

# Problemen waarmee de K.N.M.G. vandaag bezig is en morgen te doen zal krijgen

Congresrede van K.N.M.G.-voorzitter *Dr. A. E. Leuftink*

Traditiegetrouw opent de voorzitter van de Maatschappij het jaarlijks Ledencongres met een persoonlijke versie op een of meer actuele problemen. Hij kan daarbij refereren aan de beleidsinzichten van het Hoofdbestuur. Eveneens verlangt de traditie, dat hij bij het bereiken van een 25-jarige mijlpaal naast heden en toekomst veel aandacht aan de geschiedenis van de Maatschappij schenkt.

In zoverre werd vandaag met deze gewoonte gebroken, dat mijn eminente voorganger op deze kathedraal en in het voorzittersambt het historisch gedeelte voor zijn rekening nam. Zijn grote kennis van dit onderwerp, vastgelegd in het werk dat hij ons zojuist overdroeg, maakte hem, zoals u heeft gehoord en zult kunnen lezen, de aangewezen man. In zijn betoog heeft hij echter niet nagelaten ook een brug naar de toekomst te slaan. Ik citeer: '... de Maatschappij (kan) als beroepsorganisatie voor de artsen binnen haar huidige statutaire taak beantwoorden aan de eisen die geneeskunst en maatschappij aan haar moeten stellen, te weten: 1) er voor te zorgen dat de beroepsgenoten maatschappelijk, wetenschappelijk en in hun onderlinge relatie een positie bekleden – binnen de door het algemeen belang gestelde grenzen – die de mogelijkheden scheppen voor een optimale beroepsuitoefening en 2) mede te werken aan de totstandkoming van regelingen op het terrein van geneeskunst en gezondheidszorg.' Ik wil deze woorden graag overnemen en deze met u bezien in het licht van de problemen waarmee de K.N.M.G. vandaag bezig is en morgen te doen zal krijgen.

Er zijn onder ons leden, die zozeer door hun werk in beslag worden genomen dat Medisch Contact wekelijks met onbeschadigd krimpfolie in hun prullebak glijdt. Zelfs hen kan het niet ontgaan, dat er in de organisatie van de gezondheidszorg veranderingen op til



zijn. Die veranderingen zullen vroeger of later ook hun beroepsuitoefening als arts beroeren.

Kenmerkend voor het huidige tijdsbestel is een verschuiving in de openbare mening van bewondering voor geavanceerde medische technieken naar een kritische opstelling tegenover het functioneren van de gezondheidszorg in het totale maatschappelijk bestel. Deze omslag voltrok zich binnen korte tijd en de medische wereld had er aanvankelijk wel enige moeite mee de voor velen onverwachte en soms ook onverdiende stroom van kritiek te verwerken. Het verschijnsel deed zich ongeveer tegelijkertijd in vele westerse landen voor. De resultaten van de Nederlandse gezondheidszorg, uitgedrukt in algemeen gebruikelijke parameters als prenatale sterfte, levensverwachting, tuberculosemorbiditeit etc., behoren nog steeds tot de gunstigste ter wereld. Desondanks heerst er geen tevredenheid.

Globaal gezien kan men in de kritiek twee trends ontdekken: bezorgdheid

over de snelle groei van het aandeel van het nationaal inkomen dat naar de gezondheidszorg vloeit, en bezorgdheid over het achterblijven van de effectiviteit van de zorg in relatie tot de middelen.

De ontwikkelingsgeschiedenis van de gezondheidsvoorzieningen in ons land is er één van particulier initiatief. Talrijke artsen en niet-artsen hebben in het verleden verdiensten verworven als initiatiefnemers, stichters en bestuurders van ziekenhuizen, kruisverenigingen, ziekenfondsen en vele andere instanties, die tezamen de gezondheidszorg mogelijk maakten en tot respectabele hoogte opvoerden. Het specifiek Nederlandse verschijnsel van de levensbeschouwelijke verzuijing leidde er voorts toe, dat vele voorzieningen in drievoud aanwezig waren. Ook de specialisatie in de geneeskunde en differentiatie in de functies van de instellingen droegen bij tot een verbrokkeld beeld, gekenmerkt door autonomie van de eenheden en geringe onderlinge samenhang.

In de groei van ieder maatschappelijk organisme wisselen perioden van differentiatie en integratie elkaar af. Binnen de gezondheidszorg is reeds enige jaren als een nieuwe fase in het groei-proces een spontane hergroepering op gang gekomen, die echter beperkt blijft tot de bundeling van gelijksoortige voorzieningen als ziekenhuizen, kruisverenigingen en op bescheidener schaal huisartsenpraktijken. Tussen deze voorzieningen onderling blijven samenhang, communicatie, geografische spreiding en verdeling van functies onvoldoende. De sterke vraag van de consument naar ziekenhuisgeneeskunde induceerde een groei in die sector, waarbij de eerstelijnszorg, de preventieve geneeskunde en vooral de ambulante geestelijke gezondheidszorg in meerdere of mindere mate zijn achtergebleven. Naarmate de uit afzonderlijke en zelf-

andige eenheden opgebouwde en uit uiteenlopende bronnen gefinancierde gezondheidsvoorzieningen samensmolten tot grotere, maar nog steeds onderling gescheiden eenheden, groeit de gedachte dat de gezondheidszorg in zijn totaliteit als één enkel systeem dient te worden beschouwd. Door harmonische afstemming van de subsystemen, een juiste verdeling van de functies en goede kanalisering van de informatie hoopt men een optimaal effect te bereiken voor de hulpzoekende die het systeem betreedt.

Terecht is voor de factoren die een totstandkomen en functioneren van een dergelijk systeem belemmeren het woord 'knelpunten' in gebruik geraakt. Ten onrechte werd hier en daar in de wereld van de gezondheidszorg en onder de artsen het aangeven van knelpunten als een onverdiend verwijt ervaren. Het gaat namelijk niet om de kwaliteit van het medisch handelen, maar om verbeteringen in samenhang en bestuurbaarheid van de totaliteit van de zorg. Het optreden van knelpunten in de stroom van mensen, middelen en energie is inherent aan ieder systeem waarin gewerkt wordt, of dit nu het staatsbestel, een bedrijf, de Maatschappij Geneeskunst of een huisartsenpraktijk betreft. In ieder dynamisch systeem is een regelmatige afstemming van de samenstellende subsystemen onafgebroken noodzakelijk. Dit geldt des te meer voor de gezondheidszorg, die als open systeem in nauwe relatie met een veel wijder maatschappelijk bestel verkeert. De bestudering van de onderlinge samenhang, evenwichten en informatiewisseling is voor de gezondheidszorg een betrekkelijk jonge wetenschap. Het zoeken naar doelmatige stuurmechanismen om dit te verwerkelijken is nu onmiskenbaar op gang, maar bij lange na niet voltooid.

De centrale overheid draagt een algemene verantwoordelijkheid voor de totale gezondheidszorg, in de zin dat deze voor alle burgers in voldoende mate en kwaliteit beschikbaar moet zijn. Zij heeft dan ook terecht initiatieven genomen om tot een evenwichtiger en doelmatiger functioneren van de bestaande voorzieningen ten opzichte van elkaar te komen. In de Structuurnota Gezondheidszorg vindt dit zijn neerslag. Kort samengevat komen de voorstellen op het volgende neer:

- echelonnering van de gezondheidsvoorzieningen moet de onderlinge samenhang bevorderen en een efficiënte gang van de cliënt naar de juiste vorm van zorg vergemakkelijken;

- regionalisering moet leiden tot hanteerbare gedecentraliseerde bestuurs-eenheden, waarin beginselen van democratisering en gespreide beslissingsmacht tot uitdrukking komen, binnen door de centrale overheid gestelde richtlijnen;

- verplichte informatieverstrekking moet efficiënte planning en besturing bevorderen;

- regelingen van tarieven en honoreringssystemen dienen kostenbeheersing mogelijk te maken.

Omtrent de aangekondigde volksverzekering bestaat nog veel onzekerheid. De uiteindelijke vorm waarin de lastenverdeling van de gezondheidszorg zal worden gegoten is een zaak van volksvertegenwoordiging en regering, en als zodanig niet onze zorg. Het is wel onze zorg, dat ook onder een dergelijk financieel stelsel de kwaliteit en de omvang van de zorgverlening voor alle groepen van de bevolking en in de juiste proporties ter beschikking blijven komen. De vrijheid van medisch handelen mag evenmin in gedrang raken.

Wel wil ik met nadruk stellen dat, aangezien de problemen overwegend van systeem-structurele aard zijn, ordening en besturing van de gezondheidsvoorzieningen geregeld moeten worden bij afzonderlijke wet. Besturing middels een budgeterings- of tarievenwet wordt door de K.N.M.G. onaanvaardbaar geacht. Structuurverbeteringen gericht op doelmatiger gebruik van de beperkt beschikbare mankracht en middelen kunnen mogelijk het tempo van de kostenstijging gunstig beïnvloeden. De medische wetenschap blijft inmiddels niet stilstaan en steeds vrijzjnder maar ook kostbaarder zullen de methodieken zijn die aan de patiënt nieuwe mogelijkheden van diagnostiek en behandeling bieden. Het is in ons huidig maatschappelijk stelsel ondenkbaar dat de politieke beslissing zou vallen om, op grond van budgetaire overwegingen, werkzaam gebleken geneeskundige voorzieningen aan patiënten te onthouden. De

K.N.M.G. acht het de plicht van iedere arts naar vermogen krachtig mede te werken aan een zuinig en doelmatig gebruik van de middelen die hem in zijn werk ter beschikking staan. De essentie van een herstructurering ligt voor ons toch in de betere kwaliteit van de zorg, waarbij een betere kostenbewaking naar wij hopen een gewenst neveneffect kan vormen.

Het probleem van de sterke kostenstijging doet zich in gelijke mate voor in westers-industriële landen met sterk uiteenlopende stelsels van gezondheidsvoorzieningen, variërend van nationale gezondheidsdiensten tot overwegend vrij ondernemerschap. Dit feit moet, dunkt mij, een waarschuwing inhouden om het effect van structuurmaatregelen niet te overschatten. Zolang de vraag van de consument gericht blijft op maximale en kostbare voorzieningen zal de kostenstijging voortduren.

Men moet verschil maken tussen behoeften en vraag naar gezondheidszorg. Over de inhoud van deze behoeften en vraag in hun onderlinge verhouding is weinig – te weinig – bekend. In de geneeskunde wordt ongetwijfeld veel tijd en energie tot in zeer gespecialiseerde diagnostische niveaus besteed aan onderzoek dat uiteindelijk slechts ter geruststelling van de cliënt dient. In een aantal gevallen wordt in sociaal-emotionele behoeften van een patiënt voorzien met natuurwetenschappelijke methoden die daartoe noch bestemd noch geschikt zijn. Het lijkt een redelijke hypothese dat de vraag naar curatieve zorg groter is dan de behoefte, maar dat omgekeerd de behoefte aan preventieve en geestelijke gezondheidszorg onvoldoende in de vraag van de consument tot uitdrukking komt. Tot nu toe is de ontwikkeling van de zorg te sterk op de vraag gericht geweest.

Een doelmatiger gebruik van de voorzieningen door de consument zou er belangrijk toe kunnen bijdragen om ondanks verdergaande ontwikkelingen in de medische wetenschap de financiële bereikbaarheid op langere termijn te verzekeren. De consument zal moeten leren zijn eisen meer in overeenstemming te brengen met zijn behoeften. Deze gedachten leiden tot de gevolgtrekking, dat de gezondheidszorg zich met vrucht zou kunnen bedienen van het marketing-concept.

Marketing is een werkwijze die er op is gericht zorgvuldig te onderzoeken welke behoeften in een doelgroep leven, om op grond daarvan in deze behoeften te voorzien op een voor de cliënt aanvaardbare wijze. Essentieel daarbij is dat de cliënt het nieuwe produkt of de nieuwe vorm van dienstverlening in vrijheid aanvaardt. Hoe lang het duren kan voordat een nieuw gezondheidsconcept door een gehele bevolking is geaccepteerd, leert het voorbeeld van de kinderhygiëne: drie generaties van grootmoeders moesten worden 'omgeturnd'. Maar het gaat niet altijd zo langzaam. Ook blijkt het mogelijk het proces van meningsverandering en acceptatie door agogische methodieken te versnellen. Het bedrijfsleven maakt met succes gebruik van de marketingleer. Met vergelijkbare methoden kan er naar worden gestreefd door veranderingen in het consumptieve gedrag het rendement van de gezondheidszorg belangrijk te verhogen.

Systematisch en diepgaand onderzoek van de behoeften en een daarop gebouwde vakkundige, open, eerlijke, vanuit de patiënt denkende en voelende gezondheidsvoorlichting en -opvoeding hebben wij dringend nodig.

Als een methode tot het lokaliseren van behoeften aan gezondheidszorg geldt de opsporing van individuen of groepen personen die in het bijzonder preventieve, curatieve of palliatief-verzorgende hulp nodig hebben. Men zoekt naar risico-criteria, dat wil zeggen men tracht voor bepaalde ziekten parameters vast te stellen waaraan men diegenen kan herkennen, die:

- een verhoogde kans hebben deze ziekte te krijgen;
- reeds preklinische pathologische afwijkingen vertonen;
- een verhoogde kans hebben op een ernstiger of dodelijk verloop indien zij deze ziekte krijgen.

Zowel individuele eigenschappen of uitwendige omstandigheden als combinaties daarvan kunnen risico-criteria in deze zin vormen. Risicofactoren kunnen (maar behoeven niet) een causaal verband tot het pathologisch proces bezitten. Identificatie van hoge risico's en daarop voortbouwende preventie wordt in toenemende mate beschouwd als een sleutel tot een doelmatiger gebruik van de schaarser wordende middelen van de gezondheidszorg.

In de recente stroom van beschouwingen, plannen en voorstellen aangaande verbeteringen in het systeem van de gezondheidszorg ontbreekt zelden de aanbeveling aan preventie een hogere prioriteit toe te kennen. Twee redenen worden daarvoor aangevoerd; deze zijn:

- de behoefte om door het aanbieden van hulp in een vroeger stadium een hoger effect te verkrijgen, en
- de behoefte om de middelen van de gezondheidszorg waarvan men de schaarste voorziet inderdaad te gebruiken voor hen die daaraan de grootste behoefte hebben.

Helaas volstaan de meeste plannenmakers met een révérence in de richting van de preventie om vervolgens over te gaan tot de curatieve orde van de dag. Over de wijze waarop de preventie binnen het totale bestek van de gezondheidszorg ingepast en ontwikkeld zou moeten worden blijkt de gedachtenvorming weinig gevorderd.

Het huidige westerse ziektepatroon is, na de eliminatie van de infectieziekten, voor een aanzienlijk deel gekenmerkt door het onbekend zijn van vele oorzaken of multicausaliteit, door een sluipend begin en door een progressief en irreversibel verloop. Preventie op het niveau van de totale bevolking, bij de bestrijding van de infectieziekten zo succesvol gebleken, lijkt vooralsnog machteloos. Genezingsmogelijkheden zijn beperkt. Dit beeld heeft geleid tot de hypothese dat opsporing van risicodragers en vroege diagnostiek de kans op een werkzaam ingrijpen zouden verhogen. De opsporing van risicodragers heeft echter slechts dan zin, indien:

- er een redelijke kans op effect van de interventie bestaat;
- het ziekteproces belangrijk is;
- de risicogroep niet te groot is, maar wel een groot deel bevat van degenen die baat bij interventie zouden kunnen vinden;
- er een redelijke relatie tussen de kosten van opsporing en het effect van de interventie bestaat.

#### **Structuur van preventief-geneeskundige voorzieningen**

Evenals de curatieve zorg is de preventieve geneeskunde voortgekomen uit

particuliere initiatieven en lange tijd, ook nu nog, gedragen door autonome organisaties, daarnaast ook door lokale overheden. De sterke organisatorische differentiatie komt tot uiting in het ontbreken van samenhang in de bestaande structuren met daaraan gepaard een financieringsstelsel dat nog brokkeliger en onoverzichtelijker is dan in de curatieve zorg. Het aandeel dat de preventieve geneeskunde ontvangt uit de middelen die de gezondheidszorg toevloeien is uiterst bescheiden en neemt relatief af. Ernstige zorgen over de kostenstijging hoort men dan ook niet.

Kenmerkend voor de preventieve zorg is dat deze uitgaande van een behoeftepeiling wordt aangeboden, voordat de zonder dat bij de individuele cliënt de vraag leeft. Bezie men de geschiedenis van de preventieve geneeskunde dan treft steeds weer de enorme weerstand die tegen zinvolle maatregelen wordt ondervonden. Tussen het tijdstip waarop de wetenschap in een bepaald probleem de juiste preventieve methode heeft gevonden en de acceptatie daarvan en de integratie in het gezondheidsbeleven van de bevolking liggen vaak tientallen jaren. In tegenstelling tot nieuwe verworvenheden in de curatieve zorg treft men door de gehele bevolking heen gradaties van passieve desinteresse tot actief verzet. Kleine groepen en enkelingen slagen er telkens weer in rationele, wetenschappelijk verantwoorde preventieve maatregelen af te houden, speculerend op een in irrationele emoties en onbestemde angsten gegronde afweer.

Helaas speelt ook de artsenwereld hierbij een rol. Het is merkwaardig hoe telkens weer artsen van naam bereid gevonden worden zich openlijk tegen preventieve ontwikkelingen te keren. 'Preventief geneeskundig onderzoek geeft aanleiding tot angst en onrust', is een steeds weer opduikende, nimmer bewezen stelling. 'Preventief geneeskundig onderzoek is slechts toelaatbaar, als het effect van de interventie volledig is aangetoond', alsof een dergelijke eis ook de ontwikkeling van de curatieve geneeskunde niet zou blokkeren. 'Preventief geneeskundig onderzoek maakt patiënten, neen: vindt patiënten die zorg nodig hebben in een eerder stadium.

De preventieve geneeskunde staat in een constante nauwe relatie tot de curatieve zorg. Ontwikkelingen in pre-

entie moeten hun weerslag vinden in veranderingen in de vraag naar curatieve zorg. Voor een aantal ziekten is het streven gericht op wegnemen van het ziektemakend agens of versterking van de afweermechanismen. Men mag dan hopen, dat voor deze diagnosegroep het aantal patiënten afneemt. Voor andere ziekten zal een vroegere diagnostiek leiden tot aanbod van meer patiënten, maar in een ander stadium. Hoewel doelmatiger gebruik van schaarse middelen wordt nagestreefd, kan niet worden ontkend dat goede screeningsmethodieken op risicofactoren aanvankelijk eerder kostenverhogend zouden kunnen werken om pas na langere tijd een kostenbesparend effect te bereiken.

Gezien deze wisselwerking en nauwe samenhang moet men de preventieve geneeskunde als een onverbreekelijk met het gehele gezondheidssysteem verbonden subsysteem beschouwen. Ordening van de preventie in een basis-echelon van de groepsgerichte preventieve zorg lijkt in het kader van de herstructurering een aanvaardbaar beginsel. Men bedenke echter, dat de zogenaamde tertiaire preventie – dat wil zeggen maatregelen om de gezondheid van reeds beschadigde patiënten van wie de afweerkrachten verminderd zijn zo goed mogelijk te beschermen – een evidente taak van het eerste echelon is. Voorts zal ook in de geestelijke gezondheidszorg de preventie belangrijk moeten worden uitgebouwd. Functionele integratie van de preventieve zorg in het totaal van de gezondheidszorg dient zo veel mogelijk te worden bevorderd.

Dit laatste geldt ook de financiering. Indien de preventieve zorg een onafscheidelijk onderdeel van de gezondheidszorg vormt, moet dit ook tot uiting komen in eenheid van financieringsbronnen. Een van de grote voordelen die een systeem van volksverzekering zou meebrengen, is de mogelijkheid de gezondheidszorg in haar totaliteit te financieren. Slechts bepaalde onderdelen van de openbare gezondheidszorg die kennelijk overheidstaken vormen zou men uit openbare middelen moeten betalen. Het centrale beleidsorgaan in de gezondheidszorg komt de taak toe, op grond van wetenschappelijk onderbouwde adviezen en normen, een adequaat deel van de geldstroom in de richting van de preventie te leiden. In ieder geval verdient

de stimulering van wetenschappelijk onderzoek gericht op de ontwikkeling van methoden ter detectie van risico-criteria gericht op ontwikkeling van preventieve methodieken en gericht op toepassing daarvan in veldexperimenten krachtiger steun dan tot nu toe het geval is geweest.

De Structuurnota biedt een raamwerk waarmee de staatssecretaris ons als het ware uitnodigt tot invuloefeningen. Een feestelijke bijeenkomst als vandaag leent zich echter niet tot een uitvoerig exposé van de zienswijzen, die bij de Maatschappij en haar maatschappelijke verenigingen van specialisten, huisartsen en artsen in dienstverband leven ten aanzien van de nadere uitwerking van de structuurherformingsplannen. Te juister tijd en plaats zullen wij onze mening bij regering en parlement kenbaar maken. Het feit dat juist vandaag onze nota's daaromtrent de Tweede Kamer bereiken wekt de hoop dat dit onder een gelukkig gesternte gebeurt.

Ik wil echter wel graag uw gedachten bepalen bij datgene wat voor de Maatschappij de grondslag vormt bij de beoordeling van en de medewerking aan de plannen: de primaire verantwoordelijkheid van de artsen voor de optimale kwaliteit van de medische zorg en de medeverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de totale gezondheidszorg. Deze verantwoordelijkheid dient ertoe te leiden, dat de K.N.M.G. als representatieve organisatie van de artsen in ons land in de gelegenheid wordt gesteld zelf die maatregelen te nemen en die normen te stellen die ten doel hebben de kwaliteit van de zorg op hoog peil te houden en waar mogelijk te verbeteren. Deze taak omvat drie aspecten: opleiding, beroepsuitoefening en medisch handelen.

### Opleiding

De *medische faculteiten* dragen de volledige verantwoordelijkheid voor de opleiding tot arts. Het toenemend beroep dat door de vernieuwingen in deze opleiding op de extra-universitaire gezondheidszorg gaat worden gedaan bevordert het gesprek met de werkers in het medische veld. De doelstellingen, neergelegd in de basisfilosofie van de Medische Faculteit Maastricht, zullen van grote betekenis zijn voor de toerusting waarmee de arts van de toe-

komst de gezondheidszorg zal binnenkomen. Het zal u niet onbekend zijn, dat de K.N.M.G. daarin een aanzienlijke claim kon verwerven. De voorgestelde samenwerking tussen medische opleiding en de gezondheidszorg in Zuid-Limburg begint reeds zichtbaar gestalte te krijgen en geeft een vingerwijzing naar de toenemende rol voor de artsen als groep bij de wetenschappelijke en praktische vorming.

De rol die de K.N.M.G., samen met faculteiten en overheid, vervult bij de *kwaliteitsbewaking van de opleidingen voor specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen*, behoeft nauwelijks vermelding. De drie colleges en registratiecommissies zijn organen waar buitenlandse artsenorganisaties met afgunst naar kijken. Als voorbeeld van de belangrijke initiatieven die van deze colleges uitgaan, noem ik u gaarne het bijzonder belangrijke door het N.Z.I. uit te voeren onderzoek dat het Centraal College in samenwerking met de L.S.V. op gang heeft gebracht ten einde meer inzicht te verwerven in de taakinhoud van de verschillende specialisten.

*Nascholing* wordt in afdelingen en districten van de K.N.M.G. in stand gehouden door de vrijwillige inzet van vele leden. Ook ziekenhuisstaven laten zich op dit gebied zien. De Stichting Nascholing Huisartsen mag in het bijzonder worden genoemd. Helaas zijn tot nog toe alle pogingen onzerzijds om te komen tot oprichting van een Landelijk Instituut voor Nascholing van Artsen vruchteloos gebleven. De geringe bereidheid van de minister van Onderwijs en Wetenschappen om hiervoor middelen ter beschikking te stellen moet als de voornaamste oorzaak worden beschouwd. Nu echter de gezondheidszorg in toenemende mate als een onverbreekelijk samenhangend systeem wordt gezien, mag men zich afvragen of het in stand houden van kennis en vaardigheid van de artsen werkzaam binnen dit systeem niet tot de taken van de gezondheidszorg zelf behoort. Met andere woorden: moeten de benodigde middelen niet veeleer in het budget van deze laatste worden gevonden?

### Beroepsuitoefening

Onder beroepsuitoefening verstaan

vrij het functioneren van de artsen binnen de structuur van de gezondheidszorg. Medisch handelen is daarentegen te definiëren als het individuele handelen van de arts jegens de patiënt of jegens de groep van cliënten. Beide begrippen zijn nauw verweven en een scherpe scheiding valt niet te trekken.

De structuren waarbinnen de beroepsuitoefening zich afspeelt, houden vanzelfsprekend een aantal beperkingen in. Door toe te treden tot een medische staf, een groepspraktijk, of een gezondheidsdienst, aanvaardt de arts vrijwillig de spelregels zonder welke geen samenwerkingsverband kan standhouden. Tot deze spelregels behoort, naar de huidige opvatting, de deelname aan toetsingsprocedures ten aanzien van de kwaliteit van zowel de beroepsbeoefening als het medisch handelen. De K.N.M.G. en haar maatschappelijke verenigingen tonen, ieder vanuit eigen optiek, grote belangstelling voor de studies en experimenten die met verschillende stelsels van toetsing, bijvoorbeeld medical audit, gaande zijn. Zonder nu reeds een keus te hebben gemaakt voor een bepaalde methode, staat voor ons wel vast dat toetsingsprocedures slechts dan goed kunnen functioneren indien zij op intercollegiale basis berusten. Externe toetsingsorganen, anders dan de bestaande rechtscollèges, worden door de K.N.M.G. niet bevorderlijk geacht voor de kwaliteit van de zorg, hetgeen niet wegneemt dat wij openstaan voor het deskundig oordeel van anderen. Het doel van toetsing moet zijn, aan de werkende arts een regelmatige stroom van informatie te verschaffen met betrekking tot het uiteindelijke effect van zijn handelen. Aan de hand van deze informatie kan dan een constante bijsturing, aanpassing en vernieuwing van zijn werkwijze tot stand komen. Wij zijn ons ervan bewust, dat onze ideeën van zelfordening binnen de professie de nodige kritiek zullen uitlokken. Zij berusten echter op de overtuiging, dat de corrigerende werking die van een terugkoppeling van informatie uitgaat op de lange duur een betere uitwerking op het peil van de kwaliteit zal hebben dan beoordelingen of zelfs veroordelingen door welke instantie of door welk controle-orgaan dan ook. Hiermede wil niet gezegd zijn dat de arts geen verantwoording zou dragen tegenover de andere betrokken

partijen in de gezondheidszorg, de bestuurders, de financieel-administratieve organen of anderen die geacht kunnen worden het belang van de consument mede te behartigen.

Voor adequate toetsing, maar evenzeer voor effectieve besturing van de gezondheidsvoorzieningen, is veel goede en geordende informatie een noodzaak. In de Stichting Medische Registratie, waarin wij participeren, worden op basis van vrijwillige verstreking reeds veel data omtrent het functioneren van en in de ziekenhuizen verwerkt. Wij zijn ons wel bewust, dat naast grote voordelen in informatieverstreking op het gebied van het medisch handelen grote gevaren schuilen. De privacy van de patiënt dient volledig, de privacy van de arts dienen voldoende gewaarborgd te zijn. Voortbouwend op het uitstekende rapport van de L.S.V.-commissie-Wolvius, heeft het H.B. op zijn beurt een commissie ingesteld die het breder terrein van de ethische implicaties van de informatieverstreking, -verwerking, -opslag en het gebruik daarvan zal bestuderen. Een wettelijke regeling voor de medische informatica achten wij noodzakelijk. Maar een dergelijke wet mag pas tot stand komen nadat uitvoerige en diepgaande studies van de consequenties zijn voltooid.

Bij de medische beroepsuitoefening aanvaarden de artsen de beperkingen die samenwerking en structuur van de voorzieningen nu eenmaal meebrengen. De vrijheid van het medisch handelen staat nog onveranderd hoog in het vaandel van de Maatschappij geschreven. Daaronder verstaan wij dat de arts te allen tijde het recht moet hebben een vrije keuze te maken uit de bestaande mogelijkheden op diagnostisch, therapeutisch en preventief gebied welke hij voor zijn patiënt noodzakelijk acht, echter:

- binnen de grenzen van wat de professie zelf als redelijk beschouwt;
- binnen de grenzen van de op specialisatie gebaseerde onderlinge taakverdeling der artsen;
- binnen de grenzen van hoge medisch-ethische opvattingen.

De K.N.M.G. beschouwt deze vrijheid nog steeds onverkort als het recht van iedere arts.

## Medische ethiek en gedragsleer

De ontwikkeling van de geneeskunde in de laatste decennia heeft tot het besef geleid, dat medische ethiek en gedragsleer steeds duidelijker dienen te worden gescheiden. De ethische normen en de bepalingen van medisch gedrag hebben echter gemeen, dat zij beide steeds zullen moeten worden geïnterpreteerd in het kader van tijd en plaats. Dit is een ontwikkeling die over de gehele wereld is waar te nemen, een ontwikkeling waarbij de pluriformiteit van meningen, ook binnen de Maatschappij, de emoties vaak hoog heeft doen opslaan. Waar de Maatschappij in deze het standpunt inneemt dat de eindverantwoordelijkheid voor het medisch-ethisch handelen bij de arts zelf ligt, acht zij het haar taak in dit opzicht niet verder te gaan dan het geven van richtlijnen. Met name ten aanzien van de abortus is dit gebeurd. De Maatschappij neemt het standpunt in dat de medische ethiek een onderdeel is van de algemene ethiek. Als zodanig heeft zij de plicht, alvorens richtlijnen aan te geven, te luisteren naar de mening van anderen en in het overleg met deze anderen standpunten te helpen ontwikkelen. Het rapport over de euthanasie dat is uitgebracht door de Gezondheidsraad is daar een typisch voorbeeld van. Het Hoofdbestuur kon dit rapport onderschrijven, maar achtte het niettemin haar plicht daar eigen kanttekeningen bij te maken.

Medische ethiek is niet meer, zoals vroeger in het bekende blauwe boekje, pasklaar aan te bieden. Het is onder invloed van het medisch kennen en kunnen en onder invloed van de maatschappelijke ontwikkeling van een statische in een dynamische fase geraakt. Inherent aan deze dynamiek in de ethiek is en zal blijven de onzekerheid die inherent is aan verandering van waarden. Wat blijft, is de plicht van de arts persoonlijk en van de Maatschappij zich in hun taak te laten leiden door de voor hen geldende ethische beginselen, mededenkend in de belevingswereld van de patiënt of cliënt. In dit verband wil ik nogmaals wijzen op het ethische probleem dat zich aandient in de Structuurnota bij de ontwikkeling van het vraagstuk van de medische informatica, waarbij het gaat om afweging van de ethische waarde van de privacy tegen de ethische waarde van

le medische gegevensbestanden. Juist op grond van het dynamisch karakter van de ethiek is studie van, discussie over en ordening in deze materie van groot belang.

Tot onze vreugde werd reeds in de kernstaf van de Medische Faculteit in Maastricht een ethicus benoemd. Het Hoofdbestuur van de Maatschappij heeft gemeend het 125-jarig bestaan niet beter te kunnen memoreren dan door het stichten van een leerstoel in de Medische Ethiek. De procedure tot realisering daarvan aan de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen is door ons in gang gezet. Naar wij hopen zal de bijzonder hoogleraar binnen niet te lange tijd zijn stoel bezetten.

#### **De plaats van de K.N.M.G. in de toekomstige gezondheidszorg**

De K.N.M.G. aanvaardt namens de artsen de verantwoordelijkheid van de kwaliteit van de zorg. Zij doet dit en moet dit doen op grond van de binnen de medische beroepsgroep aanwezige deskundigheid. Daarnaast vertegenwoordigt zij een zeer belangrijke groep beroepsbeoefenaren binnen de gezondheidszorg. Uit hoofde van deze beide uitgangspunten meent de K.N.M.G., en ieder van haar maatschappelijke verenigingen voor eigen terrein, het recht te mogen eisen:

- tot deelname aan de planning van de gezondheidszorg op landelijk niveau;
- tot medezeggenschap in bestuur en uitvoering van de gezondheidszorg in de regio.

Vanzelfsprekend claimen wij dit recht niet met uitsluiting van anderen. Integendeel, een gezamenlijk optrekken met de andere organisaties van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg gaat ons zeer ter harte. Hetzelfde geldt voor het streven, de consument meer in het bestuur te betrekken.

De K.N.M.G. is zich bij het maken van de keuze tot het dragen van verantwoordelijkheid bewust van de lasten die dit zal meebrengen voor de organisatie als geheel en voor de individuele leden die in advies- of bestuursorganen zullen worden geroepen. Ons beleid moet kunnen steunen op een brede laag van onze leden. Deze leden zullen de overtuiging moeten hebben, dat actieve deelname onzerzijds aan het bestuur van de gezondheidszorg geschiedt vanuit ons mandaat: het bevorderen van de optimale beroepsuitoefening van de artsen in welke functie dan ook en het medewerken aan de totstandkoming van regelingen op het terrein van geneeskunde en gezondheidszorg. Daarmee ben ik in mijn betoog dan weer terug bij mijn citaat uit de rede van Festen.

Het is met voldoening dat ik vaststel, dat de beroepsorganisatie van de artsen in 125 bewogen jaren, niet zonder storm en tegenslag, er in is geslaagd aan de oorspronkelijke doelstellingen trouw te blijven. Ramaer en zijn vrienden hebben 125 jaren geleden niet kunnen dromen welke vlucht de geneeskunde zou nemen of tot welke omvang hun geesteskind zou uitgroeien. Maar zij hebben grondslagen gelegd waarop het gebouw van onze

Maatschappij nog steeds hecht is grondvest. De taak ten opzichte van haar leden, maar evenzeer haar verantwoordelijkheid jegens de Nederlandse samenleving, werden en worden naar behoren en niet zonder succes vervuld.

De waarden die Stokvis als voorzitter van de Maatschappij bij het 50-jarig bestaan sprak, kan ik met een gerust hart opnieuw laten horen: 'Onze Maatschappij heeft overal waar het de volksgezondheid, de bronnen om haar te kennen, de middelen om haar te verbeteren betreft, goed, soms slechter, vaak onbeholpen, een enkele maal geheel onvoldoende, maar meestal op voortreffelijke wijze de leiding genomen', al delen wij vanzelfsprekend uit de aard der ontwikkelingen die leiding thans met vele anderen.

Zonder verleden en heden te veronachtzamen, heb ik uw aandacht vooral willen richten op de toekomst. Het is de vaste wil van de Maatschappij ook in de toekomst, aangepast aan het zoveel gecompliceerder maatschappelijk leven en het snelle ontwikkelings-tempo, in samenwerking met de overheid en de andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, de dienstverlening gericht op de behoefte van de cliënt naar vermogen te ontwikkelen, te besturen en te bevorderen. Ik wens de Maatschappij toe dat zij er in zal slagen de artsen de gelegenheid te blijven bieden om waar te maken hetgeen nergens beter, korter en duidelijker geformuleerd is dan in onze met ere gedragen naam: de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.



• LEIDEN 10·11·12 OKTOBER 1974 • 125 JAAR KNMG