



KNMG Manifest

Medische professionaliteit

**Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Utrecht
April 2007**

Inhoudsopgave	blz.
Samenvatting	2
1. Inleiding	4
2. Medische professionaliteit	5
3. Medisch professionele autonomie	10
4. Conclusies en aanbevelingen	12
Bijlagen	
I Verantwoordelijkheid nemen	14
II Referenties	17

Samenvatting

Het Nederlandse zorgstelsel en onderdelen van de sociale zekerheid bevinden zich in een overgangsfase van prijsregulering naar gereguleerde marktwerking. Doel van deze veranderingen is om te komen tot een betere borging van kwaliteit, toegankelijkheid, arbeidsparticipatie en betaalbaarheid. Dit legt meer externe druk op zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars en zorgaanbieders om te voldoen aan eisen, zoals het expliciteren van prestaties en doelmatig handelen.

De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde (collectieve) middelen is gebeurd. Met behulp van prestatie-indicatoren wordt de kwaliteit van de zorg zichtbaar en vergelijkbaar gemaakt. Verantwoording afleggen door professionals en zorgaanbieders is daarbij vanzelfsprekend. Het transparant maken van de zorg staat in het huidige kwaliteitsbeleid dan ook centraal, maar voorkomen moet worden dat artsen overbelast worden met administratieve taken.

Artsen werken zelden nog alleen, maar steeds meer in teamverband, nemen deel aan zorgketens en zijn deels parttime werkzaam. Het opschuiven naar teamwork (ook buiten instellingen) en taakherschikking heeft gevolgen voor verantwoordelijkheden. Deze worden gedeeld en (her)verdeeld. Andere verantwoordelijkheden hebben invloed op de professionele autonomie van de arts.

De basis voor medisch professioneel handelen wordt gevormd door onderzoek en consensus binnen de beroepsgroep, bij voorkeur vastgelegd in standaarden, richtlijnen en protocollen. Deze gaan uit van optimale zorg voor individuele patiënten. Goedkoop als het kan, duur als het moet. Dit beginsel kan op gespannen voet (komen te) staan met patiënten, verzekeren, verzekeraars, toezichhouders en overheid die allemaal eigen opvattingen hebben over wat goede en kwalitatief verantwoorde zorg is. De vrees van artsen is dat anderen meer en meer de inhoud van de zorg gaan bepalen. De eigen opvatting van de beroepsgroep over wat de beste zorg is voor de patiënt, is niet vanzelfsprekend de leidende opvatting. Artsen ervaren dit als een inperking van hun professionele autonomie.

Gelet op de geschetste ontwikkelingen is de artsenfederatie KNMG van mening dat duidelijk moet worden gemaakt aan artsen en de samenleving wat deze ontwikkelingen betekenen voor de beroepsuitoefening door artsen en voor de professionele autonomie.

De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de arts zijn kennis, zijn klinische en specifieke (handelings)vaardigheden en zijn beoordelingsvermogen aanwendt ten dienste van het beschermen en herstellen van de gezondheid van zijn patiënten. De medisch professional laat zien dat hij dat vertrouwen waard is aan de hand van het dagelijks handelen. Medische professionaliteit is:

'Het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt'.

Medische professionaliteit veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording. Medische professionaliteit is de basis voor de overeenkomst van de beroepsgroep met de samenleving. Voor de patiënt is de professionaliteit van de arts de basis van zijn vertrouwen in de arts. Vertrouwen dat dagelijks opnieuw verdient moet worden. Het dagelijks handelen van artsen is gebaseerd op rollen en vaardigheden die voortvloeien uit de door alle specialistische beroepsgroepen geaccepteerde competenties. Medisch professionaliteit is de omvattende rol met daarbinnen 6 te onderscheiden rollen die door artsen in de praktijk worden gebracht: medisch handelen, kennis & wetenschap, samenwerken, communicatie, maatschappelijk handelen en organiseren.

Medische professionaliteit vereist, naast het nemen van eigen verantwoordelijkheid, het delen en verdelen van verantwoordelijkheden met anderen. Er moet daarbij bewaakt worden dat de gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten. Er moeten duidelijke en sluitende afspraken worden gemaakt, vastgelegd en nagekomen over taken, verantwoordelijkheden en regie. Artsen tonen hierbij medisch leiderschap.

Verantwoording afleggen behoort tot de professionele verantwoordelijkheid en habitus. Het is voor de medische professional vanzelfsprekend dat hij wil zien hoe hij zorginhoudelijk handelt en presteert ten opzichte van de standaard en zijn collega's. Systematische kwaliteitsbewaking en -verbeteringen zijn vanzelfsprekende onderdelen van het werk en artsen geven daar gestalte aan.

Bij het afleggen van verantwoording is het wel noodzakelijk dat vooraf twee doelen worden onderscheiden: 1) leren van ervaringen en 2) controleren. Bij het afleggen van verantwoording moet duidelijk zijn met welk doel, wat voor soort informatie verzameld wordt, hoe vaak, op welke manier, wie er registreert, voor wie de gegevens bestemd zijn, wat er met de gegevens wordt gedaan en *last but not least* te bepalen wat heeft de medisch professional er zelf aan? Met andere woorden hoe draagt verantwoording afleggen bij aan de kwaliteit van zorg? Hierbij moet ervoor door de betrokkenen gewaakt worden dat verantwoording afleggen geen doel op zich wordt en er geen onnodige bureaucratie ontstaat. Om dit goed te kunnen doen hebben artsen en hun beroepsverenigingen patiënten, instellingsmanagement, zorgverzekeraars en overheid nodig.

Burgers moeten in de gezondheidszorg terecht blijven kunnen zonder schroom en angst dat ándere belangen of overwegingen dan alleen hun gezondheidsbelang doorslaggevend zullen zijn. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de arts hun individuele gezondheidsbelang voorop stelt. De arts wil de beste kwaliteit van zorg leveren voor de individuele patiënt. Vertrouwen motiveert professionals en bevordert een goed functioneren van de gezondheidszorg als geheel.

De maatschappij heeft een groot belang bij medisch professionele autonomie:

'De vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt'.

Vrije oordeelsvorming is belangrijk omdat deze juist het individuele gezondheidsbelang van de patiënt dient, maar is niet ongeclausuleerd en wordt bepaald door de voor hem geldende professionele standaard. De toepassing hiervan is geen vrijblijvende zaak. Als de arts van de standaard afwijkt zal hij zich daarover moeten kunnen verantwoorden, gebaseerd op zorginhoudelijke deskundigheid en argumentatie. Medisch professionele autonomie is in die zin dan ook 'vrijheid in gebondenheid' en maakt deel uit van de professionele verantwoordelijkheid.

Hoofdstuk 1 Inleiding

Aanleiding

Het Nederlandse zorgstelsel en onderdelen van de sociale zekerheid bevinden zich in een overgangsfase van prijsregulering naar gereguleerde marktwerking. Wetgeving zoals de Zorgverzekeringswet, de Wet verbetering poortwachter en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen zijn bovendien in een hoog tempo doorgevoerd. Doel van deze veranderingen is om te komen tot een betere borging van kwaliteit, toegankelijkheid, arbeidsparticipatie en betaalbaarheid. Dit legt meer externe druk op zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars en zorgaanbieders om te voldoen aan eisen, zoals het expliciteren van prestaties en doelmatig handelen.

Door de stelselwijziging zijn individuele artsen meer dan vroeger zelf partij in onderhandelingen met verzekeraars. Artsen hebben hierbij zakelijke belangen die zij moeten afwegen tegen collectieve belangen. Omdat zorgverzekeraars commerciële belangen hebben bij zorgverlening, kunnen artsen ook bij bepaalde behandelingen of het voorschrijven van geneesmiddelen commerciële belangen krijgen. De verwachting bestaat dat artsen tot een juiste belangenafweging in staat zijn. Maar als marktwerking een te grote druk zet op kwaliteit en productie dan is de vraag of de verwachting gerechtvaardigd blijft.

De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde (collectieve) middelen is gebeurd. Verantwoording afleggen door professionals en zorgaanbieders is daarbij vanzelfsprekend. Het transparant maken van de zorg staat in het huidige kwaliteitsbeleid dan ook centraal, maar voorkomen moet worden dat artsen overbelast worden met administratieve taken (RVZ 2001; Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006). Een eenzijdige nadruk op regelen, afrekenen en controleren bevordert niet het benodigde vertrouwen in professionals en komt hun intrinsieke motivatie niet ten goede (Brink 2005; Dijkstra 2004; Horton 2005; Jeurissen 2006; Kingma 2006; Meurs 2006; Maassen 2006; Tonkens 2003; WRR 2004).

Met behulp van prestatie-indicatoren wordt de kwaliteit van de zorg zichtbaar en vergelijkbaar gemaakt. Er zijn steeds meer enquêtes over wie de beste zorg levert, de meest patiëntvriendelijke is of over beide onderwerpen. De media meten die resultaten breed uit. De roep om prestatiemeting in de publieke sector was nog nooit zo luid (Westert 2006). Hierdoor ontstaat het risico dat scoren in de publieke opinie voor de professional of de zorgaanbieder belangrijker kan worden dan de beste behandeling voor de individuele patiënt (Trapenburg 2005). Zolang die indicatoren meten of artsen zich wel voldoende inspannen levert dat weinig problemen op, maar vaak meten de indicatoren resultaten. Artsen hebben de ambitie om afgesproken resultaten te halen, maar kunnen dat niet altijd garanderen.

Artsen werken zelden nog alleen, maar steeds meer in teamverband, nemen deel aan zorgketens en zijn deels parttime werkzaam. Het opschuiven naar teamwork (ook buiten instellingen) en taakherschikking heeft gevolgen voor verantwoordelijkheden. Deze worden gedeeld en (her)verdeeld. Andere verantwoordelijkheden hebben invloed op de professionele autonomie van de arts.

De basis voor medisch professioneel handelen wordt gevormd door onderzoek en consensus binnen de beroepsgroep, bij voorkeur vastgelegd in standaarden, richtlijnen en protocollen. Deze gaan uit van optimale zorg voor individuele patiënten. Goedkoop als het kan, duur als het moet. Dit beginsel kan op gespannen voet (komen te) staan met patiënten, verzekeren, verzekeraars, toezichhouders en overheid die allemaal eigen opvattingen hebben over wat goede en kwalitatief verantwoorde zorg is. De vrees van artsen is dat anderen meer en meer de inhoud van de zorg gaan bepalen. De eigen opvatting van de beroepsgroep over wat de beste zorg is voor de patiënt, is niet vanzelfsprekend de leidende opvatting. Artsen ervaren dit als een inperking van hun professionele autonomie (RVZ 2001; Holland 2005; Hoogervorst 2005; Vierhout 2005).

Dat anderen ook de inhoud van wat goede zorg is willen meebepalen is begrijpelijk als men, meestal via de media, kennisneemt van de problemen in het functioneren van medische professionals en de gevolgen die die problemen kunnen hebben voor de kwaliteit van zorg. Kenmerkend aan deze reeks incidenten is dat vele collega's en andere zorgprofessionals langdurig bekend waren met de bestaande situatie en veel te laat werd ingrepen. Dit heeft het vertrouwen in de beroepsgroep geschaad.¹

¹ Dit vertrouwen wordt net zo zeer geschaad als zaken niet in de publiciteit komen. De maatschappelijke impact en onrust is groter als dergelijke kwesties wel in het nieuws komen (zie NRC Handelsblad 2006).

De discussie over de grenzen van professionele autonomie van artsen is van alle tijden. Uit de literatuur blijkt dat professionele autonomie diverse definities en invalshoeken kent. In de discussies worden politieke, economische, medische, sociologische, ethische, ideologische en maatschappelijke argumenten door elkaar gebruikt. Als medisch inhoudelijke argumentatie wordt bestreden met economische redeneringen dan komt dit de helderheid van het debat niet ten goede (NRC 2007; Vierhout 2007).

Gelet op de geschetste ontwikkelingen is de artsenfederatie KNMG van mening dat duidelijk moet worden gemaakt aan artsen en de samenleving wat deze ontwikkelingen betekenen voor de beroepsuitoefening door artsen en voor de professionele autonomie.

Vraagstelling en doelstelling

De centrale vraagstelling in dit manifest luidt: ‘Wat is de betekenis van medisch professionele autonomie voor artsen en de samenleving?’ Om die vraag goed te kunnen beantwoorden is het eerst nodig een antwoord te geven op de vraag: ‘Wat maakt een arts tot medische professional?’ De medische professionaliteit van de arts vormt de basis voor zijn functioneren en voor het vertrouwen van de samenleving en patiënten in artsen. Het begrip ‘vertrouwen’ is in dit manifest een kernelement dat op diverse plaatsen wordt uitgewerkt. Uit medische professionaliteit vloeien verantwoordelijkheden voort. Eén van die verantwoordelijkheden is het afleggen van verantwoording. Door verantwoording af te leggen laten artsen zien wat hun medische professionaliteit inhoudt en dat zij het vertrouwen van patiënten en samenleving waard zijn. Verantwoording afleggen is een belangrijke pijler van professionaliteit en daarom wordt ingegaan op de vragen: ‘Wat zijn de doelen van verantwoording afleggen?’ en ‘Wat betekent verantwoording afleggen aan de patiënt, de beroepsgroep, het instellingsmanagement en de samenleving?’

Professionals die hun verantwoordelijkheid nemen, die hun werk goed doen, die verantwoording daarover afleggen, krijgen het vertrouwen van patiënten om binnen hun professioneel kader autonoom te handelen. Dat is niet alleen een voorrecht maar ook een plicht van de arts. Daarover gaat het laatste hoofdstuk.

Het doel van dit manifest is het bestendigen en bevorderen van het vertrouwen dat de maatschappij in medische professionals moet kunnen hebben.

Doelgroep

Dit manifest is bedoeld voor artsen en andere professionals werkzaam in gezondheidszorg, patiënten, verzekeren, verzekeraars en overheid.

Status van de notitie

Dit manifest is vastgesteld door het federatiebestuur van de KNMG.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt medische professionaliteit uitgewerkt en wordt aangegeven dat dit een voorwaarde is voor medisch professionele autonomie. Hierbij wordt ingegaan op twee belangrijke kernelementen die voortvloeien uit medische professionaliteit: verantwoording en verantwoordelijkheid. In hoofdstuk 3 wordt beschreven wat medisch professionele autonomie betekent en welke betekenis en begrenzing daarbij horen. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op wat de betekenis is van medisch professionele autonomie voor artsen en de samenleving.

Daar waar ‘de arts, hij’ staat moet uiteraard ook ‘de arts, zij’ gelezen worden. Hetzelfde geldt voor de wijze waarop de patiënt staat aangeduid.

Met artsen wordt bedoeld alle artsen, dus ook sociaal-geneeskundigen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

Daar waar ‘behandeling’ en/of ‘verrichting’ staat wordt ook inbegrepen het onderzoeken en geven van raad met als doelstel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt en/of ter verbetering van de maatschappelijke participatie.

Hoofdstuk 2 Medische professionaliteit

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op wat medische professionaliteit is, nadat eerst de arts-patiëntrelatie is beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillende rollen die de arts in de praktijk heeft. Aansluitend wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de medische professionaliteit.

2.1 Inleiding

De arts anno 2007 is een andere dan die uit de vorige eeuw en werkt in andere omstandigheden. 'De arts van toen was man, solist, had zijn eigen praktijk en was zeven keer 24 uur beschikbaar. Hij nam zelf beslissingen over zijn patiënten; daar had verder niemand invloed op' (Groenewegen 2007). De arts werkt tegenwoordig altijd in een team van artsen en/of andere beroepsbeoefenaren. Dit kan een klein team zijn met de doktersassistente of in een groot team in een ziekenhuis. De arts werkt vaker dan vroeger in deeltijd, in dienstverband en is vaker een vrouw dan een man. Beslissingen over de behandeling van een patiënt zijn steeds meer teambeslissingen, die tot standkomen binnen de kaders van de multidisciplinaire richtlijnen en de instellingskaders. De arts van tegenwoordig en straks werkt samen met anderen en kan niet in een 'splendid isolation' functioneren.^{II}

2.2 De arts-patiëntrelatie

De belangrijkste samenwerkingspartner van de arts is de patiënt. De arts heeft voor een behandeling immers - op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst - toestemming nodig van de patiënt. Dit is de autonomie van de patiënt. Patiënten zijn kritische consumenten, die tijdig en goed geïnformeerd willen worden en willen meebeslissen over hun behandeling. Soms hebben patiënten behoefte aan (acute) zorg om te overleven of om indringende medische problemen op te lossen. Deze behoefte is welhaast een intrinsieke behoefte aan curatieve zorg. Andere patiënten óf dezelfde patiënten op andere momenten, zullen zich meer opstellen als een kritische consument, die afhankelijk van het aanbod overweegt wat hij wel of niet wil consumeren. Patiënten willen partner zijn in het zorgproces en willen nadrukkelijk betrokken worden bij beslissingen in dat proces en eigen verantwoordelijkheid nemen voor een afgewogen keuze (RVZ 2001). Patiënten mogen hoge verwachtingen hebben van de sociale en communicatieve vaardigheden van de arts. Evidence-based medicine maakt het handelen van de arts bovendien ook voor patiënten inzichtelijk. Bronnen als internet die patiënten beschikbaar hebben geven hieraan nog een extra dimensie.

2.3 Medische professionaliteit

Hoewel patiënten mondiger en kritischer zijn, zijn zij ook vaak personen in nood, die behoefte hebben aan zorg en ondersteuning, juist ook ter behoud van hun autonomie en bij het maken van keuzes. Patiënten blijven, hoewel mondiger, afhankelijk van hun artsen, en het is aan artsen om zorgvuldig met deze kwetsbaarheid om te gaan. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de arts zijn kennis, zijn klinische en specifieke (handelings)vaardigheden en zijn beoordelingsvermogen aanwendt ten dienste van het beschermen en herstellen van de gezondheid van zijn patiënten.

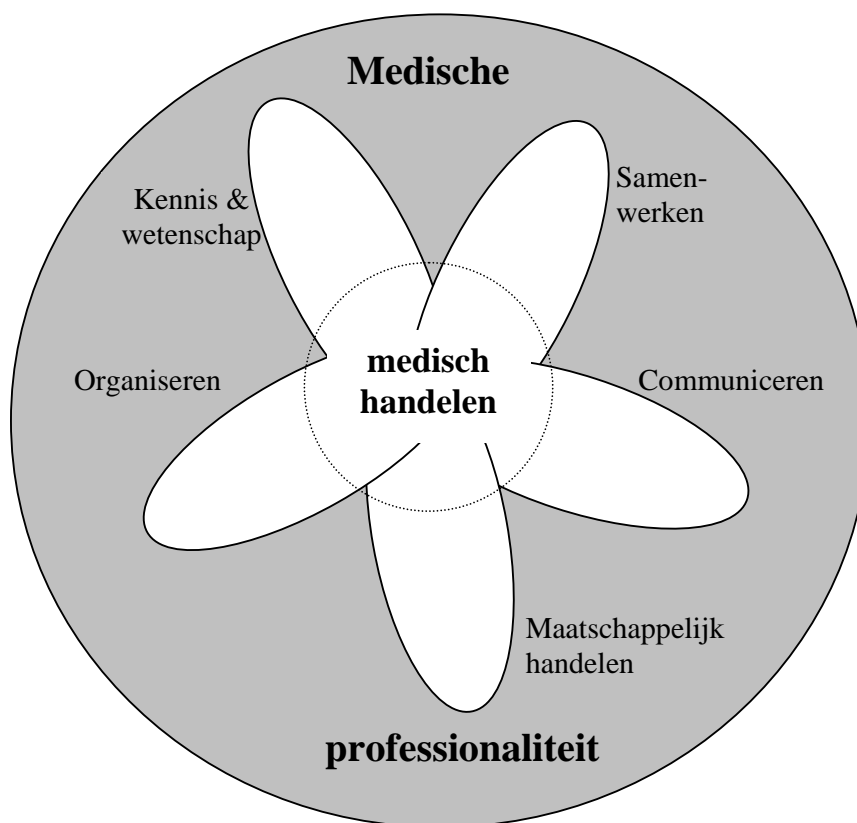
De professional laat zien dat hij het vertrouwen waard is aan de hand van het dagelijks handelen. Medische professionaliteit is (KNMG 1992; ABIM 2002; KNMG 2002a; RCP 2005):

'Het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt'.

De waarden en normen voor het handelen van artsen zijn vastgelegd in de belofte of de artseneed en in de KNMG-gedragsregels (KNMG 2002b; Commissie Herziening Artseneed 2003). Medische professionaliteit veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording. Medische professionaliteit is de basis voor de overeenkomst van de beroepsgroep met de samenleving. Voor de patiënt is de professionaliteit van de arts de basis van zijn vertrouwen in de arts. Vertrouwen dat dagelijks opnieuw verdiend moet worden.

^{II} Engels voor 'schitterende afzondering' en is een term voor de Britse afzijdigheid in de 19de eeuwse internationale politiek. De Britten waren vooral ter zee oppermachtig. Zij hadden niemand nodig. Zij hadden niets te vrezen.

Het dagelijks handelen van artsen is gebaseerd op rollen en vaardigheden die voortvloeien uit de door alle specialistische beroepsgroepen geaccepteerde competenties (ABIM 2002; CanMEDS; RCP 2005; KNMG Algemene Competenties).ⁱⁱⁱ Deze rollen en vaardigheden zijn uitgewerkt in termen van operationeel gedrag. De arts is daarbij een rolmodel (Van Diemen 2006). Medische professionaliteit is de omvattende rol met daarbinnen te onderscheiden rollen die door artsen in de praktijk worden gebracht (zie figuur 1).



Figuur 1. Medische professionaliteit is de omvattende rol met daarbinnen 6 te onderscheiden rollen: medisch handelen, kennis & wetenschap, samenwerken, communiceren, maatschappelijk handelen en organiseren.

Een goede arts is een medisch professional: hij is een medisch expert, hij houdt zijn vak bij, communiceert op een invoelende manier met zijn patiënten, werkt samen met collega's, beoefent het vak binnen de (morele) grenzen van de beroepsgroep, hij organiseert de kwaliteit in zijn praktijk en legt verantwoording af.

De arts heeft het nodig dat de samenleving vertrouwen in hem stelt. Vertrouwen is cruciaal voor een goed functioneren van de zorgsector als geheel, voor de arts-patiëntrelatie én voor de intrinsieke motivatie van medische professionals. Intrinsieke motivatie van de medische professional is de krachtigste motor voor kwalitatief goede, zinnige en zuinige zorg.

2.4 Verantwoordelijkheid nemen

De arts wil in het belang van de gezondheid van de patiënt de beste kwaliteit van zorg leveren. De arts is daarbij zelf verantwoordelijk voor de (eigen) medische werkzaamheden (KNMG 2002a; NVVA 2004; Weseling 2005). Verantwoordelijkheid nemen vergt daarom een ondernemende houding van de medisch professional. Hij onderneemt actie als het gaat om continuïteit van samenwerken, afstemmen, informatie uitwisselen en communiceren.

De verantwoordelijkheid van de medisch professional omvat ook gedeelde verantwoordelijkheden. Verantwoordelijkheden die gedeeld worden met de patiënt, andere medici en zorgprofessionals, Raden van Bestuur, de beroepsgroep en de samenleving. Meer gedetailleerde beschrijvingen zijn te vinden in bijlage I.

ⁱⁱⁱ Het beroepsprofiel is de basis voor de opleidingen van artsen, waardoor zij leren al deze rollen in zich te verenigen.

Het uitgangspunt is dat iedere professional zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. Tegelijkertijd heeft hij een gezamenlijke verantwoordelijkheid met voornoemde anderen. Dit vereist dat bewaakt wordt dat de gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten. Er moeten duidelijke en sluitende afspraken worden gemaakt, vastgelegd en nagekomen over taken, verantwoordelijkheden en regie (Joeloem Singh). Artsen tonen hierbij medisch leiderschap. Er moet in het belang van de patiënt duidelijkheid bestaan over wie, wanneer, waarvoor verantwoordelijk is. Juist een gebrekkige organisatie kan verstrekkende gevolgen hebben voor de kwaliteit en de continuïteit van zorg.

2.5 *Verantwoording afleggen*

Prestaties en kwaliteit moeten aantoonbaar zijn. Een arts geeft uitleg, stelt zich toetsbaar op en legt verantwoording af. Het is voor de medische professional vanzelfsprekend dat hij wil (laten) zien hoe hij zorginhoudelijk handelt en presteert ten opzichte van de standaard en collega's. Systematische kwaliteitsbewaking en -verbeteringen zijn vanzelfsprekende onderdelen van het werk en artsen geven daar gestalte aan (Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006; Jeurissen 2006). Dit behoort tot de professionele verantwoordelijkheid; niet omdat het artsen wordt gevraagd, maar juist omdat het deel uitmaakt van de professionele habitus. Verantwoording afleggen legitimeert het handelen van de arts. Door verantwoording af te leggen laten artsen zien wat hun medische professionaliteit inhoudt.

2.5.1 *Doelen van verantwoording afleggen*

Het transparant maken van de zorg staat in het huidige kwaliteitsbeleid dan ook centraal (Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg). De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen is gebeurd. Door verantwoording af te leggen laten artsen ook zien wat er met de geïnvesteerde middelen is gebeurd.

Bij het afleggen van verantwoording is het wel noodzakelijk dat vooraf twee doelen worden onderscheiden: 1) leren van ervaringen en 2) controleren. Want als informatie die bedoeld is om (voor intern gebruik) van te leren wordt aangewend voor (externe) controle, dan is dat een inbreuk op het vertrouwen. Dit zal de bereidheid om gegevens te verzamelen en beschikbaar te stellen doen afnemen (Hoek 2007). Bij het afleggen van verantwoording moet daarom duidelijk zijn met welk doel, wat voor soort informatie verzameld wordt, hoe vaak, op welke manier, wie er registreert, voor wie de gegevens bestemd zijn, wat er met de gegevens wordt gedaan en *last but not least* te bepalen wat heeft de medisch professional er zelf aan? Met andere woorden hoe draagt verantwoording afleggen bij aan de kwaliteit van zorg? Hierbij moet er door de betrokkenen voor gewaakt worden dat verantwoording afleggen geen doel op zich wordt en er geen onnodige bureaucratie ontstaat.

Adequaat verantwoording afleggen vergt dat medische professionals verantwoordelijkheid nemen voor het systematisch organiseren van de kwaliteit in hun praktijk. Om dit goed te kunnen doen hebben artsen en hun beroepsverenigingen patiënten, instellingsmanagement, zorgverzekeraars en overheid nodig.

2.5.2 *Verantwoording afleggen aan de patiënt*

De arts legt vanzelfsprekend verantwoording af aan de patiënt over zijn medisch handelen. Daaraan gaat vooraf de noodzakelijke verstrekte informatie aan de patiënt op grond waarvan toestemming voor geneeskundige behandeling wordt verleend. Anders geformuleerd: de arts exploreert met de patiënt de hulpvraag, wat het diagnostische traject is, legt uit welke diagnose hij heeft gesteld en hoe het behandelvoorstel luidt (inclusief de risico's en de voor- en nadelen). Het is daarbij van belang dat de individuele patiënt weet dat de informatie die hij aan de arts verschaft niet zonder zijn toestemming voor andere doeleinden wordt gebruikt (beroepsgeheim). Het beroepsgeheim is een recht van de patiënt én een plicht van de arts.

2.5.3 *Verantwoording afleggen binnen de beroepsgroep*

Adequaat verantwoording afleggen binnen de beroepsgroep over het medisch functioneren behoort tot de habitus van de arts. Een belangrijke methode om dit te effectueren is intercollegiale toetsing, gebaseerd op consensus over medisch professioneel handelen en geldende standaard, bij voorkeur vastgelegd in richtlijnen c.q. standaarden. Onderlinge toetsing hierop is primair een verantwoordelijkheid van de medische professionals. De arts moet zijn medisch beleid ook kunnen rechtvaardigen tegenover toetsende organen, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de toetsingscommissies euthanasie en de tuchtrechter.

Verantwoording afleggen binnen de beroepsgroep betekent ook het zo nodig ter verantwoording roepen van onjuist handelende collega's, ook als dat uit geen schade of risico's voor patiënten voortvloeien. Het gaat immers om onjuist handelen. Het negeren van dergelijke situaties is ongepast. Huisartsengroepen, maatschappen, vakgroepen, medische staven en andere samenwerkingsverbanden waarin artsen participeren behoren daarover afspraken te maken. Hierdoor wordt het gemakkelijker om met een collega over zijn of haar functioneren in gesprek te gaan en wordt voorkomen dat deze stap pas wordt gezet als het al te laat is. Daarvoor is een procedure van belang die erop is gericht systematisch het functioneren te beoordelen, op een wijze die de belangen van alle betrokkenen respecteert (KNMG 2005). Het opstellen en uitvoeren van deze procedures alsmede het toezicht daarop houden is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van professionals en instellingen.

2.5.4 Verantwoording afleggen aan het management

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt dat de instelling verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg. Zorgaanbieders (professionals en instellingen) zijn zelf primair verantwoordelijk voor het concretiseren van het begrip verantwoorde zorg. Voor de arts staat het gezondheidsbelang van de patiënt voorop. De arts is daarnaast natuurlijk ook gebonden aan instellingsafspraken. Artsen die werkzaam zijn in een instelling, ongeacht of zij werkzaam zijn in dienstverband of een toelatingsovereenkomst hebben, hebben zich te houden aan de gemaakte of geldende (beleids)afspraken binnen de instelling, maatschap, vakgroep, afdeling of anderszins. Artsen leggen over hun handelen aan het management verantwoording af. Het medisch beleid in een instelling is immers in overleg met en met instemming van de artsen vastgesteld.

Wanneer een arts vindt dat een patiënt in afwijking van het medisch beleid moet worden behandeld, bijvoorbeeld met een geneesmiddel dat niet door de instelling wordt verstrekt, dan heeft de arts de plicht om de patiënt te verwijzen naar een collega of instelling die dat middel wel vergoedt of verstrekt. Tegelijkertijd zal op grond van zorginhoudelijke deskundigheid en –argumentatie het medisch beleid bij het management ter discussie moeten worden gesteld.

2.5.6 Verantwoording afleggen aan de samenleving

Het is voor artsen eveneens noodzakelijk verantwoording over hun handelen af te leggen aan maatschappelijke groepen, bijvoorbeeld zorg- en inkomensverzekeraars. Om de geleverde prestaties vergoed te krijgen wordt verantwoording afgelegd over de prijs en de kwaliteit van de geleverde prestaties. De arts zal zijn medisch beleid ook tegenover bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse zorgautoriteit of de rechter moeten kunnen rechtvaardigen.

Artsen moeten streven naar doelmatig dan wel zuinig handelen. Instellingen, verzekeraars en overheid mogen artsen daartoe aansporen. Zij mogen daarbij niet de wettelijke aanspraken, de rechtszekerheid van patiënten en de vrijheid van medisch handelen van artsen aantasten (Bosch 2004; Wigersma 2006).

Artsen dienen kennis te hebben van de zorg die is opgenomen in het basispakket. Wanneer zorg wel of niet is opgenomen in het basispakket, dan moet de arts de patiënt daarover tijdig informeren: dat wil zeggen voordat de arts een behandeling start. Artsen kunnen niet een behandeling starten wanneer niet duidelijk is of de verzekering van de patiënt de kosten van de behandeling dekt. De financiële consequenties moeten vooraf met de patiënt worden besproken. De patiënt kan dat meenemen in de afweging om de behandeling wel of niet te starten.

Hoofdstuk 3 Medisch professionele autonomie

In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt wat de betekenis is van medisch professionele autonomie voor artsen en de samenleving. Op de eerste plaats wordt het belang van de volksgezondheid uitgewerkt. Vervolgens wordt beschreven wat er onder medisch professionele autonomie moet worden verstaan en wat de grenzen zijn van medisch professionele autonomie.

3.1 *Het belang van de volksgezondheid*

Medisch professionaliteit vormt de basis voor het vertrouwen van de samenleving en patiënten in artsen. De samenleving wil vanwege het belang van de volksgezondheid, een gezondheidszorg waar burgers terecht kunnen zonder schroom en zonder angst dat ándere belangen of overwegingen dan alléén hun individuele gezondheidsbelang doorslaggevend zullen zijn. Dat belang van de volksgezondheid moet overeind blijven, ook al veranderen de omstandigheden. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de arts hun individuele gezondheidsbelang voorop stelt. En de arts wil de beste kwaliteit van zorg leveren voor die individuele patiënt.

Patiënten moeten erop kunnen blijven vertrouwen dat zij van de arts zorg van de beste kwaliteit krijgen. Niet alleen de patiënt en de arts hebben belang bij dit vertrouwen, maar ook de overheid. De overheid staat immers borg voor een toegankelijke en kwalitatief goede zorg, en dat kan niet zonder het vertrouwen van de patiënt in de arts. Dat maakt van de medisch professionele autonomie een maatschappelijk belang.

Bovendien is er een groeiende populatie van kwetsbare oudere patiënten. Het is aan artsen om zorgvuldig met deze kwetsbaarheid om te gaan. De patiënt moet in de afhankelijkheidsrelatie op de arts kunnen vertrouwen: dat de arts zijn uiterste best doet met al zijn kennis om het individuele gezondheidsbelang van de patiënt te dienen. Hier ligt de primaire loyaliteit en verantwoordelijkheid van de arts. Dit vormt het fundament van de professionele beroepsethiek (KNMG 1992; Trappenburg 2005).

3.3 *Medisch professionele autonomie*

Om het gezondheidsbelang van de patiënt zo goed mogelijk te kunnen dienen heeft de arts ruimte nodig om zelf een oordeel te kunnen vormen wat het beste is voor de individuele patiënt. Het besluit om een behandeling te starten vindt plaats na overleg met en toestemming van de patiënt. In het belang van de patiënt kan de arts, in het geval van wilsonbekwaamheid, zo nodig zonder toestemming van de patiënt, een behandeling starten. De arts moet altijd zorg verlenen in het gezondheidsbelang van de patiënt. Dit betekent ook dat de arts een behandeling weigert als hij van oordeel is dat deze schadelijk is voor de patiënt of als de behandeling niet in het belang van de gezondheid van de patiënt is. De arts biedt zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële individuele behoefte van de patiënt.

Vrije oordeelsvorming van de arts is zo belangrijk omdat deze juist het individuele gezondheidsbelang van de patiënt dient. Medisch professionele autonomie is, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard^{IV}:

'De vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt'.

Medisch professionele autonomie is met andere woorden oordeelsvorming die vrij is van invloeden van staat, kerk, markt, werkgevers, financiële opdrachtgevers of bijvoorbeeld financiële prikkels voor eigen gewin of dat van aandeelhouders.

^{IV} De professionele standaard is het geheel van regels en normen waarmee een hulpverlener bij het uitoefenen van zijn werk rekening moet houden, dat zowel technische aspecten van de beroepsuitoefening als normen betreffende de relatie met de patiënt en maatschappelijke zorgvuldigheidseisen omvat (Legemaate 1995; Commissie Herziening Artseneed 2003).

3.4 *Grenzen van medisch professionele autonomie*

De ruimte als individuele arts om zelf te beslissen is niet ongeclausuleerd. De ruimte wordt bepaald door de voor hem geldende 'professionele standaard'. Daarbij wordt gebruik gemaakt van gedragsregels, standaarden, richtlijnen en protocollen. De professionaliteit van de arts brengt met zich mee dat hij zo veel mogelijk evidence-based handelt, volgens de laatste stand der wetenschap. De toepassing van standaarden, richtlijnen en protocollen is geen vrijblijvende zaak. De arts moet bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor de hulpverlener geldende professionele standaard' (Burgerlijk Wetboek 7:453).

Maar professionaliteit is ook het vermogen van de arts om, gebaseerd op deskundigheid, voorbij de standaardisatie adequaat te reageren op het unieke in een situatie (Jeurissen 2006). Artsen hebben de plicht om zo nodig te beslissen of afgeweken moet worden van de standaard. Als de arts van de standaard afwijkt zal hij zich daarover moeten kunnen verantwoorden, gebaseerd op zorginhoudelijke deskundigheid en -argumentatie. Medisch professionele autonomie is in die zin dan ook een 'vrijheid in gebondenheid' en maakt deel uit van de professionele verantwoordelijkheid (KNMG 1992; Van Oorschot 1995; Van der Heyden 1998). De mate waarin de medicus professioneel autonoom mag handelen is afhankelijk van zijn inhoudelijke deskundigheid en – argumentatie, en is daarmee nauw verbonden met zijn medisch handelen. Naar mate (beleids)besluiten waar artsen bij zijn betrokken verder af staan van de behandeling van de individuele patiënt, neemt de medisch professionele autonomie van artsen verder af.

Hoofdstuk 4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies getrokken en enkele aanbevelingen gedaan.

4.1 Medische professionaliteit

De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de arts zijn kennis, zijn klinische en specifieke (handelings)vaardigheden en zijn beoordelingsvermogen aanwendt ten dienste van het beschermen en herstellen van de gezondheid van zijn patiënten. De medisch professional laat zien dat hij dat vertrouwen waard is aan de hand van het dagelijks handelen. Medische professionaliteit is:

'Het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt'.

Medische professionaliteit veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording. Medische professionaliteit is de basis voor de overeenkomst van de beroepsgroep met de samenleving. Voor de patiënt is de professionaliteit van de arts de basis van zijn vertrouwen in de arts. Vertrouwen dat dagelijks opnieuw verdiend moet worden. Het dagelijks handelen van artsen is gebaseerd op rollen en vaardigheden die voortvloeien uit de door alle specialistische beroepsgroepen geaccepteerde competenties. Medische professionaliteit is de omvattende rol met daarbinnen 6 te onderscheiden rollen die door artsen in de praktijk worden gebracht: medisch handelen, kennis & wetenschap, samenwerken, communicatie, maatschappelijk handelen en organiseren.

Medische professionaliteit vereist, naast het nemen van eigen verantwoordelijkheid, het delen en verdelen van verantwoordelijkheden met anderen. Er moet daarbij bewaakt worden dat de gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten. Er moeten duidelijke en sluitende afspraken worden gemaakt, vastgelegd en nagekomen over taken, verantwoordelijkheden en regie.

Verantwoording afleggen behoort tot de professionele verantwoordelijkheid en habitus. Het is voor de medische professional vanzelfsprekend dat hij wil zien hoe hij zorginhoudelijk handelt en presteert ten opzichte van de standaard en zijn collega's. Systematische kwaliteitsbewaking en –verbeteringen zijn vanzelfsprekende onderdelen van het werk en artsen geven daar gestalte aan.

Bij het afleggen van verantwoording is het wel noodzakelijk dat vooraf twee doelen worden onderscheiden: 1) leren van ervaringen en 2) controleren. Bij het afleggen van verantwoording moet duidelijk zijn met welk doel, wat voor soort informatie verzameld wordt, hoe vaak, op welke manier, wie er registreert, voor wie de gegevens bestemd zijn, wat er met de gegevens wordt gedaan en *last but not least* te bepalen wat heeft de medisch professional er zelf aan? Met andere woorden hoe draagt verantwoording afleggen bij aan de kwaliteit van zorg? Hierbij moet ervoor door de betrokkenen gewaakt worden dat verantwoording afleggen geen doel op zich wordt en er geen onnodige bureaucratie ontstaat. Om dit goed te kunnen doen hebben artsen en hun beroepsverenigingen patiënten, instellingsmanagement, zorgverzekeraars en overheid nodig.

4.2 Medisch professionele autonomie

Burgers moeten in de gezondheidszorg terecht blijven kunnen zonder schroom en angst dat ándere belangen of overwegingen dan alleen hun gezondheidsbelang doorslaggevend zullen zijn. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de arts hun individuele gezondheidsbelang voorop stelt. De arts wil de beste kwaliteit van zorg leveren voor de individuele patiënt. Vertrouwen motiveert professionals en bevordert een goed functioneren van de gezondheidszorg als geheel.

De maatschappij heeft een groot belang bij medisch professionele autonomie:

'De vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt'.

Vrije oordeelsvorming is belangrijk omdat deze juist het individuele gezondheidsbelang van de patiënt dient, maar is niet ongeclausuleerd en wordt bepaald door de voor hem geldende professionele standaard. De toepassing hiervan is geen vrijblijvende zaak. Als de arts van de standaard afwijkt zal hij zich daarover moeten kunnen verantwoorden, gebaseerd op zorginhoudelijke deskundigheid en argumentatie. Medisch professionele autonomie is in die zin dan ook 'vrijheid in gebondenheid' en maakt deel uit van de professionele verantwoordelijkheid.

4.3 Aanbevelingen

1. Medische professionaliteit is de basis voor de overeenkomst van de beroepsgroep met de samenleving. De arts werkt daarom als medisch professional een leven lang aan zijn beroepsontwikkeling, zoals beschreven in door de KNMG-Colleges vastgestelde competentiegebieden. Deze competentiegebieden moeten integraal onderdeel uitmaken van methodes van zelfregulering zoals gedragsregels, nascholing en andere interne kwaliteitssystemen.
2. Medische professionals zijn zelf verantwoordelijk voor hun medisch handelen, maar hebben ook gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden. Ieder (multidisciplinair) samenwerkingsverband maakt duidelijke en sluitende afspraken over taken, verantwoordelijkheden en regie, legt deze vast en komt ze na.
3. Adequate verantwoording afleggen binnen de beroepsgroep behoort tot de habitus van de arts. Onderlinge toetsing is een primaire verantwoordelijkheid van de medische professionals. Medische professionals zetten systemen op om hun individueel functioneren te meten, te beoordelen en bij te sturen.
4. Prestaties en kwaliteit moeten aantoonbaar zijn. Het vrijwillig uitvoeren van kwaliteitsactiviteiten is onvoldoende. Werkzaamheid, doelmatigheid, effectiviteit en patiëntveiligheid behoren tot de verantwoordelijkheid van iedere medische professional. Systematische kwaliteitsbewaking en – verbeteringen worden in de praktijkvoering zo snel als mogelijk ingevoerd. De KNMG ontwikkelt in samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen een uniform kwaliteitskader. Dit kader omvat een certificatiesysteem, de herregistratie, het verder ontwikkelen van kwaliteitsaspecten (veiligheid, richtlijnen) en het uitoefenen van toezicht op dit kwaliteitsbeleid, inclusief een sanctioneringssysteem.
5. De toepassing van standaarden, richtlijnen en protocollen is geen vrijblijvende zaak. Een goede naleving en verdere ontwikkeling hiervan moet krachtig worden bevorderd. De wetenschappelijke verenigingen moeten daarmee voortgaan en er financieel in ondersteund worden.
6. Alle in Nederland geregistreerde specialisten, ook zij die nog in opleiding zijn tot specialist, zijn lid van een voor hen relevante wetenschappelijke vereniging. Alle overige artsen (basisartsen en artsen die een niet erkend specialisme uitvoeren) zijn lid van een (nog op te richten) beroepsinhoudelijke vereniging.
7. Alle wetenschappelijke en beroepsverenigingen van artsen brengen dit manifest onder de aandacht van hun leden en inventariseren de opvattingen die er onder hun leden bestaan.
8. De KNMG monitort de ontwikkelingen en opvattingen ten aanzien van het manifest medische professionaliteit en rapporteert daarover periodiek aan het federatiebestuur en stelt zo nodig het manifest bij.

Bijlage I Verantwoordelijkheid nemen

In deze bijlage wordt meer ingegaan op de professionele verantwoordelijkheden die voortvloeien uit medische professionaliteit. Alvorens de verschillende verantwoordelijkheden uit te werken wordt het algemene kader en het wettelijk kader neergezet.

Algemeen en wettelijk kader

De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de arts in het belang van de patiënt handelt en daarbij kwalitatief goede zorg biedt. Medische professionaliteit veronderstelt het nemen van individuele verantwoordelijkheid binnen het kader van vaardigheden en kennis, de professionele standaard en de verplichting tot het bieden van kwalitatief goede zorg.

De wettelijke basis voor het verantwoord en bekwaam uitoefenen van de geneeskunde is gelegen in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Big), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). In de Wet Big zijn de aard, inhoud en omvang en kwaliteit van de beroepsuitoefening vastgelegd. Dit geeft degene die de titel arts mag voeren het recht en de plicht om medisch te handelen. Zowel individuele aanbieders van zorg als instellingen moeten verantwoorde zorg verlenen en dienen bewust met de kwaliteit van hun zorg om te gaan. De verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde zorg ligt bij de zorginstelling. Dit is vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet stelt slechts globale eisen aan de zorg. De eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor kwalitatief goede zorg is het uitgangspunt. De individuele zorginstelling (of koepelorganisatie) moet de algemene eisen die de wet stelt zelf nader uitwerken en invullen. De Kwaliteitswet is van toepassing op alle instellingen. Een instelling in de zorgsector is bijvoorbeeld een ziekenhuis, verpleeghuis, GGD, RIAGG, ZBC of privé-kliniek, maar ook twee of meer beroepsbeoefenaren die gezamenlijk een praktijk voeren. Solitair werkende beroepsbeoefenaren (intramuraal en/of extramuraal) vallen niet onder de Kwaliteitswet zorginstellingen, maar onder de Wet Big. Gezamenlijk bestrijken de Wet Big en de Kwaliteitswet zorginstellingen alle zorgaanbieders. Als een beroepsbeoefenaar in een instelling in de reguliere zorg niet voldoet aan de in de Wet Big gestelde eisen, verleent de instelling geen verantwoorde zorg (Leenen 2002).

De Wgbo schrijft voor dat de patiënt recht heeft op adequate medische zorg. De wet verplicht de arts om te handelen overeenkomstig de professionele standaard en ervaring. Met behulp van richtlijnen en protocollen wordt daar invulling aan gegeven. Dit zijn belangrijke instrumenten om kwaliteit en doelmatigheid van zorg te waarborgen. De Wgbo schrijft ook voor dat de patiënt recht heeft op informatie van de arts en dat voor een behandeling toestemming van de patiënt is vereist (informed consent). Inbreuk hierop vereist een zware rechtvaardiging van de arts.^V

Gedeelde verantwoordelijkheden met de patiënt

De verantwoordelijkheid van de medisch professional omvat een gedeelde verantwoordelijkheid met de patiënt. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt om optimaal informatie te verstrekken aan de arts. Het is de verantwoordelijkheid van de arts te komen tot een diagnose alsmede het doen van een behandelvoorstel en alternatieven. Het is een gedeelde verantwoordelijkheid van patiënt en arts om een geïndiceerde behandeling te starten. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om geen overbodige en niet-geïndiceerde diagnostiek en behandeling toe te passen. Ook niet als de patiënt hier om vraagt. Het huidige beeld dat veel patiënten hebben is er één van onbegrensde geneeskunde. Sommige patiënten hebben overdreven en te hoge verwachtingen van de mogelijkheden van de geneeskunde. De arts is er ook verantwoordelijk voor dit beeld waar nodig te corrigeren. Daarentegen spreekt het voor zich dat in geval van noodsituaties en wilsonbekwaamheid, het de verantwoordelijkheid van de arts is om op geleide van de veronderstelde toestemming te handelen in het belang van de patiënt.

Gedeelde verantwoordelijkheden met andere professionals

Medische professionals delen verantwoordelijkheden met andere medici en zorgprofessionals als gevolg van taakherschikking, multidisciplinaire samenwerkings- en teamverbanden (ook buiten instellingen) of omdat de patiënt meer dan één aandoening heeft. Dit betreft ook het medisch handelen in het kader van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Gezondheidsraad 2005). Steeds staat hierbij de zorgvraag van de patiënt

^V Beoordelingen in het kader van arbeidsvermogen en sociale verzekering zijn eveneens van wettelijke waarborgen voorzien.

centraal. Niet alle medische zorgvragen van patiënten hoeven door artsen te worden behandeld. Bovendien bestaat ‘de standaardpatiënt’ niet. Dit vraagt om diversiteit en flexibiliteit van medische professionals, waarbij er in het belang van de patiënt wel duidelijkheid moet bestaan over wie, wanneer, waarvoor verantwoordelijk is. Voorkomen moet worden dat (keten)zorg versnipperd raakt, waardoor niet meer kan worden ingestaan voor de kwaliteit van de zorg. Het uitgangspunt is dat iedere professional zijn eigen verantwoordelijkheid heeft te nemen, maar dat er tegelijkertijd een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Dit vereist dat bevaakt wordt dat de gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten. Samenwerken in een team is duidelijke afspraken maken, over vastleggen en nakomen over taken, verantwoordelijkheden en regie (Hoek 2007; Joeloem Singh 2007). Juist een gebrekkige organisatie kan verstrekkende gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Continuïteit in samenwerking, afstemmen, informatie uitwisselen en communiceren zijn van belang. Wanneer het voor de medische professional in het belang van de patiënt nodig is af te wijken van de gemaakte afspraken, dan vergt dat gemotiveerde uitleg (comply or explain).

Gedeelde verantwoordelijkheden met de instelling

Medische professionals delen verantwoordelijkheden met de zorginstelling waar zij werkzaam zijn. De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt dat de instelling ‘verantwoorde zorg’ als maat voor kwaliteit van zorg moet bieden. Zorgaanbieders (professionals en Raden van Bestuur van instellingen) zijn zélf primair verantwoordelijk voor het concretiseren van het begrip verantwoorde zorg. Het is van belang dat de verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien voor professionals en Raden van Bestuur worden beschreven. Waar houdt de verantwoordelijkheid van de medische professional op en gaat die over in die van de Raad van bestuur (Hoek 2007; Strubben 2007)? Tegelijkertijd behoren er ook sluitende (beleids)afspraken te worden gemaakt over werkzaamheid, doelmatigheid, effectiviteit en patiëntveiligheid. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van artsen en Raad van Bestuur. Dit kan inhouden dat het medisch handelen wordt begrensd in het met de artsen overeengekomen vastgestelde en vastgelegde (medisch) beleid. Deze beleidsafspraken gaan boven de persoonlijke opvattingen of voorkeuren van artsen ten aanzien van bijvoorbeeld de organisatie van het zorgproces, het voorschrijven van geneesmiddelen of het gebruik van medische materialen. Op grond van zorginhoudelijke deskundigheid en –argumentatie kunnen de vastgelegde beleidsafspraken bij de Raad van Bestuur ter discussie worden gesteld. Medisch professionele autonomie is minder of niet aan de orde naar mate de (beleids)besluiten waar artsen bij betrokken zijn verder af staan van de behandeling van de individuele patiënt.

Gedeelde verantwoordelijkheden met de beroepsgroep

De arts heeft ook zijn verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van de eigen beroepsgroep. Artsen zullen elkaar daarbij moeten aanspreken op het gebruik van de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen van de resultaten van onderzoek. Het primaire doel van richtlijn is het up-to-date houden van het niveau van de zorg en waar mogelijk te verbeteren door deze doeltreffender en doelmatiger te maken. De toepassing van richtlijnen die door de beroepsgroepen zijn ontwikkeld en vastgesteld is geen vrijblijvende zaak meer (Van Everdingen 2004). Als richtlijnen knellen of onvolkomenheden herbergen, dan moeten die ter discussie worden gesteld. Richtlijnen dienen regelmatig te worden geactualiseerd. Dit vereist grote inspanningen van medische professionals en hun (wetenschappelijke) verenigingen. Artsen spreken elkaar tot slot ook aan op aspecten zoals werkzaamheid, doelmatigheid en patiëntveiligheid. *Best-practices* en *worst-cases* moeten op duidelijke plaatsen gepubliceerd worden (Putters 2006).

Verantwoordelijkheden naar de samenleving

De verantwoordelijkheden van medische professionals zijn grotendeels terug te voeren op de belofte of de eed en de gedragsregels (Commissie Herziening Artseneed 2003; KNMG 2002b). De arts erkent bijvoorbeeld de grenzen van zijn eigen mogelijkheden. De arts belooft zich open en toetsbaar op te stellen en kent zijn verantwoordelijkheid voor de samenleving.

Zo hebben artsen de verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren aan het medisch onderwijs en aan de ontwikkeling van de wetenschap op het gebied van de volksgezondheid. Zij mogen geen opdrachten aanvaarden of medische handelingen verrichten die strijdig zijn met algemeen aanvaarde medisch-ethische opvattingen.

Artsen hebben een verantwoordelijkheid te nemen als er keuzemogelijkheden zijn tussen interventies van gelijke effectiviteit. Dan moet de voorkeur van de patiënt of veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag geven.

Het is de samenleving die bepaalt hoeveel financiële middelen collectief beschikbaar worden gesteld voor de volksgezondheid. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van iedere individuele arts om deze grens, die tot uitdrukking komt in het verzekerde pakket, te respecteren. Het is echter ook de verantwoordelijkheid van iedere arts om op grond van zorginhoudelijke deskundigheid en – argumentatie ‘alarm’ te slaan, wanneer de wettelijke kaders of het instellingsbeleid verantwoorde medische zorg onmogelijk maken.

De beroepsgroep wordt betrokken bij de maatschappelijke afweging of zorg tot het collectief gefinancierde deel van de gezondheidszorg moet behoren. Maar om artsen meer te betrekken bij het vaststellen van deze grenzen, moet de beroepsgroep een formele adviesrol hebben bij het samenstellen van het pakket. Hierdoor wordt het draagvlak daarvoor onder artsen vergroot en kunnen zij doelmatiger werken. Het is uiteindelijk de politiek die moet (durven) besluiten welke prestaties wel en welke prestaties niet (meer) tot het verzekerde basispakket behoren.

Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

Professionele verantwoordelijkheid moet niet verward worden met juridische aansprakelijkheid. Bij professionele verantwoordelijkheden gaat het om medisch professioneel handelen op grond van de professionele standaard. Zoals te doen gebruikelijk in de geneeskunde dient er bij twijfel over de eigen bekwaamheid een andere arts of deskundige te worden geraadpleegd. Dit geldt ook wanneer verantwoordelijkheden worden gedeeld of verdeeld als gevolg van geoperationaliseerde multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Het individu en het collectief zijn verantwoordelijk en aansprakelijk. Het uitgangspunt is dat handelen op grond van de professionele standaard, inclusief het tonen van de competenties als samenwerken en communicatie, voldoende bescherming bieden tegen aansprakelijkheidstellingen.

Bijlage II Referenties

ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; Europe Foundation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine* 2002;136: 243-6.

Bosch WJM, Sorgdrager W, Kien NUN. Gemachtigde zorg. *Medisch Contact* 2004;17: 1680-1.

Brink G van den, Jansen T, Pessers D. Beroepszeer. *Waarom Nederland niet goed werkt*. Boom, Amsterdam 2005.

Commissie Herziening Artseneed. *Nederlandse Artseneed*. Utrecht, 2003.

CanMEDS. Zie www.rcpsc.medical.org

Diemen R van. Artsen moeten meer rollen leren. *Medisch Contact* 2006;13: 519-20

Dijstelbloem H, Meurs PL, Schrijvers EK (red). *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid Verkenning 6. Amsterdam University Press, Amsterdam 2004.

Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, Klundert JLM van. *Evidence-based richtlijn ontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Gezondheidsraad. *Beoordelen, behandelen en begeleiden. Medisch handelen bij ziekte verzuim en arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & 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, 2006.

Groenewegen PP, Hansen J, Bekke S ter. *Professies en de toekomst; veranderde verhoudingen in de gezondheidszorg*. Utrecht, Vereniging VVAA, januari 2007.

Heyden van der JTM, Hoeve van der JCL. *Professionele verantwoordelijkheid en professionele autonomie*. *Medisch Contact* 1998;16: 540-2.

Hoek H. *Governance & Gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Van Gorcum, Assen, 2007.

Holland PCHM. *Professionaliteit en de actuele ontwikkelingen in de zorg. Toespraak jaarcongres 30 november 2005*, Nieuwegein.

Hoogervorst H. *Autonomie is achterhaald begrip*. *NRC-Handelsblad*, 16 december 2005.

Horton R. *Medicine: the prosperity of virtue*. *The Lancet* 2005;366: 1985-7.

Jeurissen R, Dartel van H. *Professionaliteit in de zorg. Naar definiëring van oude rollen*. *Tijdschrift voor Gezondheidsethiek* 2006;2: 61-5.

Joeloem Singh D. *Heldere afspraken. Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg*. *Medisch Contact* 2007;5: 204-6.

Kingma H. *Tien geboden voor goede zorg*. *NRC Handelsblad*, 31 januari 2006.

KNMG. *Professioneel kiezen. Rapport Commissie Medische Ethiek*. *Medisch Contact* 1992,3: 87-96.

KNMG. *De arts van straks*. Utrecht, 2002a.

KNMG. Gedragsregels voor artsen. KNMG, Utrecht, 2002b.

KNMG. Algemene competenties. Zie: www.medischevervolgopleidingen.nl

KNMG. Het functioneren van de individuele arts. KNMG, Utrecht 2005.

Leenen, HJJ. Handboek gezondheidsrecht, deel II. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2002.

Maassen H. Diagnose beroepszeer. De professionele autonomie onder vuur. Medisch Contact 2006;11: 436-8.

Meurs P. Verbeter de publieke sector: leer van de goede praktijken. De Volkskrant, 4 februari 2006.

NRC Handelsblad. Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën. NRC, 21 augustus 2006.

NRC Handelsblad. Medici en de markt, 18 januari 2007.

NVVA. Handreiking professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts. Utrecht, 2004.

Oorschot JA van, Jaspers Fr CA, Schaaf JH, Linnebank F, Oostveen CAG, Braaksma JT. Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen, Van Gorcum & Comp. B.V., 1995.

Putters K, Frissen PHA, Foekema H. Zorg om vernieuwing. Tilburgse School voor Politiek en Bestuur, Universiteit van Tilburg, 2006.

Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London RCP, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Medisch-specialistische zorg in de toekomst. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Strubben V, Dückers M, Wagner C. Samen verantwoordelijk voor veiligheid. Medisch Contact 2007; 9: 394-5.

Tonkens E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. NIZW, 2003.

Trappenburg M. Gezondheidszorg en democratie. Oratiereeks Erasmus MC, januari 2005.

Vierhout PAM. Aan de kern valt niet te tornen. Medisch Contact 2005;2: 87.

Vierhout PAM. Vooroordelen over medisch specialisten. NRC-Handelsblad, 30 januari 2007.

Wesseling MF, Legemaate J. Kans of risico voor zorg. Kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering. KNMG Beleid en Advisering, Utrecht 2005.

Westert GP, Variatie in prestatie; de kwaliteit van gezondheidszorg aan bod. Oratie, Tilburg, 2 juni 2006.

Wigersma L. Wie heeft het voor het zeggen bij diagnostiek en behandeling van patiënten? Medisch Contact 2006;7: 296.

WRR Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam University Press, Amsterdam 2004.