

Vertrouwen in de arts



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, vice-voorzitter

Prof. dr. W.N.J. Groot

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mr. A.A. Westerlaken

Prof. dr. D.L. Willems

Vertrouwen in de arts

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2007

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: WPT, Rijswijk
Uitgave: 2007
ISBN-13: 978-90-5732-180-1

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 07/02.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Vertrouwen is niet vanzelfsprekend, maar moet worden verdiend

Welke problemen lost dit advies op?

Het toegenomen risico dat de arts en andere zorgprofessionals niet meer op basis van hun professionele competentie kunnen beslissen over de diagnose en de behandeling van hun patiënten

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

De patiënt of consument kan er op blijven vertrouwen dat de behandelend arts of zorgprofessional integer is en op basis van zijn professionele kennis en kunde beslist over diagnose en therapie. Integer wil zeggen dat hij het belang van zijn patiënt voorop stelt.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Artsen en andere zorgprofessionals zullen maatregelen moeten nemen om het vertrouwen in hun professies te behouden. Dat wil zeggen:

- de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden systematisch ter hand nemen en toezien op de naleving ervan.
- toezicht houden op de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening en zo nodig maatregelen nemen.
- prestatiegegevens beschikbaar stellen.
- multidisciplinaire samenwerking bevorderen.

Wat kost het?

De ontwikkeling en uitvoering van een systeem van interne kwaliteitsbeoordeling brengt extra kosten met zich mee. De overige maatregelen komen neer op een intensivering van bestaand beleid.

Wat is nieuw?

De kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening wordt op een niet-vrijblijvende manier beoordeeld.

De Nederlandse artseneed

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.

Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.

Dat beloof ik.

of

Zo waarlijk helpe mij God almachtig.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding en achtergrond	9
1.2	Probleemstelling	9
1.3	Beleidsvragen	11
2	Professionaliteit	13
2.1	Professies	13
2.2	Professionele autonomie	13
2.3	Vertrouwen	15
2.4	Borging	16
2.5	Conclusies	19
3	De professionaliteit van de Nederlandse arts	20
3.1	Geneeskunde: een professie	20
3.2	Aspecten van professionaliteit	21
3.3	Autonomie: vrijheid in gebondenheid	23
3.4	Conclusies	25
4	Professionaliteit en het nieuwe zorgstelsel	26
4.1	Voorafgaande toestemming/machtiging voor behandeling	26
4.2	Het voorschrijven van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen	28
4.3	Het financieel belonen van huisartsen voor 'rationeel voorschrijven' van geneesmiddelen	29
4.4	Het financieel belonen van een beroepsgroep voor bepaalde prestaties van haar leden	30
4.5	Conclusies	31
5	Antwoorden en aanbevelingen	32
5.1	Antwoorden	32
5.2	Aanbevelingen	36
	Bijlagen	
1	Adviesaanvraag	43
2	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	45
3	Professionaliteit en de stelselwijziging	47
4	Essays over professionaliteit	67
5	Lijst van afkortingen	111
6	Literatuur	113
	Overzicht publicaties	127

Vertrouwen in de arts

Samenvatting

De patiënt moet kunnen vertrouwen op de onafhankelijke en hoogwaardige gidsfunctie van de medisch professional in dienst van de patiënt.

Arno Timmermans

De patiënt moet de arts kunnen vertrouwen	De patiënt moet zich met een gerust hart aan de arts kunnen toevertrouwen, juist in levensbedreigende situaties. Dat is een publiek goed, dat we moeten beschermen.
Maar is dat vertrouwen gerechtvaardigd?	Maar kunnen we er wel op blijven vertrouwen dat de dokter voor ons kan doen wat nodig is? Deze vraag is actueel, omdat in het nieuwe zorgstelsel andere - zakelijke - belangen van zorginstellingen, verzekeraars en zorgverleners een prominentere plaats gaan innemen.
De arts is zeker van goede wil	Zoveel is zeker: voor de Nederlandse arts komt de patiënt op de eerste plaats. Vakkennis en –kunde, integriteit, verantwoording afleggen aan zijn patiënt en handelen overeenkomstig de professionele standaard zijn voor hem belangrijk. Hij wil zijn kennis en kunde voor zijn patiënten kunnen inzetten. En daarom wil hij zelf kunnen beslissen over de diagnose en behandeling van zijn patiënten. Vakinhoudelijke autonomie noemen we dat.
Hij heeft het echter niet alleen voor het zeggen	Maar hoe autonoom is de arts nog? De patiënt heeft zijn eigen inbreng. De arts moet zich aan protocollen houden. Niet alles is financieel mogelijk. De arts werkt steeds meer in teamverband en hij moet anderen kunnen uitleggen wat hij doet. Dus: hoezo autonoom? Inderdaad. Er zijn beperkingen en die zijn meestal gerechtvaardigd. Maar uiteindelijk vertrouwt de patiënt zich aan de arts toe en niet aan de ziekenhuisdirecteur, de zorgverzekeraar of de beleidsambtenaar.
Vakinhoudelijke autonomie moet blijven	Ons advies laat zien dat alle betrokkenen het belang onderkennen van de vakinhoudelijke autonomie van de arts, maar die autonomie wel steeds meer inkaderen. Dat brengt het risico met zich mee dat de arts zijn vrijheid van handelen toch verliest. Het is dit risico dat nadere borging verdient.
Dat is een gezamenlijke verantwoordelijkheid	De RVZ richt zich hiervoor zowel tot de beroepsgroep als tot de andere betrokken partijen: patiënten, instellingen, zorgverzekeraars en ook tot de overheid in haar rol van systeemverantwoordelijke. Borging van vakinhoudelijke autonomie moet geen defensieve activiteit van de beroepsgroep zijn, maar het resultaat van een gezamenlijk commitment van belanghebbende partijen en individuen.

Artsen: vakinhoudelijke autonomie verdienen

Wij vinden dat de beroepsgroep in de eerste plaats de hand in eigen boezem moet steken. Zorg voor een goede naleving van richtlijnen en standaarden en maak een eind aan het vrijblijvend karakter van het interne kwaliteitsbeleid. Werk mee aan een transparant verantwoordingsstelsel en zorg vooral voor een betere multidisciplinaire samenwerking. Medische zorg vergt steeds meer afstemming en samenwerking. Dat maar 25% van de bevolking vindt dat artsen goed samenwerken, is alarmerend. Alarmerend is ook de constatering van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Staat van de Gezondheidszorg 2006) dat de gebrekkige samenwerking en communicatie tussen zorgverleners onderling een van de grootste risico's in de zorg is.

Andere partijen: vakinhoudelijke autonomie respecteren

Wij bepleiten verder dat artsen, andere beroepsbeoefenaren, instellingen, patiënten en verzekeraars zich inspannen om gezamenlijk afspraken te maken over richtlijnen en zorgstandaarden. Andere partijen moeten ook transparant zijn over hun bemoeienis met de beroepsuitoefening van artsen. En we bepleiten vooral een periodiek overleg tussen betrokkenen over de praktijk van het verstrekkingenbeleid.

Overheid: vakinhoudelijke autonomie mogelijk maken

Borgen is niet alleen sterk staan en met elkaar afspraken maken, maar ook zekerheid geven. De overheid kan daar onder andere aan bijdragen door ervoor te zorgen dat de toepassing van richtlijnen en standaarden integraal via het basispakket wordt vergoed. We adviseren om dure genees- en hulpmiddelen kostendekkend te vergoeden in budgetten dan wel DBC's. Hierdoor kunnen ze voortaan in elk ziekenhuis op dezelfde wijze beschikbaar zijn. Tevens bepleiten we de instelling van een meldpunt bij de Inspectie, waar anoniem beperkingen van de vakinhoudelijke autonomie kunnen worden gemeld.

1 Inleiding

Deze spanning tussen de alsmaar nijpender wordende beleidsvraagstukken betreffende de financiering van de zorg, en het recht op de best beschikbare medische zorg, vraagt om veel creativiteit. Er zijn geen eenvoudige oplossingen.
Cor Oosterwijk

1.1 Aanleiding en achtergrond

Invoering nieuw zorgstelsel

In 2000 heeft de RVZ een advies uitgebracht over professionals en professionaliteit in de gezondheidszorg. Het onderwerp is opnieuw actueel door de invoering van de nieuwe zorgverzekering en andere ingrijpende veranderingen in de bestuurlijke omgeving van de zorgprofessional. Als gevolg daarvan veranderen de verhoudingen in de gezondheidszorg. De introductie van gereguleerde marktwerking dwingt alle betrokkenen tot een scherpere afweging van kosten en baten. Idealiter leidt marktwerking tot een doelmatiger inzet van zorg en gaan zorgaanbieders doeltreffender voorzien in de behoeften van de patiënt. De druk van de markt wordt uitgeoefend door patiënten en verzekeraars, maar ook door de directies van instellingen en door collega zorgverleners. Zij willen informatie over kwaliteit, kosten en resultaten, zij beïnvloeden de besluitvorming van de professional en vragen verantwoording over diens besluiten en daden. Professionals moeten hiermee in hun beroepsuitoefening rekening houden en sommigen ervaren dit als een inperking van hun professionele autonomie.

Gevolgen voor professionals

Dit fenomeen is voor alle professies relevant. We concentreren ons in dit advies echter op artsen¹. Wij kiezen hiervoor omdat artsen vaak model staan voor andere professionals in de gezondheidszorg en vooral artsen over de inzet van zorg beslissen en daarbij de belangen van de patiënt moeten afwegen tegen andere belangen. We betrekken hierbij wel de beroepsgroepen, instellingen en instanties die met artsen samenwerken of anderszins beroepsmatig bij hen betrokken zijn.

1.2 Probleemstelling

Maatschappelijke veranderingen beïnvloeden professionaliteit

Individuele professionals moeten in hun beroepsuitoefening steeds meer rekening houden met invloeden uit hun institutionele omgeving (team, organisatie, stelsel). Veranderingen in die omgeving zorgen voor veranderingen in de beroepsuitoefening en hebben vervolgens ook invloed op de normatieve opvattingen over professionaliteit. In Nederland zien we dat terug in het publieke debat over (medische) professionaliteit. In de jaren tachtig ging dat vooral over de professionele autonomie, terwijl het accent in de jaren negentig verschoof naar de professionele verantwoordelijkheden.

Voorbeeld: Engelse artsen

In een recent rapport van het Engelse Royal College of Physicians wordt medische professionaliteit gedefinieerd als het geheel van waarden, gedragingen en relaties dat het vertrouwen in dokters schraagt. De bevolking mag erop vertrouwen dat de dokter zijn kennis, vaardigheden en oordeelsvermogen inzet voor de bescherming en het herstel van de gezondheid van zijn patiënten.

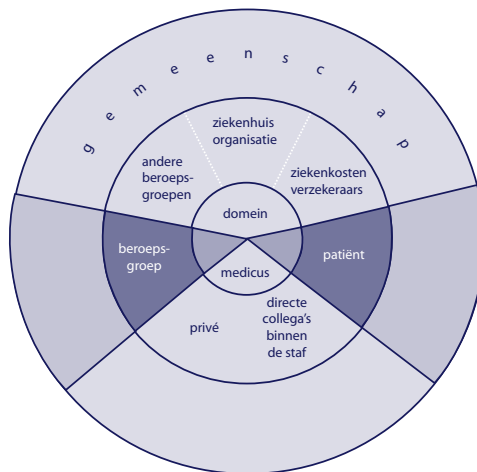
Andere voorbeelden

Veranderingen die zowel in Nederland als in andere West-Europese landen van invloed zijn op de relatie tussen arts en patiënt, zijn:

- De toegenomen beschikbaarheid van informatie over gezondheid en ziekte. Daardoor zijn patiënten beter geïnformeerd dan vroeger.
- De toegenomen medische kennis en kunde. Daardoor is de individuele arts afhankelijker van zijn beroepsgroep en van samenwerking met anderen, al dan niet in instellingsverband.
- De toegenomen economische en politieke betekenis van de gezondheidszorg. Daardoor krijgen artsen meer met verzekeraars, beleidsmakers en politici te maken en krijgen economische en politieke waarden meer invloed.
- De toegenomen behoefte van artsen aan een privéleven. Daardoor zijn artsen niet altijd voor hun patiënten beschikbaar en krijgen patiënten met vervangers te maken.

Arts krijgt met meer partijen te maken

De arts heeft daardoor niet alleen met zijn patiënt te maken. De arts-patiëntrelatie is ingebed in een groter relatiernetwerk. Hieronder is dat voor de medisch specialist schematisch weergegeven.



Bron: 'De professionele autonomie van de medisch specialist' van de STG-werkgroep Specialist en Ziekenhuis, 1995.

En met meer belangen

Eén en ander heeft tot gevolg dat artsen meer dan in het verleden de belangen van individuele patiënten moeten afwegen tegen andere belangen.

- Het eigen belang van een privéleven is al genoemd.
- Vanwege schaarste aan tijd en middelen moeten de belangen van individuele patiënten tegen elkaar worden afgewogen.
- Samenwerking met andere professionals is niet vrijblijvend. Het brengt verplichtingen met zich mee, zowel ten opzichte van individuele collega's als het samenwerkingsverband op zich.
- In een organisatie zoals het ziekenhuis geldt het voorgaande nog sterker. Het belang van de organisatie wordt zelfstandig behartigd door het instellingsmanagement. De arts krijgt te maken met financiële, organisatorische en maatschappelijke belangen van de instelling en met afspraken die de instelling hierover maakt.
- Door de stelselwijziging worden individuele artsen meer dan in het verleden zelf partij in onderhandelingen met verzekeraars. Artsen worden daardoor betrokken bij afwegingen met zakelijke belangen (ook van henzelf) en collectieve belangen.
- De stelselwijziging versterkt ook het element van commercie. Verzekeraars hebben commerciële belangen bij de zorgverlening. Ziekenhuizen en ook individuele artsen kunnen meer dan vroeger commercieel belang krijgen bij bepaalde behandelingen of het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen.

Blijft het belang van de patiënt voorop staan?

De verwachting bestaat dat artsen tot deze belangenafweging in staat zijn zonder dat het belang van de individuele patiëntenzorg en het vertrouwen van de bevolking daaronder te lijden hebben.² Die verwachting is gebaseerd op de kracht van de professionele ethiek en het zelfregulerend vermogen van de beroepsgroep. Is die verwachting echter gerechtvaardigd en mocht dat niet (geheel) het geval zijn, wat is dan nodig om dat belang en dat vertrouwen te waarborgen?

1.3 Beleidsvragen

Is patiëntgericht met doelmatig handelen te verenigen?

De minister van VWS vraagt nu aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) of in het nieuwe stelsel de professionele verantwoordelijkheden van de arts in een goed evenwicht zijn te brengen met de maatschappelijke behoefte aan zinnige en zuinige zorg.³

De RVZ moet de volgende vragen beantwoorden:

1. Wat moet worden verstaan onder (medische) professionaliteit, welke aspecten ervan zijn vooral belangrijk en welke verantwoordelijkheden brengen die met zich mee voor de professie en haar leden? Wat is in dit verband het maatschappelijke nut van professionele autonomie?
2. Welke aspecten van (medische) professionaliteit kunnen door de stelswijziging onder druk komen te staan en wat moet daaraan worden gedaan?
3. Welke aspecten van (medische) professionaliteit dienen te worden versterkt en hoe kan dit worden gedaan?

Bij de beantwoording van deze vragen moet de RVZ specifiek aandacht schenken aan de afbakening van verantwoordelijkheden (professionals onderling, professional en beroepsgroep, professionals en derden).

2 Professionaliteit

In mijn visie is deskundigheid de basis van het vertrouwen dat patiënten in professionals hebben, wanneer zij zich, kwetsbaar als zij zijn door hun ziekte of gebrek, voor een behandeladvies tot hem wenden.

Peter Holland

2.1 Professies

Wat is een professie?

Professionele dienstverlening is een vorm van arbeid waarbij persoonlijke vrijheid en zelfstandigheid bij de beroepsuitoefening centraal staan. Een gangbare omschrijving van professies is afkomstig van Carr-Saunders en Wilson⁴. Zij omschrijven professionals als ‘organized bodies of experts, who apply esoteric knowledge to particular cases. They have elaborate systems of instruction and training together with entry examination and other formal prerequisites. They normally possess and enforce a code of ethics and behaviour.’

Twee redenen voor professionalisering

Er zijn twee verschillende redenen waarom professies binnen en buiten de gezondheidszorg het gedrag van hun leden reguleren. De eerste heeft te maken met de cliënt, de tweede met de professional zelf.

1. De eerste reden is dat het werk van de professional voor de cliënt risico's met zich meebrengt, die moeten worden geminimaliseerd. De relatie tussen een professional en een cliënt is ongelijkwaardig. Door ethische codes, maar ook door certificering, opleidingen, beroepsverenigingen en sanctionering wordt de cliënt beschermd tegen misbruik van deze ongelijkwaardigheid.
2. De tweede reden betreft de maatschappelijke rang en de honorering van de professional. Professies reguleren de toetreding tot het beroep en de onderlinge concurrentieverhoudingen om een adequate beloning voor hun leden te waarborgen. Daarmee stellen ze veilig dat hun inkomen hen voldoende maatschappelijk aanzien verleent.

Eigen belang en dat van de cliënt

Professies hebben dus als het ware een dubbele agenda, waarop het belang van de cliënt en het eigen belang naast elkaar prijken.

2.2 Professionele autonomie

Daarom dient professionele autonomie een dubbel doel

Die dubbele agenda is waarschijnlijk ook de reden waarom professionele autonomie een beladen onderwerp is, want welk doel wordt ermee gediend? Trommel⁵ laat zien dat het dubbele doel van professionalisering ook leidt tot twee visies op professionele autonomie. Opnieuw: dit geldt niet alleen voor professies in de gezondheidszorg, maar voor professies in het algemeen.

1. Eén waarin het streven naar status en macht het belangrijkste is en autonomie dan ook het belangrijkste kenmerk van een professie is. ‘Waar sprake is van een geslaagde poging de eigen beroepsactiviteiten te beheersen – op cruciale punten als opleiding, toegang en beloning – daar tekent zich simpelweg een professie af’, aldus T.H. Johnson⁶.
2. Eén andere waarin een ‘professionele essentie’ centraal staat, bestaande uit onbaatzuchtige dienstverlening, persoonsgerichte ethiek en wetenschappelijkheid. Autonomie moet in deze benadering worden opgevat als een aanzienlijke mate van professionele handelingsvrijheid. Het is slechts één van de kenmerken van een professie en dient de klant, niet de professional.

Dat kleurt het publiek debat over professionele autonomie

Beide visies op professionele autonomie klinken door in de discussie over de professionele autonomie van de arts die minister Hoogervorst en KNMG-voorzitter Holland voerden op het jaarcongres van de KNMG op 30 november 2005 in Nieuwegein. ‘Is professionele autonomie een defensieve term die niet meer past in deze tijd?’ Dat is één van de stellingen die minister Hoogervorst verdedigde. Artsen ontlenen volgens hem hun status in de samenleving en het vertrouwen van de patiënten aan bewezen gezag en deskundigheid. Niet aan ‘de mythe van autonomie’. Of is professionele autonomie gericht op het belang van de patiënt of het maatschappelijk belang, zoals KNMG-voorzitter Holland betoogde. Hij zei dat professionele autonomie juist betekent dat de professie als geheel maatschappelijke verantwoordelijkheid wil dragen. ‘Het inperken van de professionele autonomie, wat door sommige verzekeraars en de overheid wel als een middel wordt gezien om de doelmatigheid van de gezondheidszorg te verbeteren, is een onzinnig instrument. De zorg krijgt veel meer een kwaliteitsimpuls door de uitoefening van de geneeskunde zoals neergelegd in richtlijnen en standaarden, krachtig te stimuleren.’

Autonomie op verschillend terrein

Als we antwoord willen geven op de vraag naar het maatschappelijk belang van professionele autonomie, heeft het zin om onderscheid te maken tussen verschillende terreinen van autonomie. Volgens Freidson⁷, een gezaghebbend auteur over professionalisering, kent professionele autonomie drie aspecten.

1. Vakinhoudelijke of technische autonomie: vrijheid van diagnose en therapie, naast het regelen van de toegang tot de beroepsuitoefening.
2. Politieke autonomie: medici mogen beleidsbeslissingen nemen als erkend deskundigen op het gebied van gezondheid.
3. Economische autonomie: het recht om het honorarium te bepalen.

Vakinhoudelijke autonomie

Autonomie op al deze terreinen heeft de medische beroepsgroep in Nederland niet. Zij kan niet zelfstandig het honorarium bepalen, maar moet er met de overheid en de zorgverzekeraars over onderhandelen. Zij heeft geen politieke autonomie, maar moet die arena met andere partijen delen. Als we het in de Nederlandse context over professionele autonomie hebben gaat het vooral over vakinhoudelijke autonomie.

Dat is de kern Dat is ook volgens de World Medical Association (Verklaring van Madrid 2005) de kern van de professionele autonomie. Die houdt in ‘de garantie dat individuele artsen vrij zijn om hun professioneel oordeel te volgen in de zorg voor en de behandeling van hun patiënten.’

Wat is het maatschappelijk belang van vakinhoudelijke autonomie? Het is dus de vraag wat het maatschappelijk belang is van deze vakinhoudelijke autonomie.

2.3 Vertrouwen

Professionaliteit wekt vertrouwen In het eerder vermelde rapport van het Royal College of Physicians wordt professionaliteit omschreven als het geheel van waarden, gedragingen en relaties dat het vertrouwen in artsen ondersteunt.

Vertrouwen in elkaar is nodig Waarom is vertrouwen zo belangrijk? Eén antwoord luidt dat een goed functionerende samenleving niet zonder vertrouwen kan. Vertrouwen laat mensen zonder dwang of regels van bovenaf met elkaar samenwerken. Dat is op zichzelf waardevol, maar heeft daarnaast het grote voordeel dat mensen die elkaar vertrouwen minder behoefte hebben aan het vastleggen van afspraken en controle. Affaires als Enron en Ahold hebben bijvoorbeeld laten zien hoe belangrijk het is dat men kan vertrouwen op de jaarcijfers van bedrijven, wat de gevolgen zijn als men dat niet meer kan en hoeveel meer regels er vervolgens nodig zijn om het geschonden vertrouwen te herstellen. Zo is in de Verenigde Staten in recordtempo de Sarbanes-Oxley Act aangenomen, die vergaande voorschriften bevat ten aanzien van de positie en het functioneren van de accountant.⁸

Vertrouwen in professionals is nodig Een tweede antwoord heeft specifiek betrekking op professionals, zoals advocaten, accountants, artsen en notarissen.⁹ De kwaliteit van de beroepsuitoefening is voor de cliënt vaak moeilijk te beoordelen, noch vooraf noch achteraf. Bovendien doen de meeste cliënten maar een enkele keer een beroep op de dienstverlening van professionals, zodat ze ook nauwelijks kunnen leren van eerdere ervaringen. Ze moeten er in de praktijk maar op vertrouwen dat de professional waar voor zijn geld levert. In de tweede plaats moeten zij erop vertrouwen dat de professional zijn waar niet voor teveel geld levert en de belangen van de cliënt zwaarder laat wegen dan de eigen belangen. Het gaat daarbij bovendien om belangrijke zaken met soms grote consequenties voor cliënten en samenleving. Vertrouwen speelt dus een cruciale rol in het functioneren van professionals. De diensten van professionals worden daarom wel gekwalificeerd als vertrouwensgoederen.

Vertrouwen in artsen is nodig In de gezondheidszorg is vertrouwen bovendien nog nodig omdat de cliënt vaak in een afhankelijkheidspositie verkeert. De patiënt is in zijn relatie met de arts kwetsbaar. Die kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door zijn ziekte, zijn afhankelijkheid van de kennis en kunde van de arts en

door wat op het spel staat: zijn gezondheid en welzijn. De situatie waarin hij verkeert maakt het vaak onvermijdelijk dat hij zich aan een dokter toevertrouwt, soms ook aan een dokter die hij helemaal niet kent. Wat hij natuurlijk makkelijker zal doen wanneer er een basis van vertrouwen is. Een patiënt die zijn dokter vertrouwt, zal eerder hulp bij hem zoeken, zal eerder met zijn gevoelens voor de dag komen, meewerken aan de behandeling en zijn medisch advies opvolgen.¹⁰ Hij is ook tevredener met de ontvangen zorg. Of dat vertrouwen consequenties heeft voor de kosten van de zorg is niet onderzocht, maar wel aannemelijk.

2.4 Borging

Vertrouwen heeft een basis

Het vertrouwen waarover we het hier hebben is geen blind vertrouwen, maar een vertrouwen dat ondermeer is gebaseerd op ervaringen, regulering, toezicht en controle. Er is niet alleen een persoonlijk, maar ook een publiek belang gemoeid met het vertrouwen van de patiënt in zijn arts. Hieronder zullen we ingaan op de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van vertrouwen. Daar zal blijken dat de professionaliteit van de arts slechts een van die factoren is. Alleen al daarom is het bevorderen, bewaren en beschermen van vertrouwen niet alleen een taak voor de professe. Het is ook een verantwoordelijkheid van anderen die bij de zorg betrokken zijn, waaronder de overheid vanuit haar systeemverantwoordelijkheid voor de zorg.

Die bestaat uit vier delen

Volgens Sztompka¹¹ gaat het om vier factoren:

1. is de professional zelf vertrouwenwekkend: reputatie, prestaties en gedrag,
2. is de werksituatie vertrouwenwekkend: toezicht, verantwoording, kwaliteitsborging, professionele organisatie,
3. is de cliënt tot vertrouwen geneigd,
4. is de cultuur gebaseerd op vertrouwen.

Arts: reputatie, prestaties, gedrag

Is de professional zelf vertrouwenwekkend

Of de arts het vertrouwen van zijn patiënt wekt hangt af van zijn reputatie, van zijn prestaties en van hoe hij overkomt. Onderzoek wijst uit dat het vertrouwen van de patiënt in zijn arts vooral berust op zijn vakspecifieke kennis en kunde, zijn integriteit (het belang van de patiënt voorop stellen) en zijn autonomie ten aanzien van diagnose en therapie. Verder verwacht een patiënt dat zijn arts communicatief is, eerlijk en betrouwbaar. Een patiënt heeft meer vertrouwen in een arts die hij zelf heeft gekozen, dan in een arts die hem is toegewezen.

Werksituatie: toezicht, verantwoording, normen, organisatie

Is de werksituatie vertrouwenwekkend?

Traditioneel voorzien de langdurige en zware opleiding, de zelfregulering van de beroepsgroep en het toezicht vanwege de overheid de arts van een vertrouwenwekkende achtergrond. Een aantal ontwikkelingen maken

evenwel extra inspanningen noodzakelijk. Door de snelle ontwikkeling van de techniek en de medische wetenschap is het moeilijk om vakspecifieke kennis en vaardigheden bij te houden. Dat stelt steeds zwaardere eisen aan bij- en nascholing en aan de ontwikkeling en het actueel houden van richtlijnen en standaarden. Verder nopen toenemende specialisatie en taakherschikking de arts tot samenwerking al dan niet in instellingsverband. Dat vergt vaardigheden die ontwikkeld en getraind moeten worden. In dit verband is de constatering van het Nivel van belang dat instellingen van de bevolking minder vertrouwen krijgen dan professionals. Of het nu gaat om ziekenhuizen, thuiszorg, verpleeghuizen of geestelijke gezondheidszorg (GGZ), al deze instellingen genieten minder vertrouwen dan de individuele zorgverleners die er werken. Dat stelt extra eisen aan de borging van het patiëntenvertrouwen. Wat is daarvoor nodig? Onderzoek laat zien dat patiënten vooral vertrouwen hebben in instellingen die ruimte bieden voor een goede arts-patient-relatie. Patiënten vragen in het bijzonder om keuzevrijheid ten aanzien van artsen, continuïteit van hulpverleners, goede communicatiemogelijkheden, artsen die zeggenschap hebben over de behandeling van hun patiënten en om het ontbreken van economische of andere druk op de behandelingsvrijheid van de arts.

Is de cliënt tot vertrouwen geneigd?

Cliënt: opvoeding en ervaring

Nederlanders waarderen hun vertrouwen in de huidige gezondheidszorg met een ruime voldoende: een zeven. Het meeste vertrouwen hebben mensen in de huisarts en de medisch specialist: meer dan 90% van de ondervraagden heeft daar veel vertrouwen in. Vier op de tien mensen vertrouwen er zelfs op dat artsen alles kunnen en alles weten. Zo geformuleerd heeft dus 40% van de consumenten een bijna blind vertrouwen in artsen. Bij doorvragen ontstaat een genuanceerder beeld. Gemiddeld verwacht ongeveer tweederde van de mensen goed te worden voorgelicht door de zorgverlener. Veel minder vertrouwen stelt men in het feit dat artsen goed samenwerken (gemiddeld 25%). Dit is een pijnlijke constatering, omdat samenwerken voor de kwaliteit van het medisch handelen steeds belangrijker wordt. Verder vertrouwt slechts de helft van de respondenten erop dat het goed gesteld is met het vakbekwaam handelen van artsen. Terwijl dit volgens artsen zelf het belangrijkste is waarvoor hun professionaliteit moet instaan. Kennelijk ligt hier een taak voor de professie.

Is de cultuur gebaseerd op vertrouwen?

Cultuur: invloed van Angelsaksische bestuurscultuur

In tegenstelling tot landen als Polen, Hongarije en het voormalige Joegoslavië heeft Nederland een bevolking die geneigd is tot het schenken van vertrouwen. Uit de (internationale) literatuur komt wel naar voren dat de bevolking in het algemeen meer vertrouwen heeft in haar dokters dan de overheid. Bij de overheid is een zeker gebrek aan vertrouwen waarneembaar, dat voor een deel wordt veroorzaakt door een verandering in de bestuurscultuur. R. Klein, een Engelse hoogleraar, karakteriseert deze verandering als die van een op status gebaseerde bestuurscultuur naar een

bestuurscultuur die is gebaseerd op contractuele relaties. In Nederland spreken we ook wel over een Rijnlandse en een Angelsaksische bestuurscultuur. Deze hebben de volgende kenmerken.

Tabel 2.1

Rijnlandse bestuurscultuur	Angelsaksische bestuurscultuur
Corporatisme	Individualisme
Autoriteit	Prestatie
Zelfregulering	Overheidsregulering
Autonomie	Verantwoording
Collega's	Hië
Vertrouwen	Beoordelen

Bron: RVZ; KNMG, 2007.

Cultuur: protocollering medisch handelen

In de hele westerse wereld hebben artsen te maken met een toenemend gebruik van richtlijnen, protocollen, beoordelingen en toezicht, wat door hen vaak wordt ervaren als een uitholling van hun professionele autonomie. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door een veranderende bestuurlijke cultuur. Er zijn ook andere oorzaken aan te wijzen.

Cultuur: evidence based medicïne

Eén daarvan is de toegenomen mogelijkheid om het medisch handelen evidence based te maken. De medische professie wordt wel verweten dat haar zelfregulering patiënten onvoldoende heeft weten te beschermen tegen ineffectieve, onnodige en zelfs gevaarlijke zorg. Weinig mensen realiseren zich dat tussen de 50 en 80% van het medisch handelen niet is gevalideerd door clinical trials. Erger nog is dat studie na studie aantoonde dat belangrijke therapeutische verbeteringen maar heel langzaam tot de dagelijkse praktijk doordringen. Richtlijnen en standaarden dragen bij aan een versnelling van dit proces.

Cultuur: keuzen in de zorg

Een tweede oorzaak is gelegen in de voortdurende inspanningen van regeringen en verzekeringsmaatschappijen om de kosten van de gezondheidszorg onder controle te krijgen en ervoor te zorgen dat de bekostiging wordt geconcentreerd op noodzakelijke, effectieve en doelmatig georganiseerde zorg.

Cultuur: Charter on Medical Professionalism

In antwoord op deze uitdagingen hebben Europese en Amerikaanse medische professionele organisaties het Charter on Medical Professionalism aangenomen, waarin zij zich ondermeer verplichten tot samenwerking met anderen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, externe beoordeling van alle aspecten van het professioneel handelen te accepteren en de

naleving van de professionele standaarden door de eigen leden strenger te handhaven.

2.5 Conclusies

Professionalisering dient een dubbel doel:

1. het vertrouwen van de cliënt in de professional;
2. de invloed en het inkomen van de professional.

Professionele autonomie kan worden onderscheiden in vakinhoudelijke, politieke en economische autonomie. In de Nederlandse gezondheidszorg is vooral vakinhoudelijke autonomie relevant.

Het maatschappelijk belang van vakinhoudelijke autonomie is vooral gelegen in haar bijdrage aan het vertrouwen van de patiënt in het beroepsmatig handelen van de arts.

Dit vertrouwen is van meer afhankelijk dan vakinhoudelijke autonomie alleen, maar zij is wel een belangrijke factor.

Patiënten vinden het belangrijk dat de behandelend arts beslist over de diagnose en de therapie, mede vanwege zijn vakinhoudelijke kennis en kunde en zijn integriteit. Dit laatste wil zeggen dat hij het belang van de patiënt voorop stelt.

De bevolking heeft veel vertrouwen in artsen, maar niet in de manier waarop ze met andere zorgverleners samenwerken, terwijl ook het vertrouwen in hun vakbekwaam handelen tegenvalt.

De medische professie speelt een sleutelrol in de borging van het patiëntenvertrouwen. De manier waarop dat gebeurt, is gestoeld op de Nederlandse bestuurscultuur, terwijl de algemene bestuurscultuur opschuift in Angelsaksische richting. Dat wil zeggen: meer regels, meer verantwoording en meer controle. De medische professie zal zich hieraan moeten aanpassen om het maatschappelijk vertrouwen in haar zelfregulering te behouden.

3 De professionaliteit van de Nederlandse arts

'De beroepsuitoefening professionaliseert verder, maar de beroepsbeoefenaar functionaliseert. Dat levert een probleem op, wanneer de beroepsbeoefenaar niet ook de professionaliteit van de functie aanleert en waardeert: het delen van verantwoordelijkheden, het werken met een budget, het participeren in een team, het verantwoording afleggen aan de leiding van de organisatie.'
Paul Schnabel

Opvattingen over medische professionaliteit verkend

In dit hoofdstuk verkennen we wat anno 2006 in Nederland wordt verstaan onder medische professionaliteit. Hoe kijkt de Nederlandse arts tegen zijn beroep aan en wat vindt hij daarin belangrijk? Wat is in het bijzonder zijn visie op professionele autonomie en hoe kijkt hij aan tegen de beperkingen die daaraan door de beroepsgroep en anderen worden gesteld?

Door middel van een enquête en interviews

Om een representatief beeld te krijgen van de mening van artsen over het belang van diverse elementen van professionaliteit hebben wij gebruik gemaakt van het ledenpanel van de KNMG. Wij hebben hen een vragenlijst voorgelegd die is afgeleid van een Engelse studie uitgevoerd door het Royal college of Physicians (Doctors in society, december 2005). Uiteindelijk hebben 1250 mensen gereageerd (een respons van 61%). (zie achtergrondstudie 3) Daarnaast hebben we gesprekken gevoerd met individuele huisartsen en specialisten, waarin wij hen hebben gevraagd naar de elementen van professionaliteit die zij belangrijk vinden. (zie bijlage 2) De antwoorden uit de enquête en de vraaggesprekken vullen elkaar grotendeels aan. Tenslotte hebben we apart gesprekken laten voeren met huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuisdirecteuren over professionele autonomie. (zie achtergrondstudie 4)

3.1 Geneeskunde: een professie

Een wetenschappelijke professie

Het Royal college of Physicians noemt geneeskunde: 'een beroep waarin de arts zijn kennis, klinische vaardigheden en beoordelingsvermogen aanwendt voor de bescherming en het herstel van de gezondheid van zijn patiënten. De hiervoor noodzakelijke relatie tussen arts en patiënt is gebaseerd op wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en adequate verantwoording.' Deze omschrijving lijkt ook voor Nederland bruikbaar, omdat de meeste artsen (90%) het met deze omschrijving eens zijn of zich er gedeeltelijk in kunnen vinden. Geneeskunde wordt door de meeste artsen gezien als een professie (97, 8%) en een wetenschap (71,5%). Daarnaast is een meerderheid het er mee eens dat de medische beroepsuitoefening altruïsme (52,2%) en dienstbaarheid (61,8%) vereist. Hiermee wordt vooral bedoeld dat de arts betrokken is bij het wel en wee van de patiënt.

De relatie met de patiënt staat voorop

De professionaliteit van de arts is vooral gericht op de kwaliteit van de patiëntenzorg (97,1%) en van het medisch onderwijs (73%). Vakinhoudelijke kennis is een noodzakelijke voorwaarde om professional te kunnen worden genoemd. Artsen vinden ook dat zij continu moeten leren om hun vak kennis bij te houden en uit te breiden. Voor de arts staat zijn relatie met de patiënt voorop en hij oriënteert zich minder op zijn relatie met de verzekeraar of het instellingsmanagement. Dat zie je als je het over verantwoording hebt of als je vraagt naar toekomstige uitdagingen.

Tabel 3.1

Uitdagingen voor artsen	
De toenemende verwachtingen van het publiek ten aanzien van de resultaten van de zorg	68,8%
De toename van geprotocolleerde en gestandaardiseerde zorg	51,8%
Beperkte financiële middelen	50,5%
Voortgang medische technologie	46,1%
Veranderingen in het werkpatroon artsen	42%
Toename aantal parttime werkenden	38,7%
Toename verwachtingen van de politiek ten aanzien van de resultaten van de zorg	38,1%
Toename private sector	32%

Bron: RVZ; KNMG, 2007.

3.2 Aspecten van professionaliteit

Integriteit is het belangrijkste

Integriteit staat met stip bovenaan het lijstje van belangrijkste aspecten van professionaliteit. Integriteit betekent dat je handelt in het belang van de patiënt. Andere belangen dienen daaraan ondergeschikt te zijn. In de individuele relatie met de patiënt behoort de arts op basis van de medische situatie van de patiënt een onafhankelijke beslissing te kunnen nemen. Wel in samenspraak met de patiënt, maar de beslissing moet niet worden beïnvloed door financiële belangen, de verzekeraar of het management van het ziekenhuis. Integriteit betekent ook eerlijk zijn. Als je als arts beïnvloed wordt door andere factoren dan het belang van de patiënt, dan moet je dat ook aan de patiënt vertellen.

Tabel 3.2

Belangrijkste aspecten van professionaliteit	
Integriteit	98,1%
Verantwoording afleggen aan de patiënt	82,9%
Medisch ethische standaarden	82,5%
Zelfregulering opleiding en nascholing	79,3%
Zelfregulering medische standaarden	78,1%
Verantwoording afleggen aan collega's	75,0%
Zelfregulering toetsing en herregistratie	72,0%
Standaarden van de beroepsgroep	69,8%
Autonomie van de arts	60,3%

Bron: RVZ; KNMG, 2007.

Autonomie is een waarborg voor integriteit

Autonomie staat lager op de lijst dan integriteit. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat autonomie vooral wordt gezien als een middel om je integriteit te kunnen waarborgen. Met behulp van professionele autonomie kun je beslissingen nemen in het belang van de patiënt. Je professionele autonomie beschermt je tegen de invloed van de verzekeraar en het ziekenhuismanagement. Een zekere mate van professionele autonomie is daarom belangrijk. Maar als arts bevind je je niet in een ivoren toren en ben je niet God. Je bepaalt niet alleen wat goed is voor de patiënt. De patiënt heeft inspraak en je moet je houden aan de protocollen en richtlijnen van de beroepsgroep. Professionele autonomie betekent wel dat je kunt afwijken van die richtlijnen en protocollen als je dat nodig acht. Je moet hierover verantwoording kunnen afleggen.

Tabel 3.3

Aspecten die belangrijker zijn geworden	Aspecten die minder belangrijk zijn geworden
Verantwoording aan patiënt	Autonomie van de arts
Standaarden van beroepsgroep	Bedrijfsvoering
Medische standaarden buiten de beroepsgroep	
Regulering medische standaarden door professie	
Verantwoording aan instelling	
Regulering standaarden buiten professie	

Bron: RVZ; KNMG, 2007.

Verantwoording afleggen moet

Verantwoording afleggen moet. Ook dat komt uit de gevoerde gesprekken naar voren. Je bent niet totaal autonoom en anderen moeten inzicht hebben in wat je doet. Je moet in ieder geval aan de patiënt kunnen vertellen waarom je een bepaalde behandeling hebt toegepast en ook aan de collega's. Maar hoever het afleggen van verantwoordelijkheid precies

moet gaan is niet helemaal helder. Ook aan de verzekeraar? En brengt verantwoording afleggen niet een hoop bureaucratie met zich mee? Verder hebben veel artsen ook methodologische problemen met prestatie-indicatoren. Ze vinden dat deze vaak niets zeggen over de kwaliteit van zorg of dat patiënten er niets mee kunnen.

Samenwerken: o ja, dat ook

Samenwerking komt niet voor op het lijstje van belangrijkste aspecten van professionaliteit. Als je er naar vraagt vinden artsen samenwerking belangrijk. Maar uit zichzelf noemen ze het niet. De arts werkt in toenemende mate samen met andere hulpverleners en andere partijen. Dit gegeven stelt grenzen aan het principe van zelfregulering en maakt het noodzakelijk aan anderen verantwoording af te leggen.

3.3 Autonomie: vrijheid in gebondenheid

Autonomie binnen kaders

Autonomie wil zeggen dat de arts in de spreekkamer vrij en onafhankelijk het medische beleid bepaalt. Dit overigens wel binnen bepaalde regels en afspraken, die voortkomen uit de context waarin de zorg wordt verleend. Er is dus een vrijheid in gebondenheid. Grenzen worden onder andere gesteld door wetgeving, het toelatingscontract met het ziekenhuis, wetenschappelijke standaarden, evidence based medicine, binnen de beroepsgroep vigerende protocollen en richtlijnen en binnen de medische staf gemaakte afspraken over bijvoorbeeld geneesmiddelengebruik, het gebruik van medische middelen, het al of niet uitvoeren van bepaalde medische ingrepen e.d.

Onder andere van de beroepsgroep

In de gesprekken die we hebben gevoerd, gaan de meeste artsen ervan uit dat professionele autonomie iets is van de individuele arts. Toch geven sommigen aan dat professionele autonomie ook te maken heeft met de beroepsgroep; dat er een collectieve autonomie bestaat. De beroepsgroep formuleert de normen, waarden en uitgangspunten voor kwaliteit, scholing, wetenschap en integriteit. De vrijheid van handelen van de individuele beroepsbeoefenaar is dan gebaseerd op de geformuleerde normen van de beroepsgroep.

De directie hoort niet in de spreekkamer thuis

Invloed van bestuur en management

Uit de gesprekken die we gevoerd hebben komt naar voren dat ziekenhuisdirecties geen directe invloed willen uitoefenen op wat er in de spreekkamer tussen de patiënt en de arts gebeurt. 'Wij horen niet in de spreekkamer thuis'. Wel wordt er indirect invloed uitgeoefend. Er worden aan het totaal van activiteiten in de spreekkamer door het management randvoorwaarden en kaders gesteld. Die kaders zijn onder andere de basis voor het vertrouwen dat het in de spreekkamer wel goed gebeurt, dat de patiënt namens het ziekenhuis de beste zorg krijgt. Men zou kunnen zeggen dat er geen invloed is op het operationele niveau, maar dat er op het tactische niveau afspraken worden gemaakt waaraan de arts zich dient te houden.

Ook niet in die van de huisarts

Ook de huisartsen werken in toenemende mate in het verband van groepspraktijken en huisartsenposten. Huisartsen die gewend zijn aan organisatorische vrijheid, zijn bevreesd zijn voor het keurslijf waarin ze bij groei van de organisatorische setting moeten functioneren. Toch is het onmogelijk om de huisartsen die werkzaam zijn bij een huisartsenpost te laten bepalen hoe bijvoorbeeld de doktersassistente haar werkzaamheden moet verrichten. Vandaar dat de organisaties de kaders en grenzen aangeven. Elke vorm van samenwerking leidt tot begrenzing van de professionele autonomie. Dat geldt ook voor het fungeren als solo huisarts omdat dit beperkingen heeft voor de service die men kan leveren, voor de 7 x 24 uurs beschikbaarheid en voor de differentiatie in het vak.

De invloed van verzekeraars neemt toe

Invloed van verzekeraars

Kaders die binnen de spreekkamer gelden, kunnen ook van externe instanties komen zoals de zorgverzekeraars. Deze kaders zijn veelal door kostenefficiëntie ingegeven. Algemeen wordt aangenomen dat de zorgverzekeraars in het stellen van kaders en voorwaarden toenemende invloed zullen krijgen. Deze opinie wordt door onderzoek bevestigd.

Veel artsen ervaren geen beperking

Ervaringen van artsen

Opmerkelijk is dat de invloed van verzekeraars en het management slechts door een minderheid van de artsen als beperkend wordt ervaren. Zo is 37,4% van het ledenpanel van de KNMG het geheel eens met de stelling 'De zorgverzekeraar beïnvloedt in toenemende mate het handelen en de beslissingen van artsen' en 42,2% is het eens met de stelling 'Het management beïnvloedt in toenemende mate het handelen en de beslissingen van artsen'. Ook wat betreft de financiële aspecten van de zorgverlening geeft 'slechts' 35,3% aan dat deze van invloed zijn op het medisch handelen.

Maar een minderheid wel

Ook in persoonlijke gesprekken valt het op dat de meeste artsen geen dreiging voelen uitgaan van de invloed van de verzekeraars, mits het niet alleen gaat over kosten van zorg, maar ook over de inhoud en kwaliteit van zorg. Anderen voelen op grond van enkele recente voorbeelden die dreiging wel. Zij verwachten dat de verzekeraars zich op korte termijn op het tactische niveau van de zorg zullen begeven en vragen over de behandeling van groepen patiënten zullen stellen en daarvoor kaders zullen formuleren.

3.4 Conclusies

Professionaliteit is vooral gericht op de kwaliteit van de patiëntenzorg. Naast vakinhoudelijke kennis en kunde zijn integriteit (het belang van de patiënt voorop), verantwoording afleggen aan de patiënt en handelen overeenkomstig de professionele ethische standaard het belangrijkste.

Professionele autonomie moet vooral als vakinhoudelijke autonomie worden geïnterpreteerd. Vakinhoudelijke autonomie betekent voor artsen vooral autonomie in de spreekkamer.

Het collectieve aspect van vakinhoudelijke autonomie - de beroepsgroep formuleert de normen, waarden en uitgangspunten voor kwaliteit, scholing, wetenschap en integriteit - wordt wel erkend, maar minder belangrijk gevonden.

Voor de arts komt de patiënt op de eerste plaats. Als er verantwoording moet worden afgelegd, is dat in de eerste plaats aan de patiënt. De grootste uitdaging voor de arts vormen de toenemende verwachtingen van de patiënt, niet die van de politiek of van andere partijen. Op verantwoording afleggen aan andere instanties - de eigen beroepsgroep, het instellingsmanagement, de zorgverzekeraar en de overheid - wordt niet afwijzend maar wel terughoudend en onzeker gereageerd.

De arts ziet vakinhoudelijke autonomie vooral als een voorwaarde om zijn kennis en kunde toe te kunnen passen op zijn patiënten. En dat is een belangrijke factor in het vertrouwen dat de patiënt heeft in het beroepsmatig handelen van de arts.

Slechts een minderheid van de artsen ervaart de invloed van verzekeraars en het management als beperkend. Die invloed is vooral kaderstellend. Of dat in de toekomst zo zal blijven wordt verschillend ingeschat.

4 Professionaliteit en het nieuwe zorgstelsel

'De toekomst zal moeten uitwijzen of de beroepsethiek van de zorgprofessionals ook voldoende sterk is om aan de uitwassen van het marktdenken weerstand te bieden.'

Floris Sanders

Krijgt de patiënt de beste zorg?

De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de arts de beste zorg levert die in zijn geval naar professionele maatstaven voorhanden is. Wordt hieraan getornd dan staat zijn professionaliteit op het spel. De vraag is of het nieuwe zorgstelsel dit effect heeft c.q. zal hebben.

We kijken naar voorbeelden uit de praktijk

Voor een antwoord op deze vraag gaan we enkele conflicten na, die zich recentelijk hebben voorgedaan tussen zorgprofessionals enerzijds en zorgverzekeraars en/of instellingsbestuurders anderzijds, met als inzet de medische besluitvorming c.q. goed hulpverlenerschap. In bijlage 3 is een uitvoerige analyse van deze gevallen opgenomen. Hier beperken we ons tot de vraag of er sprake is van beïnvloeding, of die te rechtvaardigen is en in hoeverre het stelsel afdoende checks and balances bevat om onge-rechtvaardigde beïnvloeding - nu en in de toekomst - uit te sluiten.

4.1 Voorafgaande toestemming/machtiging voor behandeling

Gaat de verzekeraar op de stoel van de arts zitten?

Hier gaat het om door zorgverzekeraars in de polissen gehanteerde machtigings- en toestemmingsprocedures. In veel zorgpolissen staat dat verzekerde voor een sommige behandelingen vooraf toestemming van de zorgverzekeraar nodig heeft. In hoeverre gaat de zorgverzekeraar hiermee op de stoel van de arts zitten?

Geen toestemming voor ooglidcorrectie

Casus a: plastisch chirurgische behandeling

Een 55-jarige vrouw is door haar huisarts verwezen naar de plastisch chirurg, omdat haar bovenoogleden zo verslapt zijn dat ze haar gezichtsveld beperken. De plastisch chirurg vindt een ooglidcorrectie noodzakelijk. De zorgverzekeraar weigert echter toestemming te verlenen.

Want valt buiten het verzekeringspakket

Behandeling van plastisch-chirurgische aard valt slechts onder het wettelijk geregelde basispakket voor zover sprake is van één van de wettelijk omschreven indicatiegebieden. Correctie van verslapte bovenoogleden valt op grond hiervan uitsluitend onder de wettelijke aanspraak indien deze verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De zorgverzekeraar heeft niet de bevoegdheid om zelf te bepalen voor welke indicatiegebieden het recht op zorg geldt. De machtigingsprocedure of toestemmingseis is dan ook uitsluitend bedoeld om vooraf te kunnen toetsen of de verzekerde werkelijk aanspraak heeft op (vergoeding van) de behandeling. Met

andere woorden: of hij voldoet aan de wettelijk gestelde voorwaarden. Is dat niet het geval, dan komen de kosten van de ingreep voor rekening van de patiënt zelf.

Tegen deze beslissing is beroep mogelijk

Als de patiënt van mening is dat de zorgverzekeraar ten onrechte toestemming weigert kan hij het geschil voorleggen aan de onafhankelijke geschillencommissie en - als dat niets oplevert - aan de civiele rechter. Die toetst aan de hand van de relevante wettelijke bepalingen of de zorgverzekeraar tot een juiste beslissing is gekomen.

Machtiging in spoedeisende gevallen?

Casus b: Voorschriften van de verzekeraar

De casus is beschreven in Medisch Contact van 5 januari 2007. In een evident spoedeisend geval gaat een plastisch chirurg tot behandeling over voordat toestemming aan de verzekeraar is gevraagd. Achteraf wordt deze toestemming alsnog gevraagd en verkregen. De verzekeraar weigert echter tot vergoeding over te gaan omdat de operatie heeft plaatsgevonden voordat toestemming is verleend. Hier zijn twee kwesties aan de orde. De eerste is of machtiging vooraf aangewezen is in spoedeisende gevallen, waarin uitstel de patiënt gezondheidsschade kan berokkenen. In die gevallen lijkt controle achteraf meer aangewezen. De tweede kwestie is of de verzekeraar een vergoeding mag weigeren indien wel voldaan is aan de wettelijk gestelde voorwaarden voor een verstrekking, maar niet aan een administratief voorschrift van de verzekeraar. Daar is de machtigingsprocedure niet voor bedoeld.

Medicijn voorgeschreven conform behandelrichtlijn

Casus c: machtigingsprocedure Plavix

Een 65-jarige man heeft van zijn cardioloog Plavix® voorgeschreven gekregen, nadat hij is behandeld aan zijn hart, waarbij twee stents zijn geplaatst. Hij moet het middel een jaar lang slikken. De cardioloog heeft een machtiging afgegeven, waarin hij verwijst naar de behandelrichtlijnen van de Vereniging voor Europese cardiologen. De zorgverzekeraar stelt dat de patiënt prima af kan met goedkopere aspirine, omdat niet is gebleken dat de patiënt daarvoor overgevoelig is. De patiënt betaalt de bloedverdunner nu zelf, hetgeen hem elke maand 60 euro kost.

Maar medicijn is voor indicatie niet geregistreerd

De rechter oordeelt dat uit het Nederlandse wettelijke systeem van vergoeding van geneesmiddelen volgt dat vergoeding van geneesmiddelen voor niet-geregistreerde indicaties is uitgesloten, wat het geval was. Het laatste woord is hier zeker niet over gezegd. Dat komt doordat de door de minister gestelde voorwaarden in dit geval sterk afwijken van de professionele standaard van de beroepsgroep

Prudent omgaan met machtigingsprocedure

In zijn algemeenheid kan worden gezegd dat een prudent gebruik van een machtigingsprocedure aangewezen is. Het kan namelijk de kwaliteit van de zorgverlening negatief beïnvloeden. Het wachten op toestemming (c.q. uitsluitel over vergoeding) kan de behandeling vertragen met alle consequenties van dien.

4.2 Het voorschrijven van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

Duur geneesmiddel te weinig toegepast	Het gebruik van Herceptin® bij HER2-positieve uitgezaaide borstkanker is opgenomen in de Nederlandse richtlijnen voor behandeling. Herceptin® is al in 2000 geregistreerd voor de behandeling van uitgezaaide HER2-positieve borsttumoren. Tot op heden zijn er geen vergelijkbare geneesmiddelen op de markt. Uit een onderzoek dat de Borstkanker Vereniging Nederland door het adviesbureau McKinsey heeft laten uitvoeren, is gebleken dat in 2004 slechts 40% van de vrouwen die volgens de Nederlandse richtlijnen met Herceptin behandeld moeten worden, dit middel ook werkelijk heeft gekregen. De vereniging wijt dit aan het instellingsbeleid. Ook blijkt uit het onderzoek dat er grote regionale verschillen zijn. Het gebruik van Herceptin in Nederland is vrijwel het laagste van alle West-Europese landen.
Gebeurt ook bij dure hulpmiddelen	Dit is slechts één voorbeeld uit vele. Bovendien doet dit verstrekkingenprobleem zich niet alleen voor bij dure geneesmiddelen. Er zijn ook gevallen bekend waarbij ziekenhuizen weigerden bepaalde (duurdere) hulpmiddelen te implanteren (bijvoorbeeld pacemakers, orthopedische hulpmiddelen, multicoated stents) omdat er goedkopere varianten beschikbaar waren.
Want 20% uit eigen budget	Geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden verstrekt in het kader van het A-segment, komen ten laste van het reguliere ziekenhuisbudget. Dure geneesmiddelen drukken extra op het ziekenhuisbudget, ook al wordt 80% van de kosten wel vergoed. Het ziekenhuis heeft er dan ook belang bij de uitgaven van dure geneesmiddelen te beperken. Dat kan betekenen dat het om bedrijfseconomische redenen een behandeling met dure geneesmiddelen weigert, terwijl de behandelend medisch specialist juist die behandeling geïndiceerd acht.
De patiënt kent zijn rechten onvoldoende	Formeel bezien kan een patiënt die verstoken dreigt te blijven van een duur geneesmiddel dat zijn behandelend specialist geïndiceerd acht, zijn recht halen. Hij heeft geen boodschap aan budgettaire beperkingen of afspraken, als hij maar kan aantonen dat hij recht heeft op een bepaalde behandeling. Het probleem is echter dat er geen overzichten (lijsten) zijn van geneesmiddelen waarop patiënten die in een ziekenhuis verblijven recht hebben. Het is voor de patiënt moeilijk om helder te krijgen of bepaalde behandel mogelijkheden tot het verzekerde pakket behoren of niet. De patiënt is daarmee sterk afhankelijk van de behandelend specialist en de openheid die hij hierover tegenover hem betracht. De specialist is op zijn beurt weer afhankelijk van het krachtenspel met het instellingsbestuur.

4.3 Het financieel belonen van huisartsen voor ‘rationeel voorschrijven’ van geneesmiddelen

Beloning voor doelmatig voorschrijven

Zorgverzekeraar Menzis biedt aan gecontracteerde huisartsen de mogelijkheid deel te nemen aan de module ‘Rationeel voorschrijven’. De module richt zich op het voorschrijven van twee groepen geneesmiddelen: maagzuurremmers en cholesterolverlagers. Bij deelname aan de module ontvangen de huisartsen een financiële vergoeding als de huisarts aantoonbaar resultaten boekt op het gebied van kwalitatief goed en doelmatig voorschrijfbeleid. De financiële vergoeding bestaat uit een extra vergoeding bovenop de standaard honorering. Deelname aan de module is vrijwillig.

Vrijheid arts niet ontoelaatbaar beperkt

Artsen en patiëntenorganisaties leggen de kwestie aan de rechter voor, omdat Menzis door een direct commercieel element in te brengen, volgens hen op ontoelaatbare wijze inbreekt in de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. De rechter vindt dat de vrijheid van de arts niet ontoelaatbaar wordt beperkt.

Afwijken mag en beloning is bescheiden

Hij stelt vast dat het door de module gepropageerde voorschrijfbeleid in het algemeen binnen de marges blijft van de tot huisartsen gerichte richtlijnen. Deze richtlijnen bieden bovendien de huisarts de mogelijkheid om in individuele gevallen daarvan af te wijken. Vervolgens stelt de rechter vast dat de huisarts ook de reële mogelijkheid behoudt om in individuele gevallen af te wijken van het door de module beloonde handelen. Dat leidt hij ondermeer af uit de omstandigheid dat de arts voor zijn persoonlijke inkomen niet afhankelijk is van (succesvolle) deelname aan de module. De vergoeding die de module aanbiedt is bovendien van relatief bescheiden omvang.

Openheid over afspraken belangrijk

De rechter vindt het overigens wel belangrijk dat de betrokken partijen (zorgverzekeraars en deelnemende huisartsen) zich onderling niet zullen binden tot geheimhouding van dergelijke afspraken tegenover derden (onder wie met name patiënten/verzekerden) en dat zij daarover desgevraagd openheid zullen betrachten. Alleen zo kunnen ook derden toetsen of modules als deze binnen de geldende regels van verantwoord medisch handelen blijven.

4.4 Het financieel belonen van een beroepsgroep voor bepaalde prestaties van haar leden

Beloning beroepsgroep voor doelmatig handelen

Tot enkele jaren geleden ontving de organisatie van verloskundigen KNOV subsidie van het ministerie van VWS voor kwaliteitsverbetering. In 2005 is die subsidie stopgezet. De vereniging zag zich genooddaakt zelf voor de benodigde financiële middelen te zorgen. In maart 2006 sloot de KNOV een overeenkomst met ZN, waarin zij zich vastlegt op een kwaliteitsprogramma. In een jaarlijks werkdocument omschrijven de KNOV en ZN alle werkzaamheden en producten die door de KNOV worden uitgevoerd of geleverd. In ruil hiervoor betalen de betrokken zorgverzekeraars via ZN een bedrag van 1 miljoen euro per jaar aan de KNOV. Concreet genoemd worden onder andere: minder verwijzingen van zwangeren naar de tweede lijnszorg en terugdringing van het aantal keizersneden in de tweede lijn, door kinderen in stuitligging thuis uitwendig te draaien.

Domeinstrijd met andere beroepsgroep volgt

Samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen is volgens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) essentieel voor optimale verloskundige zorg. Beide beroepsgroepen zijn het eens over het beleid bij stuitligging, maar zij zijn het oneens over de onderlinge taakverdeling. Daarom vindt de NVOG dat de verzekeraars met dit prestatiecontract een wig drijven tussen de met elkaar samenwerkende beroepsgroepen en daarmee de kwaliteit van de verloskundige zorg in gevaar brengen. Het signaal van de NVOG wordt opgepikt, zowel door de media als door kamerleden. Het conflict tussen beide beroepsgroepen loopt zo hoog op, dat de voorzitter van de KNOV een brief stuurt aan de voorzitter van de NVOG waarin hij mededeelt dat de KNOV besloten heeft het bestuurlijke bilaterale overleg op landelijk niveau tot nader order op te schorten.

Niet vertrouwenwekkend

De gemaakte afspraken tussen de KNOV en ZN leveren als zodanig geen gevaar op voor de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland. Tegelijkertijd is duidelijk dat hier sprake is van een openlijk gevoerde competentiestrijd, die niet bevorderlijk is voor het vertrouwen van de bevolking in de kwaliteit van de verloskundige zorg.

Openheid noodzakelijk, maar ook voldoende?

De casus roept de vraag op hoe zorgprofessionals moeten omgaan met dit soort overeenkomsten. Het openbaar maken hiervan lijkt zonder meer een vereiste (zie ook de overwegingen van de rechter in de casus over rationeel voorschrijven), maar is dat voldoende? Of mag van professionals en hun organisaties worden verwacht dat zij dit soort overeenkomsten actief onder de aandacht van de IGZ/Nza brengen (aanmelden)?

4.5 Conclusies

Er zijn op dit moment geen harde aanwijzingen dat de vrijheid van behandeling van artsen door verzekeraars of instellingen wordt ingeperkt. Er zijn wel aanwijzingen dat de kaders die door verzekeraars of instellingen aan de beroepsuitoefening worden gesteld, de arts de facto beperkingen opleggen. Machtigingsprocedures kunnen bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloeden. Het zelfde geldt voor afspraken over het al dan niet voorschrijven van geneesmiddelen.

Hoewel er formeel gezien voldoende (rechts)mogelijkheden zijn om te kunnen toetsen of daarmee inbreuk wordt gemaakt op de behandelingsvrijheid van artsen, is het vooral afhankelijk van de alertheid en assertiviteit van artsen en patiënten of die toetsing ook daadwerkelijk plaatsvindt. Dit houdt een risico in, omdat de ervaringen met het nieuwe stelsel nog pril zijn en het reëel is te verwachten dat de voortschrijdende concurrentie op premies en prijzen verzekeraars en instellingen ertoe aanzet steeds weer de grenzen van het toelaatbare op te zoeken. Het nieuwe stelsel schept dus naast kansen voor meer kwaliteit en doelmatigheid ook reële risico's.

5 Antwoorden en aanbevelingen

De ontwikkeling naar meer transparantie over de zorg staat in mijn ogen nog in de kinderschoenen. Deze ontwikkeling is niet gebaseerd op wantrouwen, maar zal juist leiden tot meer vertrouwen.

Martin van Rijn

5.1 Antwoorden

Vraag 1

Wat moet worden verstaan onder (medische) professionaliteit, welke aspecten ervan zijn vooral belangrijk en welke verantwoordelijkheden brengen die met zich mee voor de professe en haar leden? Wat is in dit verband het maatschappelijke nut van professionele autonomie?

Medische professionaliteit

In navolging van het Engelse Royal College of Physicians verstaan wij onder medische professionaliteit:

Het geheel van waarden, gedragingen en relaties dat het vertrouwen in artsen schraagt. De arts wendt zijn kennis, klinische vaardigheden en beoordelingsvermogen aan voor de bescherming en het herstel van de gezondheid van zijn patiënten. De hiervoor noodzakelijke relatie tussen arts en patiënt is gebaseerd op wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en adequate verantwoording.

Geeft vertrouwen in beroepsmatig handelen van arts

Het maatschappelijk belang van vakinhoudelijke autonomie is vooral gelegen in haar bijdrage aan het vertrouwen van de patiënt en van de maatschappij in het beroepsmatig handelen van de arts. Patiënten vinden het belangrijk dat de behandelend arts de diagnose stelt en samen met hen beslist over de therapie, mede vanwege zijn vakinhoudelijke kennis en kunde en zijn integriteit. Dit laatste wil zeggen dat hij het belang van de patiënt voorop stelt.

Dit zijn de belangrijkste aspecten

De belangrijkste aspecten van medische professionaliteit zijn:

- Vakspecifieke kennis en kunde;
- Integriteit;
- Autonomie t.a.v. diagnose en therapie;
- Samenwerking;
- Verantwoording afleggen;
- Zelfregulering.

Hiervoor is de individuele arts tenminste verantwoordelijk

Voor de individuele arts houdt dit in dat hij, behalve voor diagnostiek, therapie en zorg voor de patiënt, tenminste verantwoordelijk is voor:

- het op peil houden van zijn vakkennis en klinische vaardigheden en beoordelingsvermogen;

- het bewaren van zijn integriteit;
- het handhaven van zijn vakinhoudelijke autonomie;
- een adequate samenwerking met andere hulpverleners;
- het afleggen van verantwoording over zijn professioneel handelen aan belanghebbenden;
- het naleven van de richtlijnen, standaarden en gedragsregels van zijn beroepsgroep.

En hiervoor de beroepsgroep Voor de beroepsgroep houdt dit in dat zij hiervoor de normatieve kaders stelt en de naleving ervan waarborgt.

Vraag 2

Welke aspecten van (medische) professionaliteit kunnen door de stelselwijziging onder druk komen te staan en wat moet daaraan worden gedaan?

Integriteit en vakinhoudelijke autonomie beschermen	Deze aspecten zijn integriteit en vakinhoudelijke autonomie. In de inleiding is gesteld dat artsen meer dan in het verleden de belangen van individuele patiënten moeten afwegen tegen andere belangen. Daarbij is de verwachting uitgesproken dat artsen tot deze belangenafweging in staat zijn zonder dat het belang van de individuele patiëntenzorg en het vertrouwen van de bevolking daaronder te lijden hebben. Die verwachting is gebaseerd op de kracht van de professionele ethiek en het zelfregulerend vermogen van de beroepsgroep.
Goede bedoelingen van artsen zijn niet genoeg	Is deze verwachting gerechtvaardigd? Tot op zekere hoogte wel. Het belang van de individuele patiëntenzorg staat bij artsen bovenaan. Integriteit en vakinhoudelijke autonomie zijn voor artsen belangrijk. Andere partijen zoals instellingsdirecties en zorgverzekeraars erkennen dat belang en lijken de autonomie van de arts in de spreekkamer te willen respecteren. Maar het heeft geen pas in een krachtenveld van economische belangen uitsluitend te vertrouwen op de goede bedoelingen en de integriteit van de zorgverlener. Diens handelen dient beveiligd en gewaarborgd te worden tegen onaanvaardbare druk of verleidelijke prikkels.
Ook zelfregulering van de beroepsgroep niet	Zelfregulering van de beroepsgroep kan en moet daaraan bijdragen, door te expliciteren wat onder integer gedrag en vakinhoudelijke autonomie moet worden verstaan (we denken daarbij onder andere aan de opstelling van een integriteitscode) en door naleving van haar normen te waarborgen.
Een algemeen belang en veel betrokkenen	Het is echter om een aantal redenen niet wenselijk om de legitimiteit van het medisch handelen uitsluitend binnen de beroepsgroep te verankeren. Immers: met integer en vakinhoudelijk professioneel handelen is een algemeen maatschappelijk belang gemoeid en bovendien handelt de arts niet in een vacuüm.

Zoals instellingen,
verzekeraars en patiënten

Vakinhoudelijke autonomie betekent vrijheid in gebondenheid. De vakinhoudelijke autonomie van de individuele arts is gebonden aan regels en beperkingen van zowel de eigen beroepsgroep als die van andere partijen. Met name de regels en beperkingen van andere partijen nemen toe, doordat de beroepsuitoefening steeds meer in het verband van groepspraktijken, samenwerkingsverbanden en instellingen plaatsvindt en door de nieuwe rolverdeling tussen zorgverzekeraars, zorgverleners en zorgconsumenten in het nieuwe stelsel.

Problemen vallen mee

Het is geruststellend dat slechts een minderheid van de artsen de invloed van instellingsmanagers en verzekeraars als beperkend ervaart. Ook de voorbeelden in hoofdstuk 4 wijzen niet op ernstige problemen. Daarbij moet evenwel worden bedacht dat het om een momentopname gaat. We bevinden ons nog pas aan de vooravond van marktwerking. De markt kan zowel aan de kant van de verzekeraars als aan de kant van de zorgaanbieders voor een onverwachte dynamiek zorgen, die ook het proces van kaderstelling in een stroomversnelling brengt.

Maar waakzaamheid is
geboden

Wij zien de toenemende invloed van instellingsmanagers en verzekeraars niet op voorhand als een probleem, omdat dit beoogde effecten van de stelselwijziging zijn en omdat ondernemerschap in de gezondheidszorg meestal de vorm aanneemt van maatschappelijk ondernemerschap. Wij realiseren ons wel dat het risico toeneemt, dat het medisch handwerk in feite wordt aangestuurd door anderen dan de professionals die ervoor zijn opgeleid en gekwalificeerd. Dat is het paard achter de wagen spannen. Dit risico kan niet tot nul worden gereduceerd, maar wel worden beperkt en beheersbaar worden gehouden.

Drie stappen te zetten

We zoeken de oplossing hiervoor in een combinatie van:

- overleg tussen betrokken partijen over richtlijnen en standaarden;
- transparantie over afspraken en toetsing van gedrag;
- vastleggen van de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen.

Vraag 3

Welke aspecten van (medische) professionaliteit dienen te worden versterkt en hoe kan dit worden gedaan?

Beter samenwerken en
verantwoording afleggen

Wij vinden dat zowel het aspect van de samenwerking als dat van de verantwoording versterkt moeten worden.

Samenwerken: afspraken
voor iedereen duidelijk

In een eerder advies (Professionals in de gezondheidszorg) heeft de RVZ onder andere aangegeven hoe in de opleidingen meer aandacht kan worden geschonken aan samenwerkingsaspecten. Voor samenwerking zijn niet alleen de tijdens de opleiding geleerde kennis en vaardigheden relevant, maar ook de kennis en vaardigheden die in de praktijk worden aangeleerd. Daarom is het recept dat hiervoor is gegeven voor het borgen van professioneel gedrag ook voor samenwerking tussen professionals

relevant. Dat wil zeggen: overleg tussen degenen die met elkaar moeten samenwerken, duidelijk vastleggen van verantwoordelijkheden, zorgen dat de gemaakte afspraken voor alle betrokkenen, uitdrukkelijk ook de patiënten, kenbaar en toegankelijk zijn en toetsen of de afspraken worden nagekomen. Dit moet primair op de werkvloer gebeuren, onder verantwoordelijkheid van het instellingsmanagement, maar daarnaast worden ondersteund door richtlijnen, standaarden en modellen van de betrokken landelijke organisaties. In dit verband herhalen wij nog eens ons eerdere pleidooi (2005, advies Standaardisering Elektronisch Patiëntendossier) voor landelijke toepassing van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Jaarlijks worden ca. 1,3 miljoen fouten gemaakt bij de informatieoverdracht tussen zorgverleners van medische gegevens, soms met fatale afloop. Daarnaast kost dit zo'n 1,4 miljard euro per jaar.

Verantwoording afleggen: niet anoniem en niet vrijblijvend

De tijd van blind vertrouwen in artsen is voorbij. Voor de borging van het vertrouwen in artsen is verantwoording afleggen noodzakelijk. Dit heeft zowel betrekking op het functioneren van de individuele arts als op dat van artsen collectief.

Wij vinden het belangrijk dat de beoordeling van het functioneren van de individuele arts uit de vrijblijvende sfeer wordt gehaald. Dat geldt zowel voor het functioneren in instellingsverband als voor het functioneren als professional. Daarom bepleiten we dat de NVZ en de NFU met de betrokken beroepsorganisaties afspraken maken over de consequenties die aan de volgens de RVZ noodzakelijke functionerings- en evaluatiegesprekken kunnen worden verbonden. Verder zijn we er voorstander van dat intercollegiale evaluatiegesprekken gevolgen gaan krijgen voor de herregistratie als specialist of huisarts.

Verder geldt ook voor transparantie en externe verantwoording over het medisch handelen wat al eerder is gezegd: op basis van overleg, vastleggen wie wat doet, toegankelijkheid van gemaakte afspraken en nakoming bewaken.

Kwaliteitsborging en belangenbehartiging scheiden

Professionaliteit en professioneel handelen dienen enerzijds het belang van de patiënt en daarmee dat van de maatschappij, anderzijds het eigen belang van de beroepsgroep en haar leden. Verantwoording afleggen aan patiënten en anderen die bij de beroepsuitoefening van de arts betrokken zijn, staat in het teken van vertrouwen en moet daarom niet het odium dragen van eigen belang. Om die reden is de RVZ er voorstander van dat de behartiging van de inhoud van het vak en de behartiging van de belangen van de beroepsgroep organisatorisch duidelijk worden gescheiden.

Conclusies gelden mutatis mutandis ook voor andere professies

Dit advies is toegespitst op de arts. Omdat de arts model staat voor andere professies in de gezondheidszorg, maar ook omdat de arts de ruimste bevoegdheden heeft om zelfstandig over diagnose en behandeling te beslissen. Veel van wat we over artsen zeggen is echter ook relevant voor andere professionals en professies in de gezondheidszorg. We denken daarbij aan:

- de professionele verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren en hun organisaties (waarbij we ons realiseren dat er verschillen zijn in autonomie);
- de noodzaak om met andere belangen dan die van de patiënt rekening te houden en dat integer en transparant te doen;
- het gegeven dat professioneel handelen steeds meer in samenwerking met anderen plaatsvindt, wat de noodzaak van overleg daarover meebrengt, het vastleggen van verantwoordelijkheden, transparantie voor patiënten en andere belanghebbenden en controle op naleving.
- het afleggen van verantwoording over het professioneel handelen, om daarmee het vertrouwen van patiënten en anderen te borgen.

5.2 Aanbevelingen

Wij bevelen de beroepsgroepen het volgende aan:

1. Maak organisatorisch een scheiding tussen de behartiging van de inhoud van het vak en de behartiging van de belangen van de beroepsgroep.
2. Stel een integriteitscode voor uw leden vast en neem daarin normen op voor (financiële) incentives en andere honoraria dan voor gebruikelijke dienstverlening. Maak de inhoud voor het publiek inzichtelijk.
3. Neem het voortouw in de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid en werk hierin samen met zorginstellingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Ontwikkel in samenspraak met hen richtlijnen en standaarden, houdt ze up-to-date, zorg dat ze bekend en toegankelijk zijn en bevorder een goede naleving.
4. Verbeter de werking van de interne kwaliteitssystemen van de professie en maak een eind aan het vrijblijvend karakter ervan. Wij denken daarbij aan het volgende:
 - de inhoud van individuele evaluatiegesprekken worden meegenomen bij de herregistratie;
 - klachten, incidenten en MIP-meldingen worden intern per persoon bijgehouden;
 - het nascholingsbeleid wordt gebaseerd op gebleken behoefte (welke kennis is verouderd, waarin schiet de beroepsuitoefening tekort) en individueel toegespitst op een persoonlijk verbetertraject, dat naar aanleiding van de gevoerde evaluatiegesprekken wordt vastgesteld.
5. Werk mee aan het gebruik van outcomegegevens bij het geven van feedback op de beroepsuitoefening.

6. Bevorder multidisciplinaire samenwerking door afspraken te maken over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, deze afspraken op een voor patiënten duidelijke manier toegankelijk te maken (publieksfolder bijvoorbeeld) en nakoming te bewaken. Ga gebruik maken van een landelijk elektronisch patiëntendossier (zie ons advies Standaardisering Elektronisch Patiëntendossier, 2005).

Wij bevelen de andere partijen in de gezondheidszorg - patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorginstellingen - het volgende aan:

7. Respecteer de vakinhoudelijke autonomie van de arts.
8. Werk mee aan de totstandkoming van richtlijnen en standaarden en bevorder de naleving ervan.
9. Zorg voor periodiek overleg (artsen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorginstellingen) over de praktijk van het verstrekkingenbeleid.
10. Geef in het jaarverslag inzage in het gevoerde beleid ten aanzien van de kwaliteit en de doelmatigheid van de beroepsuitoefening, in het bijzonder van de samenwerkingsaspecten.

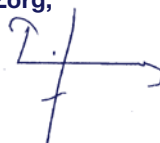
Wij bevelen de overheid het volgende aan:

11. Zorg ervoor dat door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en standaarden (aanbeveling 2) met betrekking tot de prestatie geneeskundige zorg in het basispakket kunnen worden toegepast.
12. Voorkom dat dure genees- en hulpmiddelen per ziekenhuis verschillend beschikbaar worden gesteld door ze kostendekkend te vergoeden in budgetten dan wel DBC's.
13. Bevorder de toegankelijkheid van gegevens over de kwaliteit van de beroepsuitoefening.
14. Richt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg een punt in waar – ook anoniem – ervaren beperkingen van de vakinhoudelijke autonomie kunnen worden gemeld.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,



Rien Meijerink
voorzitter



Pieter Vos
algemeen secretaris

Noten

- ¹ Een uitvoerige analyse van artsen en andere professionals in de gezondheidszorg verscheen na afsluiting van de tekst van dit advies in P.P. Groenewegen, J. Hansen en S. ter Bekke, De toekomst van de witte jas, Professions en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg, 2007, Vereniging VVAA.
- ² Zie hiervoor M.T. Hilhorst, Goeddoen met winstmaken, achtergrondstudie voor het Centrum van ethiek en gezondheid, in Economisering van zorg en beroepsethiek, CEG, 2004.
- ³ Adviesprogramma RVZ voor 2005.
- ⁴ Carr-Saunders, A.M. en P.A. Wilson. The Professions, Oxford: Clarendon Press, 1933.
- ⁵ Trommel, W. NPW en de wedergeboorte van het professionele ideaal. Tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij, 2006, no. 33, p. 137-147.
- ⁶ Johnson, T.J. Professions and Power. London: MacMillan, 1972.
- ⁷ Freidson, E. Professions of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd, Mead, 1970.
- ⁸ Schilder, A. en W.H.J.M. Nuijts. De accountant; onafhankelijkheid in een meervoudig spanningsveld. In: Beroepsethiek en marktwerking, Justitiële verkenningen, 2005, no. 3.
- ⁹ Niemeijer, E. en M. ter Voert. Vertrouwen onder druk; Vrije beroepen tussen professe en commercie. In: Beroepsethiek en marktwerking, Justitiële verkenningen, 2005, no. 3.
- ¹⁰ Hall, M.A., et al. Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues. Health Services Research, 37, no. 5, p. 1419-1439. Thom D.H., M.A. Hall en L.G. Pawlson. Measuring Patients Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care, Health Affairs, 23, no. 4, p. 124-132.
- ¹¹ Sztompka, P. Trust. A Sociological Theory. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- ¹² Thom D.H., M.A. Hall en L.G. Pawlson. Measuring Patients' Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care. Health Affairs, 23, no.4, p. 124-132.
- ¹³ Edwards N., M.J. Kornacki en J. Silversin. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ, 324, p. 835-838.
- ¹⁴ Millenso, M.L. Beyond the Managed Care Backlash, RAND, 2001.
- ¹⁵ Het bureau PASA heeft in opdracht van MedNet Magazine onderzoek gedaan naar de toegenomen invloed van zorgverzekeraars. Ruim 40% van de huisartsen en bijna 60% van de specialisten vindt dat de beleidsbeïnvloeding het afgelopen jaar is toegenomen. De invloed uit zich volgens artsen in meer controle, regels en bureaucratie en pogingen om de medicatie en de behandeling te beïnvloeden. Ook vinden zij dat zorgverzekeraars een meer zakelijke, dwingende en bureaucratische benadering hanteren.

- ¹⁶ Hilhorst, M.T. Goeddoen met winstmaken; Naar een economisering van zorg en beroepsethiek? In: Economisering van zorg en beroepsethiek, achtergrondstudies. Zoetermeer: CEG/RVZ, 2004.

Bijlagen

Bijlage 1

Gedeelte uit Werkprogramma RVZ 2006-2007

De eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional

Het is de vraag 'of de professionele verantwoordelijkheid in een goed evenwicht is te brengen met de maatschappelijke behoefte aan zinnige en zuinige zorg. In evenwicht ook met de behoefte aan verantwoording hierover.' Deze vraag wordt opgeworpen door de recente stelselwijziging. De introductie van marktwerking dwingt alle betrokkenen tot een scherpere afweging van kosten en baten. Idealiter leidt dat tot een doelmatiger inzet van zorg en een doeltreffender voorziening in de behoeften van de patiënt. Aangezien de zorgprofessionals op basis van hun professionele autonomie over de inzet van zorg beslissen, ondervinden vooral zij de druk om doelmatiger te werken. Deze druk wordt uitgeoefend door patiënten en verzekeraars, maar ook door de directies van instellingen en door collega's, door andere instellingen en beroepsbeoefenaren met wie wordt samengewerkt. Zij eisen informatie over kwaliteit, kosten en resultaten, beïnvloeden de besluitvorming van de professional en eisen verantwoording over diens besluiten en daden. Tegelijk moet de patiënt er op kunnen blijven vertrouwen dat de zorgprofessional zijn kennis en kunde volgens de professionele standaard in zijn belang aanwendt. Dat vraagt om een aan de tijd aangepaste vorm en praktijk van de professionele autonomie.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding vanuit de RVZ

Vanuit de Raad

Mevrouw J.M.G. Lanphen, huisarts

Mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort, tot 31 december 2006

Ambtelijke projectgroep

De heer J.P. Kasdorp, projectleider

Mevrouw drs. J. Dwarswaard, Erasmus Universiteit Rotterdam

De heer J. van Hasselt

Mevrouw dr. W.G.M. van der Kraan

Mevrouw mr. M.W. de Lint

Mevrouw I.A. de Prieëlle, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Bijeenkomsten

Tijdens het adviestraject zijn twee discussiebijeenkomsten georganiseerd op het terrein van professionaliteit in de zorg.

Deelnemers discussiebijeenkomst schrijvers essays, 19 januari 2007

- De heer drs. G.A.G. Geeraerts, Orbis medisch- en zorgconcern Sittard
- De heer P.C.H.M. Holland, arts, KNMG
- De heer L. Kliphuis, MPH, Ministerie van VWS
- De heer dr. C. Oosterwijk, VSOP
- Mevrouw dr. P.F. Roodbol, UMCG
- De heer drs. A.E. Timmermans, NHG
- Mevrouw drs. R. Veldhuizen, KNGF
- De heer drs. M.O.J.M. Visser, Orbis medisch- en zorgconcern Sittard

Deelnemers discussiebijeenkomst respondenten, 26 januari 2007

- De heer dr. H. Aarts, Jeroen Bosch Ziekenhuis
- De heer J.A.G. van Bommel, huisarts
- De heer R.N.M. Bruinsma, huisarts
- De heer S. van den Burger, Reumapatiëntenbond
- De heer J.J. Gillissen, Diabetes Vereniging Nederland
- Mevrouw W.T.M. Janssen, arts, CZ
- Mevrouw P. Kortenhoeven, Reumapatiëntenbond
- De heer dr. A.C.M. van Lindert, Medisch Centrum Biltstraat
- Mevrouw dr. M.J.M.H. Lombarts, AMC
- De heer dr. A.G.A. Spelde, Sagakliniek
- Mevrouw mr. M. Weerts, Stichting Hoofd, Hart en Vaten

Geconsulteerden

- De heer dr. H. Aarts, Jeroen Bosch Ziekenhuis
- De heer J.L.M. Backus, huisarts
- Mevrouw J.C. van Ballegooyen, huisarts
- De heer prof. dr. M. Berg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- De heer H. Blankesteyn, huisarts
- De heer prof.dr. G. Blijham, UMC Utrecht
- De heer R.N.M. Bruinsma, huisarts
- De heer S. van den Burger, Reumapatiëntenbond
- De heer prof.dr. M. P.M. Burger, AMC Amsterdam
- De heer dr. T. van Dessel, Twee Steden Ziekenhuis
- De heer dr. R. Diepersloot, Kamer van Vrijgevestigd specialisten OMS
- De heer dr. M.J.M. Driessen, Medinova
- De heer P. van Dijk, Agis
- De heer J.J. Gillissen, Diabetes Vereniging Nederland
- De heer B. Glaser, huisarts
- De heer B. Groot Roessink, huisarts en Zorggroep Almere
- De heer drs. J.W.M.W. Gijzen, CZ
- Mevrouw drs. D. Hamerlijnck, Astma Fonds
- De heer dr. E. Hammacher, St. Antoniusziekenhuis
- De heer drs. P.C.H.M. Holland, KNMG
- De heer G.F.W. Hoogslag, huisarts
- Mevrouw dr. ir. P.P.C.W. Huijbregts, NFK
- Mevrouw W.T.M. Janssen, arts, CZ
- De heer A. de Jong, Primair Huisartsenposten Utrecht
- De heer drs. J.P.R. Kleijne, Meander Medisch Centrum
- Mevrouw P. Kortenhoeven, Reumapatiëntenbond
- De heer dr. C.B. Leerink, Menzis
- De heer drs. W. van der Meeren, St. Elizabeth ziekenhuis
- De heer prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, Achmea Zorg
- De heer P. Oostinga, Martiniziekenhuis Groningen
- De heer F. Pieters, Stichting Hoofd, Hart en Vaten
- Mevrouw A. Poll, Agis
- Mevrouw drs. N. Plum, NVN
- De heer M. Rook, St. Antoniusziekenhuis en Mesos Medisch Centrum
- De heer drs. P. de Ruiter, NVOS en Orthobanda
- De heer dr. J.H. Schaaf, Tweestedenziekenhuis (oud-vz)
- De heer drs. W. Schellekens, Inspectie Gezondheidszorg
- De heer prof dr. A.J.P. Schrijvers, Juliuscentrum UMC Utrecht
- De heer drs. T. Sels, NVOS en Orthobanda
- De heer drs. W.B.J. van Soest, VGZ IZA
- De heer F.Spée, huisarts en Primair Huisartsenposten Utrecht
- Mevrouw dr. M.M. Thunnissen, psychiater
- De heer drs. C. W.M. Vermolen, CSO
- De heer mr. drs. R.W. Verrips, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- De heer ing. R. Verwaard, Wittekamp & Broos

Bijlage 3

Professionaliteit en de stelselwijziging

1 Inleiding

De vernieuwing van het zorgstelsel is bedoeld om de stijgende kosten van de gezondheidszorg in de nabije toekomst beter te kunnen opvangen en tegelijkertijd beter in te kunnen spelen op de vraag van patiënten en cliënten. Het kabinet ziet concurrentie tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars als de aangewezen weg om beide doelstellingen te bereiken. Concurrentie is dan ook uitgangspunt van het nieuwe zorgstelsel. Het is evident dat door deze hervorming ook de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders drastisch verandert. Voor beide partijen geldt dat zij niet langer verzekerd zijn van hun positie op de markt. Omzet- en afzetgaranties vervallen, financiële risico's nemen toe. Beide partijen krijgen een groter belang bij doelmatige zorg en dus bij scherper onderhandelen met elkaar: de zorgverzekeraar moet zorg inkopen bij aanbieders van een zo goed mogelijke prijs kwaliteitsverhouding; de aanbieder moet daarop inspelen, anders prijst hij zich uit de markt.

In de praktijk is het bij uitstek de arts die de belangen van de (individuele) patiënt behartigt in de onderhandelingen met andere partijen. Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) moet de arts bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en daarbij in overeenstemming handelen met de op hem rustende verantwoordelijkheid, welke voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard (artikel 7:453 BW).

De verhouding arts-patiënt is een unieke en wederzijds exclusieve vertrouwensrelatie, die wettelijk is vastgelegd in de WGBO. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de arts de beste zorg levert die in zijn geval naar professionele maatstaven voorhanden is en hij moet erop kunnen vertrouwen dat de zorgverlener zijn privacy niet alleen respecteert, maar ook beschermt. Beide aspecten vormen de kern van de professionele beroepsuitoefening door artsen. Wordt hieraan getornd, dan staat niet alleen hun professionaliteit op het spel, maar ook de behartiging van de belangen van (individuele) patiënten.

Artsen vrezen dat het nieuwe zorgstelsel dit effect heeft c.q. zal hebben. Zij stellen dat dit nieuwe stelsel anderen - en dan met name de zorgverzekeraars - de mogelijkheid geeft om de medische besluitvorming te beïnvloeden en dat zij daar ook gretig gebruik (of misbruik?) van maken.

We gaan hieronder na of deze vrees terecht is. Hiervoor analyseren we enkele conflicten die zich recentelijk hebben voorgedaan tussen zorgprofessionals enerzijds en zorgverzekeraars, instellingsbestuurders en/of andere beroepsbeoefenaren anderzijds, met als inzet de medische besluitvorming

c.q. goed hulpverlenerschap. In de analyse besteden we aandacht aan de vraag of er sprake is van beïnvloeding, of die te rechtvaardigen is en in hoeverre het stelsel afdoende checks and balances bevat om ongerechtvaardigde beïnvloeding - nu en in de toekomst - uit te sluiten.

Achtereenvolgens behandelen we de volgende casussen:

- In de eerste casus gaat het om door zorgverzekeraars gehanteerde machtigings- en toestemmingsprocedures. In veel zorgpolissen staat dat de verzekerde voor een bepaalde behandeling vooraf toestemming van de zorgverzekeraar behoeft. In hoeverre gaat de zorgverzekeraar hiermee op de stoel van de arts zitten?
- De tweede casus gaat over het voorschrijven van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. Het blijkt niet altijd vanzelfsprekend te zijn dat het geneesmiddel dat de arts het meest aangewezen acht ook daadwerkelijk wordt voorgeschreven en verstrekt. In dit conflict draait het om de verdeling van zeggenschap tussen behandelend medisch specialist en instellingsbestuur.
- De derde casus betreft een initiatief van een zorgverzekeraar, die probeert artsen via een financiële prikkel te bewegen om doelmatig geneesmiddelen voor te schrijven.
- De laatste casus tenslotte handelt over medisch specialisten die zich teweer stellen tegen de prestatie-afspraken die een andere beroepsgroep heeft gemaakt met de zorgverzekeraars, teneinde de continuering van haar kwaliteitsbeleid veilig te stellen.

We besluiten met algemene conclusies en aanbevelingen.

2 Voorafgaande toestemming voor behandeling

In de Zorgverzekeringswet is de aard van de in het basispakket opgenomen prestaties omschreven. De inhoud en omvang daarvan zijn nader uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering. In de zorgverzekering, i.e. de overeenkomst tussen verzekerde en zorgverzekeraar, is voor een aantal prestaties een bepaling opgenomen die erop neerkomt dat de verzekerde slechts voor (vergoeding van) die prestatie in aanmerking komt indien hij tevoren toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. Dit vereiste wordt in ieder geval gesteld aan ingrepen van plastisch chirurgische aard en aan verstrekking van bepaalde (extramurale) geneesmiddelen.

2.1 Casus a: plastisch chirurgische behandeling

Een 55-jarige vrouw is door haar huisarts verwezen naar de plastisch chirurg, omdat haar bovenoogleden zo verslapt zijn dat ze haar gezichtsveld beperken. De plastisch chirurg vindt een ooglidcorrectie noodzakelijk.

Patiënte weet van haar zus, die eerder met dezelfde aandoening kampte, dat de zorgverzekeraar niet zonder meer deze ingreep vergoedt. Ze leest haar polis er nog eens goed op na en ontdekt dan dat ze - voordat de ingreep wordt uitgevoerd - toestemming moet vragen aan haar zorgverzekeraar. Zo gezegd, zo gedaan. Tot haar verbijstering weigert de zorgverzekeraar echter toestemming te verlenen. De behandelend plastisch chirurg is laaiend. Hij stelt dat de zorgverzekeraar hiermee - ten onrechte - op zijn stoel gaat zitten, omdat deze zich via de verzekeringspolis het recht voorbehoudt te beoordelen of een bepaalde behandeling bij een patiënt al dan niet geïndiceerd is. Dat is nu juist het prerogatief van de arts.

Analyse

In het Besluit Zorgverzekering is voor de aanspraak op geneeskundige zorg vastgelegd (artikel 2.4) dat deze de zorg omvat zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden, met dien verstande dat behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder deze zorg valt indien sprake is van één van de wettelijk omschreven indicatiegebieden. Correctie van verslakte bovenoogleden valt op grond hiervan uitsluitend onder de aanspraak indien deze het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

De aanspraak op ingrepen van plastisch chirurgische aard is met andere woorden door de Zorgverzekeringswet geclausuleerd, namelijk afhankelijk gesteld van een nadere voorwaarde (indicatiegebied). De zorgverzekeraar heeft niet de bevoegdheid om zelf te bepalen voor welke indicatiegebieden het recht op zorg geldt. De machtigingsprocedure of toestemmingseis is dan ook uitsluitend bedoeld om vooraf te kunnen toetsen of de verzekerde werkelijk aanspraak heeft op (vergoeding van) de behandeling, met andere woorden of hij voldoet aan de wettelijk gestelde voorwaarden. Is dat niet het geval, dan komen de kosten van de ingreep voor rekening van de patiënt zelf. Het is dus niet zo dat de toestemming betrekking heeft op het al dan niet mogen (doen) uitvoeren van de betreffende behandeling, maar louter op de vergoeding daarvan.

Als de patiënt van mening is dat de zorgverzekeraar ten onrechte toestemming weigert kan hij het geschil voorleggen aan de onafhankelijke geschillencommissie en - als dat niets oplevert - aan de civiele rechter. Die toetst aan de hand van de relevante wettelijke bepalingen of de zorgverzekeraar tot een juiste beslissing is gekomen.

2.2 Casus c: machtigingsprocedure Plavix

Een 65-jarige man heeft van zijn cardioloog Plavix voorgeschreven gekregen, nadat hij in augustus is behandeld aan zijn hart, waarbij twee stents zijn geplaatst. Hij moet het middel een jaar lang slikken. De cardioloog heeft een machtiging afgegeven, waarin hij verwijst naar

de behandelrichtlijnen van de Vereniging voor Europese cardiologen. De zorgverzekeraar stelt dat de patiënt prima af kan met goedkopere aspirine, omdat niet is gebleken dat de patiënt daarvoor overgevoelig is. De patiënt betaalt de bloedverdunner nu zelf, hetgeen hem elke maand 60 euro kost.

Analyse

Een verzekerde heeft volgens de zorgverzekering onder meer recht op geneeskundige zorg en op farmaceutische zorg. Geneesmiddelen die door de arts als onderdeel van de geneeskundige behandeling worden gebruikt, vallen onder de prestatie geneeskundige zorg. Krijgt een verzekerde een recept mee om geneesmiddelen aan hem te laten afleveren voor gebruik buiten de praktijk van de hulpverlener, dan wel buiten de instelling waaraan de hulpverlener is verbonden, dan valt deze zorg onder de prestatie farmaceutische zorg. In de geschetste casus gaat het om een aanspraak op farmaceutische zorg.

Op grond van het Besluit zorgverzekering omvat de aanspraak op farmaceutische zorg de aflevering van door de minister aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, voor zover deze bovendien zijn aangewezen door de verzekeraar. De zorgverzekeraar moet van alle werkzame stoffen die door de minister zijn aangewezen tenminste één geneesmiddel aanwijzen. De minister kan overigens voorwaarden verbinden aan de aanspraak op extramuraal geneesmiddelen, zoals de voorwaarde dat verzekerden slechts bij bepaalde geregistreerde indicaties aanspraak hebben op een aangewezen geneesmiddel.

Deze voorwaarde is gesteld aan de verstrekking van het geneesmiddel Plavix. Een verzekerde heeft uitsluitend recht op dit geneesmiddel als hij niet behandeld kan worden met acetylsalicylzuur (aspirine) vanwege overgevoeligheid of een andere absolute contra-indicatie. De meeste zorgverzekeraars hebben in hun polisvoorwaarden opgenomen dat de verzekerde uitsluitend aanspraak heeft op Plavix indien op een machtigingsformulier is aangegeven dat de verzekerde niet behandeld kan worden met het goedkopere acetylsalicylzuur.

In het voorjaar van 2005 heeft een cardioloog een kort geding aangespannen tegen een aantal zorgverzekeraars, waarin hij een verbod op het gebruik van deze machtigingsprocedure vorderde. Hij legde aan zijn vordering onder meer ten grondslag dat het hanteren van een machtigingsprocedure voor Plavix in strijd was met de WGBO. Hij stelde dat de verzekeraars met het machtigingsbeleid op de stoel van de arts gaan zitten en daarmee het primaat van de behandelend arts in het voorschrijfgedrag ondergraven.

De voorschrijfvrijheid van de arts kan worden afgeleid uit de WGBO. Een arts behoort bij het voorschrijven van geneesmiddelen te handelen

als goed hulpverlener, in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard. Binnen de verschillende beroepsgroepen plegen protocollen, richtlijnen of standaarden te worden opgesteld die aangeven wat naar algemene opvatting in de beroepsgroep de professionele standaard is. Deze protocollen, richtlijnen en standaarden geven onder andere aan welke behandelwijze, gegeven de gestelde diagnose, het beste kan worden toegepast en, als onderdeel daarvan, welke geneesmiddelen het beste kunnen worden voorgeschreven.

De rechter vond echter dat er geen sprake was van strijd met de WGBO omdat de machtigingsprocedure niet ingrijpt in het voorschrijfbeleid van de arts, maar uitsluitend tot doel heeft voorafgaand aan de verstrekking te controleren of deze op grond van de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking komt.

De cardiologen laten het hier niet bij zitten. Hun strijd om Plavix voor alle hartpatiënten vergoed te krijgen, gaat onverminderd door. Zij zijn er namelijk van overtuigd dat het middel ook voor andere dan de geregistreerde indicaties medisch noodzakelijk is en stellen dat de internationale medische behandelrichtlijn ook in die gevallen het gebruik van Plavix adviseert. De minister stelt zich nog immer op het standpunt dat de werkzaamheid van Plavix niet voor alle indicaties is bewezen. In het najaar van 2005 spant de Nederlandse Vereniging van Cardiologen een kort geding aan tegen de staat. Zij stelde dat de door minister vastgestelde voorwaarden opzij worden gezet door hogere regelgeving, namelijk de WGBO. De rechter adresseerde dit punt niet, maar oordeelde dat uit het Nederlandse wettelijke systeem van vergoeding van geneesmiddelen volgt dat vergoeding van geneesmiddelen voor niet-geregistreerde indicaties is uitgesloten. Het laatste woord is hier zeker niet over gezegd. Dat komt doordat de door de minister gestelde voorwaarden in dit geval sterk afwijken van de professionele standaard van de beroepsgroep.

Conclusie

Het hanteren van een machtigingsprocedure of toestemmingsvereiste door zorgverzekeraars perkt de behandelingsvrijheid van de arts formeel niet in. Het is een middel waarmee de zorgverzekeraar vooraf kan toetsen of de verzekerde in kwestie aanspraak heeft op vergoeding van de behandeling/het geneesmiddel; niet meer en niet minder. Desondanks is een prudent gebruik van zo'n procedure of vereiste aangewezen; het kan namelijk wel de kwaliteit van de zorgverlening negatief beïnvloeden. Het wachten op toestemming (c.q. uitsluitel over vergoeding) kan de behandeling vertragen met alle consequenties van dien. In de praktijk is hiervoor ten aanzien van plastisch chirurgische ingrepen een oplossing gezocht in de vorm van lijsten met rode, groene en oranje DBC's: uitsluitend voor oranje DBC's moet de machtigingsprocedure worden gevolgd; rode DBC's worden niet uit de zorgverzekering vergoed, de groene wel. Dit blijkt (nog) niet voldoende adequaat te werken. Voor geneesmiddelen

wordt ook een praktische oplossing beproefd: sommige zorgverzekeraars laten de apotheker het machtigingsformulier beoordelen.

2.3 Het voorschrijven van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

Trastuzumab (merknaam Herceptin®) is een geneesmiddel dat bij vrouwen met uitgezaaide borstkanker van een bepaald agressief type (overexpressie van het HER2-eiwit) de groei van tumorcellen remt en in combinatie met de reguliere chemotherapie een verlenging van het leven geeft van 7 tot 8,5 maanden. Recente onderzoeksresultaten laten bovendien zien dat trastuzumab zelfs uitzaaiingen bij borstkanker kan voorkómen. Het gebruik van trastuzumab bij HER2-positieve uitgezaaide borstkanker is dan ook opgenomen in de Nederlandse richtlijnen voor behandeling. Trastuzumab is al in 2000 geregistreerd voor de behandeling van uitgezaaide HER2-positieve borsttumoren. Tot op heden zijn er geen vergelijkbare geneesmiddelen op de markt.

Uit een onderzoek dat de Borstkanker Vereniging Nederland door het adviesbureau McKinsey heeft laten uitvoeren, is gebleken dat in 2004 slechts 40% van de vrouwen die volgens de Nederlandse richtlijnen met Herceptin behandeld moeten worden, dit middel ook werkelijk heeft gekregen. Ook blijkt uit het onderzoek dat er grote regionale verschillen zijn. Zo krijgt in Friesland naar schatting minder dan 10% van de HER2 patiënten met uitgezaaide borstkanker de behandeling die ze zouden moeten krijgen, terwijl dat percentage in Zeeland boven de 85% ligt. Het gebruik van trastuzumab in Nederland is vrijwel het laagste van alle West-Europese landen.

Dit is slechts één voorbeeld uit vele. Bovendien doet dit verstrekkingenprobleem zich niet alleen voor bij dure geneesmiddelen. Er zijn ook gevallen bekend waarbij ziekenhuizen weigerden bepaalde (duurdere) hulpmiddelen te implanteren (bijvoorbeeld pacemakers, orthopedische hulpmiddelen, multicoated stents) omdat er goedkopere varianten beschikbaar waren.

Analyse

In de vorige casus is al uiteengezet dat geneesmiddelen die intramuraal worden voorgeschreven, onder de prestatie geneeskundige zorg vallen. In tegenstelling tot de aanspraak op extramuraal verstrekte geneesmiddelen is de aanspraak op intramurale geneesmiddelen niet gebonden aan positieve lijsten. Voor deze aanspraak geldt dat de omvang van de geneesmiddelenzorg wordt bepaald door 'de stand van de wetenschap en praktijk' (open systeem): een in een instelling verblijvende patiënt heeft recht op een geneesmiddel als het gezien de stand van de wetenschap en praktijk als verantwoorde en adequate zorg kan worden beschouwd.

Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' is een open norm. De specialist in het ziekenhuis bepaalt welke behandeling voor welke aandoening is aangewezen. Als een geneesmiddel is geregistreerd of het gebruik van het middel is opgenomen in een richtlijn of protocol, zal discussie over de vraag of een behandeling aan dit criterium voldoet meestal uitblijven. Dan staat in rechte vast dat de patiënt aanspraak heeft op vergoeding van het betreffende geneesmiddel. Dat bepaalde (dure) geneesmiddelen in ziekenhuizen niet worden verstrekt, ondanks het feit dat de behandelend specialist het middel aangewezen acht, kan dus niet verklaard worden uit beperkende voorwaarden in de zorgverzekeringswet. De verklaring ligt in de wijze waarop intramurale geneesmiddelen gefinancierd worden.

De financiering van geneesmiddelen die in een ziekenhuis worden verstrekt, vindt plaats via de ziekenhuisbudgettering (A-segment) of de met ingang van 1 februari 2005 ingevoerde DBC-systematiek (B-segment). Omdat in het B-segment vooralsnog de relatief eenvoudiger medisch specialistische behandelingen zijn opgenomen, speelt de problematiek van dure geneesmiddelen vooral in het A-segment.

Voor ziekenhuiszorg in het A-segment brengt een ziekenhuis tarieven in rekening, die door het CTG zijn goedgekeurd of vastgesteld. Voor ziekenhuizen zijn er vaste tarieven voor afzonderlijke verrichtingen. Deze tarieven zijn voor alle ziekenhuizen gelijk en vormen zo veel mogelijk een benadering van de gemiddelde kostprijs van de betreffende verrichting. Daarnaast kent een ziekenhuis een verrekenpercentage. Dat wordt afgeleid van het budget van het ziekenhuis. Dit percentage wordt zodanig vastgesteld dat het ziekenhuis over enig jaar exact het vastgestelde budget ontvangt. Dat gebeurt doordat meer- of minderopbrengsten via het verrekenpercentage van een volgend jaar worden verrekend.

Uitgangspunt van de budgetsystematiek is dat een ziekenhuis met de ziektekostenverzekeraars afspraken maakt over de omvang van de productie die in het komende jaar wordt verwacht. Dit overleg leidt tot productieafspraken, die jaarlijks aan het CTG worden voorgelegd. Voor elke budgetparameter geldt een bepaald bedrag. Per parameter wordt de overeengekomen productie vermenigvuldigd met het toepasselijke bedrag. Optelling van de uitkomsten daarvan leidt tot het productiegebonden deel van het budget. Dat vormt samen met de andere onderdelen het jaarlijks budget dat wordt versleuteld via de tarieven. Een eenmaal vastgesteld budget is voor een ziekenhuis een vaststaand bedrag aan inkomsten. Overschrijdt het ziekenhuis dit budget dan is dat voor rekening van het ziekenhuis.

Geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden verstrekt in het kader van het A-segment, komen ten laste van het reguliere ziekenhuisbudget. (De kosten voor de verstrekking van geneesmiddelen zijn verdisconteerd in de

bedragen voor materiële kosten die per budgetparameter gelden). Dure vormen van zorg drukken extra op het ziekenhuisbudget. Het ziekenhuis heeft er dan ook belang bij de uitgaven van dure geneesmiddelen te beperken. Dat kan betekenen dat het om bedrijfseconomische redenen een behandeling met dure geneesmiddelen weigert, terwijl de behandelend medisch specialist juist die behandeling geïndiceerd acht.

Om ervoor te zorgen dat de behandelingen met dure geneesmiddelen niet in het gedrang komen, is in 2002 de beleidsregel Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen vastgesteld, welke met ingang van 1 januari 2006 is aangepast. Op grond daarvan worden geneesmiddelen die op de daarbij horende stofnamenlijst zijn vermeld, voor 80% vergoed. Dit vergoedingspercentage is thans voor alle ziekenhuizen gelijk en niet (meer) onderhandelbaar. Daarmee is weliswaar de ergste nood gelenigd, maar het betekent nog altijd dat 20% van de kosten uit het reguliere budget moeten worden bekostigd.

Conclusie

Formeel gezien kan een patiënt die verstoken dreigt te blijven van een duur geneesmiddel dat zijn behandelend specialist geïndiceerd acht, zijn recht halen. Als hij een naturapolis heeft dan kan hij zowel van de zorgverzekeraar als van het ziekenhuis nakoming vorderen. Van de zorgverzekeraar, omdat op grond van de naturapolis op de zorgverzekeraar een verbintenis tot zorgverlening rust tegenover de patiënt. De patiënt kan daardoor tegenover de zorgverzekeraar aanspraak maken op de ingeroepen zorg, zodra daarvoor een indicatie bestaat. De zorgverzekering legt de verzekeraar in beginsel een onbegrensde, onmiddellijke leveringsplicht op. Hij kan dan ook op het uitblijven van zorg worden aangesproken. Als de instelling de behandeling weigert, dan zal de zorgverzekeraar het ziekenhuis hierop moeten aanspreken. Daarnaast is het ziekenhuis op grond van de geneeskundige behandelingsovereenkomst verplicht de zorg 'van een goed hulpverlener' te verlenen en in overeenstemming te handelen met de op hem rustende verantwoordelijkheid, welke voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Die standaard verplicht tot behandeling met dure geneesmiddelen indien deze behandeling is opgenomen in de richtlijnen van de beroepsgroep en patiënt ervoor is geïndiceerd. De behandelingsovereenkomst brengt dan ook mee dat het ziekenhuis daartoe moet overgaan zonder dat budgettaire aspecten daarop van invloed mogen zijn.

Heeft de patiënt een *restitutieverzekering* dan heeft hij recht op prestaties in geld. De verzekeraar is tegenover de verzekerde uitsluitend gehouden de kosten van de (dure) behandeling te vergoeden. De verzekerde kan zijn aanspraak op zorg in dat geval alleen ontlenen aan de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

De patiënt heeft dus eigenlijk geen boodschap aan budgettaire beperkingen of afspraken, als hij maar kan aantonen dat hij recht heeft op een bepaalde behandeling. Het probleem is hier echter dat er geen overzichten (lijsten) zijn van geneesmiddelen waarop patiënten die in een ziekenhuis verblijven recht hebben. Het is voor de patiënt moeilijk om helder te krijgen of bepaalde behandelmogelijkheden tot het verzekerde pakket behoren of niet. De patiënt is daarmee sterk afhankelijk van de behandelend specialist en de openheid die hij hierover tegenover hem betracht. De specialist is op zijn beurt weer afhankelijk van het krachtenspel met het instellingsbestuur.

2.4 Het financieel belonen van huisartsen voor 'rationeel voorschrijven' van geneesmiddelen

Zorgverzekeraar Menzis biedt aan gecontracteerde huisartsen de mogelijkheid deel te nemen aan de module 'Rationeel voorschrijven'. Met de module wordt beoogd de trend te doorbreken van het door de farmaceutische industrie op succesvolle wijze promoten van haar (eigen) dure geneesmiddelen, terwijl er goedkopere middelen bestaan die even goed werken. De module richt zich op het voorschrijven van twee groepen geneesmiddelen: maagzuurremmers en cholesterolverlagers. Bij deelname aan de module ontvangen de huisartsen een financiële vergoeding als de huisarts aantoonbaar resultaten boekt op het gebied van kwalitatief goed en doelmatig voorschrijfbeleid (hetgeen in dit geval inhoudt dat de huisarts de patiënt die voor de eerste keer een cholesterolverlager of maagzuurremmer behoeft simvastatine respectievelijk omeprazol voorschrijft en dat hij patiënten die al langer zo'n middel gebruiken omzet naar het meest doelmatige geneesmiddel). De financiële vergoeding bestaat uit een extra vergoeding bovenop de standaard honorering. Deelname aan de module is vrijwillig.

Artsen en patiëntenorganisaties spannen gezamenlijk een kort geding tegen Menzis aan, waarin zij eisen dat de rechter Menzis verbiedt om deze module uit te voeren en/of aan te prijzen. Ze stellen dat het voor een goede uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst essentieel is dat er geen directe relatie is tussen de behandeling van de individuele patiënt en een financiële vergoeding van de zorgverzekeraar aan de arts. Door een direct commercieel element in te brengen breekt Menzis volgens hen op ontoelaatbare wijze in de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

Analyse

De voorzieningenrechter, die op 18 januari 2006 uitspraak deed, vond niet dat Menzis met deze module op ontoelaatbare (en dus onrechtmatige) wijze inbreekt in deze vertrouwensrelatie en daarmee het voorschrijfbeleid van de arts beïnvloedt. Dat de module voor een arts min of

meer verleidelijk kan zijn, neemt volgens de rechter niet weg dat hij de vrijheid en zelfs de verplichting behoudt om eerst, volgens de geldende en door alle partijen in deze procedure erkende normen, zelfstandig te beslissen welk medicijn hij kan voorschrijven. Deze normen zijn met name te vinden in de behandelrichtlijnen die door de beroepsgroepen zelf zijn opgesteld en die gebaseerd zijn op wetenschappelijke studies, te weten de NHG-standaarden en/of erkende regionale behandelrichtlijnen. De vrijheid van de arts wordt derhalve niet ontoelaatbaar beperkt, aldus de voorzieningenrechter. Hierbij speelde overigens een rol dat de zorgverzekeraar de module inmiddels had gewijzigd: er worden niet langer bonussen verstrekt voor het omzetten van de medicatie van patiënten die al langer zo'n middel gebruiken naar generieke producten. Daarmee was één van de belangrijkste inhoudelijke bezwaren vervallen.

Het Hof komt in de uitspraak in hoger beroep op 30 mei 2006 tot dezelfde slotsom. Het stelt allereerst vast dat het door de module gepropageerde voorschrijfbeleid in het algemeen binnen de marges blijft van de tot huisartsen gerichte richtlijnen. Deze richtlijnen bieden bovendien de huisarts de mogelijkheid om in individuele gevallen daarvan af te wijken. Vervolgens stelt het Hof vast dat de huisarts ook de reële mogelijkheid behoudt om in individuele gevallen af te wijken van het door de module beloonde handelen. De volgende omstandigheden zijn daarvoor volgens het Hof bepalend:

1. De module gaat uit van gestaffelde minimumpercentages en biedt daarmee de huisarts ruimte om te kiezen voor een ander middel.
2. Het aanvaarden van de module leidt niet tot een verplichting voor de huisarts om de daarin genoemde middelen voor te schrijven, maar slechts tot een recht van de huisarts op een vergoeding indien hij de genoemde percentages haalt.
3. Deelname aan de module is vrijwillig.
4. De arts is voor zijn persoonlijke inkomen niet afhankelijk van (succesvolle) deelname aan de module. De vergoeding die de module aanbiedt is bovendien van relatief bescheiden omvang.

Gezien deze omstandigheden is het Hof van oordeel dat er onvoldoende grond is voor de vrees dat de huisarts in voorkomende individuele gevallen niet meer op basis van een eigen professionele afweging zal kunnen kiezen voor het in zijn ogen gewenste middel. Het Hof concludeert dan ook dat Menzis met het aanbieden van de module de voorschrijfvrijheid van de arts niet op onrechtmatige wijze beïnvloedt.

Daarbij geeft het Hof overigens nog wel aan het belangrijk te vinden dat de betrokken partijen (zorgverzekeraars en deelnemende huisartsen) zich onderling niet zullen binden tot geheimhouding van afspraken als vervat in deze module tegenover derden (onder wie met name patiënten/verzekerden) en dat zij daarover desgevraagd openheid zullen betrachten.

Alleen zo blijft ook voor derden toetsbaar of modules als deze binnen de geldende regels van verantwoord medisch handelen blijven.

Conclusie

Het Hof vindt dat er voorshands geen grond is voor de vrees van patiëntenorganisaties en artsen dat de module ertoe zal leiden dat huisartsen het belang van hun patiënt ondergeschikt zullen maken aan hun persoonlijke (financiële) belang of dat de module anderszins de vertrouwensrelatie tussen de huisarts en zijn patiënt schade toebrengt.

De rechter geeft daarmee blijk van een rotsvast vertrouwen in het eigen oordeel en de eigen verantwoordelijkheid van de arts. De arts beslist volgens de rechter uitsluitend op grond van medische overwegingen en laat zich niet leiden door commerciële invloeden. Dit is in zoverre opmerkelijk dat onder andere de Europese Richtlijn betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik (2001/83), het Reclamebesluit geneesmiddelen en de Gedragscode geneesmiddelenreclame juist zijn opgesteld, omdat door Europa (en de Nederlandse overheid) wordt onderkend dat artsen zich in bepaalde gevallen en onder bepaalde omstandigheden kunnen laten beïnvloeden door factoren van buitenaf (waaronder marketing en financiële voordelen). Kennelijk geven hier het feit dat de financiële vergoeding relatief gering van omvang is en het gegeven dat de module ruimte laat voor huisartsen om in individuele gevallen een ander middel voor te schrijven de doorslag. Dat is een 'dunne scheidslijn' en geeft geen antwoord op de vraag waar precies de grens ligt. Die zal zeker worden opgezocht.

2.5 Prestatiecontract verloskundige zorg

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) uit in november jl. publiekelijk haar bezorgdheid over een contract dat de organisatie van verloskundigen, de KNOV, heeft gesloten met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Op grond van die overeenkomst zouden verloskundigen een bonus van verzekeraars krijgen als ze minder zwangeren doorverwijzen naar de gynaecoloog voor een keizersnede. Daartoe zouden verloskundigen zelf weer meer kinderen in stuitligging met de hand moeten draaien in hoofdligging (uitwendige versie). Naarmate verloskundigen daar beter in slagen, zou de organisatie meer geld krijgen, hetgeen kan oplopen tot 1 miljoen euro per jaar. Dit moet leiden tot vierhonderd minder keizersnedes dit jaar, oplopend tot 1400 in 2008. De verzekeraars sparen zo in 2008 naar schatting 6,6 miljoen euro uit.

De NVOG vindt dat dit contract een bedreiging vormt voor de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland. Volgens de NVOG vormt de verloskundige zorg een goed voorbeeld van ketenzorg: de begeleiding van de zwangerschap en bevalling zonder complicaties wordt door de verloskundige gedaan. Als zich bijzondere omstandigheden voordoen, zoals een

stuitligging, dient de zwangere te worden doorverwezen naar de gynaecoloog. Voordat een beleid wordt afgesproken bij deze afwijkende ligging dient namelijk te worden onderzocht waarom het kind in stuit ligt. Bij kinderen in stuitligging zou de kans op aangeboren afwijkingen namelijk twee tot driemaal hoger zijn. Uitgebreid echoscopisch onderzoek is dan ook noodzakelijk. Als er geen bezwaren zijn, kan worden geprobeerd de stuit te draaien tot hoofdligging. Voor en na de poging de baby te draaien dient de conditie van de baby te worden beoordeeld met behulp van een hartfilmpje. Omdat het draaien van het kind een zeker risico inhoudt, is het van belang dat dit gebeurt in de veilige omgeving van een ziekenhuis; bij complicaties moet immers direct kunnen worden ingegrepen. Als het draaien lukt, kan de zwangere terug naar de verloskundige; anders blijft ze onder behandeling van de gynaecoloog, die de bevalling verder begeleidt. In dat geval wordt vaak gekozen voor een keizersnede.

Samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen is volgens de NVOG dan ook essentieel voor optimale verloskundige zorg. Zij vindt dat de verzekeraars met dit prestatiecontract een wig drijven tussen deze samenwerkende beroepsgroepen en daarmee de kwaliteit van de verloskundige zorg in gevaar brengen. 'Dit is het verkeerde soort marktwerking, die gericht is op het welzijn van de zorgverzekeraar en niet van de patiënt.'

Het signaal van de NVOG wordt opgepikt, zowel door de media als door kamerleden. Zo bericht de Volkskrant op 3 november onder de verontrustende kop 'Bonus voor beperken keizersnedes' over het gesloten contract en krijgen de gynaecologen steun voor hun opvatting in een opiniërend artikel in NRC Handelsblad, waarin gesteld wordt dat de verloskundigen hun medische oordeel moeten baseren op de stand van de wetenschap en niet op subsidiekansen. Uit een Nederlands proefschrift is gebleken dat de kans dat een kind in stuitligging sterft of ernstige klachten krijgt bij een vaginale bevalling 1,29 procent is en bij een keizersnede 0,16%. Dit betekent 11 extra sterfgevallen van kinderen met stuitligging. Dit verschil is volgens auteur groot genoeg om stuitliggingen door vrouwenartsen te laten beoordelen. Ook al schept een keizersnede een risico op blijvende medische klachten bij de moeder en dreigt de ingreep een volgende bevalling te compliceren.

De KNOV stelt in een reactie dat de met ZN gesloten overeenkomst niet gaat over een bonus voor het bij de gynaecoloog weghouden van zwangere vrouwen, maar over de financiering van de kwaliteitsbevordering. De zorgverzekeraars willen natuurlijk wel zicht hebben op de besteding daarvan en daarom is afgesproken dat de vereniging de komende jaren richtlijnen ontwikkelt voor verloskundigen, bijvoorbeeld voor niet vorderende ontsluiting tijdens de baring en voor het uitwendig draaien van een kind in stuitligging. Volgens de KNOV gaan de verzekeraars hiermee niet op de stoel van de arts zitten: 'Er is alleen op macroniveau van de

vereniging een koppeling tussen prestatie en geld, niet op het niveau van de individuele verloskundige'.

Daarnaast stelt de KNOV dat niet alleen gynaecologen, maar ook verloskundigen in hun praktijk op een veilige wijze kinderen in een stuitligging kunnen keren. Wel moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Zo moet de verloskundige hiervoor zijn geschoold. De kennis over het draaien van stuitliggende kinderen is de laatste jaren weliswaar wat weggezakt bij de verloskundigen, maar dat wordt met cursussen en bijscholing verbeterd. Verder moeten met een echo bepaalde risico's van tevoren worden uitgesloten en is het belangrijk goede afspraken te maken met de gynaecologen in het ziekenhuis. Ook moet het ziekenhuis goed en snel bereikbaar zijn vanuit de verloskundigenpraktijk. Dat laatste is vooral van belang als er een spoedkeizersnede moet worden uitgevoerd. Het is dus niet zo, aldus de KNOV, dat verloskundigen thuis stuiten zouden gaan keren. Mocht de poging om het kind te draaien niet lukken dan zal de verloskundige de zwangere voor de geboorte gewoon naar de gynaecoloog doorverwijzen.

Op 14 november 2006 is het conflict tussen beide beroepsgroepen zo hoog opgelopen dat de voorzitter van de KNOV een brief stuurt aan de voorzitter van de NVOG waarin hij mededeelt dat de KNOV besloten heeft het bestuurlijke bilaterale overleg op landelijk niveau tot nader order op te schorten.

Analyse

Tot enkele jaren geleden ontving de KNOV subsidie van het ministerie van VWS voor kwaliteitsverbetering. Twee jaar geleden is die subsidie stopgezet en zag de vereniging zich genoodzaakt zelf voor de benodigde financiële middelen te zorgen. In maart 2006 heeft de KNOV hiertoe een overeenkomst gesloten met ZN, welk een looptijd heeft van 2006 tot en met 2008.

Ingevolge deze overeenkomst verbindt de KNOV zich om in genoemde periode de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland te bevorderen door de uitvoering van een doelgericht kwaliteitsprogramma, zoals neergelegd in het werkprogramma 'Kwaliteitsbeleid eerstelijns verloskunde 2006-2008' (www.zn.nl). Op basis van dit werkprogramma wordt jaarlijks een werkdocument overeengekomen met ZN. Dit document betreft een omschrijving van alle werkzaamheden en producten die door de KNOV in enig jaar worden uitgevoerd respectievelijk geleverd. Voor het leveren van de omschreven activiteiten in het werkdocument zullen betrokken zorgverzekeraars, door tussenkomst van ZN, een bedrag van 1 miljoen euro per jaar beschikbaar stellen aan de KNOV.

In de overeenkomst is voorts neergelegd dat verdergaande doelmatigheid in de zorgverlening zorg draagt voor de dekking van de benodigde

financiering. Minder verwijzing van zwangeren naar de tweede lijnszorg en terugdringing van het aantal sectio's in de tweede lijn door uitvoering van een uitwendige versie, zijn hierbij concreet genoemde instrumenten, die moeten leiden tot meetbare resultaten. In concreto moet het aantal stuitliggingen in de eerste lijn in 2006 ten opzichte van de nulmeting worden vermindert met 0,2% (= 400 uitgaande van 200.500 partus), oplopend via 0,4% (800) in 2007 naar 0,7% (1400) in 2008.

Hoe te oordelen over de kritiek dat deze contractuele afspraak de verloskundige zorg in gevaar brengt?

- De eerste vraag die hierbij aan de orde is, is of de doelstelling – het terugbrengen van het aantal sectio's door meer uitwendige versies toe te passen – als zodanig omstreden is.

In de berichtgeving over de overeenkomst tussen KNOV en ZN wordt de suggestie gewekt dat verloskundigen bereid zouden zijn in het geval van stuitligging onverantwoorde risico's te nemen om voor de KNOV meer subsidie van zorgverzekeraars binnen te halen. Deze suggestie is onjuist. Zo wordt ter ondersteuning van de kritiek van de gynaecologen een vergelijking gemaakt tussen de vaginale bevalling en keizersnede bij stuitligging, maar die vergelijking is als zodanig niet aan de orde. Wat de overeenkomst behelst, cq wat de organisatie van verloskundigen voorstaat, is een interventie waarmee voorkomen kan worden dat zwangeren waarvan het kind in stuit ligt voor de keuze tussen een vaginale bevalling of een keizersnede gesteld worden. Die interventie bestaat uit een poging de stuitligging te veranderen in een hoofdligging, zodat de vrouw normaal kan bevallen en niet is aangewezen op een keizersnede. De KNOV is van mening dat in beginsel iedere zwangere met kind in stuitligging een uitwendige versie aangeboden moet krijgen, uiteraard mits er geen contra-indicaties (zoals afwijking van de ligging van de placenta) zijn. Dat is ook het beleid dat de gynaecologen voorstaan: als het kan moet worden geprobeerd het kind met de hand te draaien. Pas als dit niet mogelijk is of als de poging niet lukt, komt de vraag aan de orde of een vaginale bevalling toch nog mogelijk is dan wel een keizersnede aangewezen is. Beide beroepsgroepen zijn het er dus over eens dat in beginsel een uitwendige versie moet worden aangeboden, omdat daarmee gezondheidswinst is te behalen.

De beroepsgroepen zijn het er ook over eens dat een uitwendige versie alleen kan worden toegepast als dat verantwoord is dat wil zeggen als er geen contra-indicaties zijn (zoals een afwijkende ligging van de placenta). Beide beroepsgroepen hebben dan ook als beleid geformuleerd dat daarnaar eerst onderzoek moet plaatsvinden. Als uit dat vooronderzoek blijkt dat een uitwendige versie niet verantwoord is of als de versie niet lukt behoort de verdere begeleiding van de zwangerschap en bevalling thuis in de tweede lijn; ook daarover bestaat geen verschil van opvatting tussen beide beroepsgroepen.

Wel is er discussie over de vraag of het veranderen van een stuitligging in hoofdligging door middel van een uitwendige versie door verloskundigen of door gynaecologen toegepast zou moeten worden. De NVOG vindt dat elke zwangere vrouw met kind in stuitligging beoordeeld moet worden door een gynaecoloog, die het verdere beleid bepaalt en uitvoert. De KNOV is van mening dat de beoordeling of een uitwendige versie verantwoord is ook door een verloskundige kan worden gedaan, evenals het draaien van het kind zelf. Verloskundigen zijn hiertoe ook bevoegd (uiteraard mits bekwaam, maar dat geldt voor beide beroepsgroepen).

Al met al is de doelstelling c.q. het beleid hoe om te gaan met stuitligging niet omstreden. Er is sprake van een competentiestrijd tussen twee beroepsgroepen, die beide ter zake bevoegd en (in beginsel) bekwaam zijn.

- Vervolgens is de vraag aan de orde of van de overeenkomst een prikkel uitgaat om financiële overwegingen te laten prevaleren boven de kwaliteit van de verloskundige zorg.

De overeenkomst maakt niet expliciet duidelijk wat de consequenties zijn wanneer de resultaten niet worden gehaald. Beredeneerd kan worden dat in dat geval een lager bedrag dan 1 miljoen euro beschikbaar wordt gesteld (de KNOV heeft dan immers de omschreven activiteiten niet ten volle geleverd). Als dat zo is, dan is de bekostiging van het kwaliteitsbeleid van de KNOV rechtstreeks afhankelijk van de door verloskundigen verleende zorg. De vraag is of dat erg is. Het al dan niet behalen van de in de overeenkomst genoemde resultaten heeft geen enkele invloed op het inkomen van de individuele verloskundigen. Het is de KNOV die daarvan eventueel nadelen ondervindt. Hoewel de KNOV haar richtlijnen (c.q. standpunten) zodanig zou kunnen aanpassen dat de gemaakte afspraken over het terugdringen van het aantal keizersnedes gemakkelijker kunnen worden behaald (bijvoorbeeld door de voorwaarden waaronder uitwendige versie kan worden toegepast te versoepelen) moet dit risico verwaarloosbaar klein worden geacht. Niet alleen omdat de verloskundigen een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben, maar ook omdat deze richtlijnen met argusogen worden gevolgd door de ‘concurrerende beroepsgroep’ van de gynaecologen.

Conclusie

De uiteindelijke conclusie moet zijn dat de gemaakte afspraken tussen de KNOV en ZN als zodanig geen gevaar opleveren voor de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland. Tegelijkertijd is duidelijk geworden dat hier sprake is van een openlijk gevoerde competentiestrijd, die beslist niet bevorderlijk is voor het vertrouwen van de bevolking in de kwaliteit van de verloskundige zorg. Het had beide partijen gesierd wanneer ze eerder met elkaar in overleg waren getreden: de KNOV over haar voornemen om het onderhavige contract met ZN te sluiten en de NVOG over haar

bezwaren tegen de gesloten overeenkomst. Dat dit kennelijk is nagelaten is des te navranter aangezien beide partijen uitdragen sterk te hechten aan samenwerking in de keten!

De casus roept overigens wel de vraag op hoe zorgprofessionals zouden moeten omgaan met dit soort overeenkomsten met derden (dat wil zeggen overeenkomsten waarbij in ruil voor een financiële beloning een tegenprestatie van de professional/beroepsgroep wordt verlangd). Het openbaar maken hiervan lijkt zonder meer een vereiste (zie ook de overwegingen van de rechter in de casus over rationeel voorschrijven), maar is dat voldoende? Of mag van professionals en hun organisaties verwacht worden dat zij dit soort overeenkomsten actief onder de aandacht van de IGZ/NZa brengen (aankelden)?

2.6 Algemene conclusies en aanbevelingen

De gepresenteerde casussen maken een aantal zaken duidelijk.

1. In de eerste plaats illustreren zij dat het belang van de individuele patiënt - bestaande uit 'goede en verantwoorde zorg' - zowel bij de totstandkoming van overheidsbeleid als aan de onderhandelingstafel behartigd wordt door de arts. Hoewel de conflicten op het eerste gezicht draaien om de professionaliteit van de arts, dienen artsen daarmee niet alleen hun eigen belang, maar juist ook dat van de patiënt.

Zo weerspiegelt het conflict over de machtigingsprocedures enerzijds de onvrede van artsen over de administratieve lasten die deze procedures met zich meebrengen, maar vooral ook de onvrede over de inhoud van het basispakket. Dat is het meest evident in de plavix zaak, waar artsen zich met alle middelen die hen ten dienste staan, sterk maken om het middel voor alle hartpatiënten vergoed te krijgen, omdat dit naar hun professionele inzicht aangewezen is. De casus over dure geneesmiddelen (en hulpmiddelen als pacemakers, multicoated stents en orthopedische hulpmiddelen) legt een duidelijke tekortkoming in het systeem bloot: daar waar rechtsbescherming doorgaans een belangrijke waarborg vormt dat de patiënt (uiteindelijk) krijgt waar hij recht op heeft, kan die hier bijna niet functioneren. Het is voor een individuele patiënt niet gemakkelijk te achterhalen waar hij precies aanspraak op kan maken. Daarmee is hij sterk afhankelijk van de behandelend arts en de positie die laatstgenoemde inneemt in het krachtenspel met het instellingsmanagement en de zorgverzekeraar. Hoewel zeker niet gezegd zij dat zorgverzekeraar en instellingsmanagement altijd de kosten het zwaarst laten wegen, is het bij uitstek de arts die het zich kan veroorloven in te zetten op de beste kwaliteit, ook als die duurder is. De zaak over de module

van zorgverzekeraar Menzis tenslotte maakt duidelijk dat artsen te allen tijde willen bewaken dat zij de vrijheid houden om op grond van inhoudelijke overwegingen te kiezen voor het beste middel in een individueel geval, ook als dat duurder is dan andere middelen.

2. Het is dus van belang dat de vrijheid van behandeling van artsen overeind blijft. De casussen illustreren ook dat er op dit moment geen harde aanwijzingen zijn dat de vrijheid van behandeling van artsen door het nieuwe zorgstelsel zelf wordt ingeperkt. Zo zijn de machtigingsprocedures bedoeld om te kunnen toetsen of een verzekerde aanspraak heeft op (vergoeding van) een bepaalde prestatie ten laste van de zorgverzekering. De uitkomst daarvan (al dan niet verlenen van toestemming) is toetsbaar door de rechter. De Menzis-module beperkt niet de voorschrijfvrijheid van artsen, maar geeft wel te denken waar ligt precies de grens? Dit brengt ons op het derde punt.
3. Er liggen wel gevaren op de loer. Die volgen niet rechtstreeks uit het stelsel zoals dat zijn beslag heeft gekregen, maar wel indirect. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders lopen meer financiële risico's en worden gedwongen te zoeken naar wegen om die risico's te beheersen. Professionals voelen die druk en zijn ontevreden over hun positie in dit krachtenspel. Ook zij zoeken naar wegen om hun positie te verstevigen.

Die onvrede uit zich niet alleen in conflicten zoals hierboven beschreven, maar ook in een heroriëntatie van zorgprofessionals op de organisatie van hun praktijkuitoefening. Zo zien we een aantal ontwikkelingen:

- huisartsen vormen grotere samenwerkingsverbanden om hun onderhandelingsmacht ten opzichte van de zorgverzekeraar te vergroten;
- zorgverzekeraars nemen huisartsen in dienst en/of kopen huisartsenpraktijken op;
- medisch specialisten richten zelfstandige behandelcentra en/of privéklinieken op en worden zo zelf contractspartner van de zorgverzekeraar;
- ziekenhuizen overwegen andere rechtsvormen, die aandeelhouderschap van medisch specialisten mogelijk maken om zo slagvaardiger te kunnen zijn in onderhandelingen met zorgverzekeraars;
- zorgverzekeraars nemen financieel deel in zorginstellingen (managed care);
- zorginstellingen gaan strategische allianties aan (concernvorming) om financiële risico's te spreiden en onderhandelingsmacht te vergroten.

Hoewel deze ontwikkelingen zeker ook positieve effecten (kunnen) hebben, bergen ze ook potentiële risico's in zich. Allereerst vanwege financiële incentives voor artsen om goedkoop voor te schrijven (kosten geven doorslag boven inhoudelijke overwegingen): aandeelhouderschap medisch specialisten, bonusmalus regelingen. Daarmee kan in de arts-patiënt relatie een belangentegenstelling worden ingebracht: gaat de arts voor het belang van de patiënt of voor financieel gewin? In het huidige krachtenspel tussen zorgverzekeraar, instellingsbestuur en arts kan juist de arts voor het belang van de individuele patiënt opkomen, omdat hij daar financieel geen consequenties van ondervindt. Als dat verloren gaat, wie komt dan op voor het belang van de patiënt?

Daarnaast kan de financiële deelname van zorgverzekeraars (of andere kapitaalverschaffers) in zorginstelling risico's inhouden. Wat betekent de daaruit voortvloeiende zeggenschap voor de behandelvrijheid van artsen? 'Wiens brood men eet, wiens woord men spreekt'?

Deze risico's zouden moeten worden beperkt omdat het vertrouwen dat patiënten in hun arts stellen in het geding is. Wij denken daarbij onder andere aan het volgende:

- a. Een steviger kwaliteitsgarantie voor de patiënt. De Kwaliteitswet zorginstellingen bevat alleen open normen, zoals 'verantwoorde zorg'. De basiskwaliteit zou, waar dat kan, expliciet moeten worden gemaakt. Verpleeghuizen hebben dat onlangs gedaan. Hierdoor kunnen patiënten er een beroep op doen en de rechter kan er aan toetsen.
- b. Doorzichtigheid van de markt. Als openbaar wordt gemaakt dat bepaalde artsen of zorginstellingen kwalitatief onder de maat presteren, leidt dat makkelijk tot reputatieschade.
- c. Toezicht door de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten en de Landelijke Huisartsenvereniging. Enerzijds gaat het om toezicht op de naleving van professionele standaarden en protocollen. Daaraan is nog veel te verbeteren. Anderzijds om het monitoren van de behandelvrijheid van de arts. De organisaties zouden bijvoorbeeld een klachtenlijn kunnen openen, waar inbreuken op de behandelvrijheid kunnen worden gemeld. Dat biedt inzicht in de omvang van het probleem en stelt artsen in staat er collectief actie tegen te ondernemen.
- d. Versterking van de positie van de patiënt, omdat hij in de driehoek van de gezondheidszorg aan het kortste eind trekt.
 1. Patiënten moeten betrokken worden bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders; een begaanbare weg bieden waarschijnlijk de collectieve contracten tussen verzekeraars en patiëntenorganisaties.
 2. Er moet openheid zijn over de afspraken die verzekeraars en zorgaanbieders maken. Patiënten moeten die kunnen kennen, zodat ze zonedig actie kunnen ondernemen. De Wet

marktordening gezondheidszorg biedt hiertoe de mogelijkheid, maar dan moet de Zorgautoriteit er wel werk van maken.

3. De rechtsbescherming van patiënten moet goed functioneren. Patiënten hebben behoefte aan een snelle en goedkope rechtsgang, zoals bijvoorbeeld het College voor zorgverzekeringen biedt voor kwesties over de samenstelling van het pakket van de basisverzekering.

Bijlage 4

Essays over professionaliteit

Tijdens de voorbereiding van het advies over de professionaliteit van de arts hebben we aan een aantal professionals uit de gezondheidszorg en andere terreinen gevraagd om hun persoonlijke visie op het onderwerp professionaliteit te geven. Daarbij hebben we de volgende vragen als leidraad meegegeven:

- Denkt u dat professionaliteit tegenwoordig enige betekenis heeft? Licht uw antwoord toe.
- Als u gelooft dat professionaliteit een relevant begrip is, met welke dreigingen en uitdagingen denkt u dan dat dit concept wordt geconfronteerd? Welke dreigingen en uitdagingen voorziet u in de komende tien tot twintig jaar?
- Wat kan er gedaan worden om die aspecten van professionaliteit, waar u waarde aan hecht, te versterken? Wat zou u willen voorstellen om dit te realiseren?
- Zijn er aspecten van professionaliteit waar momenteel aan vast wordt gehouden, maar die afgeschaft kunnen worden?

De reacties waren divers naar vorm en inhoud. Ze geven interessante aanknopingspunten voor discussie. De deskundigen gaan verder dan alleen het constateren van uitdagingen en bedreigingen, maar formuleren ook aanbevelingen die de professionaliteit van de zorgprofessional voor de toekomst moeten bestendigen. De professionaliteit van de arts kan bijvoorbeeld worden versterkt door gedragscodes op te stellen en de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening periodiek te beoordelen. Bij- en nascholing worden als belangrijke hulpmiddelen gezien om de professionaliteit van de arts te versterken. Ketenzorg wordt als ontwikkelingsgebied aangemerkt: artsen moeten er meer van weten en hun werk in de keten leren invoegen. Daarnaast wordt aangegeven dat professionals het begrip professionaliteit continue moeten blijven herdefiniëren in relatie met de maatschappelijke ontwikkelingen. Andere aanbevelingen om de professionaliteit van de arts te versterken zijn:

- Herkennen, erkennen en waarderen van de beroepsethiek van artsen;
- KNMG en beroepsorganisaties hebben de verantwoordelijkheid om richting te geven aan de ontwikkeling van het maatschappelijk debat over professionele verantwoordelijkheid en beroepsethiek.
- Systemen voor kwaliteitsborging met aandacht voor normen en samenwerking. Er wordt aangegeven dat de professionele verantwoordelijkheid gestalte krijgt in de manier waarop professionele standaarden tot stand komen en in de praktijk worden nageleefd;
- Een constructieve houding van de overheid en zorgverzekeraars t.a.v. professionals en medische beroepsorganisaties;
- Stimulerende rol van zorgverzekeraars op landelijk niveau.

We hebben de schrijvers van de essays uitgenodigd voor een discussiebijeenkomst, waarin de volgende vragen zijn besproken. Een korte samenvatting van de antwoorden is cursief weergegeven.

1. Moet professionaliteit alleen bijdragen aan het vertrouwen van de individuele patiënt in de individuele arts of moet professionaliteit ook bijdragen aan het vertrouwen van de samenleving in de beroepsgroep?
Beide. Als de samenleving geen vertrouwen heeft in de beroepsgroep heeft dat zijn weerslag op individuele relaties tussen artsen en patiënten. Dat een professe gedragcodes handhaaft, richtlijnen opstelt en aanwezig is in het maatschappelijk debat over de gezondheidszorg draagt bij aan het vertrouwen in de individuele arts. Het is daarom de plicht van de professe om borg te staan voor het vertrouwen in de arts.
2. Is er daadwerkelijk sprake van bedreiging van de professionaliteit of is het vooral perceptie?
Als er financiële prikkels zijn die zuivere oordeelvorming beïnvloeden gaat dat ten kosten van professionaliteit. Dat is een reële bedreiging. Professionals hebben behoefte aan richtlijnen en kaders. Het is zelfs zo dat naarmate je je als professional meer aan de richtlijnen houdt, je vrijheid van handelen groter is. Het is echter bedreigend voor de professe als medische richtlijnen mede tot stand komen met het oog op de financiële consequenties en niet alleen vanwege de medische gevolgen. Behartiging van de inhoud van het vak en van arbeidsvoorwaarden moeten daarom van elkaar gescheiden worden.
3. In hoeverre is er alleen sprake van externe bedreigingen van professionaliteit en in hoeverre is er ook sprake van bedreigingen vanuit de beroepsgroep zelf?
Allebei. Er zijn ook interne bedreigingen. Zo moeten artsen zich beter aan hun eigen richtlijnen houden. Wat dat betreft is meer interne hygiene nodig. Ook interdoktervariatie is een probleem. Een externe bedreiging vormen prestatie-eisen. Het gevaar is dat alle professionele elementen die niet worden vastgelegd in prestatie-eisen of daarin niet kunnen worden vastgelegd, er niet meer toe doen. Verder bieden verzekeraars steeds meer dingen aan die buiten de professionele standaard vallen. Ook dat is een gevaar. Het gebeurt zowel in het aanvullend pakket, als in het basispakket. Een healthcheck zonder medische noodzaak bijvoorbeeld. Moet daarom niet worden overwogen om het basispakket te beperken tot evidence based handelen?
4. Ligt de primaire verantwoordelijkheid voor behoud en verbetering van professionaliteit bij de medische professionals of hebben verzekeraars, instellingen en overheid daarin ook een verantwoordelijkheid?
Die verantwoordelijkheid ligt primair bij de professe. De verzekeraars hebben meer een voorwaardenschepende rol. Patiëntenorganisaties worden ten onrechte niet in het rijtje genoemd.

5. Hoe belangrijk zijn protocollen, gedragscodes en kwaliteitsnormen voor behoud van de professionaliteit?
*Hierover hebben we het al gehad. Het is wezenlijk dat je beargumenteerd kunt afwijken van protocollen, codes en normen, maar alleen als er argumenten voor zijn.
Wat is belangrijker: dat je aan indicatoren voldoet of dat je permanent aandacht besteedt aan verbetering van de kwaliteit? Het tweede lijkt belangrijker, omdat het professionals meer stimulansen biedt. In ieder geval moet je bespreekbaar maken hoe de beroepsgroep met kwaliteitsborging omgaat. Periodieke herregistratie is hierin een eerste stap*
6. Welke rol kunnen de KNMG en de beroepsverenigingen daadwerkelijk spelen in het verbeteren en versterken van de professionaliteit op het niveau van de individuele professional?
De KNMG moet werken aan een algemeen kwaliteitskader, dat rond 2010 klaar is. Dat kader wordt vervolgens door de wetenschappelijke verenigingen verbijzonderd per deelgebied. Volgens het CanMEDS-model hoort een arts over zeven verschillende competenties te beschikken. Naast vaardigheden in kennis en wetenschap, maken ook communicatie, professionaliteit, maatschappelijk handelen, organisatie, samenwerken en het zijn van een medisch expert de student uiteindelijk tot een goede arts. Voor de opleiding volstaat het CanMEDS-model. Een algemeen kwaliteitskader gaat verder. Ook veiligheid komt daarin aan de orde.

Hierna volgen de verschillende essays.

Essay van dr. P.C.H.M. Holland, voorzitter KNMG

Visie op (en misverstanden over) professionaliteit

In mijn visie is deskundigheid de basis van het vertrouwen dat patiënten in professionals hebben, wanneer zij zich, kwetsbaar als zij zijn door hun ziekte of gebrek, voor een behandeladvies tot hem wenden. Het diagnostisch onderzoek en de behandeling zelf vergen een aantasting van de lichamelijke integriteit, die zonder dat vertrouwen ondraaglijk zou zijn. Deze deskundigheid is voor iedere arts zowel een voorwaarde als een opgave. Hij heeft deskundigheid verworven in een langdurige studie, maar is zichzelf en de patiënt verplicht zijn vak bij te houden, door zich van nieuwe ontwikkelingen in het medisch onderzoek op de hoogte te stellen. Als professional geniet hij zekere voorrechten, die inherent zijn aan zijn deskundigheid en die hem bij diplomering zijn verleend (een chirurg mag in de patiënt snijden zonder met de strafrechter in aanraking te komen), maar die hij wel moet blijven verdienen. Uit enquêtes onder patiënten blijkt gelukkig dat het vertrouwen in zorgverleners onverminderd hoog is. Zelfs nu in de media misstanden, die er ook zijn, breed worden uitgemeten.

Over de deskundigheid van de arts bestaan een aantal misverstanden. Bijvoorbeeld dat de toegenomen mondigheid van de patiënt en de makkelijke toegang van het publiek tot medische kennis via internet, een gelijkheid zou doen ontstaan, die tot een soort wensgeneeskunde zou kunnen voeren: de patiënt weet al wat hij heeft en wat de dokter daarbij heeft voor te schrijven. De deskundigheid van de medisch professional is echter maar ten dele van internet te plukken kennis. Wezenlijk aan zijn deskundigheid is te weten welke medische kennis er in het individuele geval toe doet. Een belangrijk deel van zijn opleiding bestond eruit in patiëntencontact tijdens co-schappen en specialistenopleiding de vaardigheid te leren in de relatieve toepasbaarheid van de standaard bij een individuele patiënt. De medische wetenschap heeft een statistische denkstijl: de standaard geeft de beste behandeling in de meeste gevallen. Internet geeft de surfer geen antwoord op de vraag of een behandeling toepasbaar is in zijn individuele geval.

Deskundigheid is daarom niet te instrumentaliseren tot spelregels. Het gaat om zijn reflexieve vaardigheid te weten en te beargumenteren wanneer hij van de door de beroepsgroep opgestelde standaard dient af te wijken. Ieder kent de problematiek op de Intensive Care waar de professional steeds voor de vraag staat hoe, wel of niet behandelen. Ondanks de richtlijnen die er bestaan.

De andere kant van ditzelfde misverstand ziet men bij het management en de verzekeraars. Zij vatten de medische standaard op, zoals men in het bedrijfsleven productieprocessen standaardiseert met het oog op een te calculeren bedrijfsresultaat. Naar analogie roept men standaarden in om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Patiëntenzorg is echter

naar eigen aard maatwerk. In de standaard geeft de beroepsgroep de stand van de wetenschap weer. Met alle aarzelingen en uitzonderingen van dien. Terecht vraagt men om standaarden. Maar vastgesteld moet ook worden dat er voor een groot deel van de geneeskunde (nog) geen standaarden bestaan. De professional is dan aangewezen op een zorgvuldige toepassing van traditionele, nog niet wetenschappelijk bewezen, best practices, die in een trial and error-methodiek worden geëvalueerd. Waar instellingen van gezondheidszorg telkens meer worden bestuurd als bedrijven, kan men vrezen dat er minder wordt beseft wat de eigen aard is van de dienstverlening van een professional, waardoor tenslotte de kwaliteit van de zorg teloor kan gaan. En waarbij de balans tussen inhoud en geld verstoord raakt. De nieuwe zorgverzekeringswet versterkt dit proces, omdat niet de patiënt maar de verzekerde partij is geworden.

De zorg is een zaak die uitsluitend zorgverleners en patiënten aangaat. Want het is wel weer een misverstand, dat men denkt dat de arts het alleen voor het zeggen heeft. Hij is adviseur, hij heeft het niet voor het zeggen. Zijn deskundigheid dient hij in te zetten in voorlichting. Hij dient zorgvuldig de voor- en nadelen op tafel te brengen met als resultaat dat de patiënt een behandeling kiest die dicht tegen de standaard aan ligt. Voor een patiënt is dat niet het enige gezichtspunt. Het gaat over zijn lichaam, zijn leven. Hoe moeilijk het soms voor een arts ook is, wanneer hij overtuigd is dat de patiënt baat heeft bij een door hem voorgestelde behandeling, als de patiënt weigert, dan dient hij hem niet aan zijn lot over te laten, maar samen verder te zoeken naar voor de patiënt passende zorg, mits die ook medisch zinvol kan zijn.

Het gaat kortom om zorg op maat. Het is wellicht de wanhoop van beleidsmakers die telkenmale budgetoverschrijdingen zien en zoeken naar manieren om de kosten in de hand te houden. Uiteraard hebben professionals ook hun eigen verantwoordelijkheid onnodige kosten te vermijden. Een belangrijk gedeelte van de toename van de kosten op macroniveau hebben te maken met de dynamiek van de medische wetenschap zelf. Maar dat is niet de enige kostenpost. Er kan ook efficiënter worden gewerkt en wat de professional zelf betreft kan er worden geschrapt in meestal door politieke motieven opgedrongen, medisch gesproken weinig zinvol bevolkingsonderzoek of bijvoorbeeld een soort APK-gezondheidscheck vanaf het vijftigste levensjaar. Winst kan worden behaald door verder na te denken over werkelijk noodzakelijke zorg. Het onlangs verschenen RVZ-rapport, dat op individueel niveau een grenswaarde gaf van 80.000 euro als aanvaardbare kosten voor een gewonnen levensjaar, geeft een verkeerde oplossingsrichting. Alsof mensen gelijk zijn in hun zorgbehoefte. Als er zo nodig moet worden gesnoeid - en dat is de eerste politieke beslissing -, dan in niet-noodzakelijke zorg, en wel voor iedereen, of die nu weinig of veel kost. We zien dan wel waar we per saldo uitkomen, waarna de volgende politieke vraag moet worden gesteld, hoe deze kosten kunnen worden gewogen ten opzichte van andere collectief te financieren middelen.

Over professionaliteit dient nog een andere misvatting te worden bestreden namelijk dat een arts kan doen en laten wat hij wil. Hij dient zich in zijn advisering aan de patiënt op de eerste plaats door de stand van de wetenschap te laten normeren. Hem zij een onafhankelijk oordeel gegund jegens derden die geen verstand van zaken hebben, maar een behandelbeslissing dient niet anders dan samen met de patiënt tot stand te komen. Gaat er van zijn kant onverhoopt iets mis, dan dient hij dat te erkennen (daarbij geholpen door een systeem van blame-free melden) ten behoeve van een kwaliteitsimpuls door een kritische feedback. Nog een ander misverstand bestaat eruit dat sommige patiënten en artsen denken dat zij boven de wet staan. Het tegendeel is het geval. Gelukkig bestaat er bij veel professionals een dusdanige hoge morele standaard, dat zij uit verantwoordelijkheid voor de patiënt meer doen dan wettelijk is vereist. Dat is iets anders dan dat zij zich aan de kaders van wet- en regelgeving kunnen onttrekken. In de overvloed van ministeriële regelingen kan men zich overigens afvragen of de overheid niet meer aan professionals en patiënten moet overlaten, erop vertrouwend, dat 'het veld' zijn eigen verantwoordelijkheid kan nemen.

Essay van ir. M. Crouwel, Rijksbouwmeester

Professionaliteit

Tijdens het congres 'The architecture of hospitals' in Groningen in april 2005 was ik uitgenodigd om een inleiding houden over architectuur en ziekenhuizen. Vanaf dat moment heb ik mij intensiever dan tevoren bezig gehouden met de volksgezondheid en de zorg.

In de inleiding heb ik naar voren gebracht dat ik het bouwen voor de gezondheidszorg ervaar als een gecompliceerd proces in een in zichzelf gekeerde wereld. Wat betreft complexiteit en logistiek is de gezondheidszorg vergelijkbaar met stationsgebouwen, vliegvelden of winkelcentra. Het maatschappelijk belang leidt echter tot een grotere en ook emotionele impact. Bouwen van ziekenhuizen en zorgcentra is om die reden een belangrijke en uitdagende opgave. Het aantal bezoekers en werknemers dat dagelijks deze gebouwen bezoekt is heel groot, evenals de invloed ervan op de omgeving. Ziekenhuizen en zorginstellingen vormen met 4 per jaar een substantieel onderdeel van de totale Nederlandse bouwproductie. Ondanks de grote opgave wordt er slecht mondjesmaat gepubliceerd en gediscussieerd over het onderwerp. Over de betekenis van medische gebouwen wordt naar mijn gevoel nog te weinig onderzoek verricht. De recente uitgave van het boek 'The Architecture of Hospitals' vormt een belangrijke stap in de goede richting en bundelt verschillende ontwikkelingen en bevat nieuwe ontwerpen voor de gezondheidszorg. Architectuur als medicijn is het thema; een onderwerp, dat mij aanspreekt en tot nadenken aanzet.

Stedenbouw en architectuur

Professionaliteit op het terrein van de volksgezondheid en zorg wil ik graag parallel schakelen aan professionaliteit, zoals ik die in de wereld van stedenbouw en architectuur ervaar. Professionaliteit staat voor goed opdrachtgeverschap en inspirerend vakmanschap.

Het rijk hecht in het architectuurbeleid aan voorbeeldig en inspirerend opdrachtgeverschap. Dat is in drie achtereenvolgende architectuurnota's en in 2005 in het Actieprogramma Ruimte en Cultuur geformuleerd. Met de rijksprijs De Gouden Piramide brengt het rijk het effect van gedreven opdrachtgeverschap onder de aandacht. De creatieve, deskundige en bezielende wijze, waarop een de opdrachtgever optimale omstandigheden creëert tijdens het ontwerp- en bouwproces, in samenwerking met de ontwerper, is veelal de sleutel voor het succes van een project. Van een opdrachtgever wordt visie, daadkracht en bezieling verwacht.

In de stedenbouw en architectuur zorgt een goed opdrachtgever voor een zorgvuldige analyse van de opgave en een helder ambitiesdocument. Om dat te bereiken is het de kunst om vroeg in het proces zowel onderzoeks- als ontwerpkracht te mobiliseren, in onderlinge samenwerking.

De tijdige inbreng van creativiteit zorgt voor een reflectie op de opgave en biedt de mogelijkheid om verschillende scenario's en oplossingen in beeld te brengen. Wanneer de ambitie en het programma van eisen zijn gedefinieerd is de juiste informatie beschikbaar om de procedure voor de architectenkeuze te starten. Bij goed opdrachtgeverschap is ruimte voor vooronderzoek, inzet op vakinhoud, oog voor potenties, voor oriëntatie op de aanpak op andere terreinen en voor de koppeling van ambities aan maatschappelijke ontwikkelingen, besef van meerwaarde door coalitie- en alliantievorming, aandacht voor kwaliteitsborging en kennisoverdracht. Bovendien is een goed opdrachtgever volhardend, beschikt hij over innovatief en probleemoplossend vermogen en kan hij omgaan met macht.

Opdrachtgeverschap

Tijdens het eerdergenoemde congres is een stuurgroep gevormd, die tot doel heeft om de ontwikkelingen en interesse op het gebied van architectuur van ziekenhuizen en zorginstellingen te bevorderen en te verbreden. Om recht te doen aan de complexe opgave is een aantal thema's afgebakend en is rond ieder thema een discussiemiddag ingericht. In mei 2006 heb ik ten behoeve van het opdrachtgeverschap in ziekenhuizen en zorg een brede discussie over opdrachtgeverschap georganiseerd.

De aanleiding daartoe is mijn ervaring dat ontwikkelingen op zowel maatschappelijk als technisch gebied niet gelijke tred houden met de programma's van eisen van de nieuwe projecten. Wij lijken te aanvaarden dat het ontwerpen van een ziekenhuis zo specifiek is, dat het zich kan onttrekken aan de maatschappelijke gedachte-uitwisseling. Als die praktijk wordt doorbroken, dan is het mogelijk om samen te brainstormen over de meeste ideale structuur, typologie en plaats van gebouwen voor welke vorm van zorg dan ook.

Om die reden heb ik de discussie verbreed naar opdrachtgevers op andere terreinen, die met dezelfde technische, maatschappelijke en ook bedrijfseconomische ontwikkelingen te maken hebben. Hoe reageren zij op de nieuwe kaders en tendensen. In de discussie is kennis genomen van de aanpak van de nieuwe ROC's, hoe zij een nieuwe visie hebben ontwikkeld op onderwijs en werk, en hoe dit heeft geresulteerd in een nieuwe vorm van gebiedsontwikkeling. Bekend is ook het advies van Peter Bakker, voorzitter van de Raad van Bestuur van TPG, over potentiële logistieke verbeteringen op het gebied van patiënten, goederen en farma, leidend tot kwaliteitsverbetering en kostenbesparing. De algemene conclusie was dat de problematiek bij de ziekenhuizen en zorginstellingen niet verschilt van die bij opdrachtgevers in andere sectoren, en dat het zaak is om de noodzakelijke nieuwe visie en ambitie in samenspraak met de andere sectoren te ontwikkelen.

Professionaliteit op het gebied van volksgezondheid en zorg

Professionaliteit is mijns inziens de optimale versmelting van aanleg en attitude, opleiding en ervaring. Het gaat daarbij om zorgvuldigheid, ambitie en visie, maar ook om besef van verantwoordelijkheid, van de noodzaak van een integrale en inhoudelijke aanpak. Op het terrein van de volksgezondheid en zorg moet professionaliteit mijns inziens leiden tot een brede oriëntatie van de opdrachtgever op de maatschappelijke- en bedrijfseconomische context en op de culturele invalshoek. De dialoog tussen de wereld van de volksgezondheid, zorg en opdrachtgevers en ontwerpers is onontbeerlijk voor een goed resultaat.

In een veranderende maatschappij is het van belang om een nieuwe visie en ambitie te formuleren. Ieder werkteerrein beweegt zich in dezelfde maatschappij en reageert op wat daar speelt. Dat betekent dat op hoofdlijnen ieder werkteerrein ook met dezelfde veranderende condities en ontwikkelingen te maken heeft. In zo'n geval is het van belang om te ervaren hoe andere opgaven en organisaties reageren op de nieuwe omstandigheden en hoe de inbreng van deskundigen van buiten verrijkend kan werken.

Hoe ziet het ziekenhuis van de toekomst er uit? Wat is de huidige problematiek en kunnen op een nieuwe wijze doel en middel worden gedefinieerd en opgelost. Welke functies vergen een centrale en welke een decentrale situering, welke vergen specialisatie en/of allianties met andere functies, wat is de rol en de invloed van de huidige marktwerking en verzekeraars? Hoe zorgen we in de toekomst voor het toenemend aantal ouderen. Waar en hoe zouden wij oud willen worden? Voor degenen die dag in dag uit met de inhoud bezig zijn, ontwerpers, medici en bestuurders, ligt op dit gebied de grote uitdaging. Het bouwen van ziekenhuizen is een integrale ontwerpogave, een samenspel tussen ontwerper en opdrachtgever, een continue dialoog waarin de optimale ruimtelijke weerslag van 'zorgidealen' centraal staat.

Bij de professionele opdrachtgever ligt nu de taak om nieuwe opvattingen op het gebied van volksgezondheid en zorg op de juiste plaats in de stedenbouw en in het ontwerp te integreren.

Essay van prof. dr. P. Schnabel, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Het einde van de professie

Een profwielrenner rijdt niet voor zijn plezier. Dat is voorbehouden aan de amateur. Het rijden, het tempo en vaak zelfs het materieel zijn hetzelfde, maar de randvoorwaarden zijn anders. Bij de prof is het fietsen een beroep geworden. Een professioneel uitgevoerde moord is in alle opzichten een ander soort moord. Emotie speelt geen rol, de dader en het slachtoffer kennen elkaar meestal niet en de uitvoering gaat snel en efficiënt. Wie op professioneel niveau muziek maakt, brengt een geluid voort waar in principe een betalend publiek voor te vinden is. Een professionele kok weet niet alleen hoe je lekker eten maakt, maar vooral ook hoe je een keuken moet organiseren. Tegenover de professional staat de amateur, de hobbyist, de knoeier, de beunhaas en de leek. Ze doen hetzelfde als de professional en het is toch heel anders.

De essentie van een professie

Professionaliteit is nauw verbonden met het hebben en beheersen van een vak, het verdienen van geld en het streven naar perfectie. Het is niet simpelweg een kwestie van werk- en taakverdeling, maar van competentie, specialisatie en ook (relatieve) zeldzaamheid. Niet iedereen kan het en niet iedereen kan het leren. Soms mag ook niet iedereen het en is de uitoefening van het vak voorbehouden aan mensen met een wettelijk vastgelegde bevoegdheid. Nog een stap verder en de beroepsuitoefening wordt het prerogatief van een professie, die zelf de toegang tot het beroep bepaalt.

De medische beroepsgroep is bij uitstek het voorbeeld van een professie en daarom ook model geworden voor iedere andere beroepsgroep die streeft naar de status van professie. Waarom is dat zo aantrekkelijk? Heel simpel, omdat het een in alle opzichten profitabele erkenning betekent van het maatschappelijke belang van het eigen beroep. Een professie draagt zelfde verantwoordelijkheid voor de opleiding, stelt zelfstandig eisen voor de toelating als beroepsbeoefenaar, bewaakt zelf de kwaliteit van de beroepsuitoefening en bepaalt zelf de hoogte van het honorarium. De legitimatie voor dat alles vindt de professie enerzijds in de wetenschappelijke basis van het eigen werk, anderzijds in het risico dat ondeskundige uitvoering van het werk met zich meebrengt voor de samenleving. Zolang dat risico ook in de samenleving gevoeld wordt, bestaat ook de bereidheid de autonomie van de professie te accepteren en te honoreren.

Een professional kan bestaan zonder clientèle, een professie niet. De clientèle bepaalt uiteindelijk of een beroep een professie kan worden en zal blijven. Die kans is het grootst wanneer het op het niveau van de individuele cliënt gaat om vragen van levensbelang, die dankzij de persoonlijke inzet van de individuele beroepsbeoefenaar tot een positieve uit-

komst kunnen leiden. Bijzonder aan een professie is dat de kennis van de beroepsbeoefenaar niet volledig geprotocolleerd is en zijn handelen dus ook niet volledig geprogrammeerd. De persoonlijke verantwoordelijkheid blijft daardoor erg groot en dat maakt de verhouding tot de cliënt, die in het uiterste geval volledig afhankelijk is van de inzet van de beroepsbeoefenaar, ook heel delicaat. Zonder vertrouwen van de cliënt gaat het niet, maar de cliënt moet er ook op kunnen vertrouwen dat zijn vertrouwen niet misbruikt wordt. Het is de belangrijkste taak van de professie om dat vertrouwen in stand te houden.

Zo geformuleerd voldoet alleen het medische beroep aan alle eisen van een professie, maar de apotheker, de advocaat en de architect komen er toch dichtbij. De rechter weer minder, omdat zijn professionaliteit geen individuericht dienstverlenend karakter heeft. Voor de ober of de huishoudster geldt dat weer wel, maar hun werk mist bijvoorbeeld weer een wetenschappelijke basis. Tot op zekere hoogte zou men de priester en de dominee als vertegenwoordigers van een professie kunnen beschouwen, maar bij hen ontbreekt weer het persoonlijke opdrachtgeverschap. Omdat het gezag van de religieuze professional per definitie denominationeel beperkt is en bovendien door steeds minder mensen gevoeld wordt, is er in de loop van de laatste halve eeuw zelfs sprake van een vorm van deprofessionalisering. Voor steeds minder mensen zijn levensvragen ook in godsdienstige termen een zaak van leven of dood geworden.

Processen van deprofessionalisering

Aan professionals en professionaliteit geen gebrek, maar van de ontwikkeling van een beroep tot een professie is toch maar zelden sprake. Interessant genoeg is nu zelfs in de medische sector een zekere mate van deprofessionalisering aan de orde, zij het op andere gronden dan in de levensbeschouwelijke sfeer hebben gespeeld. De medicus is geen monopolist meer in de gezondheidszorg en binnen de beroepsgroep van de medici is de specialisatie en differentiatie inmiddels zover voortgeschreden, dat men zich ook steeds minder met elkaar verbonden is gaan voelen. De dokter is ook geen zeldzame verschijning meer nu één op de 250 werkende Nederlanders als geneeskundige staat geregistreerd. Een groot deel van hen is geen lid meer van de KNMG, die zich dan ook niet meer als een klassieke standsorganisatie beschouwt. Steeds meer artsen werken niet meer individueel, maar in teams waar de verantwoordelijkheid voor de individuele patiënt niet als een zaak van een dokter of alleen de dokter kan worden gezien. Die ontwikkeling wordt nog versterkt door de functionalisering van het medische beroep die het directe gevolg is van het steeds minder voor eigen rekening in eigen praktijk en het steeds meer in dienstverband en in deeltijd werken van jonge beroepsbeoefenaren. De beroepsidentiteit wordt daardoor onvermijdelijk minder bepalend voor de eigen identiteit als persoon. Men is niet meer 24 uur per dag dokter en stelt er ook geen prijs op buiten het werk als zodanig te worden aangesproken.

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg heeft in 1993 na een discussie van meer dan tien jaar de essentie van de traditionele professionele identiteit - de directe relatie tussen arts en patiënt - uitgebreid tot vrijwel alle beroepsgroepen (verpleegkundigen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, apothekers, tandartsen en verloskundigen) die kunnen claimen een vergelijkbare relatie met patiënten en cliënten te hebben. Met de komst van de 'nurse practitioner' en de 'physician assistant' zal onder de noemer taakherschikking een niet onbelangrijk deel van het meer gestandaardiseerde en routinematige geneeskundige werk buiten de medische beroepsgroep in de strikte zin van het woord geplaatst worden. De Wet BIG perkt nu al het medische beroepsmonopolie in tot enkele nauw omschreven categorie en medisch handelen.

Deprofessionalisering is ook het gevolg van de toegenomen protocollisering van het werk, in de vorm van 'evidence based' standaarden voor steeds meer aandoeeningen, zowel wat betreft de diagnostiek als de behandeling. Standaarden relativeren het voor de medische professie zo lang kenmerkende 'esoterische' karakter van de kennis en het handelen. Niet alles is in de handboeken terug te vinden en in de praktijk van de arts-patiënt relatie bestaat nog altijd een grote marge van vrijheid in het diagnosticeren en behandelen. Juist de voortrekkers van de beroepsgroep beleven die marge als wetenschappelijk en klinisch onverantwoord groot. Zij ergeren zich er ook aan dat de gemiddelde dokter in de praktijk de standaarden eerder als adviezen dan als richtlijnen beschouwt. Toch is deze professionele ongehoorzaamheid wel te begrijpen. Wat als standaard vastligt, is in principe voor iedereen toegankelijk. Het werk wordt misschien wel professioneler, maar het esoterische karakter van de professie verdwijnt of wordt pas in tweede instantie zichtbaar in de vorm van een veel minder gemakkelijk te protocolliseren differentiële diagnose of van een moeilijke te standaardiseren interventie bij een complicatie of een lastige vorm van comorbiditeit. Niettemin, de ontwikkeling is onomkeerbaar. Door de protocollisering maakt een sterk geïndividualiseerde vorm van professionalisme plaats voor een meer op basis van wetenschappelijk onderzoek geïnstitutionaliseerde vorm van professionaliteit. De arts die daar onvoldoende rekening mee houdt, dreigt ondanks zijn professe die een beunhaas ontmaskerd te worden door de tuchtrechter, de inspectie en straks ook de zorgverzekeraar, die alleen nog bepaalde Diagnose behandel combinaties wil vergoeden.

De kant van de klant

De tijd dat voor de meeste mensen de arts de enige hoogopgeleide was waar ze regelmatig mee in contact kwamen, ligt alweer behoorlijk ver achter ons. Van de werkende Nederlanders heeft nu meer dan 30 een opleiding op HBO - en WO-niveau. Het medisch beroepsgeheim staat zeker voor hen, maar inmiddels net zo goed voor de meeste anderen, niet meer gelijk aan het verbod aan de dokter om de patiënt te vertellen wat

er aan de hand is en wat er gaat gebeuren. Wettelijk was dat natuurlijk al nooit zo, maar zo werd het vaak wel gezien en het past ook bij de traditionele opvatting van het karakter van de medische professie. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst van 1994 heeft het primaat duidelijk en definitief bij de patiënt gelegd, al is dat nog lang niet altijd ook in de praktijk het geval.

Leken zijn in belangrijke mate protoprofessionelen geworden, zelf redelijk tot zeer deskundig ten aanzien van hun lichaam, hun aandoeningen en hun behandelingen en medicijnen. Dat geldt zeker voor mensen met een chronische ziekte, en paradoxaal genoeg dankzij de verbeterende behandelingsmogelijkheden groeiende groep van nu bijna anderhalf miljoen mensen, maar ook voor mensen die eerst en vooral alert zijn op het behoud en de verbetering van hun gezondheid. In alle gevallen zien we dat de arts, zeker de huisarts, steeds meer de begeleidersrol krijgt en zich ook zelf steeds meer opstelt als 'second opinion.' De informatie via de massamedia en het internet, de mogelijkheid ook om langs die weg medicijnen op eigen initiatief te bestellen, veranderen eveneens de balans tussen de partijen. De nieuwe Zorgverzekeringswet stimuleert de burger nog eens extra de verhouding met zijn verzekeraar en ook met de zorgverleners te bekijken als ware het een gewone zakelijke transactie.

Voor de professie belooft dat allemaal weinig goeds, althans voor de professie in de traditionele zin van het woord. Het is echter zeer de vraag of de sociologische definitie van meer dan driekwart eeuw geleden ook het programma voor de toekomst moet zijn of zelfs maar de meetlat waar de huidige ontwikkelingen langs moeten worden gelegd. Waarom zou wat ooit ideaaltypisch als een professie is beschreven is, idealiter de realiteit van nu moeten zijn? Een ideaaltype heeft geen normatieve kracht en hetzelfde geldt voor een definitie. Het moet niet zo zijn als het staat omschreven en het is zelfs de vraag of wat beschreven staat wel de hele lading dekt. Een zekere idealisering is aan de omschrijvingen van een halve eeuw niet vreemd, net zo min als een zekere demonisering een kwart eeuw geleden, toen vooral het eigen belang van de beroepsbeoefenaar en het streven naar een monopolie wetenschappelijk en maatschappelijk in de aandacht kwamen te staan.

Minder professie, meer professionaliteit

Wat bepalend voor de medische beroepsvorming blijft en zal blijven, is de zekerheid dat het in de gezondheidszorg uiteindelijk om vragen van leven en dood gaat. Dat heeft niet alleen met de aard van de aandoeningen te maken, maar ook met de aard van de behandelingen. Wat niet baat, kan wel degelijk schaden en wat wel baat, moet geweten en geoefend zijn en zorgvuldig worden toegepast. Dat zal de patiënt of cliënt meestal niet kunnen overzien, en ook als hij het wel kan, zal hij toch vaak afhankelijk zijn van de zorgverlener. Dat vraagt om een zekere mate van vertrouwen en dat impliceert ook een metavertrouwen, gebaseerd op de wetenschap

dat de zorgverlener heeft geleerd zorgvuldig om te gaan met dat vertrouwen. Daar kan meer op worden gerekend, wanneer de cliënt ook de zekerheid heeft dat misbruik van vertrouwen streng gestraft wordt.

De verantwoordelijkheid van de zorgverlener blijft in essentie individueel, maar hoeft niet geïnterpreteerd te worden als een ongedeelde en anderen uitsluitende verantwoordelijkheid. In veel gevallen is er immers geen sprake meer van een individuele relatie tussen één patiënt en één dokter. De suggestie dat dit wel zo is, heeft inmiddels al in genoeg ziekenhuizen situaties opgeleverd die juist schadelijk zijn gebleken voor de patiënt. Professionaliteit in de moderne zin van het woord vraagt om een andere opvatting van verantwoordelijkheid, zoals in de moderne opvatting van professionaliteit kennis ook steeds opgefrist en vernieuwd moet worden en standaarden ook inderdaad richtinggevend voor het handelen zijn geworden. Typisch voor een hoogontwikkelde professie is misschien juist wel dat het niet meer nodig is alle kaarten op de individuele beroepsbeoefenaar te zetten. Het wiel - en veel van wat daarbij hoort - is inmiddels wel uitgevonden, maar het blijft in ieder individueel geval vragen om een gepast en geoefend gebruik. Dat is de verantwoordelijkheid van de individuele professional, de professie zorgt ervoor dat het wiel zelf steeds beter wordt.

Uiteraard is professioneel handelen niet voorbehouden aan de zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaar. Dat is ook in de medische beroepsgroep nooit volledig het geval geweest. Wat wel nodig is voor goed handelen, is een beroepsethos en dus moeten er ook instanties zijn die zich daar voor inzetten. Na de val van het IJzeren Gordijn bleek toch hoe desastreus de vernietiging van de traditionele professionele structuren had uitgewerkt op het beroepsethos van de medici in de landen van het Oostblok. Gedegradeerd tot administrateurs van ziekte en monteurs van haperende lichamen waren zij nog maar heel weinig betrokken bij het welzijn van patiënten, die zij ook te weinig konden zien als 'hun' patiënten. Zij misten ook de nodige beroepstrots om het steeds beter te willen doen. Wat voor de medici al gold, gold ook eens te meer voor de paramedische beroepen.

Professioneel handelen in de gezondheidszorg impliceert een ethiek van zakelijkheid: deskundigheid, efficiëntie, zorgvuldigheid en respect. Niet meer doen dan nodig is, alleen doen wat veilig gedaan kan worden, niet minder bejegenen dan voor de patiënt prettig is. Dat is in ieder vak te leren en dus ook in de beroepen in de gezondheidszorg. Aan de andere kant van het spectrum is tuchtrecht het sluitstuk van de ethische en professionele kwaliteitsbewaking, waar steeds dichter bij de dagelijkse praktijk van het medisch handelen ook inspectie, gedragsregels, intra- en intercollegiale toetsing, kwaliteitsverslaglegging en klachtprocedures deel van horen uit te maken. Professionele kwaliteit in het handelen volledig tot een vorm van zelfregulering van de beroepsgroep te maken, past niet

meer in een situatie, waarin de aantallen beroepsbeoefenaren zo groot zijn geworden en samenwerking met andere beroepsgroepen eerder regel is dan uitzondering. Bovendien zou het ook voor de burgers en patiënten een stap terug betekenen in de behartiging van hun belangen en positie. Ook zij kijken liever toe op professionaliteit dan op tegen een professie.

Steeds meer beroepen en steeds meer maatschappelijke sectoren zijn gaan professionaliseren. De beroepsuitoefening komt op een hoger niveau van complexiteit en competentie te liggen en tegelijkertijd wordt ook de druk om vorm te geven aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid in de uitoefening van het beroep groter. Dit proces van professionalisering gaat - een mooi voorbeeld van differentiatie en specialisatie - in de traditionele professies gepaard met een verandering van accent: de beroepsuitoefening professionaliseert verder, maar de beroepsbeoefenaar functionaliseert. Dat levert een probleem op, wanneer de beroepsbeoefenaar niet ook de professionaliteit van de functie aanleert en waardeert: het delen van verantwoordelijkheden, het werken met een budget, het participeren in een team en verantwoording afleggen aan de leiding van de organisatie.

Essay van drs. F.B.M. Sanders, radioloog

Professionaliteit in de medisch-specialistische geneeskunde

Wat behelst professionaliteit in de medisch specialistische geneeskunde eigenlijk? In een betrekkelijk recent en spraakmakend artikel (Epstein, R.M. en E.M. Hundert. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287:226-235) kwam ik de navolgende definitie tegen.

‘Professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served. Competence builds on a foundation of basic clinical skills, scientific knowledge and moral development. It includes a cognitive function — acquiring and using knowledge to solve real-life problems; an integrative function — using biomedical and psychosocial data in clinical reasoning; a relational function — communicating effectively with patients and colleagues; and an affective/moral function — the willingness, patience and emotional awareness to use these skills judiciously and humanely. Competence depends on habits of mind, including attentiveness, critical curiosity, self-awareness and presence. Professional competence is developmental, impermanent and context-dependent.’

De afsluitende opmerkingen van het artikel, dat overigens voornamelijk betrekking heeft op de evaluatie van competenties, verworven tijdens opleidingsprogramma’s van medische professionals, zijn als volgt.

‘The public’s trust in the medical profession and the ability of medical practitioners to learn from mistakes depends on valid and reliable means of assessment. Medical educators, professional societies, and licensing boards should view professional competence more comprehensively to improve the process of assessment.’

Natuurlijk wil iedere patiënt, ieder familielid of begeleider van een patiënt in de praktijk te maken hebben met een arts die veel medische kennis bezit, die deze kennis in de praktijk ook kan toepassen, die handig is (denk maar aan een chirurg), die aardig is in de omgang en open staat voor de (psychische) noden van de patiënt en zijn omgeving, en die niet uit is op geld maar uitsluitend het belang van de patiënt voor ogen heeft. De vraag stellen of professionaliteit tegenwoordig enige betekenis heeft is in die zin niet veel meer of minder dan het intrappen van een open deur. Natuurlijk is dat het geval. Maar dezelfde kwalificaties zou ik graag bij mijn loodgieter zien. Wat onderscheidt nu het werk van de artsprofessional van dat van de loodgieter? Kennelijk schiet bovenstaande, intern gerichte definitie tekort om dat onderscheid te maken.

Een meer sociologische benadering kan de positionering van de medische professie in de samenleving en het spanningsveld tussen de professie en

de samenleving verder verduidelijken. Abbott definieert een professie als een georganiseerde groep beroepsbeoefenaren die beschikt over voor samenleving belangrijke kennis, zijn eigen leden opleidt, de toetreding van nieuwe professionals tot de groep in eigen hand houdt en doorgaans beschikt over een eigen ethische gedragscode. Een professie streeft naar de exclusieve bevoegdheid om het 'eigen' werkerterrein te mogen betreden, een idealiter wettelijk verankerd recht. De leden van een professie voelen zich vaak meer verbonden met hun collega-professionals dan met de organisatie waarbinnen zij werken. Dat wordt mede ingegeven door het feit dat hun dienstverlening persoonlijk en op maat aan individuele cliënten wordt aangeboden. Het wettelijk kader in de Nederlandse gezondheidszorg is ook anno 2006 voor artsen nog in overeenstemming met dit beeld: ik wijs op de aan artsen voorbehouden handelingen in de Wet BIG en op de behandelingsovereenkomst tussen arts en patiënt ex WGBO die zelfs voor medisch specialisten in dienstverband geldt. In de praktijk leggen medische professionals eigenlijk alleen aan elkaar inhoudelijk verantwoording af, en bepalen zij zelf - zonder inmenging van ziekenhuisleiding of verzekeraar - wat voor wat voor welke patiënt goed is. Het begrip 'professionele autonomie' weerspiegelt deze verregaande handelingsvrijheid nog het best.

Traditiegetrouw wordt veel van de professionele dienstverlening geleverd door de zogenaamde publieke sector, die eens groot vertrouwen en aanzien genoot van het publiek. Ook professionals in de gezondheidszorg werken op basis van een 'sociaal contract' waarvan vertrouwen de hoeksteen is. Dat vertrouwen blijkt in de behandelrelatie met afzonderlijke patiënten onverminderd te bestaan. Maar vooral medisch specialisten wordt als groep verweten dat zij hun monopoly's hebben misbruikt voor eigen gewin, dat zij hun meerwaarde voor de samenleving niet inzichtelijk maken en dat zij niet doelmatig werken. In combinatie met de snel toenemende uitgaven aan de zorg heeft dat in de afgelopen decennia geleid tot een intensieve overheidsbemoeienis met de sector.

Neemt de meerwaarde van professionaliteit in de gezondheidszorg dan in betekenis af? Ik denk van niet en ik zal toelichten waarom. In de levering van producten en diensten onderscheidt Eliot Freidson drie soorten logica. Allereerst die van de ideale marktplaats die wordt beheerst door een spel van vraag en aanbod tussen individuele consumenten en aanbieders van producten en diensten. Monopoly's ontbreken daar en de competitie van de aanbieders is hevig. Dat stimuleert de innovatie en de transparantie over de prijskwaliteit verhouding. De consument vindt gemakkelijk wat hij zoekt.

Op de tweede plaats is daar de institutionele logica van de formele organisaties, de grote bedrijven en de bureaucratie. De productie en distributie van goederen en diensten verloopt volgens planning en controle. De inzet van personeel voor gespecialiseerde taken is onderwerp van regels en voorschriften. En de gestandaardiseerde productiewijze garandeert

de consument een eindresultaat van voorspelbare, uniforme en hoge kwaliteit tegen redelijke kosten. In deze wereld maken directeuren en managers de dienst uit.

En tot slot de derde ideaaltypische logica: die van de professionals. Individen die hun werk zelf organiseren en controleren, en bij wet ook de enigen zijn die deze diensten mogen aanbieden. Noch consumenten, noch managers mogen deze diensten bij anderen betrekken. Vanzelfsprekend misbruiken professionals hun exclusieve rechten niet, omdat het belang van de cliënt boven het maximeren van hun eigen inkomen gaat. Daarom kunnen consumenten en managers van de organisaties waarin zij werken rekenen op werk van hoge kwaliteit tegen redelijke kosten.

Uiteraard getuigt de beschrijving van deze drie logica's van een kokervisie op de werkelijkheid. Maar gemakkelijk laten zich daardoor wel twee conflicten herkennen: die tussen de logica van de professionals en de formele organisaties ('de bureaucratie') enerzijds en tussen de professionals en de markt anderzijds. En deze conflicten zijn van vitale betekenis voor de werking van het zorgsysteem.

Tot dusverre heeft de overheid de publieke doelen op het terrein van de volksgezondheid vooral willen realiseren door wet- en regelgeving. Het gedrag van de zorgprofessional is dan ook vooral bepaald geweest door het conflict tussen de professionele en de institutionele logica dat de uiting is van de botsing van twee voor de samenleving essentiële belangen: de zorgprofessional die het beste wil voor zijn patiënt, en de samenleving die binnen de beschikbare middelen de meeste volksgezondheidswinst wil realiseren voor alle burgers. De arena voor dit conflict werd op landelijk niveau gevormd tussen de koepels van medisch specialisten, ziekenhuizen, verzekeraars en het ministerie van VWS. Op de werkvloer was die arena het domein van de medische staf en de ziekenhuisdirectie, maar ook in de spreekkamers werd het conflict ervaren.

Daar komt nu vanuit het perspectief van de professional een tweede conflict bij: dat tussen de professionele logica en de logica van de markt. Ervaringen in de Verenigde Staten laten zien dat het toestaan van een winst-oogmerk tot gevolg kan hebben dat instellingen professionals trachten te bewegen tot het afstoten van onrendabele behandelingen en voorzienbaar verliesgevende patiënten. Om die reden beoordeel ik het conflict van de professionele logica met de logica van de markt als essentieel om in de gezondheidszorg tot een optimale balans van kwaliteit, prijs en winst te komen en een goede balans tussen de belangen van individuele patiënten en van de samenleving als geheel te bereiken. De toekomst zal moeten uitwijzen of de beroepsethiek van de zorgprofessionals in de praktijk ook voldoende sterk is om aan de uitwassen van het marktdenken weerstand te bieden. Daarmee heb ik de relevantie van professionaliteit voor de toekomst geschetst en een belangrijke bedreiging aangegeven.

Verder doordenkend over het toekomstperspectief van professionaliteit in de gezondheidszorg zijn er naar mijn mening nog enkele problemen aan te geven:

1. Veel zorggebruikers hebben veel vertrouwen in hun eigen arts, de medisch professional. Dat leidt kennelijk niet als vanzelfsprekend tot vertrouwen in de medisch professie als beroepsgroep.
2. Anders dan in de gegeven definitie van professionele competenties wordt gesuggereerd, valt het belang van de samenleving in zijn totaliteit kennelijk niet volledig samen met de gesommeerde belangen van individuele patiënten die door tienduizenden zorgprofessionals op de best mogelijke wijze worden geholpen. Maar hoe moet het belang van de samenleving dan worden gediend?
3. Kan het antwoord op de erosie van het vertrouwen in de medisch professie wel worden gevonden door meer van hetzelfde, zoals Epstein en Hundert suggereren: door een closed shop nog meer closed te maken, door professionals elkaar nog onbarmhartiger te laten beoordelen?

Naar mijn oordeel zullen zorgprofessionals er aan moeten wennen dat hun individuele handelingsvrijheid wordt ingeperkt. De grote interdoktervariatie in diagnostiek en behandeling, met al zijn negatieve gevolgen, zal meer en meer het veld moeten ruimen voor geprotocolleerd handelen. Dat zal in zijn algemeenheid tot een grotere voorspelbaarheid van behandeluitkomsten leiden, en tot betere behandelresultaten. Zorgprofessionals zullen ook bereid moeten zijn om over de medisch-inhoudelijke kwaliteit van hun behandelingen en over de uitkomsten die daarmee worden bereikt extern - ook naar het publiek - verantwoording af te leggen. Dat is in mijn ogen ook vanzelfsprekend. Een sector die een zo groot beslag legt op de collectieve middelen moet ook willen verantwoorden dat hij daarmee op een zinnige en zuinige wijze omgaat. De professionele verantwoordelijkheid van zorgprofessionals zal dus gestalte krijgen in de manier waarop professionele standaarden tot stand komen en in de praktijk worden nageleefd. En dat betekent weer, dat in de formulering van die professionele standaarden ook expliciet rekening wordt gehouden met de wijze waarop over behandelresultaten verantwoording aan de samenleving kan worden afgelegd, met de kosten en baten van behandelingen en met de beste alternatieve aanwending van de zorgeuro om gezondheids-winst voor de samenleving te boeken.

Het lijkt mij noodzakelijk om aan deze balans tussen het belang van de individuele patiënt en de samenleving als geheel in de opleidingen van zorgprofessionals aandacht te besteden, en om organisaties van professionals te ondersteunen in hun streven om op de geschilderde wijze - met een wijd openstaande deur naar de samenleving - te komen tot normstellingen voor modern professioneel handelen.

Het begrip 'professionele autonomie' met de bijbehorende dokter in 'splendid isolation' mag - nee moet! - van mij grondig op de schop en

plaats maken voor een moderne vorm van professionele verantwoordelijkheid. En die professionele verantwoordelijkheid moet vervolgens niet slechts worden geduld als een levend fossiel uit de oertijd, maar worden omarmd als een belangrijk hulpmiddel om de rechten van de patiënt als individu te borgen tegen de soms gure wind van bureaucratie en markt!

Essay van drs. M.J. van Rijn, DG Gezondheidszorg

Professionaliteit

Dit jaar is de nieuwe zorgverzekeringswet in werking getreden. Een lang proces is hieraan voorafgegaan. Dit heeft geresulteerd in een stelstel dat in mijn optiek gebaseerd is op een evenwichtig krachtenveld tussen drie partners in de zorg; de zorgvrager, de verzekeraar en de zorgaanbieder. In mijn optiek is aan geen van deze drie een dominante rol weggelegd. Toch hebben artsen het idee dat aan hun positie getornd wordt. Deze discussie ligt echter niet - alleen - ten grondslag aan het nieuwe zorgstelsel. Al jaren, zo niet decennia, heerst dit gevoel onder de beroepsgroep. Het is wonderlijk dat artsen aan hun positie zoveel meer waarde lijken te hechten dan andere professionals. Luchtvaartingenieurs en piloten lijken zich geruster te voelen bij hun positie, terwijl hun beslissingen ook het verschil kunnen betekenen tussen leven en dood.

De minister heeft eerder een aantal ontwikkelingen en facetten van het zorgveld onder de loep genomen om te bezien welke grenzen de arts ervaart aan zijn professionele autonomie. Allereerst is daar de positie van de patiënt debet aan. Het principe van ‘informed consent’ is dat de patiënt pas mag worden behandeld als hem verteld is wat er gaat gebeuren en als hij daarmee instemt. Het nieuwe zorgstelsel biedt patiënten en haar verenigingen de mogelijkheid deze positie te versterken. Een voorbeeld hiervan is dat tegenwoordig patiëntenverenigingen met zorgverzekeraars onderhandelen over de contractering van zorg.

Ten tweede heeft de beroepsgroep zelf consensus bereikt over professionele standaarden middels protocollen. De bedoeling is hiermee vast te leggen hoe optimaal medisch handelen er uit ziet. Uiteraard mag dit geen keurslijf zijn. Het is terecht dat de professionele autonomie de arts in de gelegenheid stelt hiervan af te wijken. Het lijkt er echter op dat hier wel erg massaal van wordt afgeweken. Gemiddeld houden artsen zich in niet meer dan de helft van de gevallen aan hun eigen protocollen - bij sommige specialisten is dat zelfs maar 10 procent. Dat lijken mij typische gevallen van doorgeslagen autonomie.

De derde is de grens van het financieel mogelijke. Ook vóór de invoering van dit stelsel mocht de arts zijn neus niet ophalen voor de kostenfactor. De vraag of de baten van een medische behandeling nog wel in verhouding staat tot de kosten is ook een factor die de arts moet laten meewegen. Je kunt zeggen dat wat de arts in overmaat aan de ene patiënt geeft, wordt onthouden aan anderen. Gezondheidszorg is meer dan vroeger een zaak van teamwork.

Dit brengt mij tot de vierde reden voor inperking. Een legertje van andere professionals staat tegenwoordig naast de arts. Ik noem hier de diëtiste, de fysiotherapeut en de gespecialiseerde verpleegkundige. Ketenzorg voor chronisch zieken wordt volgens velen de kern van de gezondheidszorg

van deze eeuw. De cruciale rol van de arts daarin is onomstreden, maar bij ketenzorg past geen dominantie van één van de onderdelen van de ketens. Daar wordt de arts niet slechter van. Zijn werk komt - doordat hij meer aan anderen kan overlaten - op een hoger niveau. Er is meer ruimte voor innovatie en voor nieuwe wegen naar betere kwaliteit. De ervaringen tot nu toe in het programma Sneller Beter geven mij veel vertrouwen in hun innovatieve vermogen. Tenslotte kom ik bij de vijfde inperking; de eis van transparantie. Dit treft niet alleen de arts, dit sluit aan bij een ontwikkeling in de gehele maatschappij. Het is tegenwoordig vanzelfsprekend dat niet alleen de politiek, maar ook de leraar en de wetenschapper verantwoording aflegt over zijn handelen. De ontwikkeling naar meer transparantie over de zorg staat in mijn ogen nog in de kinderschoenen. Deze ontwikkeling is niet gebaseerd op wantrouwen, maar zal juist leiden tot meer vertrouwen.

Bovenstaande wordt door de arts negatief uitgelegd, terwijl ik wel degelijk kansen zie voor de arts om zijn positie te handhaven of te versterken. Transparantie bijvoorbeeld biedt de mogelijkheid te laten zien wat je doet, wat je kunt en waar je toe in staat bent. De inzichtelijkheid hierin is een reden om trots op te zijn en niet om je voor te schamen. Protocollen, teamwork en innovatie staan allen in het teken van het verbeteren van kwaliteit van de zorg. De eed van Hippocrates staat tenslotte in het teken van de patiënt. De dialoog aangaan met de patiënt is misschien niet altijd eenvoudig en een groot contrast met collega-artsen uit vroegere tijden, maar draagt wel bij aan de zorg beter laten aansluiten bij de wensen van de patiënt. Een arts heeft net als ieder ander vakman bepaalde kunsten geleerd. Hier zijn velen van afhankelijk en hem erkentelijk voor. De bekwaamheid van deze kunsten zou echter geen vrijbrief mogen zijn voor de positiebepaling van een arts. De status van een arts in de samenleving is tenslotte afhankelijk van het vertrouwen van de patiënt aan bewezen gezag en deskundigheid, niet aan professionaliteit op zich. Een goede arts heeft dus meer bagage nodig. Dit wordt van hem verlangd door de zorgvrager die meer verwacht van een arts dan alleen het uitvoeren van een medische handeling. Het teamwork in ketenzorg vraagt een andere organisatie van de zorg rondom een patiënt en dus van de rol van de arts. Naast de kunsten dient hij ook bekwaam te zijn in manoeuvreren en samenwerken. Aan het eind van mijn verhaal kom ik dan toch weer bij de piloot terecht. Ik bedoel hier dan niet een arts die op de automatische piloot vaart, maar één die zelf de knuppel hanteert en op deze manier zijn professionaliteit waarmaakt en een waardige partner is voor de zorgverzekeraar en de zorgvrager in het zorgstelsel. Daarnaast bestaan er vele protocollen waar artsen aan gebonden zijn en zich in principe aan houden. Deze worden continue verbeterd in samenwerking met alle co-piloten. Op deze manier is er in mijn optiek geen reden voor de arts om zijn eigen positie in twijfel te trekken.

Essay van de medische staf van het Maaslandziekenhuis, Sittard

M.O.J.M. Visser, kinderarts, voorzitter stafbestuur

H. van der Tempel, reumatoloog, lid stafbestuur

Dr. A.G.M. Hoofwijk, chirurg, medisch manager

G.A.G. Geeraerts, psychiater

J. Weterings, anesthesioloog, medisch manager

Mw. R. Schuttelaar, beleidsmedewerker medische staf

Visie op professionaliteit

Denkt u dat professionaliteit tegenwoordig enige betekenis heeft?

Licht uw antwoord toe.

Professionaliteit heeft tegenwoordig zeker betekenis. Vele redenen zijn aan te voeren waaronder de toepassing en vooral vertaling van evidence based medicine en protocollen naar de behandeling van de individuele patiënt met diens individuele noden. Professionaliteit betekent het beredeneerd en gedocumenteerd vertalen van deze richtlijnen naar een toepassing op de individuele patiënt. Het begrip professionaliteit wordt in wezen nauwkeurig omschreven in de zeven kerncompetenties medisch specialisten van het Centraal College Medische Specialismen (kaderbesluit CCMS, 8 februari 2004):

De volgende competenties worden onderscheiden:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Kennis en wetenschap
- Maatschappelijk handelen
- Organisatie
- Professionaliteit.

Per competentie wordt door het CCMS een aantal eisen geformuleerd.

In aansluiting hier op kan professionaliteit worden omschreven als geneeskunst zoals die is gedefinieerd in het boek Evaluatie van (medische) professionals:

‘De kunst om op basis van soms conflicterend of op basis van onvoldoende bewijs op empathische wijze de individuele patiënt optimaal te adviseren en te behandelen en dat zodanig dat peers een soortgelijke behandeling zouden entameren’

(Evaluatie van medische professionals, Geeraerts en Hoofwijk, 2006).

Professionaliteit betekent ook op juiste wijze omgaan met behoeften van de markt en de algehele professionele omgeving.

Als u gelooft dat professionaliteit een relevant begrip is, met welke dreigingen en uitdagingen denkt u dan dat dit concept wordt geconfronteerd? Welke dreigingen en uitdagingen voorziet u in de komende tien tot twintig jaar?

Momenteel zijn er tal van ontwikkelingen die van invloed zijn op professionaliteit. Te denken valt aan:

Ontwikkelingen binnen de maatschappij

Patiënt heeft makkelijker toegang tot kennis (internet) en wordt mondiger, claimcultuur en marktwerking.

Wet- en regelgeving

Introductie stelselwijziging, commerciële initiatieven, Zorgverzekering-wet (ZVW), DBC systeem, Wet toelating zorginstellingen (WTZi), Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), het nieuwe toezicht door de Zorgautoriteit en de NMA, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), arbeidstijdenregeling.

Ontwikkelingen bij taakverdeling

Nurse practitioners en physician assistants, ziekenhuisartsen etc..

Ontwikkelingen binnen de medische professie

Ontwikkeling medische standaarden/protocollen, managementparticipatie, (sub)specialisaties, appraisal and assessment, parttime werken, 9 tot 5 cultuur, verdere verfijning van de diagnostiek (preventiegeneeskunde?) etc..

Deze ontwikkelingen zijn deels bedreigingen voor professionaliteit en deels uitdagingen. De claimcultuur kan een bedreiging vormen. Vanwege de claimcultuur gaan medici zich anders opstellen. Men wordt defensiever door onderzoeken af te spreken die niet evidence based noodzakelijk zijn. Of men voert geïndiceerde complexe ingrepen niet uit in verband met een hoger complicatierisico. Ook de toegang tot kennis kan een bedreiging vormen. De patiënt heeft toegang tot kennis door middel van internet, maar geen vak kennis waardoor misinterpretatie kan ontstaan. Omgaan met dit gegeven is noodzakelijk. Een uitdaging voor professionaliteit is het hebben van gedegen kennis van specifieke medische sites waarnaar patiënten kunnen worden verwezen.

De professional is 24 uur per dag arts, los van fulltime of parttime werken, het aantal uren dat er gewerkt wordt of de sexe van de professional.

Een bedreiging wordt gezien in het financiële kader. Zowel wat betreft facilitering als honorering van de specialist. Enerzijds moeten er state-of-the-art diagnose en therapie mogelijkheden blijven bestaan anderzijds moet (slechte) honorering niet demotiverend werken.

Samengevat kan men stellen dat als je professionaliteit definieert als de verzameling van kennis, kunde en een aantal persoonskenmerken (zie boven, criteria CCMS) er momenteel heel wat maatschappelijke ontwikkelingen zijn die deze professionaliteit uitdagen. Een belangrijke uitdaging voor professionals is dan ook om in relatie met deze maatschappelijke ontwikkelingen het begrip professionaliteit voortdurend te blijven definiëren. Dit kan door deelname aan het maatschappelijk debat, o.a. via de beroepsverenigingen, maar moet ook vorm krijgen op individueel niveau. Een breed kwaliteitssysteem zoals appraisal and assessment van medisch professionals biedt hiertoe mogelijkheden.

Wat kan er gedaan worden om die aspecten van professionaliteit, waar u waarde aan hecht, te versterken? Wat zou u willen voorstellen om dit te realiseren?

Opleiding en training zijn de belangrijkste aspecten ter versterking van professionaliteit. Opleiding en training blijven voortdurend van belang op diverse niveaus (bijvoorbeeld student, AIOS, professional). Naast voortdurende bij- en nascholing in de eigen discipline is gestructureerde interdisciplinaire kennisoverdracht noodzakelijk bij de toenemende multidisciplinaire behandeling van hoogcomplexere ziektebeelden en/of comorbiditeit. Voorts kan hierbij de samenwerking tussen eerste en tweede lijn genoemd worden. Professionaliteit betekent dus ook kennis hebben van en afstemmen in ketenzorg.

Evaluatie van (medische) professionals is de belangrijkste factor om professionaliteit te versterken. In het boek *Evaluatie van (medische) professionals*, leer- en werkboek *Appraisal & Assessment* (Geeraerts en Hoofwijk, 2006) wordt een gestructureerde en geregelde systematiek beschreven ter beoordeling van professionals in een peer-to-peersysteem. Deze methode omvat een kwaliteitssysteem voor professionaliteit (zie bijlage).

Inherent aan professionaliteit is dus kennis hebben van en verder werken aan de eigen competenties.

Verder moet wet- en (financiële) regelgeving dusdanig ingericht zijn dat er binnen de noodzakelijke kaders voldoende ruimte is voor professionaliteit.

Zijn er aspecten van professionaliteit waar momenteel aan vast wordt gehouden, maar die afgeschaft kunnen worden?

Afgeschaft mag worden het professionalisme oude stijl waar kennis en vaardigheden afgeleid werden van status ('ik ben de dokter en ik weet het'). Ook afgeschaft kan worden de professionaliteit georganiseerd alleen rondom een eigen 'hobby', met gebrek aan kennis van de eigen grenzen en met gebrek aan kennis van de markt en de algehele professionele omgeving.

Essay van dr. C. Oosterwijk, directeur VSOP

Professionaliteit vanuit het patiëntenperspectief

Inleiding

Onlangs las ik een interview met de vrouw van een bekende Nederlander die op dat moment onder behandeling was voor kanker. Zij ergerde zich aan de oncoloog die haar man had afgeraden om samen met de reguliere behandeling een bepaald voedingssupplement te gaan gebruiken, omdat hij dan het effect van de reguliere behandeling niet kon evalueren. In de perceptie van de vrouw werd haar man daarmee gereduceerd tot een studieobject en was de oncoloog niet volledig gericht op de genezing van haar man.

Was dat terecht? Was dit een professioneel advies van de desbetreffende oncoloog? In ieder geval had hij blijkbaar niet duidelijk kunnen maken dat ook zijn advies in het teken stond van de beste zorg voor de patiënt, hetgeen illustreert dat professionaliteit veel breder is kunnen toepassen van state-of-the-art medische kennis en kunde. Een gelijkwaardige relatie met de patiënt/cliënt en de daarop gebaseerde communicatieve aspecten zijn integraal onderdeel te zijn van een professionele attitude. In de huidige artseneed staat het als volgt: 'Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik luister en zal hem goed inlichten' en in de definitie van het Royal College of Physicians worden 'relationships' als onderdeel van 'medical professionalism' met name genoemd¹.

'Klassieke' professionaliteit

Bij de VSOP, het samenwerkingsverband van patiëntenorganisaties die betrokken zijn bij erfelijkheidsvraagstukken (www.vsop.nl), is geïnformeerde autonome besluitvorming bij reproductieve vraagstukken op grond van professionele counseling altijd een belangrijk thema geweest. Daarom hecht de VSOP grote waarde aan goede communicatie, informatie en voorlichting in een gelijkwaardige arts-patiënt relatie. Maar toch eerst even een stapje terug naar de klassieke invulling van het begrip professionaliteit als het toepassen van kennis en kunde, omdat ik moet constateren dat zich daar toch steeds weer nieuwe bedreigingen cq. uitdagingen aandienen. Ik noem twee voorbeelden:

Door het eenzijdig economisch en commercieel denken in de gezondheidszorg, waaraan zowel overheid, zorgverzekeraars als de industrie bijdragen, krijgt de arts steeds minder ruimte om te kunnen handelen volgens zijn eigen professionele oordeel. Ook de artseneed zegt 'Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen'. Deze spanning brengt hem in een lastige positie tegenover de patiënt, die er op rekent ten alle tijd de best beschikbare zorg te krijgen, wat lang niet altijd hetzelfde is als de zorg die statistisch gezien het meeste gezondheidswinst oplevert. Ook zal de patiënt als (de kwaliteit van) zijn

leven in het geding is, geen boodschap hebben aan een maximum dat zijn behandeling mag kosten², ook al had hij daar eerder als belastingbetaler wellicht een andere mening over. Deze spanning tussen de alsmaar nijpender wordende beleidsvraagstukken betreffende de financiering van de zorg, en het recht op de best beschikbare medische zorg, vraagt om veel creativiteit. Er zijn geen eenvoudige oplossingen. Zeker is wel dat als de patiënt en de organisaties die hem vertegenwoordigen niet volwaardig wordt betrokken bij de afwegingen op dit terrein, de maatschappelijke spanning hierover zal toenemen.

Een andere bedreiging van de professionaliteit van de medisch hulpverlener is dat de systematiek van het medische onderwijs en bijscholing, niet in de pas loopt met de snelle ontwikkelingen binnen het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Vanuit het VSOP-perspectief denk ik dan met name aan de ontwikkelingen in het genetica en genomics onderzoek. Deze gaan razendsnel, maar de toepassing ervan in de gezondheidszorg loopt nog behoorlijk achter³. Er wordt nog steeds onvoldoende aandacht besteed aan de familiale en genetische context van de patiënt en ook op het terrein van de (preventieve) zorg voor⁴ tijdens en na de zwangerschap valt nog de nodige 'professionaliteitwinst' te boeken. Het op uitgebreide schaal toepassen van de informatietechnologie, te denken uit aan computergeassisteerde diagnostiek, kan helpen om deze kenniskloof te overbruggen. (Dat sommige medisch hulpverleners dit als een bedreiging zien van de ambachtelijke aspecten van hun professie, lijkt me een voorbijgaande zaak; de term 'ambachtelijk' heeft in dit geval meer van doen met nostalgie dan met professionaliteit). De uitdaging ligt zowel in het volop benutten van deze nieuwe mogelijkheden, als het benutten van de efficiencywinst voor zaken als communicatie, voorlichting, ketenzorg en preventie. Tegelijkertijd dienen we er voor te waken dat grootschalige digitale systemen dusdanig gestuurd worden door financiële belangen, dat dure behandelingsopties bewust aan het oog van de arts worden onttrokken.

Professionaliteit in communicatie en relaties

Door de ontwikkeling van laagdrempelig aanbod van algemene medische informatie, via internet en persoonlijke medische informatie in het elektronische patiëntendossiers, is ook de patiënt steeds beter geïnformeerd. Een goede relatie van de zorgprofessional met de patiënt kan daardoor niet langer beperkt blijven tot een goedbedoeld luisterend oor, maar dient meer en meer uit te gaan van een gelijkwaardige dialoog, met respect voor de te onderscheiden verantwoordelijkheden.

Het feit dat ook de patiënt zich steeds 'professioneler' organiseert vraagt ook op dat niveau om gelijkwaardige partnerschappen. De samenwerking tussen medische beroepsorganisaties en adviesorganen enerzijds en patiëntenorganisaties anderzijds heeft grote meerwaarde in het realiseren van betere (keten)zorg, diagnostiek en preventie. Op terreinen waar de

VSOP direct bij betrokken is kunnen als voorbeelden worden genoemd:

- De site zwangerwijzer.nl, een digitaal instrument om eventuele preconceptioneel gezondheidsrisico's voor moeder en kind in beeld te brengen, ontwikkeld als samenwerkingsproject van zorgprofessionals en patiëntenorganisaties.
- De ontwikkeling van onderling samenhangende publieksvoorlichting en professionele deskundigheid, vanuit het perspectief van de zorgvrager, op het terrein van prenatale screening, waarbij alle betrokken beroepsorganisaties en patiëntenorganisaties samenwerken
- Een project waarbij een patiënt met een zeldzame aandoening zijn (huis)arts zelf van schriftelijke medische informatie voorziet, die in samenwerking tussen het NHG en de categorale patiëntenorganisatie is opgesteld.

Tot slot

Lang niet iedere individuele patiënt kan of wil een actieve, participerende rol innemen in het zorgproces, lang niet iedere patiënt kan of wil zijn (ervarings)deskundigheid een plaats geven in de relatie met zijn hulpverlener. Wel wil iedere patiënt kunnen blijven vertrouwen op de professionaliteit van zijn behandelaar. Dat kan alleen als alle betrokken partijen: overheid, verzekeraars, beroepsorganisaties en patiëntenorganisaties, het gezondheidsbelang van die individuele patiënt boven hun eigen deelbelangen blijven stellen.

Essay van prof. mr. G.J. Knoops, hoogleraar strafrecht en strafprocesrecht

Professionaliteit heeft een steeds meer belangrijke betekenis in onze samenleving, dit in alle geledingen van de maatschappij. Met het complexer worden van onze samenleving worden de eisen die aan beroepsgroepen worden gesteld ook hoger. Niet alleen de consument van het betreffende professionele product verlangt dit, maar ook stelt de beoefenaar van het betreffende beroep steeds meer eisen aan zichzelf. Een duidelijk voorbeeld hiervan vormt de toename van bijscholingscursussen en postacademisch onderwijs. Zonder een professionaliteit kan onze huidige complexe samenleving in feite niet functioneren.

Eén van de grootste bedreigingen voor de professionaliteit als begrip is mijns inziens gelegen in het feit dat binnen niet alle beroepsgroepen nog gedragscodes bestaan voor de beroepsbeoefenaren. Zo bestaat er in Nederland in feite nog geen uniforme gedragscode voor forensisch experts in rechtzaken. Een van de uitdagingen zal dan ook zijn om voor alle beroepsgroepen dergelijke gedragscodes op te zetten ten einde daarmee de kwaliteit te bewaken maar ook de professionaliteit te verhogen.

Hierboven heb ik al opgemerkt dat een versterking kan plaatsvinden door het realiseren van genoemde gedragscodes. Ook kan gedacht worden aan een systeem waarbinnen de beroepsbeoefenaar jaarlijks minimaal een aantal bijscholingscursussen moet hebben gevolgd of zelfs, bijvoorbeeld bij de medische beroepen om bijvoorbeeld de vijf jaar een kwaliteitstest dient te ondergaan. Ten aanzien van het laatste aspect heb ik geen bijzonder aspect dat afschaffing zou verdienen, voor ogen.

Essay van drs. A.E. Timmermans, voorzitter NHG

Visie Nederlands Huisartsen Genootschap op professionaliteit

Inleiding

Wij sluiten ons graag aan bij het rapport van het Royal College of Physicians of London (RCPL) 'Doctors in society. Medical professionalism in a changing world' (London, 2005). In onderstaande vragen hebben we ons, de vier gestelde vragen volgend, laten inspireren door het rapport en door de reactie die het Royal College of Physicians of Edinburgh (RCPE) op het rapport heeft gegeven.

Denkt u dat professionaliteit tegenwoordig enige betekenis heeft?

Medische professionaliteit is zeker nog van betekenis; het is een dynamisch concept, dat voortdurend nieuw vorm gegeven is en wordt, in afstemming op een steeds veranderende context. De beschrijving van het RCPL geeft nauwkeurig aan hoe ook wij het zien: 'Medicine is a vocation in which a doctor's knowledge, clinical skills, and judgement are put in service of protecting and restoring human well-being. This purpose is realised through a partnership between patiënt and doctor, one based on mutual respect, individual responsibility, and appropriate accountability.'

Professionaliteit ligt aan de basis van een goede uitoefening van het artsenvak en is een belangrijke drijfveer voor vernieuwing en kwaliteitsverbetering. Een sterke relatie tussen de medische professionals en hun beroepsgroep vormt de basis voor een sterk ontwikkelde gezondheidszorg. Professionele verantwoordelijkheid houdt ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid in en vertaalt zich in het voortdurende werken aan verbetering van de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid. Een goede zorgprofessional is geïmmiteerd aan ethische waarden en heeft een intrinsieke motivatie, maar stelt zich ook toetsbaar op en kent zijn verantwoordelijkheid voor de samenleving (Nederlandse artseneed 2003). De waarden van de professional in de zorg zijn de standaard voor de verwachtingen van de patiënten. Een belangrijke rol voor de medische professional is dat hij de verwachtingen van de patiënt (gevoed door wetenschappelijke ontwikkelingen en technologische mogelijkheden) in een realistisch persoonlijk perspectief plaatst. De patiënt moet kunnen vertrouwen op de onafhankelijke en hoogwaardige gidsfunctie van de medisch professional (huisarts) in dienst van de patiënt.

Het RCPL geeft een opsomming van een aantal belangrijke waarden: integriteit, compassie, altruïsme, continue verbetering, excellence en werken in samenwerking met de leden van het bredere gezondheidszorgteam. Wij zouden hier graag nog enkele aan willen toevoegen, te weten: continuïteit van zorg door de jaren heen; een onafhankelijke, kritische geest; loyaliteit, solidariteit, maatschappelijk engagement (community health). Het is de plicht van medisch professionals om zich onafhanke-

lijk teweer te stellen tegen de negatieve aspecten van de marktwerking/ 'consumerism'/ 'managerialism' zoals fragmentatie in de zorg, ieder voor zich, ad hoc-'beleid', en kritisch naar een balans te zoeken. (Zie ook de reactie van het RCPE.)

Als u gelooft dat professionaliteit een relevant begrip is, met welke bedreigingen en uitdagingen denkt u dan dat dit concept wordt geconfronteerd? Welke bedreigingen en uitdagingen voorziet u in de komende tien tot twintig jaar? Vanzelfsprekend gezag heeft plaatsgemaakt voor verantwoordingsplicht en noodzakelijke transparantie. Dat is een maatschappelijke realiteit. Maar het gevaar bestaat dat het al snel een cultuur van wantrouwen en miskennis in de hand werkt, wat ten koste gaat van leiderschap en innovatie. Beantwoorden aan prestatie-indicatoren in de zorg leidt makkelijk tot opportunistisch gedrag, wat ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg in de breedte. Met de vraag naar de verhouding tussen positieve en negatieve gevolgen van het gebruik van externe prikkels staat veel op het spel. De kern van de professionele identiteit wordt immers bepaald door de oriëntatie op het welzijn van anderen. Uitholling daarvan door opportunistisch gedrag betekent een maatschappelijk verlies dat niet gemakkelijk weer ongedaan te maken valt.⁵ Voorwaarde voor het goed functioneren van zorgprofessionals is daarentegen een sfeer van vertrouwen en veiligheid, waarbij onopzettelijke fouten niet leiden tot angst of onterechte straf. Als aan deze voorwaarden niet wordt voldaan, ontstaan uitholling van kwaliteit(sbevordering) van professioneel handelen en minder werkplezier. Uitdagingen zijn het organiseren en ondersteunen van een (infra)structuur die (huisartsen) helpt om hun professionaliteit goed te kunnen inzetten en daarin leiderschap te kunnen tonen.

Wat kan er gedaan worden om die aspecten van professionaliteit, waaraan u waarde hecht, te versterken? Wat zou u willen voorstellen om dit te realiseren?

Herkennen, erkennen en waarderen van de beroepsethiek van artsen. Naast de noodzaak en maatschappelijke realiteit van transparantie en verantwoording is de intrinsieke motivatie van de medische professional de krachtigste motor voor kwalitatief goede en doelmatige zorg. Soms zullen zich echter meer dan anderen door ethische motieven laten leiden: er bestaan nu eenmaal edelen en ridders, schelmen en schurken. De meest uitzonderlijke heiligen kunnen in een situatie komen waarin zij zich niets van de regels aantrekken. Alle redenen te meer om de beroepsethiek als 'het meest interne instrument' dat we bezitten te koesteren.⁶ Publieke rapportage van prestatie-indicatoren kan ten koste gaan van de intrinsieke motivatie. Dit is des te meer van belang daar er voor enig effect op het prestatieniveau van individuele beroepsbeoefenaren geen onderbouwing is gevonden.⁷

Naast een gerichte aandacht in de opleiding hebben medische beroepsorganisaties en in het bijzonder de KNMG een verantwoordelijkheid om richting te geven aan de ontwikkeling van en het maatschappelijke debat over professionele verantwoordelijkheid en beroepsethiek. Andere mogelijkheden ter versterking zijn:

- systemen voor kwaliteitswaarborging (HKZ/NHG-Praktijkaccreditering) met aandacht voor normen en samenwerking;
- een constructieve houding van de overheid en zorgverzekeraars ten aanzien van professionals en medische beroepsorganisaties;
- een stimulerende rol van zorgverzekeraars op landelijk niveau.

Zijn er aspecten van professionaliteit waar momenteel aan vast wordt gehouden, maar die afgeschaft kunnen worden?

Het moge duidelijk zijn dat er voor aspecten van medische professionaliteit die niet meer van deze tijd zijn en strijdig met de beschrijving van het RCPL hiervoor geen plaats meer is. Het RCPL dreigt echter het kind met het badwater weg te gooien. Wij zijn zeker voorstanders van competenties, 'judgement' en een moreel contract, die het RCPL in de plaats stelt van bijvoorbeeld professionele autonomie maar die horen ingebed te zijn in een zelfstandige professie, met een door de maatschappij gegeven mandaat, dat doorlopend moet worden verdiend. We volgen daarom graag het RCPE waar dat aldus E. Freidson citeert:

'In professionalism, by contrast, the work people do and the criteria for evaluating performance are determined by the pro-fession itself. The 'logic' of this is that complex professional work requires the exercise of knowledge, skills and discretion-ary judgment, the development of which in turn requires the commitment of professionals and their professions to their particular sphere of work and to the advancement of their particular body of knowledge. Professional organization pro-vides a 'shelter' from those demands of market of managerial logic which would hinder that development by subordinating that commitment to the vagaries of consumer demand or managerial targets. Contrary to claims that professions are conspiracies against the public, they provide a 'shelter' for the growth and development of knowledge and skills which bene-fit the public.⁸

Essay van dr. P.F. Roodbol, hoofd opleidingen UMCG

Professionaliteit

Algemeen

Voor het begrip professional zijn talloze omschrijvingen van dit begrip in omloop. Internationale systematische studies over *professies* en de daarmee samenhangende begrippen als *professionals* en *professionalisering* dateren uit de jaren dertig van de twintigste eeuw. Deze studies zijn vooral afkomstig uit Amerika waar 'professionalisme' de basis vormt voor de legitimering van de opkomende middenklasse. Professies bestaan al sinds de oudheid. In de Romeinse Oudheid is het begrip *professie* verbonden met *publieke* beroepen. *Professor* staat voor *publieke* leraar (Mok, 1973).

In de middeleeuwen krijgt het professiebegrip een religieus karakter. Beroepen als arts en rechter worden tot in de vroege middeleeuwen in kerkelijk verband uitgeoefend. Het woord *professie* is afgeleid van het Latijnse woord *profiteri* en bestaat uit de deelwoorden *pro* (voor), en *fateri* (belijden, bekennen). Samen betekenen zij: openlijk verklaren. *Professie* is een ander woord voor *kerkgelofte*. Sommige professionals als notarissen en medici leggen ook nu nog een gelofte of een eed af: een openlijke verklaring van goede trouw. Door de eed af te leggen vraagt de professional om vertrouwen. Na de Reformatie (1541) wanneer het werk van onder andere artsen en rechters geseculariseerd is en zij met meer als geestelijke hun taken uitoefenen, verdwijnt het religieuze karakter van het professiebegrip. Het wordt dan een vorm van arbeid waarbij persoonlijke vrijheid en zelfstandigheid bij de beroepsuitoefening centraal staan. In de loop van de 19e eeuw ontstaat de sociale infrastructuur. Doordat medici en juristen zich hierin sterk profileren, worden zij erkend als *dé deskundigen*, ofwel *de professionals* op sociaal gebied (Bledstein, 1976).

Abbott (1988) onderscheidt vier verschillende benaderingswijzen in de beschrijving van het begrip *professie*:

1. De functionele benadering

Deze benadering is een combinatie van naturalisme en typologie (Abbott, 1988). Het houdt zich bezig met de beschrijving van *kenmerken en stadia* van professionalisering en het zoeken naar verklaringen hiervoor. In 1933 beschrijven Carr-Saunders en Wilson in 'The professions' (1933) professionals als: *'organised bodies of experts, who applied esoteric knowledge to particular cases. They had elaborate systems of instruction and training together with entry examination and other formal prerequisites. They normally possessed and enforced a code of ethics and behaviour'* (Abbott, p. 4).

De reden voor deze gedragsregulering is volgens hen tweërlei.

Op de eerste plaats omvat het werk van de professional risico's voor de cliënt die moeten worden geminimaliseerd. De relatie tussen een professional en een cliënt is ongelijkwaardig. Door ethische codes, maar ook

door certificering, opleidingen, beroepsverenigingen en sanctionering, wordt de cliënt beschermd tegen misbruik van deze ongelijkwaardigheid.

Op de tweede plaats gaat het om de maatschappelijke rang en honorering. Adam Smith, grondlegger van de economie, keert zich in 1776 categorisch tegen beroepsmonopoly's, maar voor professies acht hij reglementering voor toetreding en concurrentie zelfs noodzakelijk en wel om adequate beloning voor de leden te waarborgen. Hun beloning moet worden veilig gesteld aangezien dit hen de maatschappelijke rang verleent die in overeenstemming is met het vertrouwen dat in hen gesteld wordt op het gebied van gezondheid, fortuin, leven en reputatie (Hulst en Tiems, 1999).

2. *De monopolistische benadering*

De benadering benadrukt de *status en de autonomie* van de professie, zoals Freidson (1970) doet. De samenleving verleent volgens hem een mandaat aan een beroepsgroep om de inhoud van het werk te reguleren en te controleren. Larson (1977), een andere vertegenwoordiger van deze stroming, beschouwt professies als '*maatschappelijk dominante organisaties*'. De professionele beroepsgroep schermt met behulp van de staat de beroepsuitoefening af van externe invloeden. Er komen wettelijke regelingen. Zo eigent zij zich het exclusieve recht toe om het professionele handelen te reguleren.

Autonomie als hoofdkenmerk volgens deze benadering, kent drie aspecten.

De kern ligt in de (1) *Klinische of technische autonomie*; bij medici houdt dit in de vrijheid van diagnose en therapie naast het regelen van de toegang tot de beroepsuitoefening.

(2) *Politieke autonomie* wil zeggen dat medici bijvoorbeeld beleidsbeslissingen mogen nemen als erkend deskundigen op het gebied van gezondheid. (3) *Economische autonomie* ten slotte betekent het recht om het honorarium te bepalen (Hulst et al., 1999).

3. *De structuurbenadering*

Bij de structuurbenadering staat het professionaliseringsproces centraal als middel om controle over een beroep uit te oefenen. De *inhoud* van de professie raakt op de achtergrond; alleen de *structuur* blijft over.

De Amerikaanse beroepsocioloog Wilensky (1964) bijvoorbeeld onderscheidt vier fasen waarin professionalisering van een beroepsgroep verloopt.

In de *1e fase* groeit een welomlijnde activiteit uit tot een volledige dagtaak, waaruit vaste inkomsten worden gegenereerd waarmee de beroepsbeoefenaar in zijn levensonderhoud kan voorzien.

In de *2e fase*, het legitimeringsproces, wordt de beroepsactiviteit onderscheiden door de toegang tot het beroep afhankelijk te stellen van bepaalde voorwaarden en door het organiseren van een specifieke beroepsopleiding die voldoende zwaar is en resulteert in een zekere mate

van deskundigheid. Dit stadium mondt bovendien uit in de vorming van een beroepsvereniging.

De *3e fase* bestaat uit de wettelijke erkenning van het beroep in de vorm van een beroepsreglementering en titelbescherming.

De *4e en laatste fase* van het professionaliseringsproces behelst het opstellen van een beroepscode door de beroepsvereniging, die ook in de sanctionering van overtredingen voorziet. In deze beroepscode worden de gedragsregels vastgelegd die eigen zijn aan het beroep.

Kennis is in dit model erg belangrijk. Er moet een duidelijk body of knowledge zijn, ontwikkeld door middel van onderzoek, overgedragen door een hogere opleiding en die de basis vormt voor het handelen van de professional.

4. De cultuurbenadering

De cultuurbenadering tot slot, ziet professionalisering als een oplossing om de Amerikaanse maatschappij in klassen onder te verdelen op basis van talent en verdiensten en niet op basis van rijkdom of bezit (Bledstein, 1976). In deze benadering vormt *cultuur* de basis voor de legitimering van professies. Deze benadering erkent ook de bijzondere relatie tussen cliënt en professional zoals Parson die aangeeft (1954).

De medicus als professional

De medicus werd in de literatuur over professionalisering als het prototype van de professional gezien (Freidson, 1970; Hughes, 1981). Meestal wordt dan de monopolistische benadering gehanteerd (Roodbol, 2005). Hierdoor hebben hedendaagse ontwikkelingen als de WGBO, de toegankelijkheid tot medische achtergrondinformatie (internet), ziektekostenregelingen direct invloed op de professionele status van de arts, omdat zij direct dan wel indirect zijn autonomie aantasten.

De WGBO, wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, regelt de informatieplicht van de medicus aan de patiënt. Deze wet weerspiegelt de veranderingen in de samenleving met betrekking tot relaties met hulpverleners in de gezondheidszorg; van een vertrouwensrelatie naar een zakelijk contract (juridisering van de hulpverlenerrelatie). De houding van de patiënt ten opzichte van de arts is kritischer geworden. Patiënten hebben door de media behoorlijk inzicht gekregen in behandelingsmogelijkheden. De beroepsuitoefening is gedemystificeerd. De premies voor ziektekostenverzekeringen en eigen bijdragen zijn de afgelopen jaren behoorlijk gestegen. Patiënten eisen waar voor hun geld. Door de wet BIG hebben artsen het exclusieve recht om de geneeskunde uit te oefenen verloren. Medici hebben individueel, maar niet als collectief, behoorlijk ingeboet op hun professionele autonomie (Tamboer, Schepers, Klazinga en Casparie, 2002). De autonomie is eerst verschoven van de individuele specialist naar de maatschap en vervolgens van de maatschap naar de medische staf. Multidisciplinair werken en het nemen van teambesluiten heeft negatieve invloed op de mate van autonomie van de individuele arts

naast het werken met protocollen en klinische zorgpaden. Het medische domein is zo omvangrijk dat het voor de individuele arts niet meer te overzien is. De specialisaties zijn zo breed dat er binnen specialisaties weer subspecialisaties ontstaan (Ankoné, 2000). Budgetten beperken eveneens de mate van autonomie.

Betekenis van professionaliteit

Professionaliteit lijkt synoniem te worden aan het leveren van kwaliteit, betrouwbaarheid, volgens de normen van de professie, iemand die zijn vak verstaat. Dat geldt zowel in als buiten de gezondheidszorg. Om je huis te verven kun je professionele schilders in huren, een vakman. De structuurbenadering (en deels de functionele benadering) geeft professionaliteit aan dat de vakman zelf controle over zijn beroep uitoefent en instaat voor een goed resultaat. Deze betekenis is en blijft van belang. Door professionaliteit minder vanuit de monopolistische, maar meer vanuit een structuur (functioneel)benadering te beschouwen wordt de focus van het autonomie begrip beperkt tot het eigen vakgebied; de klinische autonomie. De patiënt moet de arts kunnen vertrouwen en wil daar garanties voor.

Dreigingen en uitdagingen

Hardnekkig vasthouden aan begrip over professionaliteit inherent aan politieke en economische autonomie vraagt om spanning tussen overheid en medici, tussen andere zorgprofessionals en medici. Juist met de komst ook van nieuwe professionals moeten medici gestimuleerd worden de geneeskunde verder te brengen - dat is bij uitstek het deel wat de nieuwe professionals niet kunnen - naast ingewikkelde diagnostiek en behandelingen van niet routine zaken. De uitdaging is medici dit in te laten zien.

Versterken van aspecten

Als professionalisering het leveren van vakwerk betekent, zijn kwaliteitskeurmerken van belang. Dat terrein kan nog veel verder wordt uitgewerkt dan dat nu het geval is. De prestatie indicatoren zijn een goed begin, maar zijn nog op een hoog abstractieniveau. Medici zouden zelf aan kwaliteitskeurmerken moeten gaan werken in en transparant systeem. Op deze wijze kunnen zij ook de veranderde visie op professionaliteit zich eigen maken.

Afschaffen van aspecten

Het moge duidelijk zijn dat ik met name de politieke en economische autonomie af zou willen schaffen!

Literatuur

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago/London: The University of Chicago Press.

Bledstein, B. J. (1976). *The culture of professionalism*. New York: Norton & Co.

Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Hughes, E.C. (1981). *Men and their work*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.

Hulst, E.H. en I. Tiems (red.) (1999). *Het domein van de arts*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Larson, M.S. (1977). *The rise of Professionalism*. Berkely: University of California Press.

Mok, A.L. (1973). *Beroepen in actie: bijdrage tot een beroepensociologie*. Meppel: Boom.

Parsons, T. (1954). *The professions and Social Structure*. New York: Free Press.

Roodbol, P.F. (2005). *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en gangsporen*. Onderzoek naar taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen. Groningen: RUG. Dissertatie.

Wilensky, H.L. (1964). *The Professionalization of Everyone?* American Journal of Sociology, nr. 1, p. 137

Essay van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Visie op professionaliteit

Een professional is in de basis een persoon die op professionele wijze een vak (professie) uitoefent. Voor visie op professionaliteit spelen dus twee elementen een rol:

1. Het vakgebied (de professie).
2. De persoon die binnen het vakgebied werkzaam is.

Ad 1: het vakgebied

Onder een vakgebied of professie verstaan we een geheel van kenmerken die iets tot een vak maken. Er dient een ‘body of knowledge’ te zijn voor zowel theoretische onderbouwing als praktische toepassing. De combinatie daarvan maakt het vak herkenbaar voor buitenstaanders.

Ad 2: De professional

Personen die binnen het vakgebied werkzaam zijn kenmerken zich door een hoge mate van kennis en vaardigheden (competenties) die verkregen worden na opleiding en training.

De professionaliteit van de professional is te omschrijven als de specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaalde professie te kunnen functioneren. We sluiten hierbij graag aan bij de door de Raad voor de ‘Gender en professionals in de gezondheidszorg.’

Essay van prof. dr. G.H. Blijham, voorzitter Raad van Bestuur UMCU

Professionaliteit

Professionaliteit, wat is het?

‘Professie’ betekent beroep. Als iemand arts of verpleegkundige van professie is, betekent dat hij of zij (ik gebruik verder hij voor beide geslachten) van het werk zijn beroep heeft gemaakt. ‘Professioneel’ betekent beroepsmatig. Een professionele voetballer is geen amateur meer. Deze betekenissen zijn beschrijvend en waarde vrij. Ze geven aan wat iemand is. Er is echter een tweede betekenis van ‘professioneel’ die tot uiting komt in een uitdrukking als: ‘hij heeft dit zeer professioneel aangepakt.’ In deze zin wordt een positief voordeel over de beroepsuitoefening gegeven. Er is dus kennelijk ook sprake van een normatieve betekenis van het begrip professioneel. Er is niet alleen sprake van een ‘vak’ maar zelfs van ‘vakman’.

De Van Dale uit 1970 kende de woorden ‘professional’ en ‘professionaliteit’ niet. Kennelijk is er sprake van woorden dat betrekkelijk recent als anglicisme in onze taal zijn binnengekomen. Het is interessant te kijken naar de betekenissen van ‘professional’ in Webster’s Dictionary: 1. participating for gain or livelihood in an activity or field of endeavor often engaged by amateurs, 2. characterized by or conforming to the technical or ethical standards of profession.

Hier zien we dus beide betekenissen van het Nederlandse bijvoeglijke naamwoord ‘professioneel’ terug in de omschrijving van het Engelse (en inmiddels ook Nederlandse) zelfstandige naamwoord ‘professional’. Er is een beschrijvende betekenis (het vak of beroep waarmee de boterham wordt verdiend) en een normatieve betekenis (iemand die niet alleen het vak of beroep uitoefent maar dat ook nog volgens de technische en ethische standaarden doet).

Bij ‘professionalism’ tenslotte krijgt de normatieve betekenis de overhand: ‘the conduct, aims or qualities that characterize or mark a profession or a professional person’. Het gaat bij professionaliteit kennelijk om standaarden die bij een beroep horen. Daarmee is de hele weg afgelegd van ‘professie’ als een vrijwel uitsluitend beschrijvend naar ‘professionaliteit’ als een vrijwel uitsluitend normatief begrip. Bij professionaliteit gaat het om het definiëren van de standaarden waaraan bij de uitoefening van een beroep moet worden voldaan; wie daar aan voldoet is een professional.

Professional in de zorg

In deze context is het op zijn minst verwarrend dat in de zorg het begrip ‘professional’ slaat op een deel van de beroepsbeoefenaren in de zorg, namelijk alleen op degenen die in het primaire proces (zorg, onderzoek,

onderwijs) centraal staan. Zij zijn dan ‘professionals’ en de rest kennelijk niet. Dat is een merkwaardige indeling waarvan de oorsprong mij ontgaat. Het valt toch moeilijk vol te houden dat voor deze beroepen geldt: ‘often engaged by amateurs’. Evenmin kan gezegd worden dat bij anderen werkzaam in de zorg geen sprake zou zijn van technische of ethische standaarden waaraan voldaan moet worden. Alsof alleen bij de ‘zorgprofessionals’ de ‘professionaliteit’ een rol speelt. Niets is minder waar. Ook bij de kok, de voorlichter en de financiële specialist is er sprake van professionaliteit. Juist door het normatieve aspect in de woorden ‘professional’ en ‘professionaliteit’ is zorgvuldigheid bij de toepassing geboden.

Medical Professionalism

‘We define medical professionalism as a set of values, behaviours and relationships that underpin the trust the public has in doctors’ (Doctors in society, Royal College of Physicians, 2005). Is er bij ‘Websters’ nog sprake van technische én ethische dimensies, de Royal College lijkt de technische dimensie weg te laten en heeft het alleen nog over waarden, gedrag en relaties. Een knoeter kan zo een professional worden. Dat zal wellicht niet de bedoeling zijn maar het sluit wel aan bij een trend het gewone ‘vakmanschap’ van de zorgverlener minder te waarderen dan zijn ‘verkoopschap’. Dat is jammer. Bovendien wordt een nadrukkelijke relatie gelegd met het begrip vertrouwen. Ik vind dat weliswaar mooi maar ook verwarrend. Goed je werk doen leidt tot vertrouwen; de toevoeging spreekt voor zich maar suggereert een extra, wellicht ‘hogere’ dimensie die ik vooralsnog niet zie.

Medische professionaliteit en opleiding

In het raamplan voor de opleiding tot arts van 1994 was sprake van ‘juiste beroepsattitude van de arts’; in 2001 was dit vervangen door ‘professioneel gedrag’. Deze trend is doorgetrokken in de uitwerking die door het Projectteam Consilium Abeundi aan het begrip ‘professioneel gedrag’ is gegeven: ‘Observerbaar gedrag waarin de normen en waarden van de beroepsuitoefening zichtbaar zijn. Professioneel gedrag komt tot uitdrukking in woord, gedrag en uiterlijk en is van groot belang voor het basisvertrouwen dat een patiënt in een beroepsbeoefenaar moet kunnen stellen’. Tenslotte is van belang vast te stellen dat Bleker et al. (Tijdschrift Medisch Onderwijs, maart 2004) naast medisch-inhoudelijke kennis ook noodzakelijke competenties beschrijft op de gebieden communicatie, samenwerking, wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie én professionaliteit.

Het lijkt erop dat in de discussies over de artsopleiding en de vervolgopleidingen het begrip ‘professionaliteit’ een verdere verenging heeft ondergaan. Het sluit nu nauw aan bij attitude en is kennelijk te onderscheiden van zaken als communicatie en maatschappelijk handelen. Enigszins karikaturaal gezegd is er nu sprake van professioneel gedrag als de arts niet vloekt, op tijd komt en een das om heeft. Het lijkt erop dat profes-

sionaliteit zich beweegt in de richting van een ongeschreven beroepscode met een sterk intern en enigszins elitair focus.

Medische professionaliteit, een gevaarlijk begrip?

Met name de geleidelijke verenging van het begrip naar interne gedragsregels zet aan het denken. Er gaat iets verstikkends uit van de gedachte dat het elkaar aanspreken met collega, elkaar geen rekening sturen, elkaar de hand boven het hoofd houden en lid zijn van een gesloten beroepsvereniging het beeld is waar naar toe de opeenvolging van omschrijvingen van professionaliteit kan leiden. Als we daarbij ook nog bedenken dat er maatschappelijk gezien sprake is van een debat over 'professionals versus managers', dan kan het veelvuldige gebruik van de begrippen professionaliteit, professional en professioneel het beeld van een beroepsgroep met een sterk defensieve en conserverende attitude versterken. We spreken over 'professioneel statuut' en 'professionele autonomie' in antithese met 'we worden bestuurd en hebben niets te vertellen'. Het begrip 'professionaliteit' lijkt zich dan wel erg richting 'eigenbelang' te ontwikkelen. In die zin heeft het veelvuldige gebruik ervan zeker gevaarlijke kanten, ook voor de verdere ontwikkeling van de medische professie.

Medische professionaliteit, een bruikbaar begrip?

Bovenstaand klein overzicht van de omschrijvingen die van het begrip 'professionaliteit' zijn te geven en gegeven leidt niet tot de conclusie dat we hier met een erg werkbaar begrip te maken hebben. Het is ongetwijfeld zeer geschikt als basis voor langdurige discussies over 'wat maakt een arts nu echt een arts'. Voor wie gelooft in het nut van dergelijke discussies ongeacht de uitkomst is het begrip professionaliteit wellicht bruikbaar, wie hecht aan operationaliseerbare, overdraagbare en toetsbare begrippen wordt van het begrip professionaliteit niet blij. Bovendien lijkt de ontwikkeling zoals door de Royal College en de Projectgroep Consilium Abeundi gegeven tot een paradox te leiden: de invulling heeft een sterk intern, op de beroepsgroep gericht focus maar het begrip is nu juist bedoeld om het vertrouwen van anderen te vergroten. Een hele tour de force, lijkt me.

Misschien is het verstandig terug te gaan naar de meer omvattende definitie van professionaliteit zoals 'Websters' die geeft. Dan komt het vakmanschap weer in beeld en wordt het een verzamelbegrip voor 'het vak uitoefenen volgens de standaarden die daarvoor gelden en dit op elk onderdeel van de beroepsuitoefening'. Dan zou ik ook nog graag het interne focus kwijt willen en opnemen dat die standaarden in onderlinge samenhang tussen belanghebbenden worden bepaald. Zo ontstaat de volgende omschrijving:

Medische professionaliteit is het voldoen aan de technische, ethische en relationele standaarden die door de beroepsgroep, de anderen met wie in de zorgverlening wordt samengewerkt en de patiënten die het betreft worden gezet.

Deze omschrijving maakt professionaliteit tot een verzamelbegrip. Het is daardoor minder inzetbaar in discussies die zich richten op het willen innemen van bijzondere posities in de zorg of de zorgorganisaties. Het leent zich wel voor operationalisatie in deelgebieden waaraan toetsbare criteria kunnen worden gekoppeld. Het is heel wel denkbaar dat de technische, medisch-inhoudelijke criteria van professionaliteit op dit moment beter ontwikkeld zijn dan de criteria die te maken hebben met een goede bejegening, een adequate communicatie, bij de tijd passende omgangsvormen en correct ethisch handelen. Naar mijn overtuiging zijn dit uitermate belangrijke onderdelen van professioneel handelen die meer aandacht behoeven. Echter, het daarnaast nog onderscheiden van 'professionaliteit' als aparte deeldimensie suggereert dat er nog iets mystieks bestaat dat alleen de artsen bekend is maar wel erg belangrijk is voor het vertrouwen van patiënt en publiek. Zo gepositioneerd zal het begrip 'professionaliteit' nog slechts een kort maar veelbewogen leven hebben.

Conclusie

Het begrip 'medische professionaliteit' heeft geen betekenis en overlevingskans met een omschrijving die zo intern gericht, mystiek en vaag wordt als nu dreigt te gebeuren. Het wordt dan de verzamelbak van onvrede, de verdedigingslinie tegen de buitenwereld en aanknopingspunt voor discussies over 'de eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional'. Als verzamelbegrip leent het zich voor verdere uitwerking in deelgebieden. Dan wordt duidelijk dat sommige deelgebieden nu een steviger onderdeel van de professionaliteit uitmaken dan andere en dat een inhaalslag op ethische en relationele aspecten nodig is. Als dat het resultaat is mag het begrip 'professionaliteit' veel vaker worden gebruikt. Want tenslotte gaat het daarom: doen we als arts ons werk zoals van ons verwacht mag worden. Dat is pas professioneel.

Noten bijlage 4

- 1 Docters in Society, december 2005
- 2 RVZ rapport Zinnige en duurzame zorg, Den Haag, 2006
- 3 Deficient knowledge of genetics relevant for daily practice among medical students nearing graduation. Baars et al. *Genetics in Medicine* 7-5, 2005.
- 4 4 Preconceptiezorg: een onlosmakelijk onderdeel van de zorg voor moeder en kind. Wildschut et. al. *Ned. tijdschr. Geneeskd.* 2006 17 juni; 150(24): 1326-1330.
- 5 Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. *Signalering ethiek en gezondheid* 2006/1, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- 6 Hilhorst MT. Goed doen met winst maken, naar een economisering van zorg en beroepsethiek? In: *Economisering van zorg en beroepsethiek*, Zoetermeer: Centrum voor Ethiek en gezondheid/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2004.
- 7 Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. *Signalering ethiek en gezondheid* 2006/1, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- 8 *Freidson E. Professionalism: The Third Logic. London: Polity Press, 2001*

Bijlage 5

Lijst van afkortingen

AIOS	arts in opleiding tot specialist
CCMS	Centraal College Medische Specialismen
CTG	Colllege Tarieven Gezondheidszorg
DBC	Diagnose behandelcombinatie
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
MIP	meldingen incidenten patiëntenzorg
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RCPL	Royal College of Physicians of London
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
VSOP	Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 6

Literatuur

Aarts, H.F. Huisartsen, marktwerking en zorgverzekeraars, www.zorggeenmarkt.nl.

Aarts, H.F. 'Verspilde moeite. Invoering van het DBC-systeem is overbodig'. Medisch Contact, 23, 2002, no. 34.

Aarts, H.F. Huisartsen, Marktwerking en Zorgverzekeraars. NRC Handelsblad, 6 juni 2005.

Adam, M.B. Comments on the Charter of Medical Professionalism. USA: The Centre for Bio-ethics and Human Dignity, 2003.

ANP Pers Support. Menzis biedt verzekerden acute thuiszorg in noodsituaties, 6 maart 2006.

ANP Pers Support. Menzis beloont doelmatig voorschrijven door huisartsen, 30 mei 2006.

Asselin, M. The price of medial autonomy. L'OMNI, 26, 2003, no. 2, p. 1-15.

Baart, A. en M. Stekete. Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut, 2003.

Bassant, E. Ziekenhuizen: minder macht specialisten. Het Financieele Dagblad, 2006, p. 5.

Bellemakers, C. Knevelzorg. Chronisch zieke en gehandicapte patiënten zuchten onder de administratieve terreur van hun verzekeraar. Veel keus hebben ze echter niet. Medisch Contact, 60, 2005, no. 36, p. 1443.

Berenson, R.A. A physicians view of managed care. Health Affairs, winter, 1991, p. 106-119.

Berenson, R.A. Do physicians recognize their own beste inter-ests? Health Affairs, spring II, 1994, p.185-193.

Blendon, J., et al. Understanding the managed care backlash. Health Affairs, 17, 1998, no. 4, p. 80-94.

Blumenthal, D. The Vital Role of Professionalism in Health Care Reform. Health affairs, spring I, 1994, p. 252-256.

Boerman, R. Professionele autonomie in het onderwijs. VHZ, 2005, p. 15-19.

Bradford, H.G. Trust and trustworthy care in the managed care era. Health Affairs, 16, 1997, no 1, p. 34-49.

Brandt, E. Big Brother behandelt u. Trouw, 25 april 2006.

Brouwer, W. en F. Rutten. 'Maak duidelijk wat optimale zorg is. Controle op zorgverzekeraars en ziekenhuizen noodzakelijk', NRC Handelsblad, 1 maart 2005.

Bruijn, H.P. de. Bureaucratie te lijf. Medisch Contact, 60, 2005, no. 43, p. 1712-1714.

Burdi, M.D. en L.C. Baker. Physician's perceptions of autonomy and satisfaction in California. Health Affairs, 18, 1999, no. 4, p. 134-145.

Carey, B. When trust in doctors erodes, other treatments fill the void. The New York Times, 2006, p. 1-5.

Centrum voor ethiek en gezondheid. Economisering van zorg en beroepsethiek. Zoetermeer: CEG, 2004.

Centrum voor ethiek en gezondheid. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Zoetermeer: CEG, 2006.

Colby, D.C. Doctors and their discontents. Health Affairs, 16, 1997, no. 6, p. 112-114.

Crommentuyn, R. Snijden onder voorbehoud. Medisch Contact, 2005, no. 43, p. 1715-1716.

Crul, B.V.M. Dokters stellen zich te voorzichtig op. Medisch Contact, 54, 1999, no. 50, p. 1732-1743.

Crul, B.V.M. en J. Legemaate. Dure geneesmiddelen. Uitspraak rechtbank 's-Gravenhage. Medisch Contact, 61, 2006, no. 5, p. 204-206.

Centre for the Studie of Professions. Professionalism, trust and competence: the first CSP conference in the study of professions. Oslo: CSP, 2004.

Carroll, J. Consumers don't know what they don't know. www.managedcaremag.com.

Cuess, S.R. en R.I. Cruess. Professionalism: a contract between medicine and society. *CMAJ*, 5, 2000, no. 162, p. 668-669.

CTG/Zaio. Beleidsregel CI-906, CI-670 en CI-891. Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen.

Davies, H.T.O. en S. Harrison. Education and debate. *BMJ*, 326, 2003, p. 646-649.

De Telegraaf. Menzis en huisartsen sluiten 2-jarig contract, 16 januari 2006.

Dugan E., F. Trachtenberg en M.A. Hall. Development of abbreviated measures to assess patient trust in a physician, a health insurer and the medical profession. *BMC Health Services Research*, 5, 2005, no. 64, p. 1-7.

Ekkelboom, J. Werk in uitvoering. *Medisch Contact*, 2006, no. 17, p. 699-701.

Edwards N., M.J. Kornacki en J. Silversin. Education and debate. *BMJ*, 324, 2002, p. 855-838.

Edwards N., M.J. Kornacki en J. Silversin. Unhappy doctors: hat are the causes and what can be done? *BMJ*, 324, 2002, p. 835-838.

ELANN. Menzis zorgverzekeraar, provincie Groningen. Nieuwsbrief: Expertteam Continuering Huisartsenzorg, no. 8, februari 2006.

Eldar, R. Charter on Medical Professionalism. *Croatian Medical Journal*, 44, 2003, p. 502-503.

Enthoven, A.C. en S.J. Singer. The managed care backlash and the task force in California. *Health Affairs*, 17, 1998, no. 4, p. 95-110.

Exter, A. den. Gelijkheid en recht op zorg. *Ars Aequi Libri* : Nijmegen, 2007.

Forrester, G. Professional Autonomy versus Managerial Control: the experience of teachers in an English primary school. *International Studies in Sociology of Education*, 10, 2000, no. 2, p. 133-151.

Forum Zorgverzekeringen in het Buitenland. Uitspraak patiënten versus Menzis: Menzis mag bonussen geven aan huisartsen. www.monitor.nl.

Friele, R. Vertrouwen wij de zorgaanbieders? *Kwaliteit in beeld*, 5, 1998, p. 21-22.

Gambetta, D. Can we trust? In: Gambetta, D., et al. *Turst: making and breaking cooperative relations*. Oxford: University of Oxford, 2000.

Gen, J. Health maintenance organizations and the changing physician workforce. *Intern Med.*, 16, 2001, no. 10, p. 675-684.

Gibbels, M. NVZ: 'Medisch geïntegreerd bedrijf is voorbij'. *ZorgVisie*, 2005.

Goudswaard L., T. Wiersma en S. Thomas. MOL ondergraaft prescriptievrijheid. *Medisch Contact*, 2006, no. 31/32, p. 1275.

Gunning-Schepers, L.J. Nieuwe geneesmiddelen voor iedereen. *NRC Handelsblad*, 25 februari 2005.

Hall, M.A., et al. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly*, 79, 2001, no 4, p. 613.

Harber, B. en T. Ball. From the blame game to accountability in health care. *Policy options*, 2003, p. 49-54.

Harding, G. and K. Taylor. Power, status and pharmacy. *The Pharmaceutical Journal*, 269, 2002, p. 440-442.

Harrison J., R. Inns en T. van Zwanenberg. *Rebuilding Trust in Healthcare*. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd, 2003.

Harrison, S. en C. Pollitt. *Herding cats in the NHS*. Open University Press, 1994.

Harrison, S. en J.N.W. Lim. The frontier of control: doctors and managers in the NHS 1966 to 1997. *Clinical Governance: An International Journal*, 8, 2003, no. 1. p. 13-18.

Have, P. ten. *Current trends in Qualitative Medical Sociology: Some recent studies from the Netherlands*. Amsterdam: University of Amsterdam, 2006.

Heijmans, M., et al. Chronisch zieken vertrouwen op behandelaars. *Pharmaceutisch Weekblad*, 139, 2004, no. 20, p. 690-694.

Hill, J.E. AMA to New York Times; Trust physicians and good research. *AMA Medical Association*, 2006.

Hilton, S. International aspects of professionalism. In: *Doctors in society. Medical professionalism in a changing world*, p. 105-120. London: Royal College of Physicians, 2005.

Hoge Raad der Nederlanden. Kort geding tussen zorgverzekeraars c.s. en fabrikanten van innovatieve merkgeneesmiddelen. Uitspraak LJN: AY9317, 10 november 2006.

Holland, P.C.H.M. Toespraak: Professionaliteit en de actuele ontwikkelingen in de zorg. KNMG Jaarcongres 2005: Gezondheidszorg in beweging. Blijft de dokter overeind?

Hoogervorst, H. Toespraak. KNMG Jaarcongres 2005: Gezondheidszorg in beweging. Blijft de dokter overeind?

Institute for Political and Economic Governance. Medical autonomy and managerial authority in the National Health Service. Manchester: IPEG, 2003.

Jotkowitz A.B, A. Porath en S. Glick. The Professionalism Movement. IMAJ, 6, 2004, p. 661-664.

Kaasenbrood A., B. van der Werf en P. Hanneman. Getemde professionals, gestremde zorg. MGv, 1, 2006, no. 61, p. 9-21.

Kälble, K. Between professional autonomy and economic orientation - The medical profession in a changing health care system. GMS Psycho-Social-Medicine, 2, 2005, p. 1-31.

Kant, A. Politiek bureaucratiseert zorg. www.computable.nl.

Kant, A. en I. Palm. Vijfentwintig medicijnen tegen te grote macht van de farmaceutische industrie. Voorstellen ter versterking van de onafhankelijkheid van het medisch onderzoek en het voorschrijfgedrag van artsen. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP, 2005.

Kasdorp J.P, M.W. de Lint en R. Meijerink. De ongelijkzijdige driehoek in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Kien, N.U.N. en P.J.M. Koning. Goedkoop genezen. Zorgverzekeraar probeert invloed uit te oefenen op voorschrijfgedrag. Medisch Contact, 61, 2006, no. 5, p. 207-209.

Kirkman-Liff, B. Restoring trust to managed care, part 1: a focus on patients. The American Journal of Managed Care, 9, 2003, p. 174-180.

Kirkman-Liff, B. Restoring trust to managed care, part 3: a focus on public stakeholders. The American Journal of Man-aged Care, 9, 2003, p. 322-326.

KNMG. Regio's in discussie over arts-patiëntrelatie. Nieuwsbriefarchief 2003.

KNMG. Terugblikken op het KNMG-jaarcongres. Nieuwsbriefarchief 2005.

KNMG. KNMG oneens met beloning van huisartsen die goedkoop voorschrijven. Nieuwsarchief 2006, rubriek: Januari.

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Brief aan de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Bilthoven: KNOV, 2006.

Kooiman, M.J. WAO-beoordeling roept veel spanning op. Medisch Contact, 2005, no. 48, p. 1948.

Korn, A. To achieve lasting change, health plans and physicians must work together to improve the health system. Health Affairs, 23, 2004, no. 6, p. 48-50.

Kosterink, J. De verzekeraar betaalt, de zorgverlener bepaalt. Pharmaceutisch Weekblad, 2006, no. 14, p. 495-497.

Kowalczyk, L. Disclosure of medical mistakes is sought State legislator want hospitals to forfeit fees, www.boston.com, 5 november 2005.

Laan, G. van der. De dubbelrol van professionals. Presentatie tijdens Lustrum Verweij-Jonker Instituut, 2003.

Lackamp, O. De handdoek in de ring, www.medischcontact.arstennet.nl, 13 april 2006.

Leerink, B. Brief aan Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten over veranderingen 2006. Groningen: Menzis zorg en inkomen, 30 november 2005.

Lewis, J. Partnership in sickness and in health: Reshaping state profession relationships in Australia, Britain and the Netherlands. In: M Considine. Conference proceedings from the international political science association committee, structure and organisation of government research, 251-265. Melbourne, Australia: The University of Melbourne - Centre for Public Policy, 2002.

Lems, P. Bron van rijkdom. Medisch Contact, 60, 2005, no. 40, p. 1604-1607.

Leong, C.H. Medical Council Refor. Public Aspiration balancing Professional Autonomy. Hong Kong: Hong Kong Academy of Medicine.

Lindeboom Instituut. Professioneel beheerst. Ede: Lindeboom Instituut, 1995.

LJN: AU4312. Voorzieningenrechter Rechtbank Arnhem, 131513, 14 oktober 2005.

LJN: AU9846. Voorzieningenrechter Rechtbank Arnhem, 134501, 18 januari 2006.

LJN: AU8962. Gerechtshof Arnhem, 2005/1110, 3 januari 2006.

Luyvendijk, W. Geen dure pil, prompt hartaanval. Patiënten dupe van steekspel tussen cardiologen en verzekeraars. NRC Handelsblad, 26 maart 2005.

Maasen, H. Diagnose beroepszeer. Medisch Contact, 61, 2006, no. 11, p. 436-438.

Marshall, M.N., et al. A report for the nuffiel trust and RAND. www.nuffieldtrust.org.uk.

Marshall, M.N., et al. Public reporting on quality in the United Stages and the United Kingdom. International comparisons, 2003, p. 114-148.

Martin, B. Tied Knowledge: Power in Higher Education. www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/pubs/98tk.

Martiny, A. The lack of transparency in the health care sector squandered. www.transparancy.org.

McGuire, T.G. Patients trust and the quality of physicians. Boston University.

Mechanic, D. Emerging trends in mental health policy and practice. Health Affairs, 17, 1998, no. 6, p. 82-98.

Mechanic, D. Managed care and the imperative for a new pro-fessional ethic. Health Affairs, 19, 2000, no. 3, p. 100-111.

Mechanic, D. In my chosen doctor I trust. BMJ, 329, 2004, p. 1418-1419.

Medisch Contact. Artsen verzetten zich tegen nieuwe status Apotheker, Medisch Contact, 57, 2002, no. 38.

Medisch Contact. CBO kwaad op onderzoeksjournalist en SP. Medisch Contact, 2006, no. 11-17 maart 2006, p 430.

Mednet. Ministerie van VWS subsidieerde al kwaliteitsbeleid verloskundigen. Mednet Magazine, 3, 2006, no. 20.

Menzis Zorg en Inkomen. Kraamzorgveiling via Internet, 14 maart 2005.

Menzis Zorg en Inkomen. Bas Leerink benoemd als directeur Menzis Zorg. Enschede, 2005.

Mersch, M.F. van der en C. Velink. Het recht op geneesmiddelen. Hoe de kosten van de zorg te beheersen. In: Geneesmiddelen en Recht. Preadvies 2006. Vereniging voor Gezondheidsrecht.

Ministerie van SZW. Brief van minister De Geus aan de voorzitter van de Tweede Kamer m.b.t. het uitgelekte UWV-rapport. Den Haag: SZW, 2005.

Ministerie van VWS. Brief van minister Hoogervorst en College bescherming persoonsgegevens aan veldpartijen. DBC's en privacy. CZ/B-2454570.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Bom onder kwaliteit van de verloskundige zorg. Utrecht: NVOG, 2006.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Pandora vreest voor schending privacy verzekerden als gevolg van de invoering Zorgverzekeringswet. Brief aan leden van de Eerste en Tweede Kamer, Amsterdam, 3 juni 2005.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Onderzoek onder publiek en patiënt naar het imago van de Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: NVZ, 2006.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Vernieuwd besturen. Utrecht: NVZ, 2005.

NEVI Opleidingen. Referenties NIA. www.nevi-opleidingen.nl

Newman, T. Deadly medical practices. www.dimitri.nu, 21 september 2003.

Nieuwenhuijzen Kruseman, A.C. In de zorg staat de patiënt centraal, niet de commercie. NRC Handelsblad, 29 april 2006.

Nieuwsarchief 2005. Voorzitterscolumn: Fasten your seatbelts. KNMG, 2006.

- NieuwsReflex. Conflicten door communicatie. Medisch Contact, 2004, no. 20.
- NieuwsReflex. Chronisch zieken vertrouwen hun arts. Medisch Contact, 2004.
- NieuwsReflex. Keuringsartsen over de schreef. Medisch Contact, 2004.
- NieuwsReflex. Lijsten met WAO-ziekten van de baan. Medisch Contact, 2005, no. 40, p. 1578.
- NieuwsReflex. Artsenkoepel CPME tegen voorschrijfbonus Menzis. Medisch Contact, 2006, no. 28, p. 1148.
- NieuwsReflex. Huisarts mag van verzekeraars geen MRI aanvragen. Medisch Contact, 2006, no. 46, p. 1834.
- Nivel. Onderzoeksprogramma vraaggestuurde zorg. www.nivel.nl, 13 februari 2006.
- Nivel. Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine*, 55, 2002, p. 227-234.
- Noordegraaf, M. Professional management of professionals. Utrecht: Utrecht School of Governance, 2004.
- NRC Handelsblad. Verzekeraars beperken aantal keizersneden, 3 november 2006.
- NRC Handelsblad. Stuitende subsidie, 7 november 2006.
- Parsi, K.J.D. Beleaguered Rulers: The Public Obligation of the Professional. *Medical Care*, 40, 2002, no. 2.
- Pearson, S.D. en L.H. Raeke. Patients' Trust in physicians: many theories, few measures and little data. *Journal of general internal medicine*, 15, 2000, p. 509-513.
- Peeno, L. The second coming of managed care. *Trial lawyers of America*, 40, 2004, no. 5.
- Peeno, M.D. The national coalition of mental health professionals and consumers. www.nomanagedcare.org.
- Philips. Persbericht Philips en Achmea starten pilot waarmee patiënt thuis via televisie aan gezondheid werkt, 8 juni 2005.

- Planet Internet. Onvrede onder keuringsartsen UWV. Internet, 2 februari 2006.
- Progressive Policy Institute. Beyond the managed care backlash. Medicine in the information age. Washington: PPI, 1997.
- Punt, C.J.A. Kans op langer leven: verstrekking dure medicijnen tegen kanker verschilt per ziekenhuis. Medisch Contact, 61, 2006, no. 6, p. 236-239.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde. Den Haag: RGO, 2004.
- Raelin, J.A. Should Faculty Be 'Managed'? England: North-eastern University, 2003.
- RAND Health. Research highlights. www.rand.org.
- Rechtbank Arnhem. Menzis mag bonussen geven aan huisartsen. De Rechtspraak, LJ-nummer: AU9846, 18 januari 2006.
- Reerink, A. Ziekenhuizen gonden van de commercie. Traditionele stichtingsvormen worden massaal ingeruïl voor zorg-bv's, NRC Handelsblad, 22 april 2006.
- Reformatoisch Dagblad. Beste zorg voor moeder en kind, 14 november 2006.
- Reinders, J.S. De gekantelde organisatie. Rede uitgesproken op 31 maart 2006. Amsterdam: VU, 2006.
- Reuters Health Information. Patients trust physicians, but are likely to internet for health information. Archief Intern Med, 165, 2005, p. 2618-2624.
- Royal College of Physicians. Doctors in society. Londen: RCP, 2005.
- Samenwerkende Patiënten/Consumentenorganisaties. Verslag van de 2e Rondomtafelbijeenkomst SPC – Menzis, welke gehouden werd op 25 mei 2005.
- Schee, E van der en D. Delnoij. Dokter geniet nog. Zorgvisie, 8, 2005, p. 28-29.
- Schee, E. van der en D. Delnoij. Keuze van ziekenhuizen. TSG, 83, 2005, no. 2, p. 113-114.

- Schlesinger, M.J., et al. Medical professionalism under managed care: the pros and cons of utilization review. *Health Affairs*, 16, 1997, no. 1, p. 106-124.
- SDK Kanker Startpunt. Nieuwsberichten maart: Menzis eist opheldering over dure geneesmiddelen, 1 maart 2005.
- Sneller Beter. Interview met Alfred Roobol, arts, directeur zorg bij CZ actief in gezondheid. *Sneller Beter*, 14 oktober 2004.
- Sneller Beter. Interview met Bas Leerink, directeur Zorg Menzis. *Sneller Beter*, 30 september 2005.
- Sneller Beter. Debat onder leiding van Wouke van Scherrenburg, 2005.
- Soest, W. van. VGZ sluit contracten af met verreweg de meeste zorgaanbieders, VGZ.
- Sox, H.C. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*, 136, 2002, no. 3, p. 243-246.
- Southon, B. en J. Braithwaite. Health Visions: What happened to professionalism? *Australian Health Review*, 18, 1995, no. 4, p. 147-148.
- Southon, G. Performance and accountability in hospitals. Discussion document on the Australian Hospital Care Study, 1995.
- Southon, G. Professional autonomy and accountability: a cri-tique of current health reforms and an alternative proposal. *World Hospitals*, 30, 1994, no. 3, p 20-26.
- Southon, G en J. Braithwaite. The End of Professionalism? *Social Science and Medicine*, 1, 1998, no. 146, p. 23-28.
- Spanjer, M en W. Mik. Marktgerichte benadering leidt tot heftige reactie in VU medisch centrum. *Synaps* 49: nieuws en agenda, 31 maart 2003.
- Stichting Beroepseer. Stop controlezucht in de zorg. *Digitale nieuwsbrief*, 2006, no. 1, p. 1-9.
- Stoddard, J.J., et al. Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. *Medschape*, 16, 2001, no. 10, p. 675-684.
- Tan, S.Y. Medical Professionalism: Our badge and our pledge. *Singapore Medical Journal*, 7, 2000, no. 41, p. 316.

- Tent, M. Zorgverzekeraars over relatie met arts en apotheker. De spelregels worden vastgelegd. *Zorgverzekeraars special. Pharmaceutisch Weekblad*, 2006, no. 14, p. 481-485.
- The Boston Consulting Group. Geneesmiddel Verzekerd. Een nieuwe Rol voor Zorgverzekeraars in het Inkoopproces van Geneesmiddelen. In opdracht van ZN. Baarn: BCG, 1999.
- Toenders, W.G.M. Een geval apart. *Medisch Contact*, 2005, no. 49, p. 1968-1970.
- Tonkens, E.H. Tijd voor massale opstand! *Volkskrant*, 5 april 2006.
- Trouw. Woede over beperking keizersnedes onterecht, 3 november 2006.
- Tuffs, A. German law to cuts drug costs angers doctors. *British Medical Journal*, 332, 2006, p. 1051.
- Utrecht School of Governance. Conference on Professionals between People and Policy, 7-8 Oktober 2004.
- Veen, W. van. De nieuwste versie. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 31, 2006, no. 11.
- Verburgt, T. Update van het standpunt Uitwendige versie van de KNOV. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 32, 2007, no. 2.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Professionaliteit in de zorg voor mensen met functiebeperkingen. Kenmerken, rol en voorwaarden. Utrecht: VGN, 2005.
- Vereniging van Nederlandse Universiteiten. Nederlandse artseneed. Amsterdam: VSNU, 2003.
- Verzekeraar eist opheldering dure geneesmiddelen. *Trouw*, 2 maart 2005.
- Volkskrant. Bonus voor beperken keizersnedes, 3 november 2006.
- Wailoo K., T.S. Jost en M. Schlesinger. Professional Sovereignty in a Changing Health Care System: Reflections on Paul Starr's *The Social Transformation of American Medicine*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29, 2004, no.4/5, p. 357-568.
- Wallack, S., et al. Health plans 'strategies to control prescription drug spending'. *Health Affairs*, 23, 2004, no. 6, p. 141-148.

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Beroeps-ethiekethiek en marktwerking. Boom Juridische uitgevers, 31, 2005, no. 3.

Weyden, M.B. van der. Medical professionalism in the new Millennium: A Physicians' Charter. MJA, 177, 2002, p. 263-265.

Wietmarschen, H van. Een zorg meer of minder. Marktwerking in de zorg, 2005.

Wiyck, F. van. Huisartsen verliezen grip op eigen posten. Medisch Contact, 61, 2006, no. 33/34, p. 1288-1290.

Zorgverzekeraars Nederland. CVZ-advies: vergoed herceptin ook bij niet-uitgezaaide borstkanker. www.zn.nl/actueel/nieuws/2006/mei/cvz-advies.

Zorgverzekeraars Nederland. Addendum bij de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. www.zn.nl/leeszaal/znuitgaven/gedragscodeverwerking.asp.

Zorgvisie. ZN gebrouilleerd met GGZ Nederland; overheveling GGZ ligt onder vuur. Persbericht, 9 mei 2006. www.zorgvisie.nl.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Vertrouwen in de arts)
- 07/02 Vertrouwen in de arts
- 07/01 Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
- 06/12 De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
- 06/11 Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
- 06/10 Publieke gezondheid
- 06/09 Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
- 06/08 Arbeidsmarkt en zorgvraag
- 06/07 Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
- 06/06 Zinnige en duurzame zorg
- 06/04 Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/03 Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/02 Management van vastgoed in de zorgsector
- 06/01 Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
- 05/15 Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
- 05/14 De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/13 Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/12 Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/11 Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)

- 05/07 Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
- 05/06 Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
- 05/05 Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
- 05/04 Van weten naar doen
- 05/03 Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
- 05/02 De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
- 05/01 Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- 04/09 De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
- 04/08 Gepaste zorg
- 04/07 Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
- 04/06 De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
- 04/04 De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
- 04/03 Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
- 04/02 Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
- 04/01E The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
- 04/01 De Staat van het Stelsel
- 03/15 Acute zorg (achtergrondstudie)
- 03/14 Acute zorg
- 03/13 Gemeente en zorg (achtergrondstudie)
- 03/12 Gemeente en zorg
- 03/10 Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
- 03/09 Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
- 03/08 Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
- 03/07 Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
- 03/06 Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
- 03/05 Van patiënt tot klant
- 03/04 Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
- 03/03 Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)

- 03/02 Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
- 03/01 Marktwerking in de medisch specialistische zorg
- 02/19 Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
- 02/18 Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
- 02/17 Taakherschikking in de gezondheidszorg
- 02/15 Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
- 02/14 Gezondheid en gedrag
- 02/13 De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
- 02/12 Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
- 02/11 Biowetenschap en beleid
- 02/10 Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
- 02/09 Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
- 02/07 Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
- 02/06 Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
- 02/05 E-health in zicht
- 02/04 Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
- 02/03 Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
- 02/02 'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
- 02/01 Winst en gezondheidszorg
- 01/11 Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
- 01/10 Volksgezondheid en zorg
- 01/09 Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
- 01/08 Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
- 01/07 Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
- 01/05 Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)
- 01/04E Healthy without care
- 00/06 Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)

00/04 De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)

00/03 De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

06/05 De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ

06/01E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System

05/13E Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care

05/16 Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)

05/10 Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))

05/09 Internetgebruiker en veranderingen in de zorg

05/08E The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)

04/11 RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)

04/10 Evaluatierapport RVZ 2000-2004

04/05 Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)

03/11E The preferences of healthcare customers in Europe

03/11 De wensen van zorgcliënten in Europa

02/16 Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen

01M/02 Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen

01M/01E E-health in the United States

01M/01 E-health in de Verenigde Staten

01M/03 Publiekversie Verzekerd van zorg

01M/02 De RVZ over het zorgstelsel

01M/01 Management van beleidsadvisering

00/05 Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?

Sig 05/04 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02)).

Sig 05/03 Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)

Sig 05/02E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System

Sig 05/02 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement

- Sig 05/01 Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
Sig 03/01 Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

- Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
Drang en informele dwang in de zorg (2003)
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)
Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004
De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)
Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)
Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg (2006)
Verkenning Keuzevrijheid en kiesplicht (2006)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

- VGV 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VGV 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VGV 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VGV 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

