



KNMG-voorzitter D. B. Kagenaar:

Pro's en contra's scheiding behandeling en controle

Ter inleiding van het 33ste KNMG-Ledencongres te Apeldoorn heeft de voorzitter van de Maatschappij Geneeskunst, D. B. Kagenaar, een rede gehouden over de scheiding van behandeling en controle. Na de historische contouren van zijn onderwerp te hebben geschetst en de pro's en contra's van de scheiding van behandeling en controle tegen elkaar te hebben afgezet, bracht hij als zijn conclusie naar voren dat het gaat om een goede zaak, die onverkort dient te worden gehandhaafd. De KNMG-voorzitter betoogde het volgende:



De scheiding van behandeling en controle is in de lange geschiedenis van de KNMG een onderwerp dat steeds weer in de belangstelling heeft gestaan, een onderwerp dat aanleiding heeft gegeven en zal geven tot soms heftige discussies.

Scheiding van behandeling en controle wil zeggen dat er onderscheid wordt gemaakt tussen de arts die in de directe individuele hulpverlening werkzaam is en de arts die een 'maatschappelijke' taak heeft. Beiden hebben hun professionele zelfstandigheid, doch bij de arts die een maatschappelijke taak heeft is deze professionele zelfstandigheid niet afgeleid van zijn relatie met de patiënt maar moet zij worden gezien in relatie tot de aard van zijn functie en opdracht. Belangen van derden spelen in die opdracht een grote rol; deze belangen moeten voor de patiënt zichtbaar zijn. Gaan de behandelend arts en zijn patiënt met elkaar een contract aan, dit is niet het geval bij de arts met een maatschappelijke taak. Is de behandelend arts verantwoordelijk schuldig aan zijn patiënt, anders ligt dit voor de arts met een maatschappelijke taak.

Meningsvorming

Dit hier zo simpel verwoorde onderscheid is niet altijd duidelijk geweest. Reeds in 1862 is het ter sprake gekomen op een Algemene Vergadering van de (K)NMG. De afdeling Amsterdam stelde bij die gelegenheid voor er bij gemeentebesturen op aan te dringen daartoe aangevozen deskundigen de dood te laten constateren; deze geneeskundigen zouden voorts bereid moeten zijn de doodsoorzaak te vermelden. Dit voorstel van de afdeling Amsterdam werd na een uitvoerige discussie verworpen. Wel geaccepteerd werd een voorstel van het hoofdbestuur om de verhouding van de geneeskundigen tot de 'maatschappijen van levensverzekering' te bestuderen. In 1864 resulteerde dit in de aanneming van het voorstel dat geneeskundigen zich zouden

onthouden van invulling van vragen de gezondheidstoestand van hun patiënten betreffend. Waar de gang van zaken met betrekking tot het verstrekken van verklaringen van overlijden ten behoeve van de ambtenaar van de burgerlijke stand aanleiding gaf tot allerlei moeilijkheden, werd bij wet van 1865 bepaald dat de geneesheren zouden worden verplicht tot het afgeven van een verklaring van overlijden met 'daarbij naar hunne overtuiging doch met inachtneming van den door hen afgelegde eed of belofte van geheimhouding, zoo nauwkeurig mogelijk opgave van de oorzaak van den dood'.

Een grote invloed op de meningsvorming had de affaire-'Goeie Mie'. Deze gifmengster uit Leiden bracht met arsenicumhoudend poeder vele familieleden en kennissen om en incasseerde vervolgens de door haar op het leven van haar slachtoffers afgesloten polissen (de zogenaamde begrafenisfondsen). Eind 1883 werd zij gearresteerd. Na een proces dat onder anderen door de minister van Justitie in eigen persoon werd bijgewoond werd zij tot levenslange tuchthuisstraf veroordeeld. Op 23 februari 1886 verscheen naar aanleiding daarvan een Koninklijke Boodschap tot wijziging van de wet van 1865 op een aantal punten. De voornaamste wijziging luidde: 'Alvorens die verklaring af te geven overtuigen zij zich door eigen waarneming van het lijk omtrent den dood en de vermoedelijke doodsoorzaak'. De zinsnede: '. . . met inachtneming van den door hen afgelegde eed of belofte van geheimhouding, zoo nauwkeurig mogelijk opgave van de oorzaak van den dood', werd veranderd in: '. . . met inachtneming van den door hen afgelegde eed of belofte van geheimhouding van hetgeen hun door den lijder als geheim is toevertrouwd'. De Algemene Vergadering verklaarde zich met die wetswijziging akkoord, mits de woorden

'door den lijder' zouden worden geschrapd.

In de volgende jaren trokken steeds meer de doktersattesten ten behoeve van maatschappijen voor levensverzekering de aandacht. Uiteindelijk werd in 1888 besloten dergelijke verklaringen niet meer af te geven. Herhaaldelijk kwam dit probleem in de Algemene Vergadering ter sprake. Uiteindelijk werd in 1898 nogmaals bevestigd dat gezondheidsverklaringen ten behoeve van kandidaat-verzekerden en certificaten geldend als bewijs voor het recht op uitkeringen niet meer zouden worden afgegeven. Wel werd uitgesproken, dat 'indien de behandelend geneesheer het in een enkel geval gewenscht acht voor zijn patiënt op te treden, hij de controlerend geneesheer zijn mening over de toestand van de patiënt te kennen kan geven'. Hier werd dus al het principe uitgesproken, dat de scheiding van behandeling en controle niet meebrengt dat er geen informatie-uitwisseling tussen beide artsen, de behandelend geneesheer en de controlerend geneesheer, kan plaatsvinden. Niet langer acceptabel was op dat tijdstip – we spreken over het eind van de vorige eeuw – de zinsnede: '... mits dit alles buiten den patiënt om geschiede'.

Ik ga nu voorbij aan de ontwikkeling die de sociale verzekering na 1900 heeft doorgemaakt, hoe interessant die ontwikkeling ook is. Wel wil ik vermelden, dat daarbij steeds weer de scheiding van behandeling en controle ter sprake is gekomen. Voorts wil ik wijzen op de grote betekenis die een uitkering tijdens ziekte voor de gezondheidszorg heeft; zij geeft immers de gelegenheid ziek te zijn en te herstellen. Toentertijd bleken in het buitenland ongewenste toestanden te bestaan. Niet alleen huisden daar evenals bij ons zwakke broeders, zowel onder de medici als onder de verzekerden, maar ook en vooral kwam daar de vertrouwensverhouding tussen arts en patiënt in de verdrukking. Ervaringen als deze hebben in ons land steeds meer geleid tot handhaving van de scheiding van behandeling en controle.

Argumenten pro en contra

Maken wij nu een sprong naar 1969. In de loop van dat jaar aanvaardde de Algemene Vergadering der KNMG het rapport van de Commissie 'Scheiding van behandeling en controle'. In dit rapport werd, onder handhaving van de scheiding, uitgesproken dat de behandelend genees-

heer een duidelijke taak heeft ten aanzien van de maatschappelijke validiteit van zijn patiënt na ziekte en dat om deze taak goed te kunnen verrichten een nauw overleg met de verzekeringsgeneeskundige noodzakelijk is.

Sedertdien is door de ontwikkeling van het denken over de rechten van het individu in een steeds gecompliceerdere maatschappij de discussie omtrent de privacy op gang gekomen. De logische consequentie van de scheiding van behandeling en controle, een consequentie die ook als zodanig in 1969 door de KNMG werd uitgesproken, te weten dat er informatie-uitwisseling moet kunnen plaatsvinden, diende nu te worden aangevuld met privacy-aspecten.

Aangezien er nu weer stemmen opgaan om de scheiding van behandeling en controle op te heffen, lijkt het mij zaak de argumenten pro en contra handhaving de revue te laten passeren.

Vóór handhaving c.q. rechtvaardiging van de scheiding van behandeling en controle worden de volgende argumenten aangevoerd (ik volg hier Leenen):

1. Vrees voor schade aan de relatie behandelend arts-patiënt: de arts kan in problemen komen met zijn objectiviteit; de patiënt zou in de verleiding kunnen worden gebracht zijn klachten niet geheel naar waarheid te presenteren.

Dit argument zal in alle realiteit wel in een groter of kleiner aantal gevallen juist zijn. Wel dienen we ons hierbij af te vragen of dit te rijmen is met de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn behandelend arts. Juist in een echte vertrouwensrelatie moet deze problematiek bespreekbaar zijn.

2. Er ontstaat een rechtstreekse relatie tussen de behandelend arts en het verzekeringsorgaan.

Dit argument spreekt mij duidelijk aan. De patiënt is verzekerd; het gaat dus om een zaak tussen verzekerde en verzekeraar, en niet tussen patiënt en behandelend arts. Ook hier zal de volwassen verzekerde zijn eigen boontjes kunnen doppen en moet de medicalisering worden beperkt.

3. De patiënt verkeert in de mogelijkheid van de ene arts naar de andere te lopen totdat hij er een bereid vindt een verklaring af te geven. Dit zou een ongewenste concurrentie tussen artsen onderling veroorzaken.

Hier wordt in feite gezegd dat een door

een arts verstrekte verklaring onbetrouwbaar zou zijn. In die gevallen waarin gedragingen van artsen tot zo'n opvatting zouden leiden lijkt de scherpste reactie mij nog niet scherp genoeg.

4. Het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid is veelal zodanig complex dat daarvoor een speciale deskundigheid vereist is.

Dit is op zich juist. Wel wil ik hierbij aantekenen dat dit niet wil zeggen dat de behandelend arts er zich daarom van moet distantieëren. Immers, het standpunt verwoord in het rapport 'Scheiding van behandeling en controle' van 1969 is duidelijk: arbeids(on)geschiktheid is in eerste instantie een aangelegenheid tussen patiënt en behandelend arts. Dit argument is enerzijds een pleidooi voor handhaving van de scheiding en anderzijds een pleidooi voor een goede informatie-uitwisseling tussen behandelend arts en verzekeringsgeneeskundige.

5. De handhaving van het beroepsgeheim.

Dit speelt alleen een rol als het uitwisselen van informatie buiten de patiënt om gaat. Juist gezien tegen de ontwikkeling van het privacy-begrip mag dit niet buiten de patiënt om gaan.

6. De belasting van de behandelend artsen.

In het kader van de integrale geneeskunde zal hieraan mijns inziens niet zijn te ontkomen.

Tegen handhaving c.q. rechtvaardiging van de scheiding van behandeling en controle worden als argumenten genoemd:

1. Arbeid en werkhervatting zijn aspecten die bij de medische behandeling in aanmerking moeten worden genomen. De behandelend artsen hebben zich daar te veel en te lang van gedistantieerd.

Aanvaardt men deze stelling, dan is dit eerder op te vatten als een pleidooi om aan deze distantieering wat te doen dan als een pleidooi voor opheffing van de scheiding van behandeling en controle.

2. Bij kortdurend verzuim verlengt medische controle het verzuim omdat de betrokkene na herstel de controle afwacht.

Van verzekeringsgeneeskundige zijde is herhaaldelijk betoogd dat kortdurend verzuim primair géén medische aangelegenheid is, maar eerder te maken heeft ►

met de verhouding werkgever-werknemer. De vroege komst van de verzekeringsgeneeskundige verlengt het verzuim, omdat hij geneigd is een vervolgccontrole veiligheidshalve in te stellen.

3. De verzekeringsgeneeskundige is, zeker bij kortdurend verzuim, vaak onvoldoende op de hoogte van de situatie van de patiënt en diens omgeving. Dit argument komt als juist over. Het sluit overigens zeer wel aan bij het rapport van 1969, waarin immers is gesteld dat de arbeidsongeschiktheid primair een aangelegenheid is tussen patiënt en behandelend arts.

Conclusie

Samenvattend kan worden gezegd dat de argumentatie pro zowel als die contra handhaving van de scheiding van behandeling en controle op een aantal punten duidelijke vraagtekens oproept. Bij dat al zullen wij naar mijn inzicht echter moeten uitgaan van één gegeven, namelijk dat er sprake moet zijn van een volwassen vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn behandelend arts. Zowel de patiënt als de behandelend arts hebben ten opzichte van elkaar hun verantwoordelijkheid. Elk van deze partners heeft daarnaast zijn eigen verantwoordelijk-

heid tegenover derden als overheid en financiers van de gezondheidszorg. Ik kan dan ook alleen maar concluderen dat de scheiding van behandeling en controle een goede zaak is, die onverkort dient te worden gehandhaafd in het belang van het behoud van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts.

Wel is de verhouding tussen de behandelend arts en zijn niet-curatief werkende, maar wel bij de gezondheidszorg betrokken collega's dringend aan verbetering toe en zal de plaats die de patiënt in die verhouding inneemt duidelijker moeten worden omschreven. ■

. . . gaan de behandelend arts en zijn patiënt met elkaar een contract aan, dit is niet het geval bij de arts met een maatschappelijke taak; is de behandelend arts verantwoording schuldig aan zijn patiënt, anders ligt dit voor de arts met een maatschappelijke taak . . .

. . . al in 1898 werd het principe uitgesproken, dat de scheiding van behandeling en controle niet meebrengt dat er geen informatie-uitwisseling tussen beide artsen kan plaatsvinden . . .

. . . de logische consequentie van de scheiding van behandeling en controle – een consequentie die ook als zodanig in 1969 door de KNMG werd uitgesproken – te weten dat er informatie-uitwisseling moet kunnen plaatsvinden, dient te worden aangevuld met privacy-aspecten . . .

. . . wij zullen moeten uitgaan van één gegeven, namelijk dat er sprake moet zijn van een volwassen vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn behandelend arts . . .