

KNMG-congres '95 Utrecht

# *Goede medische beroepsuitoefening: niets meer en niets minder*

Jaarrede KNMG-voorzitter

mw J.G.M. Lanphen

**B**IJ DE OPENING van ons congres 'Medici en media. Wat verbeeldt de dokter?' wil ik in mijn jaarrede onze eigen medische beroepsuitoefening deze keer centraal stellen. Sinds de oprichting van de Maatschappij in 1849 is de doelstelling van de KNMG steeds geweest 'de bevordering van de geneeskunst in haar ruimste omvang'. Wat dit betekent voor het vak en voor de beroepsuitoefening in zijn totaliteit, heb ik neergelegd in een motto dat ik voor het verdere verloop van mijn voorzitterschap wil gebruiken. Dat motto luidt "Goede medische beroepsuitoefening - niets meer en niets minder." Want daar gaat het in mijn visie om, dat is het doel dat wij sinds jaar en dag nastreven. Daar behoren goede opleidingsmogelijkheden toe, de mogelijkheid om je vak optimaal uit te oefenen, kwaliteitsgaranties, een adequaat inkomen en vooral ook voldoende capaciteit en ruimte voor de beroepsgroep en voor de patiënt.

## **Geen leeg begrip**

Goede medische beroepsuitoefening is niet zomaar een (leeg) begrip. Het wordt ingekleurd en verduidelijkt door de waarden en normen van het doktersvak. Die waarden en normen bepalen als het ware zowel het plafond als de bodem van wat wij daaronder verstaan.

Geneeskunst die meer omvat dan datgene wat medisch noodzakelijk is, zoals vercommercialiseerde luxe-geneeskunde, schiet in mijn ogen door het plafond. Daarentegen dreigen er door tijdgebrek gaten te vallen in de bodem van goede medische beroepsuitoefening. Als er niet genoeg tijd is binnen het primaire proces binnen de arts-patiëntrelatie, dan komen waarden in het gedrang zoals het recht van de patiënt op informatie, diens zelfbeschikkingsrecht, tijd voor de patiënt om na te denken en te overleggen over diagnose en therapie, en het overleg met de niet-curatieve sector. Kortom, de benodigde tijd moet beschikbaar zijn en, ik citeer Inez de Beaufort: "Iedere



Foto: Ton Minnen, fotobureau 't Sticht

dokter zou kijk- en luistergeld moeten krijgen.”

### Onder druk

Wij weten allemaal dat de beroepsuitoefening al jaren onder druk staat. Dit is het gevolg van de krappe financiële kaders en het steeds knellender keurslijf van het beperkte zorgvolume. Niet alleen de curatieve sector: huisartsen en medisch specialisten, maar ook de sociaal-geneeskundigen hebben daar ernstige zorgen over. Daarom stel ik in deze rede de waarden en de daarop gebaseerde normen die dokters hanteren centraal.

Het congres Thema 'Medici en media' is bovendien een goede aanleiding om meningen, ideeën en gedachten over de medische beroepsuitoefening op vernieuwde wijze in de belangstelling te brengen. Goede medische beroepsuitoefening is geen exclusief artsenbelang: het is een gemeenschappelijk belang van artsen en patiënten. En dus van de gehele Nederlandse samenleving, want daar maken wij allen deel van uit. Frappant is dat de NP/CF bijna identieke waarden en normen hanteert. Over de visie op goede zorgverlening bestaat dus maatschappelijke consensus.

Desondanks lijkt de druk op de medische beroepsuitoefening niet te verminderen, maar alleen maar verder toe te nemen. Wat de KNMG betreft dreigen daarbij nu ook grenzen te worden overschreden.

In het verdere verloop van mijn rede wil ik laten zien wat de waarden en normen zijn die voor een goede medische beroepsuitoefening bepalend zijn en hoe de KNMG daar - als maatschappelijke organisatie - mee omgaat. Mijn boodschap richt ik tot de overheid, de politiek, de samenleving en de media: er moet een fundamentele discussie gevoerd worden over wat goede zorg is, over de plafonds en de bodems.

In mijn beleving betekent dit, dat er een eind moet komen aan de eindeloze financieel-economische discussies, dat de patiënt centraal moet komen te staan en dat er natuurlijk ook een balans moet komen tussen noodzakelijke en gepaste zorg, want ik ontken niet dat wij ook een taak hebben als het gaat om een verantwoordelijkheid voor het kostenaspect; maar, en ik herhaal dat nog maar eens, dat mag niet overheersen.

### Waarden en normen van de beroepsgroep

Wat zijn nu die medische waarden en normen

Een goede medische beroepsuitoefening stoelt op de waarden en de normen van de beroepsgroep zelf. De waarden van het

medisch beroep zijn zaken die door iedere arts worden nagestreefd. De belangrijkste medische waarden berusten op een viertal medisch-ethische principes; dit zijn:

- \* geen kwaad doen, in de zin van: geen schade toebrengen, het beperken van de nadelige effecten van medisch handelen. Dit wordt samengevat in het aloude adagium 'primum non nocere';

- \* bevordering van de gezondheid en het welzijn van ieder mens, het verlichten van lijden en zo mogelijk het behoud van leven;

- \* respect voor de autonomie van de patiënt en het daaruit voortvloeiende recht op zelfbeschikking;

- \* rechtvaardigheid, ofte wel gelijke toegang tot de zorg voor iedere burger en prioriteit in de behandeling uitsluitend op grond van medische criteria.

Deze waarden leiden ertoe dat de *arts-patiëntrelatie* als *vertrouwensrelatie* centraal staat. De vormgeving, de inhoud en de accenten in het primaire proces van de gezondheidszorg worden gestuurd door deze medische waarden. Anders gezegd: de waarden vormen de kapstok voor de normering.

De gedragsregels van de KNMG zijn een goed voorbeeld van dergelijke normen. Dat zijn de regels die door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld. De KNMG-gedragsregels voor artsen binden de leden formeel, maar zijn ook voor niet-leden van belang, omdat de tuchtrechter deze normen gebruikt bij het toetsen van het medisch handelen aan de wettelijke tuchtnorm. In de samenleving worden die waar-

voor slechts een op risico geselecteerde groep in aanmerking. Ook de preventieve zorg aan minderheidsgroepen komt in het gedrang. Hetzelfde geldt ten aanzien van de beperkingen in de medische begeleiding bij ziekteverzuim.

### Geneeskunde naast geneeskunst

Voor mij staat het primaire proces centraal. Ik wil geneeskunde: de klinische kant, plaatsen naast geneeskunst. Naar mijn mening vormen geneeskunde en geneeskunst te zamen de basis voor een goede medische beroepsuitoefening.

Men kan het medisch handelen beschouwen vanuit de natuurwetenschappelijke, medisch-technische kant. Een voorbeeld hiervan is een stelling bij het recente proefschrift van cardioloog Van Dantzig,<sup>1</sup> die poneert: "Bij de beoordeling van het resultaat van een medische behandeling is de tevredenheid van de patiënt erover een ongeschikte graadmeter." Hier wordt 'geneeskunde' beschreven waarbij mijns inziens de menselijke kant volstrekt wordt verwaarloosd.

De belangrijkste hedendaagse pleitbezorger van de klinische besluitvormingstheorie is de Deense maagdarmspecialist Henrik Wulff. Onlangs heeft hij opnieuw een pleidooi gehouden voor het zoeken naar het juiste evenwicht tussen de medische ethiek en de klinische praktijk.<sup>2</sup> Interessant in zijn betoog vind ik de drie principes die hij noemt als ethische grondslag van de gezondheidszorg. Ik noem ze voor u: Het eerste principe is het principe van de

## *Er moet een fundamentele discussie gevoerd worden over wat goede zorg is*

den en normen dus op grote schaal geaccepteerd.

In de afgelopen jaren is gebleken dat het aantal arts-patiëntcontacten blijft stijgen. Maar vooral ook de duur en de intensiteit van deze contacten neemt toe. Daardoor raakt de beschikbare tijd en de aandacht voor patiënten in het gedrang, evenals de tijd voor samenwerking en communicatie met en tussen andere zorgverleners.

Tijdgebrek is overigens niet alleen een bedreiging voor de curatieve zorg. Ook binnen de sociale geneeskunde speelt dit een grote rol. De bodem van verantwoorde preventieve zorg wordt al geruime tijd aangetast. Zo wordt in de jeugdgezondheidszorg successievelijk het principe verlaten dat alle leerlingen van de basischolen periodiek door jeugdartsen worden gezien; in plaats daarvan komt daar-

Samaritaan, waaronder je moet verstaan: wij hebben allemaal de plicht anderen te helpen wanneer zij ziek zijn.

Het tweede principe zal ik het principe van de rechtvaardigheid en spaarzaamheid noemen. Daarmee bedoelt hij: de middelen van de gezondheidszorg zijn beperkt; ze moeten niet worden verspild en ze moeten rechtvaardig worden verdeeld.

Het derde principe ten slotte is het principe van het recht van het individu op zelfbeschikking, hetgeen betekent dat artsen het recht van hun patiënten om voor zichzelf te beslissen moeten respecteren.

Henrik Wulff pleit voor een zuiver rationale, wetenschappelijk onderbouwde geneeskunde die ons leert wat de meest waarschijnlijke uitkomst is van een bepaalde medische behandeling. Het nut van ingrepen, dus ook van de investe-

ring daarin in mensen en middelen, moet zijns inziens eerst uit brede en onbevooroordeelde studies zijn gebleken. Het klinisch-vergelijkend onderzoek is het belangrijkste 'wapen' om irrationeel medisch handelen aan de kaak te stellen en medische 'mythes' door te prikken. Ik vind dat een interessante theorie in het licht van de noodzaak om ook in ons land tot een zo doelmatig mogelijke zorg te komen. Maar het is niet het allerbelangrijkste. En dan kom ik bij de geneeskunst.

De klinische, natuurwetenschappelijke basis moet worden gecompleteerd met het intermenselijke aspect in de relatie arts-patiënt. De Amerikaanse hoogleraar zorgethiek Joan Tronto heeft dat als volgt omschreven:<sup>3</sup> "Het menselijk aspect is het hart van de zorg." Het allerbelangrijkste is wat de patiënt voelt, wat de patiënt ervaart, hoe zij of hij het eigen ziek-zijn of de eigen genezing, of - ook heel belangrijk - juist het uitblijven van die genezing, ervaart.

Het belangrijkste echter is aandacht. Geneeskunst is niet alleen een klinisch wetenschappelijk afwegen van de vraag of bepaalde behandelwijzen, therapieën of medicijnen werkzaam zijn of niet. Het is ook een inleving in de persoonlijkheid van de patiënt in zijn familie- of werksituatie, in zijn welbevinden.

Geneeskunde ervaar ik nog steeds als het optimaal kunnen toepassen van de kennis en kunde die men zich door studie en ervaring heeft verworven. Geneeskunst is meer dan die kennis.

Geneeskunst is meer dan een klinische optelsom van therapie en medicijn afgezet tegen een bepaald type aandoening. Geneeskunst is de juiste toepassing van therapie en medicatie bij de individuele patiënt. Daar gaat het om.

Voor die geneeskunst, voor dat primaire arts-patiënt proces, daar heb je tijd voor nodig. Tijd die zichzelf in de maatschappij, binnen de werkrelatie of in het arbeidsproces, dubbel en dwars terugverdient, omdat daardoor in veel gevallen kan worden voorkomen dat mensen in een langdurig ziekteproces verzeild raken. Dat noem ik nu een echte win-winsituatie.

In dat verband wil ik ook refereren aan de theorie van Jozien Bensing, hoogleraar klinische psychologie en gezondheidspsychologie. Alleen al in de titel van haar oratie:<sup>4</sup> 'De rotonde van lichaam en geest', heeft zij op indringende en overtuigende wijze gewezen op het belang van een *multi-dimensioneel ziektebegrip*. Lichaam en geest beïnvloeden elkaar voortdurend in cyclische processen. Ik citeer: "De patiënt draait zijn rondjes op de rotonde van lichaam en geest. De arts (...) moet van

die rotonde geen kruispunt maken."

In de media staan vaak de technische hoogstandjes centraal. In politieke discussies gaat het steevast over de toename van zorg en de kosten. Hoe patiënten over de omgang met gezondheid en ziekte denken, komt nauwelijks in de belangstelling. In 'Tijd voor patiënten',<sup>5</sup> een NP/CF-project in het kader van 'Keuzen in de zorg', worden vijftig uitspraken over de omgang met de gezondheidszorg in volgorde van belangrijkheid gezet. Ik prijs mij gelukkig, dat blijkt dat de ideeën en visies van de KNMG over de arts-patiëntrelatie daarin terug te vinden zijn. Er zijn grote overeenkomsten tussen de normen en waarden van de KNMG en die van de NP/CF.

### Verantwoording afleggen

Wat zijn nu de consequenties?

Jozien Bensing geeft een beeld van de arts als wetenschapper (geneeskunde) versus de arts als hulpverlener (geneeskunst). Maar er is veel meer onder de zon... Ik wil daar nog een derde aspect aan toevoe-



gen: de verantwoording die de hedendaagse arts voor de beroepsuitoefening moet afleggen tegenover de maatschappij. Wulff heeft gesteld dat de arts zich niet alleen zal moeten afvragen of wat hij doet in het belang is van de patiënt; hij zal zich ook moeten afvragen hoe de maatschappij als geheel er voor komt te staan als alle artsen zouden handelen zoals hij.

In deze zin is de arts mede verantwoordelijk voor de bewaking van het budget van de gezondheidszorg. Daar stel ik tegenover dat dat budget dan wel een reëel budget moet zijn.

Duidelijk mag zijn dat het de hoogste tijd is dat de Nederlandse samenleving zich bezint op de vraag "of niet alles wat medisch-technisch kan ook móet". Ofte wel: "Een goede medische beroepsbeoefening - niets meer en niets minder."

Goede medische beroepsuitoefening ondersteunt ook tijdsinvestering in het onderhoud en het behoud van het vak in bijscholing en deskundigheidsbevordering derhalve!

De medische beroepsuitoefening stelt hoge eisen aan de primaire opleidingen.

De waarden en normen moeten geïntegreerd zijn in de beroepseisen en opleidingseisen. De aanstormende dokters, de dokters van de 21ste eeuw zullen zich die eisen eigen moeten maken, en deze ook kritisch moeten beschouwen. Zij moeten vooral ook hun stem laten horen over wat zij zien als 'goede medische beroepsbeoefening'. Als KNMG zullen wij daar meer nog dan ooit rekening mee moeten houden, maar we zullen er ook sturing aan moeten geven.

Het behoud en onderhoud van het medische beroep door praktizerende artsen is meer dan bewaking van de kwaliteit, door protocollering, erkenning, registratie en visitatie. Bijscholing maakt een wezenlijk deel van het beroepsmatig functioneren uit. Ik wil hier nog eens een lans breken voor het belang daarvan en de intensiteit waarmee dat in de praktijk gebeurt. Artsen besteden veel tijd per jaar aan bijscholing, ofte wel een voortdurende deskundigheidsbevordering; dat is nodig om te kunnen blijven voldoen aan de door de beroepsgroep zelf gestelde eisen. Deze zelfregulering rekenen wij, KNMG en beroepsverenigingen en de vele wetenschappelijke verenigingen, tot onze taak en verplichting. Ook in die zin tonen wij onze maatschappelijke verantwoordelijkheid.

### KNMG-strategie

Hoe pakken wij een en ander nu als KNMG aan en hoe dragen wij dat verder uit?

Van der Grinten heeft gewezen op de bijzondere positie van wat hij noemt het 'publiek domein' in de Nederlandse gezondheidszorg.<sup>6</sup> De particuliere organisaties - de KNMG is daar één van - staan sterk onder druk vanwege de wederzijdse afhankelijkheid van het middenveld en de overheid. Zowel interne druk vanuit de eigen achterban, van de leden, als externe druk, heeft gevolgen voor de bestaande dubbelrol: belangenbehartiger voor de eigen achterban en 'dienaar' van het algemeen belang. Zij worden, ik citeer, "uitgehouden van binnenuit, leeggezogen aan de onderkant en leeggetrokken aan de bovenkant". Een weinig aantrekkelijke positie.

Gelukkig signaleert Van der Grinten vervolgens twee verschillende strategieën om op het gegeven van de afhankelijkheid te reageren.

De eerste strategie die Van der Grinten signaleert, is de ontwikkeling in de richting van belangenorganisaties. Het samengaan van de twee grootste verzekeraarskoepels en de fusies van sectorale verenigingen van zorgaanbieders zijn voorbeelden van deze ontwikkeling.

De tweede strategie: de verdere ontwik-



keling en uitbouw als maatschappelijke organisatie, is de keuze die de KNMG mijns inziens moet maken. Goede zorgverlening is volgens mij een zaak van patiënten, verzekeraars, zorgaanbieders, overheid en politiek. Natuurlijk zijn overheid en politiek qualitate qua verantwoordelijk voor het vaststellen van het wettelijk verzekerde zorgpakket. Dat ontslaat het veld echter niet van de plicht om na te denken over de gezondheidszorg als maatschappelijk goed. Er zijn vijftien miljoen belanghebbenden bij een goed functionerend gezondheidszorgsysteem, zowel zorginhoudelijk als randvoorwaardelijk. De medische zorg is daarbij bovendien een sector- en discipline-overstijgende aangelegenheid.

De visies en standpunten van de KNMG over wat medisch gesproken kan, over wat moet, wat zou kunnen, wat niet hoeft en wat niet moet, zijn belangrijk om politieke afwegingen aan te sturen. De besluitvorming in Den Haag en in Rijswijk moet er bovendien naar onze mening behoefte aan hebben door de deskundigen, vanuit de beroepsgroep zelf, daarover te worden geïnformeerd.

De wijze waarop we dit als artsorganisatie aanpakken en uitdragen is gebaseerd op een *duidelijke visie*. Ter illustratie het volgende:

De KNMG is van mening dat goede medische beroepsuitoefening staat of valt met goede toegankelijkheid en goede kwaliteit van de zorg. Daar maken wij ons sterk voor en dat dragen wij uit. Maar niet alleen dat. Ook onze stellingname ten aanzien van de politieke besluitvorming over de volksgezondheid en de gezondheidszorg is gefundeerd op die medische waarden en normen.

### Een proactieve organisatie

Vanuit de KNMG-strategie: de nadrukkelijke profilering als maatschappelijke organisatie, willen wij een *duidelijke rol* spelen in de gezondheidszorg. Wij willen op een positieve manier het gemeenschappelijk belang van goede medische beroepsuitoefening benadrukken. Niets meer en niets minder.

Ik wil deze strategische aanpak van de KNMG verduidelijken aan de hand van een voorbeeld. Het Hoofdbestuur van de KNMG heeft recent zijn antwoord geformuleerd op de gesaneerde advies- en uitvoeringsstructuur. Wij kiezen voor een voortrekkersrol. Wij zoeken zelf de overheid en de politiek op en vinden een eigen 'gestructureerde entree' daarvoor noodzakelijk. Diezelfde benadering hanteren wij in de richting van de andere zorgaanbieders, de verzekeraars, de patiënten/consumentenorganisaties en -lastbut

not least - de burgers in het algemeen. De KNMG positioneert zich daarmee nadrukkelijk als een proactieve organisatie, intern (naar en met de achterban) zowel als extern.

In dit kader mag ik een recent initiatief van de KNMG niet verzuimen te vermelden. Met het oog op de op dat moment voor de deur staande besprekingen over het Financieel Overzicht Zorg hebben wij alle koepels van aanbieders van zorg uitgenodigd om daarover te debatteren. Het resultaat van die middag was dat voor het eerst een gezamenlijk statement werd opgesteld.

Wij zien ervan komen dat wij in de toekomst niet meer op een kwalitatief verantwoordelijke wijze kunnen voldoen aan de zorgvraag, indien de huidige veel te laag gestelde groeipercentages worden gehandhaafd. Alleen al de nominale groei van de kostencomponent als gevolg van de groei van bijvoorbeeld de loonkosten in de sector is hoger. Hoe moeten wij dan voldoen aan de stijgende zorgvraag, terwijl bijvoorbeeld ook het Centraal Cultureel Planbureau al heeft gesteld dat een terugbrengen van de kosten door middel van efficiency-verhogingen geen haalbare kaart zal blijken te zijn, omdat op dat gebied nauwelijks nog wat te behalen valt? Ook die opstelling van de KNMG heeft alles te maken met normen en waarden, alles dus met een goede beroepsuitoefening, niets meer en niets minder.

### Geen eenzijdige belangenbehartiging

De KNMG is de overkoepelende artsorganisatie in Nederland, maar is vervolgens niet die eenzijdige verdediger van 'gevestigde artsenbelangen' die sommigen in ons zien. Dit congres, dat in het teken staat van communicatie in de ruimste betekenis, grijp ik graag aan om dat beeld de wereld uit te helpen.

De KNMG is 146 jaar oud en tegelijkertijd springlevend.

Wij nemen als artsorganisatie niet alleen verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, maar ook voor de kwaliteit van de volksgezondheid als geheel. Daarmee scheppen wij verplichtingen voor de KNMG en voor haar leden. Geen eenzijdige belangenbehartiging, maar taken die in het teken staan van goede zorg en goede volksgezondheid. Dat is niet bepaald een vrijblijvende aangelegenheid. Sterker nog, de verplichting die wij als KNMG ons zelf opleggen, is dat iedereen 'er beter van moet worden'.

Wanneer we 'evidence based medicine' niet als enige pijler kunnen beschouwen voor een goede medische beroepsuitoefening, en ik onderschrijf dat, dan moe-

ten we dus ook *het menselijke aspect van de zorg* mee laten wegen. De British Medical Association heeft dat voortreffelijk verwoord:<sup>7</sup>

"The patient/doctor relationship should be a partnership of mutual trust, with the personal consultation remaining the bedrock of medical practice. This will be so despite the rapidly changing context, content and nature of medical practise with its startling advances in clinical and scientific research and technology. The profession's 'ancient virtues distilled over time' remain doctors' greatest asset and will be relevant to the practice of 21st century medicine. "These basic and ancient virtues include: commitment, caring, compassion, integrity, competence, spirit of enquiry, confidentiality, responsibility and advocacy. The exercise of these ideals and self-regulation of the profession's standards and performance show doctors' commitment to high quality medical services."

Dat zal dan ook consequenties moeten hebben voor de ons ter beschikking gestelde tijd en middelen, en vooral menskracht dus in ons geval. Daar zullen wij ons als KNMG in de toekomst sterk voor moeten maken. Dat willen wij gezamenlijk met andere belanghebbenden doen.

Voldoende aandacht voor de normen en waarden in onze beroepsuitoefening ook in de toekomst: dáár pleit ik vandaag voor. En de KNMG is één van de intrinsieke waarden van een goede medische beroepsuitoefening. En daar gaat het om, niets meer en niets minder. •

### Literatuur

1. Dantzig JM van. Doppler echocardiology in acute myocardial infarction. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. [Promotie 26 oktober] 1995.
2. Wulff HR. Medische ethiek en klinische praktijk. Op zoek naar het juiste evenwicht. November 1995.
3. Bots M, Tronto J. "Het menselijk aspect is het hart van de zorg." Patiënt en Perspectief. NP/CF, 2 september 1995.
4. Bensing JM. De rotonde van lichaam en geest. Oratie Universiteit Utrecht. 11 mei 1994.
5. Malsch M, Blaauwbroek H. Tijd voor patiënten. NP/CF, september 1993.
6. Grinten TED van der. Publiek domein in de Nederlandse gezondheidszorg. Health Management Forum 1995 (2) juli 1995.
7. Core Values for the Medical Profession in the 21st Century. British Medical Association, november 1994.