

## Het 42ste KNMG-Ledencongres te Leiden

# De herwaardering van het subjectief beleven

Jaarrede KNMG-voorzitter W. H. Cense



Mijn congresrede verleden jaar sloot ik af met de volgende zin: 'In de toekomst zal in de gezondheidszorg, op micro-, meso- en macro-niveau veel afhangen van de relationele kwaliteitsaspecten. Het gaat er immers om hoe je met elkaar omgaat. Hopelijk gaat dat in de jaren negentig beter dan in de jaren tachtig. De kwaliteit van zorg zal erbij gebaat zijn.' In het licht van deze relationele kwaliteitsaspecten als onderdeel van de kwaliteit van zorg past naar mijn mening ook een herwaardering van het subjectieve beleven. Hiermee wil ik enerzijds aanduiden de wijze waarop de *patiënt*/hulpvrager zijn gezondheidsproblemen *ervaart* en met de informatie daarover omgaat en anderzijds hoe de hulpverlener, de *arts*, de klacht, de kwaal *interpreteert* en de hulpvrager tegemoet treedt. Ik moet constateren dat op de werkvloer de belevingswerelden van arts en patiënt niet altijd congruent zijn. De indrukwekkende stroom patiënten naar andere behandelwijzen is in dit verband een signaal dat niet kan worden genegeerd. Doch alvorens hierop dieper in te gaan eerst een eenvoudig praktijkgeveven.

### VERSCHILLEN IN BEHANDELING

Als praktiserend huisarts vertel ik niets nieuws als ik zeg dat patiënten met een gelijke diagnose een totaal verschillend traject in het medisch circuit kunnen doorlopen. In dit verband is het interessant kort te refereren aan het reeds veel besproken boek van de New-Yorkse journaliste Lynn Payer: 'Geneeskunde en cultuurverschillen in behandeling in de Verenigde Staten, Engeland, West-Duitsland en Frankrijk'. Dit boek beschrijft de medische cultuur, die

'... met optimisme de toekomst tegemoet gaan ... geloven in de vooruitgang. ...'

uiteraard nauw samenhangt met de algemene cultuur, in Frankrijk, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten. Daarbij blijken merkwaardige verschillen. Verschillen zo groot dat zij volstrekt duidelijk maken dat de uitoefening van de geneeskunde niet uitsluitend op rationele grond plaatsvindt:

- Amerikaanse dokters voeren zes keer zoveel bypass-operaties uit als Engelse.
  - Duitse dokters schrijven zes tot zeven keer zoveel digitalis bevattende medicijnen per persoon voor als die in Frankrijk of Engeland, maar weer veel minder antibiotica.
  - Voor Fransen is de kans dat zij een zetpil krijgen voorgeschreven zeven keer zo groot als voor Amerikanen.
  - In Amerika voeren plastisch chirurgen twee keer zoveel operaties uit voor borstvergroting als voor borstreductie. In Frankrijk is borstreductie drie keer zoveel gebruikelijk als borstvergroting. Toch zijn Amerikaanse en Franse vrouwen in lichaamsbouw en afmetingen gemiddeld niet verschillend.
  - Een Fransman heeft gauw iets aan zijn lever, een Duitser aan zijn hart, een Brit heeft moeite met de stoelgang en een Amerikaan met een virus.
  - Wat in het ene land als geaccepteerd medisch handelen plaatsvindt, wordt in het andere land als piskijkerij beschouwd.
  - Doseringen van dezelfde geneesmiddelen voor dezelfde indicaties verschillen soms met een factor 20.
- De schrijfster vraagt zich tenslotte af, hoe een internationale wetenschap als de geneeskunde zoveel verschillende interpretaties en zoveel verschillende consequenties in de praktijk kan hebben. Zij

komt uiteindelijk tot de conclusie, dat waar de wetenschap de gegevens genereert, uiteindelijk de cultuur van het land intervineert en medebepalend is voor de aard van de behandeling. Zij vat dit heel aardig samen door te stellen, dat de Franse dokters Cartesiaanse denkers zijn, de Duitse collegae autoritaire romantici, de Engelsen vriendelijk en paternalistisch, terwijl de Amerikaanse geneeskunst als agressief kan worden bestempeld.

Ook los van deze nationaal gebonden culturele verschillen zien wij in één en dezelfde cultuur enorme verschillen in het handelen van medici, waardoor dezelfde vraag: hoe rationeel onderbouwd is het handelen van medici?, onbeantwoord blijft. Zo kreeg ik onlangs een rapport onder ogen dat was getiteld: 'Hier meer, daar minder', dat ging over een onderzoek naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in twee ziekenfondsgebieden – in Nederland wel te verstaan! – en waarvan ik u enkele opvallende resultaten niet wil onthouden:

- Bij de interne specialismen (interne, cardiologie, longziekten) worden in de 'hoogste' gemeente zes keer zoveel mensen opgenomen als in de 'laagste'.
- Cardiologische verrichtingen verschillen per gemeente met een factor 13.
- Over het algemeen is de 'productie' in de stad hoger dan op het platteland.
- Septumcorrecties komen in het ene gebied bijna zeven keer zoveel voor als in het andere.
- Voor chirurgie wordt voor alle produktievariabelen een verschil van een factor 4 in de adherente populatie gevonden.
- Mastectomieën komen in het ene gebied vier keer zoveel voor als in het andere.
- Bij de cardiologie bestaan de grootste verschillen. Een echocardiogram wordt in het hoogste adherentiegebied 14½ keer zo vaak gemaakt als in het laagste.
- Bij longziekten en interne geneeskunde verschillen de verrichtingen met een factor 5 tot 7.

Voor alle duidelijkheid wil ik stellen, dat met evenveel gemak ook grote produktieverschillen zijn aan te tonen tussen huisartsen. In de dissertatie van Mokking worden de verschillende werkstijlen van huisartsen omschreven die aan deze verschillen in produktie ten grondslag kunnen liggen.

Tenslotte wil ik nog wijzen op het bekende KNMG-rapport 'Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen' (rapport-Hoefnagels), waarin opvallende verschillen worden gesignaleerd in het gebruik van de ziekenhuisvoorzieningen per regio. Ook de uitkomsten van dit rapport moeten ons aan het denken zetten. Ik citeer in dit verband een passage uit het woord vooraf bij dit rapport van de directeur-generaal van de Volksgezondheid, Prof. Van Londen. Hij vraagt zich af, 'of de verschillen tussen regio's van de grootte als in deze studie vastgesteld uit het oogpunt van verleende zorg aanvaard kunnen worden en in het verlengde daarvan of zij niet vragen om een beleid gericht op reductie van dergelijke verschillen. Ik ben geneigd,' stelt collega Van Londen, 'laatstgenoemde vraag bevestigend te beantwoorden. Ik ga ervan uit dat regionale verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen niet te groot behoren te zijn.' Mét Van Londen ben ik geneigd te constateren dat er met name op beleidsmatig gebied iets dient te gebeuren. Ondanks het feit dat we in het pluriforme Nederland ongetwijfeld collegae hebben die te kenschetsen zijn als Cartesiaanse denkers dan wel autoritaire romantici, die vriendelijk en paternalistisch zijn of juist agressief optreden, het zijn en blijven Nederlandse artsen.

## KEUZEN IN DE ZORG

In het kader van het kwaliteitsbeleid zullen wij, als Nederlandse artsen, innoverend de hand in eigen boezem dienen te steken en ons eigen gedrag en werkwijze aan kritiek moeten durven blootstellen. In dit verband wil ik nog opmerken, dat het een wereld van verschil uitmaakt of we over kwaliteit in het algemeen spreken dan wel over kwaliteit op individueel niveau. Het is een bekend gegeven dat er sprake kan zijn van een vluchtgedrag als kwaliteitsprogramma's doorstoten naar het micro-niveau. Essentieel is dán de motivatie, en wanneer ik in navolging van Van Londen stel dat er beleidsmatig iets moet gebeuren betekent dit dat dit een beleid moet zijn dat motiveert. Alleen een repressief beleid, waarin wordt gekort en beperkt, lost niets op. In mijn eerste congresrede stelde ik reeds: geen innovatie zonder motivatie.

Met andere woorden, ook het overheidsbeleid is aan een herwaardering toe. De gedachte dat alleen sturend kan worden opgetreden door repressief te zijn moet worden vervangen door een stimulerend beleid.

Dit zou bijvoorbeeld tot uitdrukking kunnen komen in een beleid waardoor *wachtlijsten* kunnen worden weggewerkt. Wachtlijsten werken demotiverend en frustrerend voor het functioneren van de gezondheidszorg en natuurlijk ook voor patiënten. Een dezer dagen las ik de oratie van Prof. Hendriks in Nijmegen. Hij stelde dat de wachtlijst voor de oogheelkundige kliniek van het St. Radboud-ziekenhuis in Nijmegen in anderhalf jaar tijd is verdrievoudigd: zeshonderd oogpatiënten met een gemiddelde wachttijd van zes maanden; vier van de tien patiënten die zich bij de polikliniek aanmelden kunnen om interne budgettaire redenen niet eens in behandeling worden genomen.

Verder stelt hij: 'Niet zelden worden wij geconfronteerd met patiënten die zo lang hebben moeten wachten dat de te opereren oogafwijkingen aanzienlijk gecompliceerder zijn geworden of zelfs niet meer behandelbaar zijn.' Het gevolg is, dat de specialisten van de oogheelkundige afdelingen voortdurend met de handen in het haar zitten en zich voor ethische problemen en vragen geplaatst voelen. Dagelijks worden prioriteiten gesteld. Welke patiënt moet beslist nu worden geholpen en wie kan nog wel even wachten? Vaak worden patiënten vlak voor een operatie afgebeld omdat iemand anders urgenter wordt geacht. Ik zou dit voorbeeld met vele andere kunnen aanvullen. In het licht van de sociale vernieuwingsgedachte ben ik ervan overtuigd dat deze hartekreet naar de bewindslieden en de politiek niet aan dovemansoren is gericht.

Staatssecretaris Simons sprak bij de installatie van de commissie Keuzen in de Zorg de volgende woorden: 'Een meer maatschappelijke of culturele benadering van de keuzeproblematiek legt nadruk op welzijn of 'care' en verzorging en vooral op de kwaliteit van leven en levensgeluk.' Even verder sprak hij: 'Gezondheid en zorgverlening worden dan weer middelen van mensen om gelukkig te kunnen zijn.' Ik hoop niet dat hij het bij deze woorden laat. Wachtlijsten maken mensen diep ongelukkig. Ik hoop dat de staatssecretaris niet wacht met maatregelen tot de commissie Keuzen in de Zorg eind volgend jaar met haar advies komt; in het door mij gekozen voorbeeld zullen velen dan niets meer zien van de politiek zo geroemde sociale vernieuwing.

Voor die vernieuwing is gewoon geld nodig, ongeacht de culturele of maatschappelijke benadering van de keuzeproblematiek. In dit verband ben ik verheugd over de instelling van de commissie Keuzen in de Zorg, omdat hiermee wordt erkend dat die keuzen een maatschappelijk en politiek draagvlak behoeven. Ik wens de

commissie overigens sterkte en wijsheid toe in haar uiterst moeilijke taakopdracht. Tegen deze achtergrond wil ik stellen, dat het louter gelijkhouden of terugdringen van het totale budget dat aan gezondheidszorg wordt besteed in feite geen echte keuze is, maar het blijven voortborduren op een vast stramien. De keuzen moeten niet alleen binnen de gezondheidszorg worden gemaakt. Als wij gezondheidszorg echt zo veel belangrijker vinden dan vroeger, dan moeten wij ook kiezen om daar waar dat noodzakelijk is meer te besteden.

#### ONGEWENSTE MEDICALISERING

Ik keer terug naar mijn uitgangspunt: de herwaardering van het subjectief beleven. In het begin stelde ik, dat de belevingswereld van arts en die van patiënt niet altijd congruent zijn en dat de indrukwekkende stroom patiënten naar andere behandelwijzen en de verschillen in het beleven van ziek zijn en de weg naar beter worden signalen zijn die niet kunnen worden genegeerd. Dat vindt ook zijn weerslag in de groeiende stroom mensen die ondanks de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking toch arbeidsongeschikt zijn in verband met ziekte of geconstateerde afwijking. Welk verband zie ik tussen deze twee onderwerpen in het licht van een herwaardering van het subjectieve beleven? Ik ben van mening dat beide fenomenen een uiting zijn van een ongewenste medicaliseringstendens binnen onze samenleving. Ik zal trachten dit uit te leggen.

Allereerst een enkele opmerking over de *andere behandelwijzen*. Hierover heeft binnen de KNMG de laatste maanden naar aanleiding van, laat ik het oneerbiedig noemen 'de affaire-Van der Smagt' een heftige discussie plaatsgevonden. Naar aanleiding van deze discussie heb ik getracht in een achttal punten weer te geven wat wij van KNMG-leden niet accepteren in de praktijkuitoefening. De belangrijkste daarvan wil ik nog even noemen:

1. Het toepassen van andere geneeswijzen, terwijl er voor het desbetreffende gezondheidsprobleem effectieve getoetste behandelwijzen voorhanden zijn.
2. Wanneer relaties worden aangegaan met de patiënt zonder dat de dienstverlening aan de patiënt het hoofdoel is.
3. Wanneer de goedgelovigheid of afhankelijkheidsbehoefte van de patiënt wordt uitgebuit uit eigenbelang.
4. Wanneer er geen verantwoording wordt afgelegd aan collegae en aan patiënten.

Hedenmiddag op de Algemene Vergadering heb ik een wijziging van de gedragsregels aangekondigd die bovengenoemde punten duidelijk in gedragsregels zal vertalen. Desalniettemin moet mij van het hart, dat de ongenueanceerdheid waarmee de discussie wordt gevoerd een beroepsgroep als de onze haast onwaardig is. Het gaat er niet om algemeenheden, onbewezen feiten, roddels en achterklap te verkondigen. Het gaat erom duidelijk aanwijsbare fouten te constateren, bewijsmateriaal aan te dragen en onwettelijke feiten te produceren. Heeft het reguliere circuit redenen om trots te zijn, wanneer ik denk aan de grote verschillen die ik in het begin van mijn verhaal memoreerde? Laten we liever op professionele wijze eerst de hand in eigen boezem steken en ons afvragen in hoeverre de stroom naar andere behandelwijzen niet in relatie zou kunnen staan met een te kort schieten van onze eigen relationele vaardigheden en het inzicht dat ook het succes van regulier medisch handelen een meer relativerende benadering verdient.

Knepper stelt in Medisch Contact, dat artsen niet in staat zijn ziekte vast te stellen. 'Ziekte' is een begrip als geluk of armoede: iedereen weet wat ermee wordt bedoeld, maar niemand kan het precies beschrijven en ook niet iedereen verstaat er hetzelfde onder. Ook

artsen hebben ieder hun eigen referentiekader over het ziektebegrip, dat door hun opleiding maar ook door hun omgeving wordt bepaald. De huisarts, de somatisch ingestelde specialist, de psychiater, de sociaal-geneeskundige, zij allen hebben hun eigen interpretatie van het begrip 'ziekte'. In de praktijk blijkt echter dat niet elk lichamelijk of psychisch ervaren ongenoegen vanuit een medische invalshoek te verklaren is en/of te behandelen. Onder 'herwaardering van het subjectief beleven' versta ik in dit verband, dat artsen in hun wellicht gefrustreerde daden- en resultatendrang zich niet mogen laten verleiden tot het zoeken en doen van nog meer medische interventies.

In dit verband heeft Prof. Thung de uitdrukking 'geneeskitsch en pseudo-geneeskunde' gebruikt. Geneeskitsch en pseudo-geneeskunde passen niet in een kwaliteitsbeleid en getuigen meer van een amateurische dan van een professionele houding. Ook het wellicht gefrustreerde verwachtingspatroon van de patiënt/hulpvrager verdient in dit licht de volle aandacht: zijn subjectief beleven van een reëel gevoelde klacht verdient een herwaardering, die niet tot uiting komt in de eenvoudige verklaring: 'U mankeert niets', ook zijn referentiekaders zijn van belang en dienen te worden betrokken bij zijn interpretatie van het begrip 'ziekte', maar daar valt niet altijd medisch-somatisch iets aan te doen.

In feite is er dan sprake van een niet-medisch-somatisch probleem, waarvoor dan ook geen medisch-somatische oplossing kan worden geboden. Andere behandelwijzen, ook vele alternatieve baseren zich toch op een of andere vorm van een medisch-somatisch model en bieden hier toch oplossingen aan door middel van poeders, pillen, injecties of prikken. Zij vallen derhalve ook onder de noemer van geneeskitsch of pseudo-geneeskunde en werken daardoor ook medicalisering in de hand, maar dan op een wijze die volstrekt oncontroleerbaar of toetsbaar is. Dit dienen wij te veroordelen en te bestrijden, omdat het een misbruik maken is van het medisch-somatisch model.

Enkele woorden over het andere probleem dat ik zojuist heb aangestipt: de toename van *arbeidsongeschiktheid* door ziekte. Het is bekend dat in wijde kring ongerustheid heerst over het toenemend aantal WAO'ers. Tijdens een van de periodieke ontmoetingen die wij met hem hebben heeft staatssecretaris Simons daarover onlangs zijn zorg uitgesproken en gevraagd of de KNMG eens wilde onderzoeken welke bijdragen vanuit de medische wereld kunnen worden geleverd om voor deze problematiek een oplossing te vinden. Op het eerste gezicht leek mij dat een goede vraag, maar tegelijkertijd een vraag die weer ambivalente gevoelens oproept:

Weer een moeilijk maatschappelijk probleem dat op het bord van de medicus wordt gelegd! Vinden wij dan al niet dat medicalisering juist heeft bijgedragen aan het ontstaan van de grote WAO-problematiek? Worden er weer medische oplossingen voor niet-medische problemen gevraagd? Wordt er in een tijd waarin iedereen ervan overtuigd is dat de medische macht betrekkelijk is, en derhalve medici zich dat bewust moeten zijn, toch weer aan artsen de macht toegedacht om een moeilijk maatschappelijk probleem op te lossen? Echter, bij diepere reflectie denk ik toch dat het mogelijk moet zijn inderdaad als medische professie een bijdrage te leveren aan het demedicaliseren en derhalve mede oplossen van de WAO-problematiek, en wel omdat de desbetreffende vraag niet hoeft te worden gezien als een vraag om meer medicalisering, maar juist als een vraag ertoe bij te dragen dat er een duidelijke scheiding komt tussen arbeidsongeschiktheid die ontstaat door ziekte – ik verwijs naar de passage waar ik collega Knepper aanhaalde voor de herwaardering van dat begrip – en waar er sprake is van andere redenen voor arbeidsverzuim.

Het is niet mijn bedoeling uit te weiden over alle oorzaken en

redenen voor arbeidsverzuim en de maatregelen die in dat verband moeten worden genomen. Ik zou mij willen beperken tot die oorzaken en redenen voor arbeidsongeschiktheid waarover de medicus een beoordeling kan geven en met betrekking waartoe hij een bijdrage kan leveren om de gerezen problemen op te lossen. Tot nu toe, moet ik zeggen, heeft medische bemoeienis, ondanks het feit dat ik ervan overtuigd ben dat allen die bij deze problematiek zijn betrokken hun uiterste best doen om deze op te lossen, niet altijd bijdragen aan de werkelijke oplossing ervan. Sterker nog, doordat arbeidsongeschiktheid zo snel in medische termen wordt vertaald komen mensen die daar niet thuishoren in het medisch circuit terecht, waarin zij door een merkwaardig samenspel van krachten gevangen blijven. Ik wil slechts wijzen op het onderzoek van Ruijzendaal, waaruit blijkt dat 85% van de motiveringen voor psychiatrische diagnoses die worden gesteld in het kader van arbeidsongeschiktheid, na een grondig medisch deskundige analyse niet gehandhaafd kon worden; wat de gevolgen hiervan zijn laat zich makkelijk raden.

Aan de andere kant heeft de medische professie in Nederland in het verleden erg veel gedaan om ervoor te zorgen dat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid zo zorgvuldig en professioneel mogelijk tot stand komt en dat er met name geen onduidelijke rolvermengingen optreden tussen de diverse artsen die daarbij betrokken zijn. Ons principe van scheiding van behandeling en controle is strenger en vooral duidelijker dan de gedragsregels die in andere landen worden gehanteerd. De ontwikkeling van de sociaal-geneeskundige disciplines bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde is verder en die disciplines zijn professioneler dan in veel van de ons omringende landen. Maar heeft dat uiteindelijk het effect gehad dat wij er met z'n allen mee bedoelden? Zijn de schotten niet zo streng geworden, zijn de referentiekaders van de diverse bij de beoordeling en begeleiding betrokken medische groeperingen niet zo ver uit elkaar gegroeid, dat zij elkaar niet meer begrijpen? In dit opzicht is het tekenend, dat in een nog niet zo recent verleden een overleggroep van medici en voorzitters van de Raden van Beroep heeft geprobeerd tot betere vraagstelling en beantwoorden van de vraagstelling over en weer te geraken, omdat in de ogen van de Raden van Beroep en de verzekeringsgeneeskundigen de curatieve specialisten die bij arbeidsongeschiktheitsbeoordelingen werden betrokken in wezen niet in staat waren tot het type beoordeling dat nodig is in medische arbeidsongeschiktheidsvraagstukken.

Een commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft zich gedurende een aantal jaren het hoofd gebroken over het vraagstuk van de sociaal-medische begeleiding bij arbeidsongeschiktheid. De resultaten daarvan zijn, zeker als men kijkt wat er in de praktijk is veranderd, teleurstellend. De Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Vereniging voor Sociaal Geneeskundigen hebben jaren geleden een samenwerkingsmodel gemaakt vanuit de gedachte dat de huisarts en de sociaal-geneeskundige, met name de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsgeneeskundige, moesten kunnen samenwerken in de begeleiding en revalidering van de arbeidsongeschikte; ondanks de scheiding van verantwoordelijkheden moest dit leiden tot een optimale begeleiding van de arbeidsongeschikte patiënt, doch in de praktijk lijkt er weinig veranderd. Zelfs al zou er binnen de medische professie eenvormigheid en een eenvormige opvatting heersen over het begeleiden van arbeidsongeschikten, dan nog kan men zich afvragen of daarmee de problemen voldoende worden aangepakt. Immers, het aantal actoren en opvattingen vanuit andere groeperingen die zijn betrokken bij het WAO-vraagstuk zijn velerlei: ik denk aan de opvattingen binnen bedrijfsverenigingen, bij psychologen en maatschappelijk werkers die met dit vraagstuk bezig zijn en

bij werknemersorganisaties en werkgevers. Zij allen hebben een geheel ander referentiekader. Het gesprek over de WAO dreigt daarom te verzanden niet alleen in onbegrip, maar zelfs in het verketteren van elkaars standpunten. De WAO'er zelf is in dit maatschappelijk krachtenveld volkomen machteloos geworden. Hij wordt al gauw gezien als een misbruiker van sociale voorzieningen, hetgeen, zeker indien hij behoort tot de overgrote groep waarbij dat niet het geval is, bepaald niet bijdraagt aan zijn herstel. En dat terwijl het hier gaat over een groep mensen die twee maatschappelijke grondrechten moeten ontberen: het recht op een goede gezondheid en het recht op arbeid.

### SAMEN OM DE TAFEL

Wanneer wij er niet in slagen op zijn minst voor elkaars referentiekaders begrip op te brengen en gemeenschappelijke uitgangspunten te formuleren, en ik bedoel hierbij: allen die bij deze problematiek zijn betrokken, dan zal er weinig veranderen. Daarom zou ik willen inhaken op het verzoek van de staatssecretaris; van zijn kant heeft deze zich bereid verklaard middelen ter beschikking te stellen als de KNMG constructief zou willen meedenken. Ik zou in dit kader het volgende voorstel willen doen: Waarom zou de KNMG niet op dezelfde wijze als die waarop zij destijds de conferentie 'Kwaliteit van zorg' heeft georganiseerd een 'invitational conference' kunnen beleggen waar zij honderd mensen met gezag en kennis van zaken uit de verschillende genoemde groeperingen, met hun verschillende referentiekaders, die bij de WAO-problematiek zijn betrokken met elkaar van gedachten laat wisselen. Twee of drie dagen lang zou men dan diepgaand naar gemeenschappelijke en verschillende uitgangspunten moeten zoeken en moeten trachten tot een intentieverklaring te komen, een richting uit te zetten voor een samenhangend beleid om de WAO-problematiek te lijf te gaan. Daarna zouden, indien men over deze uitgangspunten overeenstemming heeft bereikt, de deelnemers kunnen teruggaan naar hun respectieve achterbannen om te trachten te bezien in hoeverre de geformuleerde uitgangspunten in het beleid van elk van de betrokken actoren kunnen worden gepast om vervolgens een jaar later op dezelfde wijze als bij de kwaliteitsconferentie is geschied met een resultaat te komen, onder het motto: 'Van uitspraken naar afspraken'.

Ik zou willen afsluiten door terug te kijken op een bijna decennium lang durend bestuurslidmaatschap van de KNMG. Wanneer ik deze periode overzie, mag ik constateren dat er, ondanks alle problemen die wij nog hebben en alle verschillen die ons scheiden veel is dat ons bindt. Met name mag ik constateren dat het wederzijds vijandbeeld, dat vaak door tegengestelde belangen was gekleurd, is vervangen door een manier van denken waarin juist de gemeenschappelijke kaders worden opgezocht. Ik denk aan het feit dat toen ik aantrad patiëntenverenigingen tegenover hulpverleners stonden, terwijl wij thans in de sfeer van overeenkomsten werken, zoals de modelregeling van LPCP en KNMG. Ik denk ook aan de beide kwaliteitsconferenties, waarop alle partijen in de gezondheidszorg in goede harmonie rond de tafel zaten om te trachten tot een samenhang in het beleid te komen. Dat alles stemt mij optimistisch. Wij willen met optimisme de toekomst tegemoet gaan. Wij geloven in de vooruitgang. De prijs daarvoor moet in relatie staan tot wat wij allen willen, doch die hoeft niet uit de pan te rijzen, als wij een kritische – ook subjectieve – analyse van ons denken en doen aandurven. Ik hoop daartoe – wellicht vanuit een ander referentiekader dan de congrescommissie heeft bedoeld – een aanzet te hebben gegeven. □