordt vanuit algemene principes, los van tijd, plaats, traditie en lokale omstandigheden. Het autoritair opleggen van *techne* is aantrekkelijk voor beleidsmakers omdat zij daarmee vanuit één centraal punt inzicht, kennis en controle hebben over lokale praktijken, hoe ver weg ook. De prijs hiervan is de miskennis, onderdrukking en veelal vernietiging van *metis*.

Professionele kennis geldt hier als superieur aan lekenkennis: opleiding, kennis, ervaring en voortdurende verdieping ervan maken dat het professionele oordeel over klachten en bijbehorende therapieën per definitie superieur is aan dat van patiënten en andere leken. Professionals moeten door en door dienstbaar zijn, maar deze dienstbaarheid betreft niet de cliënt zelf, maar een meer transcendent doel, zoals gezondheid, welzijn of waarheid.

Concurrentie (om geld) en efficiëntie horen in de professionele logica dus niet thuis. Het professionalisme kan alleen bestaan bij de gratie van een monopolie. Alleen dat kan ervoor zorgen dat kwaliteit daadwerkelijk boven winst en efficiëntie gesteld kan worden. Een monopolie zorgt ervoor dat professionals hun werk kunnen doen en hun kennis kunnen verdiepen zonder zich voortdurend te bekommeren om de economische waarde ervan. En een monopolie beschermt ook cliënten. Het beperkt de vrijheid van consumenten om goedkope beunhazen te verkiezen boven goed getrainde professionals.

Professionals zijn in hun inkomen vaak afhankelijk van de overheid, maar in hun oordelen en handelen moeten zij volstrekt zelfstandig zijn. Hun zelfstandige oordeel is echter geen individueel oordeel: het kan alleen bestaan binnen een gemeenschap van vakgenoten die elkaar scherp houden. Vandaar het belang van beroepsverenigingen en eigen opleidingen.

Het professionalisme draait, kortom, om andere waarden dan bureaucratie en markt.

De drie logica's in schema:

	professionalisme	bureaucratie	markt
waarden	(seculiere) roeping om transcendent doel te bevorderen (gezondheid, veiligheid, welzijn, ontplooiing); kwaliteit; maatwerk.	dienstbaarheid aan procedures; rechtsgelijkheid; zorgvuldigheid.	dienstbaarheid aan de vraag; efficiëntie; snelheid.
sturing	behoefte sturing; protocollen als hulpmiddel; samenwerking; best practices uitwisselen; rivaliteit (competitie om kwaliteit).	proceduresturing; protocollen als dictaat; hiërarchische sturing.	vraagsturing; markttoezicht; concurrentie (competitie om kosten).



verantwoording	horizontaal via intervisie; vertikaal via supervisie (naar boven) en via patiëntenfeedback.	hiërarchische procescontrole.	afrekenen op prestatie; cliënttevredenheid.
aanspraak op deskundigheid	vakinhoudelijke kennis en ervaring.	juridisch en procedureel.	geen: overleven op de markt legitimeert je positie.
loopbaanstreven	steeds beter worden in je vak.	opklimmen.	winst maken door vergroting. marktaandeel en dus uitbreiding bedrijf

### **Botsende logica's**

Deze drie logica's zijn in vele opzichten strijdig met elkaar en dat leidt in de zorgpraktijk tot veel verwarring. Wat moeten zorgverleners die in de context van marktwerking werken als leidend beschouwen: medische noodzaak en/of financiële baten? De briefing waarmee dit hoofdstuk begon toont hoe de instelling in kwestie worstelt met de spanning tussen professionele en marktlogica; in de vraagstelling wordt duidelijk dat men het minstens legitiem vindt om te overwegen de marktlogica boven de professionele te stellen: stoppen met of afzien van behandelen om financiële in plaats van medische redenen is een serieuze overweging waard. Uit onderzoek blijkt ook dat artsen in het algemeen meebewegen in de richting van de marktlogica: ze laten zich meer leiden door de koopkrachtige vraag en geven eerder toe aan wensen van patiënten, ook als het om medisch niet noodzakelijke behandelingen gaat ([Dwarswaard et al., 2011](#); [Tonkens et al., 2013b](#)). Ze

trekken de grens bij schade: als er aannemelijk risico is op schade zullen artsen de vraag van de patiënt meestal beantwoorden met een afwijzing.

Een andere botsing tussen verschillende logica's betreft de omgang met standaarden, richtlijnen en protocollen. Vanuit de bureaucratische logica zijn de daarin neergelegde procedures leidend, want deze bieden voorspelbaarheid, controleerbaarheid en rechtsgelijkheid. De bureaucratische logica vraagt ieder gelijk geval gelijk te behandelen en alle handelingen precies en foutloos te registreren. De bureaucratie meet kwaliteit aan zorgvuldigheid in procedures: goed helpen is gelijk behandelen. Het past niet in de bureaucratische logica om iets speciaals te regelen voor iemand, want dat scheidt precedenten.

Voor de professionele logica is maatwerk juist essentieel: iedere patiënt is anders. Het kan zinvol zijn om met protocollen te werken, mits deze geen keurslijf zijn en ze professionals de ruimte laten om er beargumenteerd van af te wijken. In de professionele logica betekent goed helpen: binnen de beroepsgroep afgesproken kwaliteitsmaatstaven en procedures als vertrekpunt nemen, maar van die procedures zo nodig afwijken indien de regels de bevordering van de gezondheid van de patiënt in de weg zitten.

Ook over de vraag hoe professionals zich publiekelijk moeten verantwoorden verschillen de drie logica's sterk. Markt- en bureaucratische logica vinden elkaar in de toegenomen roep om meetbare transparantie. 'Meten is weten' is het adagium. Er moeten dus topzoveel-lijstjes komen, met de beste ziekenhuizen, de hoogste en laagste sterftcijfers in ziekenhuizen, de meeste 'vermijdbare' doden enzovoort. Vanuit de marktlogica is dit wenselijk omdat dergelijke 'productinformatie' de klant in staat moet stellen te kiezen tussen aanbieders en zo de markt zijn werk laat doen. Vanuit de bureaucratische logica zijn dergelijke lijstjes zinvol omdat ze een vorm van standaardisering zijn: ze leggen verschillende werkprocessen langs één meetlat en maken ze daarmee vergelijkbaar.

Vanuit de professionele logica is dergelijke meetbare transparantie echter alleen wenselijk als het inderdaad zou aanzetten tot het verhogen van de kwaliteit van professioneel handelen. En of dat het geval is, is zeer de vraag, want het openbaar maken van de sterftcijfers van ziekenhuizen leidt

niet direct tot betere zorg met minder overlijden, maar eerder tot vaker op de valreep uitplaatsen van terminale patiënten naar verpleeghuizen; iets wat het welzijn van die patiënten niet ten goede komt. Meten is niet slechts weten, meten is meestal ook ingrijpen ([Swierstra & Tonkens, 2008](#)). Prestatiemeting leidt vaak vooral tot bureaucratische maatregelen, namelijk onderzoek in hoeverre de eigen meetsystemen wel gelijk zijn aan die van andere instellingen, en wanneer dit niet zo is, de metingen of input daarvan aanpassen.

Veel professionals ervaren deze botsing van logica's aan den lijve en hebben kritiek op de oprukkende marktlogica. In plaats van te protesteren, proberen zij de nieuwe kaders in stilte enigszins naar hun hand te zetten teneinde de patiënt toch zo goed mogelijk te behandelen. Ze kennen bijvoorbeeld een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) toe die niet helemaal overeenkomt met de diagnose die ze zelf zouden willen stellen, maar die wel maximale behandelingsduur biedt ([Van Sambeek et al., 2011](#)). Daarmee wordt openlijk verzet echter onmogelijk: dat verhoogt het risico dat hun heimelijke strategieën openbaar en daarmee onmogelijk worden. Dit heimelijke verzet is voor individuele patiënten voordelig, maar gaat wel ten koste van professionele en publieke discussie.

## **Herwaardering en democratisering van de professionele logica**

Hoe moeten instellingen en zorgverleners dan wel omgaan met deze botsende logica's? Deze vraag is van groot belang, zeker nu de marktlogica en daarmee ook de bureaucratische logica zich dieper nestelen in de zorg. Mijns inziens zou de professionele logica leidend moeten zijn, omdat deze als enige de gezondheid en het welzijn vooropstelt. Het is de enige logica die aansluit bij de beroepsdeed die artsen moeten afleggen en die begint met: '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.' ([www.beroepshoudingindezorg.nl](http://www.beroepshoudingindezorg.nl)). De patiënt

centraal – en dus niet de regels of het geld – dat is de kern hiervan. De professionele logica steunt op deze gedachte.

Markt en bureaucratie zijn incidenteel welkom in de zorg, mits zij als gasten hun plaats weten en de zaak niet gaan domineren. De marktlogica kan hier en daar in de zorg functioneel zijn, mits het om spullen gaat en niet om complexe, sterk relatiegebonden hulp aan kwetsbare, zieke en verwarde mensen. Bij de geneesmiddelen of hulpmiddelen is concurrentie gepast: deze zou tot prijsdaling kunnen leiden en hoeft de relatie tussen zorgverlener en patiënt niet te beïnvloeden. Het is volstrekt dwaas dat een paracetamolletje bij de apotheek tienmaal zo duur is als bij de drogist en dat een geneesmiddel waarvan het patent is verlopen, nauwelijks in prijs daalt, waardoor er exorbitante winsten op gemaakt kunnen worden. Hier faalt de markt en is meer marktwerking op zich gewenst.

Ook concurrentie tussen zorgverleners verdient gepaste dosering; steeds moet de vraag gesteld worden in hoeverre en onder welke condities welke concurrentie de gezondheid en het welzijn van patiënten ten goede komt. Het is daarbij behulpzaam om onderscheid te maken tussen concurrentie (competitie om geld en marktaandeel) en rivaliteit (competitie om kwaliteit). Rivaliteit past heel goed in een professionele logica: er eer in leggen om zo goed mogelijk te worden in je vak en dus nog beter dan anderen, zet aan tot betere zorgverlening. Je zou dit een 'economie van de eer' kunnen noemen (Pels, 2008).

Het vertrekpunt en de algemene standaard – de *default mode* – in de zorg moet echter de professionele logica zijn. De introductie van elementen van bureaucratie en markt vereisen een uitleg waarom zij toch hier van nut kunnen zijn, en als zij hun belofte daar niet waarmaken moeten zij ook weer vertrekken. Herwaardering van de professionele logica moet wel gepaard gaan met verdere democratisering. De professionele logica is in de jaren 1970 immers terecht onder vuur gekomen vanwege het autoritaire en bevoogdende karakter ervan: de zorgverlener en niet de patiënt bepaalt wat goede zorg is. De markt en in haar kielzog de bureaucratische logica hebben de zorgverlener onttroond en beloofden de patiënt zelf aan het roer te zetten. Die belofte is niet waargemaakt: de markt en de bureaucratie heersen steeds

meer, zonder veel zeggenschap van de patiënt en ten koste van cruciale waarden in de zorg, zoals prioriteitsstelling van gezondheid en welzijn van patiënten boven standaardisering en productiecijfers (Dwarswaard et al., 2008, Tonkens, 2008, Tonkens et al., 2013b). Wie daarom wil pleiten voor een dominante professionele logica, heeft nog wel een belofte in te lossen, namelijk de belofte dat de patiënt zelf binnen die logica meer zeggenschap krijgt.

In de langdurige zorg (en in welzijn) is de afgelopen decennia informeel al een sterke democratisering op gang gekomen: in de relatie tussen zorgverlener en patiënt is veel meer aandacht voor wat de patiënt wil en vindt, en is vaak sprake van een subtiel afstemmingsproces (Mol, 2006, [Hojtink & Tonkens, 2008](#)). Dit subtiel afstemmingsproces betreft zowel de bejegening als de behandeling. Patiënten willen meer zeggenschap over en keuzes in behandeltrajecten, en hebben zich vaak ook al diepgaand geïnformeerd over behandel mogelijkheden. Artsen vinden de toegenomen mondigheid en zeggenschap van patiënten over het algemeen prettig: het verhoogt de kwaliteit van het gesprek over de behandeling (Vosters, 2008). Arts en patiënt opereren vanuit gelijkwaardigheid, maar daarmee zijn ze nog niet gelijk. Ze brengen verschillende kennis en ervaring in. Artsen hebben hun professionele kennis, patiënten hebben op het punt van ziekte-ervaring, daarbij passende bejegening en mogelijk daarmee samenhangende behandeling kennis en ervaring die artsen niet snel zullen kunnen evenaren. Kennis en ervaring van hoe het voelt om jarenlang met een bepaald probleem te leven, hoe het voelt om dagelijks angsten of pijnen te hebben, en welke medicijnen of behandelingen beter te verdragen zijn dan andere (zie bijdrage van Pols in dit boek).

Deze ongelijke gelijkwaardigheid is mooi beschreven door Sennett (2003). De liberale traditie heeft ons opgezadeld met een te beperkt idee van autonomie, waarbij autonomie en afhankelijkheid niet samen gaan. Maar ook in een positie van afhankelijkheid kunnen we autonoom zijn, betoogt Sennett. Hierbij gaat het Sennett niet zozeer om het claimen, maar om het toekennen van autonomie. Toekennen van autonomie is een tweezijdig proces: mensen kunnen elkaar autonomie geven. De ander autonomie toekennen betekent

volgens Sennett dat je accepteert dat anderen van jou verschillen, en dat je ze dus nooit helemaal kunt doorgronden en begrijpen:

‘We bieden autonomie aan leraren of dokters wanneer we accepteren dat ze weten wat ze aan het doen zijn, zelfs als we het niet begrijpen; dezelfde autonomie moet ook aan leerlingen of patiënten gegeven worden, omdat zij dingen weten over leren of ziek zijn die degene die hen doceert of behandelt niet kan vatten.’ (Sennett, 2003, p. 122).

Wanneer we autonomie aldus opvatten, is het een krachtig recept voor gelijkheid, betoogt Sennett, mits het wederzijds is: mits beide partijen accepteren dat ze elkaar niet helemaal begrijpen en dus elkaars ‘anders zijn’ moeten respecteren. Spiegelgesprekken in ziekenhuizen zijn een mooi voorbeeld van een techniek die deze democratisering vorm geeft. Ex-patiënten worden daar in groepjes uitgenodigd om te vertellen hoe ze een behandeling ervaren hebben; artsen mogen alleen vragen stellen en zich niet verdedigen.

Ten slotte moet de meer democratische professionele logica ook gedragen worden door een doorleefde visie op goede zorg. Wat vinden we in deze organisatie goede zorg en hoe geven we daar vorm aan? Extern zijn er immers voldoende bureaucratische en marktaanspraken op goede zorg, zoals het citaat aan het begin van dit artikel aangeeft. Om de professionele logica levend te houden is echter een zorginhoudelijke visie nodig die articuleert wat goede zorg is wanneer je gezondheid en welzijn centraal stelt. Een ‘seculiere roeping’ kan alleen floreren als zij is ingebed in een organisatie met een visie, waar inspiratie van uitgaat. Op een moderne, democratische manier: niet als dwangbuis, maar als referentiekader, als bron van inspiratie, reflectie en debat. Als uitnodiging om erover van mening te verschillen en zo elkaar scherp te houden. En als richtsnoer om te handelen op momenten van crisis.

Een doorleefde visie is geen dogmatische visie. Voor een doorleefde en levendige visie zijn dissensus en controversie juist behulpzaam. Critici moeten zich veilig en gehoord weten, professionals moeten worden uitgenodigd om vanuit hun eigen ervaringen en visie doorleefde kritiek te

leveren. Het interne debat stimuleren is een taak van instellingen; het onderlinge debat is een taak van beroepsgroepen en over het publieke debat ontfermen overheid, politiek en media zich. Eén woord is daarbij taboe: weerstand. Mensen hebben geen weerstand, ze hebben een mening die respect, aandacht en weerwoord verdient.

## **Tot slot**

In de zorg circuleren verschillende logica's: die van de markt, de bureaucratie en de professionele logica. Botsingen tussen die logica's zorgen voor veel verwarring bij zowel zorgverleners als managers in de zorg. Ik heb betoogd dat de professionele logica leidend moet zijn, omdat die als enige gezondheid en welzijn centraal stelt. Die professionele logica dient dan echter wel gedemocratiseerd te worden. Met gedemocratiseerd professionalisme kan de zorg de bureaucratie en de markt hun plaats wijzen. Professionals hoeven zich dan niet langer te laten inpakken door de eisen van de markt om zo snel mogelijk zo veel mogelijk gevallen te behandelen, en de eisen van de bureaucratie om iedereen gelijk te behandelen en elke handeling te registeren. Ze hoeven ook niet langer hun eigen oordeelsvermogen opzij te zetten voor de wensen van burgers. Burgers worden serieus genomen als gesprekspartner: u vraagt, wij ook. Geen vraagsturing maar dialoogsturing. Mondige burgers hebben recht op mondige professionals.

## Leessuggesties

Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep.

Numerato, D., Salvatore, D. & Fattore, G. (2011). The Impact of Management on Professionalism: A Review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626-644.

Tonkens, E. (2008, 4e druk). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Genneep.

## Referenties

- Dwarswaard, J., Hilhorst, M., & Trappenburg, M. (2011). The doctor and the market: about the influence of market reforms on the professional medical ethics of surgeons and general practitioners in the Netherlands. *Health Care Analysis*, 19(4), 388-402.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Hassel, D. van, Tonkens, E., & Hoijtink, M. (2012). Vluchten in bureaucratie; Bureaucratische gehechtheid onder professionals in de jeugdhulpverlening. *Beleid en Maatschappij*, 39(1), 5-25.
- Hoijtink, M., & Tonkens, E. (2008). Informele gebruikersinvloed in Zorg en Welzijn: het belang van een verborgen praktijk. *Geron, Tijdschrift voor Ouderen en Maatschappij*, 10(3), 64-67.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep.
- Noordegraaf, M., & Steijn, B. (Red.). (2013). *Professionals under pressure. The reconfiguration of professional work in changing public services*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Numerato, D., Salvatore, D. & Fattore, G. (2011). The Impact of Management on Professionalism: A Review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626-644.
- Pels, D.L. (2007). *De economie van de eer: een nieuwe visie op verdienste en beloning*. Amsterdam: Ambo.
- Sambeek, N., Broer, C., & Tonkens, E. (2011). Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. Professionals over de gevolgen van marktwerking. *Beleid en Maatschappij 2011*, 38(1), 47-64
- Scott, J. (1998) *Seeing like a state. Hoe certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven/Londen: Yale U.P.
- Sennett, R. (2003). *Respect in an age of inequality*. New York: Norton.



- Swierstra, T., & Tonkens, E. (Red.). (2008). *De beste de baas? Verdienste, respect en solidariteit in een meritocratie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Tonkens, E. (2008, 4e druk). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Genneep.
- Tonkens, E., Hooijink, M., & Gulikers, H. (2013a). Democratizing Social Work. In M. Noordegraaff & B. Steijn (Red.), *Professionals under Pressure. The reconfiguration of professional work in changing public services* (pp. 161-179). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Tonkens, E., Broër, C., Sambeek, N. van & Hassel, D. van (2013b). Pretenders and performers: professional responses to the commodification of healthcare. *Social Theory and Health*. doi: 10.1057/sth.2013.5
- Vosters, B. (2010). *Doktersjassen en aktetassen. Een onderzoek naar de effecten van marktwerking op de professionaliteit van medisch specialisten*. Masterscriptie sociologie, Universiteit van Amsterdam.
- VWS (2001). *Vraag aan bod*. Den Haag: Ministerie voor VWS.