

Jaarrede KNMG-voorzitter R.H. Levi

Angst, vriend of vijand?

R.H. Levi

ARTS EN ANGST is het thema van ons congres 1993 hier in Almelo. Dat was pakweg zo'n vijftien jaar geleden nog praktisch onmogelijk geweest: artsen waren niet bang, zij twijfelden nooit en hadden altijd gelijk. De Maatschappij was de Maatschappij met een hoofdletter M en daar was je natuúrlijk lid van. En binnen je eigen afdeling kende je op z'n minst de voorzitter en verder natuurlijk alle vooraanstaande leden. En nu hebben we een congres getiteld: 'Arts en angst'.

Gesproken wordt over angst om fouten te maken, angst voor agressie, angst voor het financiële reilen en zeilen van de praktijk. Kortom, de arts stelt zich kwetsbaar op, en daar is hij of zij niet meer zo bang voor. Gezien de grote belangstelling voor dit congres moet ik dat althans concluderen. Om een voorbeeld te noemen; agressie in de praktijk, daar praatte je vroeger niet over. Soms binnen de waarneemgroep, maar dan alleen als de agressieve patiënt bij iedereen bekend was, want anders lag de schuld voor de agressie toch voornamelijk bij jezelf, bij de dokter, en had je je werk dus kennelijk niet goed gedaan en - erger nog - was je dus geen goede dokter. De erkenning dat zoiets als agressie in elke praktijk voor komt en praktisch elke dokter kan overkomen, beschouw ik als winst voor de beroepsgroep. Het feit dat wij ons hele congres aan arts en angst wijden zie ik als een doorbraak.

Zo uitgebreid over dit onderwerp spreken is op zichzelf een overwinning op angst, namelijk de angst om over je zwakheden te praten; je angsten, je onzekerheden. Dat vind ik de grote winst van dit thema, omdat het ons kwalitatief handelen kan verbeteren en omdat we ons daardoor ook beter in de positie van de (soms angstige) patiënt kunnen verplaatsen. Angst kan misschien wel meer gedaanten hebben dan wij denken. Angst kan je vijand zijn, maar ook je vriend. Het kan ertoe leiden dat je probleemsituaties in de toekomst helderder voor ogen ziet, zodat op tijd maatregelen genomen kunnen worden. En hoe vaak blijkt angst niet onterecht te zijn, gebaseerd op vooronderstellingen die na overleg of bespreking met anderen hersenschimmen blijken te zijn? "De mens lijdt nog het meest door het lijden dat hij vreest, doch dat nimmer op komt dagen." Als het zo eenvoudig lag, hoefden we geen congres te houden. Een zekere relativering leek mij echter op zijn plaats.

Het thema 'angst' zouden we ook heel goed van toepassing kunnen laten zijn op onze toekomst. De toekomst van ons land, of zo

men wil van onze wereld, of meer in engere zin de toekomst van onze gezondheidszorg, met name onze eigen toekomst daarbinnen. En natuurlijk ook op de toekomst van onze federatie, waarmee wij nu bijna drie jaar geleden zo vol enthousiasme zijn begonnen. Reden tot somberheid? Geenszins!

Geen reden voor angst

Om te beginnen is mijn optimisme in zekere mate gesterkt door de uitlatingen van onze minister-president tijdens het Nationaal Debat over de gezondheidszorg op dinsdag 2 november jongstleden. De heer Lubbers, hoewel vanzelfsprekend niet volledig ingevoerd in de ingewikkelde problematiek van de gezondheidszorg, maakte een paar behartenswaardige opmerkingen. "Gezondheidszorg in Nederland is een zwaar beladen segment, we moeten ophouden die zorgsector te zien als een sector die uit de rails loopt", zo zei de minister-president. "Ik heb niet het gevoel dat de gezondheidszorg in een crisis verkeert. De zorg in Nederland is kwalitatief zeer goed en eigenlijk helemaal niet te duur. Dat moeten we elkaar dus ook niet steeds blijven aanpraten." En het FOZ? "Prima als financieel kader, als middel en instrument om een oog te houden op de kostenontwikkeling, maar niet als verlengstuk van de begroting" (op grond waarvan vervolgens op individuele basis kan worden afgerekend). Nu hoort u het ook eens van een ander zou ik willen zeggen, want dat is voor een groot deel datgene wat de KNMG ook steeds naar voren heeft gebracht.

Gaat de wind dus uit een andere hoek waaien? Weg met onze angst dus? Reden voor optimisme? Om te beginnen denk ik dat er überhaupt geen reden voor angst is, want we hebben hier in Nederland een goed gezondheidszorgsysteem en uitstekende beroepsbeoefenaren, maar ik wil wel enkele knelpunten aangeven. De minister-president realiseerde zich zeer wel dat de stelselwijziging slechts op delen is doorgevoerd. Dat ons gezondheidszorgsysteem er daardoor niet doorzichtiger op is geworden, dat bepaalde ingrepen - bijvoorbeeld het onderbrengen van specifieke onderdelen van de zorg in de AWBZ - niet tot minder, maar juist tot meer kosten hebben geleid, dat bepaalde zaken uit het stelsel niet zullen worden doorgevoerd en dat heel belangrijke punten uit het stelsel, die punten namelijk waar eventuele kostenbesparingen zouden kunnen worden gevonden, niet zijn gerealiseerd; ik doel hier op beslissingen omtrent het basispakket, noodzakelijke zorg, substitutie, etcetera. Zeker, de staatssecretaris heeft wel pogingen gewaagd. Door invoering van het GVS en

bijvoorbeeld door enkele voorzieningen op het gebied van zorg en geneesmiddelen waarvan de werking niet is vastgesteld uit het pakket te halen, maar omdat verzekeraars niet gebudgetteerd zijn konden zij, in afwijking van de beschikking van de staatssecretaris, goede sier maken in de richting van hun cliënten door te stellen dat zij die zorg en die geneesmiddelen wél zouden vergoeden. Waarmee een van de zwakheden uit het stelsel voldoende is aangetoond, meen ik. Concurrentie, grotere verantwoordelijkheid bij partijen, terugtrekkende overheid: het is allemaal prachtig, als de voorwaarden zijn geschapen waarop de partijen in het veld op basis van gelijkwaardigheid met elkaar kunnen onderhandelen. Maar die voorwaarden zijn mijns inziens vooralsnog niet aanwezig. Verzekeraars zullen zich steeds meer aaneensluiten, fondsen en particuliere maatschappijen fuseren, en in de toekomst ontstaat er één groot machtsblok, waarbinnen er nauwelijks sprake zal zijn van concurrentie, noch op basis van kwaliteit, noch op basis van de prijs. Tenzij de wal het schip nog zal keren, omdat blijkt dat grote concentraties van verzekeraars bijvoorbeeld op lokaal niveau niet werken, zal dat een ontwikkeling zijn waar we rekening mee moeten houden.

Patiënten, de belangrijkste partij in het veld, zijn weliswaar georganiseerd in verenigingen en in de Nationale Patiënten/Consumenten Federatie, maar vormen mijns inziens op dit moment nog niet die volwaardige marktpartij die ze zouden moeten zijn, vooral niet op regionaal niveau. Op de rol van de patiënt kom ik verderop in dit verhaal nog terug.

Minder sterke partij

En de aanbieders van zorg? Ook zij zijn, onder meer na het vervallen van de contracteerplichting, wellicht een minder sterke partij dan vroeger. Opvallend vind ik bijvoorbeeld, dat in de modelovereenkomst die met de verzekeraars moet worden afgesloten wel richtlijnen zijn opgenomen voor een goed medewerkschap, maar dat richtlijnen voor een goed verzekeraarschap eigenlijk nog ontbreken.

Daarnaast is het ook zeer onzeker hoe de politieke wind met betrekking tot de gezondheidszorg zal gaan waaien. Zal het de kant opgaan van de minister-president, die op die tweede november ook dingen heeft gezegd waar wij het helemaal niet mee eens zijn? Bijvoorbeeld, dat ouderen de grotere hoeveelheid zorg die ze behoeven financieel gezien ook maar zelf moeten opbrengen? Of de lans die hij brak voor de zogenaamde elitaire geneeskunde, waarbij de hoeveelheid zorg



Foto: Erwin de Leeuw.

die wordt geleverd voornamelijk afhankelijk is van de vermogenspositie van de patiënt? De 'no nonsense'-we-moeten-er-nu-allesmaal-maar-eens-tegenaan-gezondheidszorg? Of de verzorgende solidaire gezondheidszorg, de 'care' eigenlijk? Zorg die wordt gefinancierd op basis van het principe 'sterkste schouders, zwaarste lasten', zonder dat daar zo nodig een inkomenspolitieke draai aan moet worden gegeven.

Niet werkeloos toekijken

Welke signatuur het komende kabinet ook zal krijgen, we kunnen er zeker van zijn dat een volgende staatssecretaris (of mag het wellicht deze keer een minister zijn?) opnieuw zal trachten tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg te komen. Dat is namelijk al twintig jaar het geval.

Ik vind dat wij als artsen daarbij niet werkeloos mogen toekijken.

En dat doen we ook niet.

Ten eerste gaan we ons binnen de beroepsgroep beraaden op de vraag wat eigenlijk de doelen van onze gezondheidszorg moeten zijn. We gaan dat op dezelfde wijze doen als vorig jaar bij de 'professioneel kiezen'-conferenties. In de tweede helft van het volgend jaar zullen zes conferenties worden georganiseerd waar deze vraag aan de orde wordt gesteld. Pas als we het over onze doelen in de gezondheidszorg eens zijn, kunnen we ook praten over doelmatig handelen, kunnen we ook beter aangeven welke criteria voor de noodzakelijke keuzen moeten worden aangedragen.

Ten tweede is het van het grootste belang om ons op een goede wijze regionaal te organiseren. Een belangrijk onderdeel van de stelselwijziging was het idee van de terugtrekkende overheid. Partijen in het veld krijgen meer verantwoordelijkheid, kunnen door diezelfde overheid dan wel door de politiek ter verantwoording worden geroepen. Binnen het brede kader van het macro-budget - met de toepassing waarvan, ik zeg het toch nog maar een keer, de KNMG het nog steeds 

niet eens is - kunnen op regionaal en op lokaal niveau overeenkomsten worden gesloten. De regionale en lokale overheden zullen gezamenlijk met verzekeraars en aanbieders van zorg, de planning van de voorzieningen ter hand moeten nemen. Gezien de eveneens gedeeltelijk doorgevoerde functionele zorgomschrijving, liggen er voor partijen in de regio voldoende terreinen open om op te onderhandelen. Ook op het brede terrein van de preventie. De daarvoor door de overheid ter beschikking gestelde gelden zijn niet altijd geoormerkt en kunnen dus door de plaatselijke overheden even goed geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld verbeteringen van het plaatselijke zwembad of de bouw van een clubhuis voor de mountainbikevereniging als bijvoorbeeld in de versterking van de functie van de GGD. Het is duidelijk dat daar ook voor de KNMG een schone taak is weggelegd. In het kader van de evaluatie van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid binnen de Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft de KNMG gewezen op de grote diversiteit in de wijze waarop gemeenten de wet toepassen. De KNMG heeft aangedrongen op het stellen van minimum-kwaliteitseisen aan de inhoud van de collectieve preventie. Hoe effectief die taken worden uitgevoerd is ook afhankelijk van de regionale vertakking van de beroepsvereniging. Het zal bekend zijn dat de huisartsen op dit gebied het verst zijn: aansprekpunten over het hele land binnen het kader van de districtshuisartsenverenigingen. De specialisten zitten nog midden in de opbouwfase van een regionaal apparaat. De KNMG als federatie buigt zich over een mogelijke regionale indeling in zes regio's. Het staat voor mij als een paal boven water dat met name die regionale belangenbehartiging ook binnen het taakgebied van de KNMG van bijzonder belang is. Een goed doordachte regiovisie, ondersteund door een krachtige regionale organisatie waarborgt in de toekomst ook in de nieuwe situatie, waarbij op regionaal niveau over overeenkomsten wordt onderhandeld, een sterke positie. Een belangrijke voorwaarde daarbij is overigens eenheid in eigen gelederen.

Ten tweede ben ik het met Lubbers eens dat onze gezondheidszorg, ondanks de ingrijpende maatregelen van de laatste jaren, nog steeds kwalitatief van uitstekend gehalte is en wereldwijd tot de beste mag worden gerekend. En dat is niet in de laatste plaats te danken aan de kwaliteit van onze beroeps-groep. Ik ben dan ook van mening dat er van onze kant krachtig moet worden gereageerd tegen opvattingen van mensen als de voorzitter van het VNO die ongestraft in het openbaar kunnen beweren dat de huisarts over het algemeen veel te snel doorverwijst en beloond zou moeten worden voor minder verwijzingen. Of die andere populaire opvatting, dat onze specialisten eropuit zouden zijn zich ten koste van de patienten te verrijken. De kwaliteit van de huisartsenzorg in Nederland is volgens mij boven elke twijfel verheven. Het kwaliteitsbeleid van de huisartsgeneeskunde is uitstekend. Doelmatig handelen wordt zoveel mogelijk bevorderd, onder andere door

het standaardenbeleid van het Nederlands Huisarts Genootschap, en in het kader van de herregistratie wordt meer dan ooit aandacht besteed aan bij- en nascholing. Bovendien behoort het voorschrijfgedrag van onze huisartsen tot het laagste van heel Europa. En voor de specialistische geneeskunde geldt hetzelfde. Intercollegiale toetsing, kwaliteitsprojecten, ontwikkeling van protocollen, herregistratie, visitatieprojecten: het zijn allemaal ontwikkelingen die erop wijzen dat het de Nederlandse specialisten erom te doen is een zo hoog mogelijke kwaliteit te leveren. Dat geldt overigens ook voor onze sociaal-geneeskundigen, die zeer onlangs eveneens een project voor intercollegiale toetsing hebben opgezet.

Het is in Nederland 'not done' op te schepen over wat goed is in eigen land of over wat goed is binnen je eigen beroepsgroep. Dat laten wij in een soort valse bescheidenheid graag aan anderen over. Ik geef er de voorkeur aan het goede zelf te koesteren en hier te verkondigen. Waarmee ik overigens niet gezegd wil hebben dat er natuurlijk niet ook uitzonderingen zijn die de regel bevestigen en die, omdat wij nu eenmaal als mensen graag generaliseren, het imago van de totale beroepsgroep schaden. Maar het gaat mij langzamerhand te ver dat iedereen in dit land straffeloos kritische en denigrerende opmerkingen kan maken over leden van onze beroepsgroep, als hem of haar dat om politieke of beleidsmatige redenen zo uitkomt. Kritiek prima, daar zijn wij ook niet angstig voor, maar wel gefundeerd en niet zomaar uit de losse pols als een veredelde vorm van borrelpraat. Nog één opmerking met betrekking tot de specialistenproblematiek. Voor mij staat geenszins vast dat overschrijdingen van het budget vooral aan de specialisten is toe te schrijven. Er zijn allerlei invloeden die tot een grotere vraag en derhalve tot hogere kosten hebben geleid. Dat is één. Ten tweede zijn de cijfers waarop het FOZ en vervolgens ook de overschrijdingen zijn gebaseerd, verre van betrouwbaar. Derhalve heb ik mijn twijfels over de maatregelen die in de tariefensfeer zijn getroffen en zeker tegen het meer permanente karakter dat daar inmiddels aan is gegeven. Ik ben van mening dat de specialistische geneeskunde in Nederland op een bijzonder hoog peil staat en dat daar ook een vergelijkbaar inkomen tegenover moet staan. Of dat op de huidige wijze tot stand moet komen of dat daar in de toekomst een ander systeem aan ten grondslag zal moeten liggen, laat ik nu nog even in het midden. Wij zijn bereid gezamenlijk met de daartoe aangewezen instanties zo spoedig mogelijk een oplossing voor dit specifieke probleem te vinden.

Onbespreekbaar

Een oplossing zal overigens niet liggen in de acceptatie van wachtlijsten, zoals wij onlangs weer mochten vernemen, want die oplossing is gezien in het licht van de kwaliteit van onze gezondheidszorg voor mij volstrekt onbespreekbaar. Wachtlijsten als regulatie van de vraag... Wachtlijsten om inzicht te krijgen in

de vraag... Wachtlijsten als middel om te zien welke voorzieningen met elkaar om voorrang dienen te strijden... Dat moet fantastisch zijn voor een econoom! Welke economisch directeur droomt er niet van een goed gevulde orderportefeuille?

Maar zo werkt dat niet in de gezondheidszorg. Iedere persoon op een wachtlijst is op zich een eigen persoonlijk drama met een uitgebreide sociale achtergrond. Soms ontkomen we niet aan wachtlijsten; dat zullen we dan eerlijk moeten toegeven. Misschien zullen we er in toenemende mate mee worden geconfronteerd; dat is zeer zeker mogelijk. Maar we zullen steeds met alle middelen waarover we beschikken moeten proberen wachtlijsten aan te vatten en weg te werken. En om wachtlijsten dan te verheffen tot een meetinstrument ten behoeve van de planning van de gezondheidszorg: dat moeten wij ver van ons werpen.

Als ik deze en soortgelijke discussies aanhoor - en het zijn toch niet de eerste de beste economen die zich ermee bezighouden - vraag ik mij steeds af of de gezondheidszorg wel een economisch goed is, zoals men ons steeds wil doen geloven. En of gezondheidszorg wel inpasbaar is in de modellen van de economie. Ik ben maar een eenvoudige dokter, maar ik wil er toch voor waarschuwen dat wij geen wielen moeten gaan uitvinden die elders allang weer van de wagen zijn gelopen.

Dat neemt niet weg, dat wij als beroepsgroep ook onze verantwoordelijkheid hebben in de ontwikkeling van de kosten van onze gezondheidszorg. Bij een terugtrekkende overheid en meer verantwoordelijkheid bij wat dan zo mooi 'partijen in het veld' wordt genoemd, hebben wij die verantwoordelijkheid ook en zullen die moeten accepteren. Daarnaast heeft de KNMG die verantwoordelijkheid in het kader van het toegankelijk houden van de gezondheidszorg voor iedereen en natuurlijk hebben wij onze verantwoordelijkheid als maatschappelijke organisatie. En die gaan wij niet uit de weg. De KNMG zal zich derhalve in de komende jaren niet alleen bezighouden met de verdere ontwikkelingen en het waarborgen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg, wij zullen ons ook buigen over het ontwikkelen van 'incentive'-systemen, het uitdragen van criteria op grond waarvan beter keuzen kunnen worden gemaakt, etcetera.

Toch vind ik dat we met het maken van keuzen erg voorzichtig moeten zijn. Dit congres heeft als thema: 'Arts en angst'. Ik hoop dat we daarbij de patiënt niet vergeten. Soms praten en delibereren we zoveel over stelsels, marktpartijen, kostenbeheersing, macrobudgetten en meer van de economische aardigheden, dat we bijna vergeten dat we met mensen, met patiënten te maken hebben. Als wij spreken over keuzen in de zorg, als de politiek of 'Dunning' spreekt van keuzen in de zorg, dan zit achter elke keuze een onzekere soms angstige patiënt. Dat moeten wij goed beseffen. Anderzijds vind ik dat als we hier over knelpunten in de gezondheidszorg praten, en dat doen we, als we proberen

oplossingen daarvoor te vinden, als we spreken over handhaving en verdere opvoering van de kwaliteit van ons functioneren, en dat doen we ook, dat we dat natuurlijk ook en met name doen in het belang van onze patiënten. (Misschien ben ik wel een wat ouderwetse dokter maar ik krijg het woord 'consument' nog steeds met moeite over mijn lippen.)

Uit wat ik tot nog toe naar voren heb gebracht zal duidelijk zijn dat mijn optimisme niet op loze materie is gestoeld. Ook in de toekomst liggen er kansen genoeg. Ik vond het echter noodzakelijk aandacht te besteden aan enkele trends in de gezondheidszorg en in de politiek waar we in ons beleid op moeten inspelen. Ik heb daarnaast ook terreinen genoemd waar we actief op moeten zijn. Ik ben ervan overtuigd dat wij ons, als we dat goed doen, niet zoveel zorgen voor de toekomst behoeven te maken, laat staan dat we daar angst voor zouden moeten hebben. Zo kan angst, zoals ik dat ook in het begin van mijn verhaal al aangaf, ook heel positief uitwerken: je realiseert je bijtijds wat er zou kunnen gebeuren als er geen maatregelen zouden worden genomen en vervolgens neem je die maatregelen.

Ethiek

Een belangrijk terrein waar ik het nog niet over heb gehad is dat der ethiek. Op dit gebied komen er in de nabije toekomst ongetwijfeld belangrijke kwesties op ons af. Hoe gaan we om met levensbeëindigend handelen? Hoe voorkomen we dat de door ons zorgvuldig opgestelde criteria voor euthanasie te gemakkelijk worden toegepast? Hoe lossen wij in dit verband de problematiek van de wilsonbekwamen op? En wat doen we met de schriftelijke wilsverklaringen?

De afgelopen periode heeft de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen, de CAL, in dit verband een aantal belangrijke discussienota's het licht doen zien, gewijd aan de problematiek van de zwaar defecte pasgeborenen, de diep-comateuze patiënten en de zwaar demente ouderen, en volgende week verschijnt ook de discussienota over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. De KNMG heeft hiermee mondiaal het voortouw genomen. Een initiatief overigens dat ons niet overal in dank is afgenomen, maar waarvan wij vinden dat het die nadere aandacht en uitdieping verdiende. Het omgaan met vragen op het gebied van het levenseinde is voor elke arts in de individuele uitoefening van zijn of haar beroep een ingrijpende zaak. Het is dan goed als je beroepsorganisatie bij de oplossing van die vraagstukken te hulp kan komen. Over wetsvoorstellen die thans bij de Eerste Kamer liggen op het gebied van euthanasie heeft de KNMG uitgebreid van gedachten gewisseld met de overheid. Wij denken dat onze artsorganisatie een zorgvuldige bijdrage heeft geleverd en zal blijven leveren aan het op de juiste wijze omgaan met deze ingrijpende problematiek. Laten we hopen dat de Eerste Kamer die inspanningen niet zal tenietdoen.

Het voorgaande had te maken met vragen die zich voordoen bij het einde van het leven, maar wij hebben vanzelfsprekend zeker in de toekomst ook te maken met kwesties van geheel andere aard. De DNA-technologie, screening en ander onderzoek op dit gebied, toepassing genetische technieken in keuringssituaties, in vitro-fertilisatie, pre-implantatiediagnostiek, het zogenaamde klonen: op al die gebieden zal van de beroepsgroep een oordeel worden verwacht. Dat oordeel, gebaseerd op een duidelijke visie, moeten wij geven omdat wij daar als maatschappelijke organisatie toe verplicht zijn.

Daarnaast zullen wij ons soms ook duidelijk moeten verzetten tegen zaken die de overheid ook van ons verlangt. Zo is de KNMG het absoluut oneens met de voorgestelde functie van de arts bij het opstellen van geboortecertificaten of de rol van de arts/psychiater in het kader van de rijbewijskeuring. We vinden dat er zorgvuldiger moet worden omgegaan met aanstellingskeuringen; in dat kader zijn we bezig met een project, overigens in samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken.

Meer dan in het verleden zal de KNMG zich ook moeten inspannen om de activiteiten die wij op dit gebied ontplooiën een grotere bekendheid te geven en zo het imago van de Nederlandse arts te verbeteren. Want dat is kennelijk noodzakelijk. Wat dat betreft kunnen simpele zaken soms 'eye-openers' zijn. Onlangs hebben we voor het eerst binnen Domus Medica een bijeenkomst georganiseerd waarop leden van de KNMG die op regionaal of lokaal niveau politiek actief zijn, in contact konden komen met leden van de Tweede Kamer die gezondheidszorg in hun pakket hebben. Wij noemden die bijeenkomst ons politiek café, en dat was het ook. Het was verrassend om na afloop van enkele politici te vernemen dat zij niet hadden verwacht dat zo iets binnen de Domus Medica, het bolwerk van de Nederlandse artsenwereld, mogelijk was; dat in een zo open en plezierige sfeer over soms heikle onderwerpen kon worden gedebatteerd.

Een enkel woord nog over onze federatie. Op 1 januari 1991 is de organisatie van de KNMG sterk veranderd. De beroepsverenigingen, LSV, LHV, LAD en LVSG, maken sindsdien deel uit van het Hoofdbestuur en hebben evenveel afgevaardigden in de Algemene Vergadering als de afdelingen van de KNMG. Dat geeft die beroepsverenigingen veel invloed op het beleid dat de federatie KNMG voert. Dat heeft het grote voordeel, dat indien beleid eenmaal door het HB is goedgekeurd, alle beroepsverenigingen zich daar ook aan hebben gecommiteerd, en dat was vroeger wel eens anders. Begin dit jaar zijn we met de evaluatie van de federatiestructuur begonnen. Het was voor mij verrassend hoe positief men zich uitsprak over de wijze waarop de federatie na een aanvankelijk aarzelende start is gaan functioneren.

Met het oog op de toekomst en de eerder geschilderde problematiek wil ik hier nog eens benadrukken dat het welslagen van alles wat ik hier aan ideeën en aan in de toe-

komst te ontplooiën activiteiten heb genoemd, staat of valt met de eenheid in onze eigen achterban. Eenheid in eigen geleiden, binnen een krachtige federatie. Eenheid daarbuiten, en dan doel ik op de specialistenproblematiek. Ik ben van mening, dat de verschillende specialistenverenigingen zo snel mogelijk toenadering tot elkaar moeten zoeken, teneinde niet naast elkaar maar juist met elkaar de onderhandelingen in te gaan en een oplossing te vinden voor de problematiek waar we nu mee te maken hebben.

Keihard aan het werk

Een oplossing voor de problematiek waarmee wij ondanks mijn onwankelbare optimisme in de toekomst zeker te maken zullen krijgen, is mijns inziens alleen te vinden in ongebredelde inzet, stug doorzettingsvermogen, onverwoestbare wilskracht en onvoorwaardelijke samenwerking, en vanzelfsprekend creatief en innoverend denken. Vooral onorthodox denken, waarbij vaste waarden ter discussie moeten kunnen komen. Wij zullen gewoon hard, keihard aan het werk moeten, om de steeds toenemende vraag en het aanbod in balans te houden.

Daarbij staat het voor mij vast, dat wat tot nu toe in onze gezondheidszorg is verworven, niet of vrijwel niet teruggedraaid kan en moet worden. Wij kunnen niet ineens meer leeftijdscriteria stellen voor open hartchirurgie of hemodialyse: dat is een gepasseerde station. We kunnen niet ineens weer re-usable naalden en spuiten gaan gebruiken, als dat beter of goedkoper zou zijn, waar we gewend zijn aan disposables. Hoogstens, dat mogen we niet nalaten, zullen we alles nog eens de trechters van collega Dunning laten passeren om het kaf van het koren te scheiden.

Daarnaast zijn nieuwe ontwikkelingen nodig. Ontwikkelingen die zich op curatief gebied langs de as huisarts-specialist moeten afspeelen. Misschien wel geen eerste en tweede lijn meer, geen onderscheid tussen extra- en intramuraal, geen onder- of bovengeschiedheid meer, maar nevensgeschiedheid met een duidelijke taakverdeling, met een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor patiëntengroepen of diagnosegroepen. Daarnaast een belangrijke taak voor de preventie. Niet alleen de klassieke preventie van ziekte en ziekmakend gedrag, maar ook de preventie die voortvloeit uit de erkenning dat ziekte ook een cultureel verschijnsel kan zijn. Bij dit alles zijn voor de patiënt minstens zo belangrijke taken weggelegd. Beheerst gebruik maken van het aanbod is voor hem of haar, maar vooral voor de omgeving, een eerste vereiste. De gezinsverwijzing in een ander perspectief. Geen onderworpenheid aan de wil van dokter of verzekerder, maar een doelbewuste afgewogen keuze, op geleide van een professioneel advies. Maar boven alles is het van belang dat we niet direct bij deze gedachten discussiëren over haalbaarheden, mogelijkheden, of zin of onzin, maar dat we onszelf dwingen onorthodox te denken. Alle vaste waarden moeten niet overboord worden gezet, maar ze moeten wel ter discussie kunnen komen. •