

Bericht aus dem Vorstand

Februar 2002

Der «gute» Arzt



Foto von H. Suter

Liebe KollegInnen,
Im letzten Bericht habe ich Euch als weiteren TARMED-freien Bericht Reflexionen über den «guten Arzt» angekündigt. Bevor ich auf das eigentliche Thema komme, möchte ich kurz das Umfeld der Reflexionen beschreiben.

Zwischen Emotionen ...

Die Diskussionen über das Gesundheitswesen sind voller Emotionen und Ambivalenz – begrifflicherweise, denn es geht dabei um unser höchstes Gut. Wenn wir krank sind, wollen wir alles nur Menschenmögliche tun, um unsere gefährdete oder verloren gegangene Gesundheit wieder zu erlangen.

Im Spannungsfeld zwischen Machbarem und Möglichem entscheiden wir uns dafür, dass alles heute und in Zukunft Machbare für alle möglich sein soll. Dank einem sozialen und solidarischen Gesundheitssystem ist dies bislang möglich, doch wie weit wird dies in Zukunft möglich bleiben?

... und Ambivalenz ...

Die Bereitschaft und finanzielle Möglichkeit der Versicherten, die notwendigen Prämien für die immer besseren und teureren Therapiekosten zu bezahlen, sinken umgekehrt zur Grösse unserer Erwartungen. Selbst als Kranke, wenn sich unsere Bescheidenheit der gesunden Tage vielleicht bereits vollends in eine fordernde Haltung gewandelt haben sollte, sehen wir nicht unbedingt ein, weshalb wir für ein gesetzlich verbrieftes Recht so hohe Prämien bezahlen sollen.

... ziellos driftendes Gesundheitswesen

Die Politiker und Versicherer stehen mitten in diesem gewaltigen Spannungsfeld unter dem irrsinnigen Druck, die ständig weiter steigenden Kosten subito in den Griff zu bekommen. Dabei werden – ohne genügende Würdigung des Nutzens – in erster Linie Beschränkungsmaßnahmen jeder Art erwogen; Beschränkungen,

welche die Grenzen letztlich nicht aufheben, sondern lediglich hinausschieben können. Da diese Massnahmen niemandem weh tun dürfen, verebben sie alle, bevor sie eine erste Welle werfen konnten. Sie sind auch deshalb zum Scheitern verurteilt, weil das Gesundheitswesen ohne Zieldefinition dahindriftet, und weil die für alle Beschränkungsmaßnahmen wesentliche Frage: «Wer entscheidet über die zu ziehenden Grenzen?» noch nie ernsthaft beantwortet worden ist. Die Beantwortung dieser Fragen gehört aber unabdingbar an den Anfang jedes Veränderungsprozesses – ganz besonders dann, wenn dieser in Richtung Bescheidenheit führen soll.

Die Beschränkungsmaßnahmen und die Ärzteschaft

Die Beschränkungsmaßnahmen zielen bisher fast ausschliesslich auf die Anbieterseite. Nach den Spitälern und dem Pflegepersonal soll bald die Ärzteschaft insgesamt reduziert werden, obwohl die Kranken zunehmend die menschliche Betreuung im Dschungel der technisierten Medizin vermissen und obwohl allen politischen und professionellen EntscheidungsträgerInnen eine auf der Arzt-Patienten-Beziehung basierende Medizin vorschwebt. Mit der zahlenmässigen Schwächung der «doctor power» würde all diesen Bestrebungen paradoxerweise das Fundament entzogen. Zudem gibt es keine annähernd gesicherten Anhaltspunkte, welche Zahl von ÄrztInnen von welcher Spezialität wo nötig ist oder sein wird, damit die ungebremsten Möglichkeiten und Erwartungen sinnvoll befriedigt werden können.

Die SGAM und die Ziele des Gesundheitswesens

Die SGAM wird anlässlich der diesjährigen Bürgenstock-Kadertagung mit hochkarätigen Gästen aus der Gesundheitspolitik über die «Ziele des Gesundheitswesens – wer entscheidet was?» diskutieren.

Was ist ein «guter» Arzt?

Bereits im Vorfeld zur Bürgenstock-Tagung beschäftigt sich der SGAM-Vorstand seit einigen Monaten damit, was ein «guter» Arzt sei. Wir haben diese Frage einigen Persönlichkeiten des Gesundheitswesens, mit denen wir in regelmässigem Austausch stehen, und uns selber ge-

stellt. Zudem haben wir nationale und internationale Dokumente¹ gelesen, die sich aktuell mit diesem Thema befassen. Unser Ziel ist es, ein breit abgestütztes grundlegendes Bild des «guten» Arztes aufzubauen – in einer Betrachtung, die möglichst losgelöst sein soll von den oben erwähnten Beschränkungsmaßnahmen, von Geldfragen sowie insbesondere vom Freizügigkeitsgesetz oder den Ein- oder Ausschlusskriterien bei einer allfälligen Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Leider ist diese losgelöste Sicht nicht immer einfach beizubehalten.

Ich werde alle eingebrachten Aspekte möglichst wertfrei zu formulieren versuchen. Natürlich freuen wir uns, Eure Meinung in Form von Leserbriefen in PrimaryCare zu erfahren.

Der Staat – zwischen Ausbildungs-Maximum ...

Eine erste Sicht lässt sich aus den allgemeinen Ausbildungszielen des Medizinalberufegesetzes (MedBG, besser bekannt als Lex Fleiner) ableiten. Der sogenannte «five-star doctor» soll ein «care provider», «decision-maker», «communicator», «community leader» und «manager» sein. Diese über den Begriff des «care» hinausgehenden Funktionen sollen alle ÄrztInnen am Schluss ihrer Weiterbildung beherrschen.

... und gesetzlichem Minimum ...

Dieser durchaus positiven Zielformulierung des Gesetzes gegenüber hat der Staat auch die Aufgabe der Gewährleistung des «primum nil nocere». Die ÄrztInnen müssen minimale Standards erfüllen, um nicht als inakzeptabel ausgeschlossen zu werden.

Zwischen diesen beiden widersprüchlichen Anforderungen macht der Staat einen sehr breiten Spagat. Allzu leicht könnte aus ökonomischen Gründen der politische Ruf nach einer Anpassung nach unten – hin zum Minimalstandard gefordert werden! Eine Angleichung nach unten dürfte bei all den grossen Diskussionen um die bestmögliche Qualität aber sicher nicht das Ziel sein.

... und darüber der freie Wettbewerb ...

Aus Sicht des Staates – aber nicht nur aus dessen Sicht – soll alles, was über den staatlich geforderten minimalen Standard hinausgeht, dem Wettbewerb – im Schosse der medizinischen Fachgesellschaften – unterstehen. Neu dürften

dann die einzelnen Ärzte öffentlich über ihre besonderen Behandlungsangebote informieren. Die SGAM betrachtet den Wettbewerb im Gesundheitswesen als ein wenig geeignetes Instrument. Mit seinen staatlichen Regulierungsmassnahmen unterliegt es nämlich – zum Glück für die PatientInnen – völlig anderen Mechanismen als die freie Marktwirtschaft. Kann durch Werbung in Hochglanzprospekten das «Empowerment» der PatientInnen wirklich gefördert werden?

Weniger sei auch noch genug ...

Weniger sei im schweizerischen Gesundheitswesen immer noch genug, wird G. Domenighetti in einer demnächst erscheinenden Studie darlegen. Alle Schweizer seien heute bezüglich Diagnosen, Behandlungen und Kosten mit ihren ÄrztInnen zufrieden, unabhängig davon, ob sie in knapper versorgten ländlichen oder übertensorgten städtischen Gebieten wohnen. Beschränkungsmaßnahmen im KVG-Bereich müssten somit nicht zwingend ein Versorgungsdesaster auslösen. Doch «wer entscheidet darüber», wo die Grenzen der willkürlichen Einschränkungen zu ziehen wären? England z.B. hat die künstliche Verknappung zu weit getrieben.

Welcher Massstab für den «guten» Arzt?

Wenn alle PatientInnen mit ihrem Arzt / ihren ÄrztInnen qualitativ vollständig zufrieden sind, wer soll denn – aus Spargründen – trotzdem aus dem System «rausgeschmissen» werden? Ein ökonomischer Massstab – gemeint ist das Nichtüberschreiten einer gewissen Prozentmarke im Vergleichsindex von santésuisse – dürfte wohl kaum ein valables Kriterium sein. Trotzdem dürften die Krankenkassen tendenziell von diesem leicht praktikablen, umgekehrt proportionalen Ansatz «billiger = besser» ausgehen.

Es müssten aber wirklich valable Ein- oder Ausschlusskriterien geschaffen werden, welche transparent, reliable und rekursfähig sein müssten – und «wer entschiede darüber?»

Qualitätsförderung/Fortbildung versus Qualitätssicherung und -kontrolle

Die Qualitätsförderung/Fortbildung ist ein zentraler Bestandteil des «guten Arztes». Die ÄrztInnen selber, die PatientInnen und das Ge-

¹ Lernzielkatalog der SMIFK für das Medizinstudium, www.sgam.ch. ESGP/FM: Barcelona Draft «what is a GP?»: a Definition of the Key Features of the Discipline of General Practice and the Role of the General Practitioner; The Core Competencies of the General Practitioner/Family Physician in Europe; beide Entwürfe sind noch unveröffentlicht.

sundheitssystem sind alle daran interessiert und profitieren letztlich davon. Die Qualitätsförderungsbemühungen dürfen keinesfalls mit Massnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle – Reakkreditierung und Ausschlussverfahren – vermischt werden. Denn eine sinnvolle und wirklich wirksame qualitätsverbessernde Fortbildung im Sinne der CPD (continuing professional development) kann nur in einem freiwilligen Umfeld der Selbstverantwortung – losgelöst von potentiellen Sanktionen – erfolgen. Darauf wird ganz besonders in der Basel Declaration der UEMS² hingewiesen.

Der SGAM-Vorstand versucht es philosophischer

Ihr seht, wie schwierig es ist, über den «guten» Arzt zu diskutieren – losgelöst von politischen und ökonomischen Aspekten, und ohne dass der Link zu Sofort-Sparrmassnahmen klickt.

Im SGAM-Vorstand haben wir es versucht. Den ganz oben beschriebenen «five-star doctor» können wir grundsätzlich als technisches Grundgerüst gelten lassen. Doch geht unsere von jedem ökonomischen Ansatz losgelöste Definition des «guten» Arztes weit darüber hinaus.

Für den Vorstand ist der «gute» Arzt, die «gute» Ärztin ein «Katalysator», der Prozesse zur (Selbst)heilung der PatientInnen auslöst und von diesen Reaktionen nicht selber verbraucht wird – in verantwortlichem Umgang mit den Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung. Er kommuniziert im Sinne des aktiven Zuhörens – geht auf den Patienten ein; und der Patient seinerseits fühlt sich bei seinem Arzt während seiner lange Jahre dauernden Beziehung immer wieder willkommen. Er ist ein Philanthrop, mag die Menschen nicht als Objekte, sondern als eigenständige Wesen. Eine sichere Hand in praktischen und technischen Belangen ermöglicht ihm, sich auf den Menschen einzulassen.

Der «gute» Arzt ist echt gebildet – «aus- und nicht eingebildet», damit er bescheiden sein kann – und in «kluger Sorge um sich selbst». Gelegentlich muss er nein sagen können. Seine Identität ist nicht «die Medizin» allein. Er versucht zunehmend im «Kairos» zu leben, bei der Arbeit durch seine Präsenz für die Patienten und während seiner Freizeit präsent für seine eigenen Bedürfnisse und diejenigen seiner Familie. Er behält den Kontakt zur Natur ...

Und last but not least: In den Augen des SGAM-Vorstandes soll er sich in die Karten blicken lassen – in Qualitätszirkeln, Balintgrup-

pen, Workshops an Fortbildungsveranstaltungen etc. und auch zunehmend mit Hilfe von Qualitätsmessinstrumenten, welche die Patientenmeinung mit einbeziehen.

Support ist besser als Ausschluss

Wer solchen Kriterien nachweislich nachstrebt, soll nie von Verträgen ausgeschlossen oder wegrotationiert werden dürfen. Sollte ein Arzt «zu teuer» arbeiten, müsste er auf die genannten Kriterien überprüft werden können. Ein Support-System, das ihm hilft, zu einem «guten» Arzt zu werden, wäre auf jeden Fall sinnvoller als ein kruder Ausschluss – mit all dessen unvermeidlichen kräftebindenden und -zehrenden sinnlosen gerichtlichen Nachspielen sowie mit allen finanziellen und persönlichen Folgen für den Ausgeschlossenen, der mit seiner «Wut im Bauch» vollends zu einem «schlechten» Arzt würde.

Lehren und lernen, ein «guter» Arzt zu sein

Im Lernzielkatalog der SMIFK (Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission) wird der Grundstein gelegt, was ein «guter» Arzt in der Schweiz können und wie er dazu ausgebildet werden soll. Eine grosse Zahl der angezielten Lerninhalte kann nicht im Spital, sondern nur in der freien Praxis gelehrt und gelernt werden. Unsere SGAM-Delegierten in der SMIFK fordern deshalb im Namen der FI(H)AMS die Bildung einer Arbeitsgruppe, welche die Möglichkeiten der Schaffung von Lehrstrukturen in der freien Praxis ausloten soll. Die SGAM unterstützt diesen Vorstoss und setzt sich dafür ein, dass er von Erfolg gekrönt sein wird. Dies würde bedeuten, dass sich ein grosser Teil von Euch für die Lehre aktiv zur Verfügung stellen müsste.

Die ESGP/FM³ steht auf europäischer Ebene aktuell ebenfalls mitten in einem intensiven Prozess der Definition des Bildes des künftigen «guten» Hausarztes (Barcelona Draft: what is a GP?)¹ und leitet daraus die in der Weiterbildung zu lehrenden und lernenden Kernkompetenzen (core competencies)¹ ab. Ziel ist es, dass diese Definitionen in ganz Europa einen allgemeinen Konsens erlangen könnten – unabhängig von den jeweiligen gesundheitspolitischen Systemen.

² UEMS: Union européenne des médecins spécialistes. Basel Declaration: www.uems.be/d-0120-e.htm (englisch) und www.uems.be/d-0120-f.htm (französisch).

³ European Society of General Practice /Family Medicine.

Was ist ein «guter» Hausarzt – eine Synthese

Diese – unvollständige – Synthese entspricht einem Idealbild, welches zu erreichen einen lebenslänglichen Entwicklungsprozess erfordert. Die Reihenfolge der Anforderungen ist willkürlich; eine Unterteilung in Abschnitte unterlasse ich bewusst, denn es handelt sich um einen ungerichteten systemischen Kreis ohne Anfang und Ende.

... Der «gute» Hausarzt ist die erste und niederschwellige Anlaufstelle für alle hilfesuchende Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Krankheit. Er betreut seine Patienten langfristig – im Spannungsfeld von deren individuellen persönlichen Bedürfnissen und den allgemeinen Interessen der Gesellschaft. Er empfängt Menschen mit unselektierten Krankheiten, die sich in ihren Frühstadien oft in undifferenzierten klinischen Bildern darstellen. Dabei handelt es sich zu einem grossen Teil um Befindlichkeitsstörungen, die ein abwartendes Beobachten oder massvoll zurückhaltende therapeutische Massnahmen erfordern, oder um selbstheilende Krankheiten. Unabhängig vom Schweregrad des Leidens steht der Patient oft unter einem (lebens)bedrohlichen Eindruck infolge ängstlicher Interpretationen und Befürchtungen je nach den persönlichen Erfahrungen in seiner Umgebung, Rat schlägen und undifferenzierten Informationen. Ein kompetenter Umgang mit der Ungewissheit stellt eine hohe Anforderung an den Hausarzt. Gerade in solchen schwierigen Situationen ist die ärztliche Haltung im Sinne einer empathischen, adäquaten und authentischen Arzt-Patienten-Beziehung von entscheidender Bedeutung. Die personelle Interaktion wird zum eigentlichen therapeutischen Instrument. Er erkennt frühzeitig ernsthafte Krankheiten, bedrohliche oder lebensgefährliche Krankheitsentwicklungen und Notfallsituationen. Diese kann er behandeln und managen. Er erkennt, wo und wann weiterführende Untersuchungen nötig sind oder zur Vermeidung von Überbehandlungen unterlassen werden sollen, während der Behandlungsprozess weiter geht. Seine Tätigkeit ist Personen- und Familienzentriert. Er arbeitet mit einer hohen kommunikativen Kompetenz vor allem durch aktives Zuhören. Die Anamnese ist sein wichtigstes Instrument. Er betreut akut und chronisch kranke, oft polymorbide PatientInnen durch gezielte diagnostische, therapeutische, präventive und

palliative Massnahmen – unter Berücksichtigung des Lebenskontextes des Patienten in all seinen physischen, psychischen, sozialen, kulturellen, ethischen und religiösen Dimensionen. Er fördert die Autonomie des Patienten und bezieht ihn und – wo gewünscht – seine Familie durch verständliche Vermittlung der notwendigen Informationen in die Entscheidungsprozesse mit ein. Er unterstützt notwendige Verhaltensänderungen. Er erkennt die Grenzen seiner eigenen Kompetenz und überweist seine PatientInnen zeitgerecht an SpezialärztInnen oder in ein Spital. Dabei managt er die Schnittstellen der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen und koordiniert die Zusammenarbeit, wo mehrere Spezialisten beigezogen werden müssen ...

... Der «gute» Arzt gestaltet seine Tätigkeit transparent. Er bildet sich lebenslänglich fort entsprechend seinen von ihm festgestellten Bedürfnissen und entsprechend der medizinischen Entwicklung. Er aktualisiert regelmässig sein wissenschaftliches und medizinisch-technisches Wissen und Können (Competence) und wendet das Gelernte sinngemäss an (Performance). Er arbeitet kontinuierlich an seiner ärztlichen Haltung. Er pflegt einen guten Führungsstil zu seinen MitarbeiterInnen und überträgt ihnen die ihnen zumutbare Verantwortung. Er ist für eine administrativ und apparativ gut funktionierende Praxisstruktur besorgt. Er widmet sich den wirtschaftlichen Aspekten der Praxisführung. Er schätzt den ideellen und finanziellen Wert seiner Arbeit angemessen ein. Er ist offen für qualitätsfördernde Massnahmen und lässt sich in die Karten blicken. Er betätigt sich entsprechend seinen Erfahrungen, Möglichkeiten und Interessen in Forschung sowie Lehre in Allgemeinmedizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Er mischt sich in die Gesundheitspolitik ein ...

Mit einem «guten» Gruss

Bruno Kissling
Sekretär der SGAM

Nouvelles du Comité central

Février 2002

Le «bon médecin»



Photo de H. Suter

Chers collègues,

Dans mon dernier rapport, je vous avais annoncé quelques réflexions sur le thème du «bon médecin», ... une nouvelle contribution sans référence au TARMED. Mais avant d'en arriver aux propos de ce jour, permettez-moi de vous livrer quelques considérations sur le contexte dans lequel ils s'inscrivent.

Entre émotions ...

Les discussions à propos de notre système de santé sont non seulement fortement émotionnelles, mais elles sont aussi teintées d'une certaine ambivalence. Il est vrai qu'il est question là de notre bien le plus précieux. Lorsque nous sommes atteints par la maladie, il est bien naturel que nous fassions tout ce qui est en notre pouvoir pour recouvrer une santé menacée ou perdue.

Nous évoluons dans le fond dans un champ de forces situé entre le souhaitable et le réalisable, et nous avons pris l'option de faire en sorte que chaque individu puisse bénéficier de toutes les possibilités actuelles et futures. C'est grâce à notre système de santé social basé sur la solidarité que ce pari a pu être tenu jusqu'ici. Mais pour combien de temps encore?

... et ambivalence ...

Les limites en termes de volonté et de capacité financière des assuré-es pour honorer les primes nécessaires à des traitements sans cesse meilleurs et plus coûteux, et l'augmentation constante de nos exigences en la matière, constituent un véritable paradoxe. Même lorsque nous sommes malades et que la modération dont nous faisons preuve quand nous étions en bonne santé fait place à une attitude nettement plus revendicatrice, nous ne voyons pas toujours pour quelle raison nous devrions payer aussi cher un droit que nous considérons pourtant comme garanti.

... un système de santé dérivant sans but bien défini

Les politiciens/politiciennes et les assureurs se trouvent au cœur de ce champ de force. Ils y sont soumis à d'énormes pressions et se voient poussés de tous côtés à reprendre au plus vite le contrôle des coûts de la santé. Il n'est donc pas

étonnant qu'ils envisagent en premier lieu des mesures restrictives de toutes sortes, sans trop se soucier de leur utilité réelle et même si elles ne servent qu'à reporter les échéances, et non à dépasser les obstacles de manière définitive; de plus, comme elles sont censées ne porter préjudice à personne, elles perdent tout impact avant même d'avoir soulevé la moindre vaguelette. Mais ces velléités sont de toute manière vouées à l'échec par le fait que le système de santé vogue pratiquement à la dérive, sans que l'on n'ait défini d'objectifs clairs ni que l'on n'ait jamais répondu à la question pourtant essentielle: «Qui fixe les limites à ne pas franchir?» Sans réponse à cette question, inutile de vouloir engager un quelconque processus de changement, surtout s'il doit conduire à des limitations.

Les mesures de restriction et le corps médical

A ce jour, les mesures de restriction ont presque exclusivement visé le camp des prestataires. Après les hôpitaux et le personnel soignant, le corps médical se verra bientôt lui aussi en butte à des propositions de réductions quantitatives. On sait pourtant fort bien que, face à la technicité des sciences médicales actuelles, les malades recherchent toujours davantage une médecine à visage humain, et que les décisionnaires du monde politique et des milieux professionnels prétendent imaginer une médecine de demain fondée sur la relation patient-e/médecin. Une diminution quantitative de la masse des médecins risquerait évidemment de remettre en question les fondements-mêmes de ces bonnes intentions. Il n'existe par ailleurs aucun critère solide pour déterminer le nombre de médecins qui sont ou seront nécessaires dans chacune des spécialités pour répondre à des besoins qui ne cessent d'augmenter.

La SSMG et les objectifs du système de santé

Le Séminaire des cadres du Bürgenstock de cette année sera l'occasion pour les représentants de la SSMG de discuter avec des personnalités importantes sur le thème suivant: «Les buts du système de santé – qui décide de quoi?».

Qu'est-ce qu'un «bon» médecin?

Depuis plusieurs mois, en guise de préparation pour cette réunion du Bürgenstock, le Comité de la SSMG a mis en chantier une réflexion sur la définition du «bon médecin». La discussion a commencé au sein du Comité, mais nous avons aussi posé cette question à plusieurs personnalités du système de santé avec lesquelles nous entretenons des contacts réguliers. Nous avons également lu des publications récentes traitant de ce

thème, au niveau national et international¹. Notre but est de constituer une image du «bon médecin» fondée sur un consensus très large et se voulant indépendante des mesures de restriction évoquées précédemment, de considérations financières, de la loi sur la Libre circulation des personnes, ou des critères d'inclusion et d'exclusion qu'impliquerait une éventuelle suppression de l'obligation de contracter. Malheureusement, il faut se rendre compte qu'il n'est pas toujours facile de sauvegarder cette indépendance.

Je vais tenter de formuler tous ces aspects de façon aussi neutre que possible. Nous serons naturellement, comme toujours, très heureux de connaître votre avis et de vous lire dans le Forum de PrimaryCare.

L'Etat – entre investissement maximal dans la formation ...

La Loi sur les professions médicales (LPmed, plus connue sous le nom de Lex Fleiner) nous donne une première idée par les objectifs généraux qui y sont formulés. Le médecin «cinq étoiles» est ainsi défini comme un «care provider», un «decision-maker», un «communicator», un «community leader» et un «manager». A l'issue de sa formation, le médecin devrait donc disposer d'un ensemble de compétences qui dépasse largement le seul concept du «soignant».

... et minimum requis par la loi ...

Au-delà de cette formulation très positive des objectifs dans la loi, l'Etat a cependant aussi la mission d'assurer le respect d'un autre principe, celui du «primum nil nocere». En d'autres mots, les médecins doivent remplir des critères de qualité minimaux pour ne pas être exclus parce qu'ils seraient inacceptables dans le système.

L'Etat doit donc jouer à l'équilibriste entre deux exigences a priori contradictoires. La tentation politique de procéder pour des raisons économiques à des adaptations vers le bas, c'est-à-dire de retenir un standard minimum, est sans doute très forte! Il est cependant inconcevable que les grandes discussions sur les problèmes de qualité portent sur le principe d'un tel nivellement par le bas.

... sans oublier le principe de la libre concurrence ...

Du point de vue de l'Etat, sans qu'il soit d'ailleurs le seul à voir les choses ainsi, tout ce qui dépasserait le standard minimum fixé par lui devrait répondre des principes de la libre concurrence, sous le contrôle des différentes Sociétés de spécialistes. Dans un tel modèle, les médecins pourraient librement informer publiquement sur leurs offres particulières en matière de traitement. La

SSMG considère, quant à elle, que la libre concurrence ne constitue pas un bon instrument dans le domaine de la santé. Le système de santé obéit en effet, grâce à un certain nombre de mesures de régulation étatiques, à des mécanismes complètement différents de ceux du libre marché, et c'est fort heureux pour les patient-es. Pourrait-on réellement renforcer la liberté de choix des patients et leur autonomie en publiant de superbes annonces publicitaires sur papier glacé?

Un peu moins, ce sera encore assez ...

Un peu moins, ce sera toujours suffisant dans notre système de santé suisse. C'est l'idée développée par G. Domenighetti dans une étude qui sera publiée très prochainement. Les Suisses et les Suissesses seraient aujourd'hui satisfaits des moyens diagnostics, des traitements et des coûts engagés par leurs médecins, qu'ils soient domiciliés dans des zones rurales aux infrastructures de soins modestes ou dans des zones urbaines suréquipées. Quelques mesures de restrictions dans la LAMal ne présenteraient donc guère de risque, selon lui, d'avoir des conséquences catastrophiques dans le système de santé. Mais «qui prendrait les décisions» pour tracer les limites de telles restrictions au demeurant parfaitement arbitraires? Il n'y a qu'à penser au cas de la Grande-Bretagne, qui a indubitablement poussé ses mesures de restriction beaucoup trop loin.

Quels sont les critères de définition du «bon médecin»?

Si tou-tes les patient-es s'estiment entièrement satisfaits de la qualité des services de leurs médecins, qui donc devrait alors être «éjecté» du système, pour cause d'économies? Un paramètre économique, comme le non-dépassement d'une limite en pourcentage par rapport à l'indice moyen fourni par santésuisse, ne saurait être un critère valable. Et pourtant, il y a fort à parier que les caisses-maladie n'hésiteront pas à se baser sur ce critère, dans la mesure où il est facile à mettre en pratique et où elles seront vite acquises à l'idée du «moins cher = meilleur».

Il faudrait réellement trouver des critères d'inclusion et d'exclusion solides, transparents, fiables et contre lesquels il serait possible de faire recours. Mais à qui alors le pouvoir de décision?

Promotion de la qualité/formation continue versus assurance/contrôle de qualité

La promotion de la qualité/formation continue est un concept faisant partie intégrante de la notion de «bon médecin». Les médecins, les patient-es et le système de santé dans son ensemble ne peuvent qu'y trouver leur compte. Les efforts

¹ Catalogue des objectifs de formation de la CIMS pour les études de médecine, www.sgam.ch. ESGP/FM: Barcelona Draft «What is a GP?»: a Definition of the Key Features of the Discipline of General Practice and the Role of the General Practitioner; The Core Competencies of the General Practitioner/Family Physician in Europe; ces deux projets sont encore à publier.

pour la promotion de la qualité ne doivent toutefois pas être confondus avec les mesures relatives à l'assurance et au contrôle de qualité – qui sont des procédures de ré-accréditation ou d'exclusion. Une formation continue intelligente et vraiment efficace au sens du CPD (continuing professional development) ne peut se concevoir que dans un contexte de responsabilité personnelle et de libre-arbitre, loin des menaces de sanctions. Ce point est clairement évoqué dans la Déclaration de Bâle de l'UEMS².

Le Comité central de la SSMG tente une approche plus philosophique

Vous imaginez bien combien il est difficile de discuter du concept du «bon médecin» sans s'encombrer de considérations politiques et économiques et sans évoquer très rapidement des trains de mesures d'économie.

C'est pourtant ce que nous avons essayé de faire au sein du Comité central de la SSMG. Pour commencer, nous avons conservé l'idée du médecin «cinq étoiles» que nous avons évoquée au début de ce message comme modèle technique de base. Notre définition du «bon médecin» dépasse toutefois largement, ensuite, cette vision purement économique.

Pour notre comité, le «bon médecin» est un «catalyseur» qui active les mécanismes de guérison ou d'auto-guérison des patient-es sans se laisser consumer lui-même par le processus, et qui aborde les divers aspects de la relation médecin/patient-es de façon responsable. La communication avec les patient-es est fondée sur une écoute active, les patient-es sentant pour leur part qu'ils/elles trouveront toujours la porte ouverte au cours des nombreuses années que durera sa relation avec son médecin. Il est un philanthrope, qui ne considère pas ses patient-es comme de simples objets, mais comme des êtres à part entière. Une main sûre dans le domaine pratique et technique l'aide à bien les soigner.

Le «bon médecin» est bien formé, «supérieurement formé sans paraître supérieur». Il/elle sait rester modeste et prend soin de lui-même/elle-même avec intelligence. Il/elle doit aussi savoir parfois dire non. Il/elle ne s'identifie pas seulement à «la médecine». Il/elle tente constamment d'approcher le «Kairos» par sa disponibilité pour les patients durant son travail et par sa présence auprès de sa famille pendant ses heures de loisirs. Il/elle garde le contact avec la nature ...

Enfin, last but not least: aux yeux du Comité central de la SSMG, il/elle doit être prêt-e à s'ouvrir, à montrer son jeu – dans le cadre des cercles de qualité, dans les groupes Balint, dans les ateliers des séminaires de formation continue etc. et aussi en s'aidant des nouveaux instruments de

contrôle de qualité, comme par exemple les enquêtes auprès des patient-es.

Le soutien vaut mieux que l'exclusion

Celles et ceux qui visent clairement un tel fonctionnement ne devraient jamais devoir craindre d'être exclu d'un contrat quelconque ou de se trouver en butte à des mesures de rationnement. Si un médecin devait travailler «trop cher», son activité devrait pouvoir être soumise à une évaluation en fonction des critères ci-dessus. Un système de soutien, destiné à lui permettre de devenir un «bon médecin», est de toute façon préférable à une exclusion pure et simple. Les inévitables suites juridiques, aussi dispendieuses que déchirantes, et les conséquences personnelles et financières pour le médecin concerné ne feraient que susciter une rancœur exactement propre à fabriquer un «mauvais médecin».

Enseigner et apprendre à être un «bon» médecin

Le catalogue des objectifs de formation de la CIMS (Commission Interfacultaire Médicale Suisse) jette les bases d'un concept du «bon médecin» en Suisse, et de l'enseignement qu'il devrait recevoir pour correspondre à l'image voulue. De nombreux domaines enseignés ne peuvent s'apprendre dans le milieu hospitalier, mais relèvent plutôt de la pratique du terrain. Les délégués de la SSMG au sein de la CIMS demandent par conséquent, au nom des FI(H)AMs, la mise sur pied d'un groupe de travail dont la mission sera d'étudier les possibilités d'établir une structure de formation en cabinet. La SSMG soutient cette action et pèse de tout son poids pour qu'elle se concrétise. Un succès aurait pour conséquence qu'une bonne partie d'entre vous devrait prendre une part active dans cette forme d'enseignement.

A l'heure actuelle, l'ESGP/FM³ se trouve elle aussi en pleine phase de définition au niveau européen du concept du «bon médecin de famille» («Barcelona Draft: what is a GP?»)¹. Elle s'attache plus particulièrement à définir les compétences essentielles («core competencies»)¹ qu'il s'agira de développer dans le cadre de la formation continue. L'objectif est de parvenir à un consensus général dans toute l'Europe pour cette définition, quelles que soient les différences entre les systèmes de santé dans les pays du continent.

Qu'est-ce qu'un «bon médecin de famille» – une synthèse

Cette synthèse, quoiqu'incomplète, correspond à une image idéale qui demande un processus de développement personnel la vie durant. La séquence des critères est arbitraire et je m'abstien-

² UEMS: Union européenne des médecins spécialistes. Déclaration de Bâle: www.uems.be/d-0120-e.htm (anglais) et www.uems.be/d-0120-f.htm (français).

³ European Society of General Practice /Family Medicine.

drai volontairement de toute systématisation. Il s'agit d'un cercle systémique aléatoire qui n'a ni début, ni fin.

... Le «bon médecin de famille» est la première personne accessible à laquelle les gens en difficulté peuvent s'adresser lorsqu'ils ont besoin d'aide, quels que soient leur âge, leur sexe ou le genre de maladie dont ils souffrent. Il/elle soigne ses patient-es sur le long terme, en recherchant constamment le compromis entre la satisfaction de leurs besoins individuels et les intérêts de la société en général. Il/elle reçoit des personnes qui souffrent de maladies très différentes, et qui se présentent fréquemment de façon très peu spécifique. Il/elle a souvent affaire à des situations plus ou moins bénignes, pour lesquelles une période d'observation ou des mesures thérapeutiques légères seront suffisantes. Parfois, il ne s'agit même que d'affections qui vont guérir spontanément. Indépendamment de la gravité de leurs troubles, les patient-es ont souvent l'impression d'être atteints d'une maladie grave, susceptible peut-être même de mettre leur vie en danger, car il n'est pas rare qu'ils/elles interprètent leurs symptômes à l'excès et craignent le pire, suite à une expérience vécue dans leur entourage, à des conseils plus ou moins avisés ou à des informations mal différenciées. Une bonne prise en charge de ces incertitudes exige de la part du médecin une grande compétence. C'est précisément dans ces situations délicates que l'attitude du médecin prend le plus d'importance. Une bonne relation médecin/patient-e, empreinte d'authenticité et d'empathie, est alors décisive. Le/la praticien-ne peut utiliser l'interaction comme un véritable instrument thérapeutique. Il/elle est capable de déceler très tôt chez un-e patient-e une situation qui peut évoluer vers une atteinte grave, menaçante, mettant peut-être sa vie en danger, ainsi que des urgences – qu'il saura traiter ou gérer. Il/elle sait reconnaître, tout au long du processus thérapeutique, les moments où il lui faudra procéder à des examens complémentaires ou ceux où il/elle devra au contraire éviter l'excès de moyens. Son action est centrée sur les personnes et leur famille. Il/elle travaille en s'appuyant sur de grandes qualités de communication, notamment par sa capacité d'écoute active. L'anamnèse est son instrument de base. Il/elle soigne des patient-es souffrant de maladies aiguës et chroniques, souvent atteint-es de polymorbidités, en faisant appel à des mesures diagnostiques, thérapeutiques, préventives et palliatives ciblées. Il/elle tient compte du contexte physique, psychique, social, culturel, éthique et religieux dans lequel vit le/la patient-e. Il/elle en favorise l'autonomie en lui donnant une information compréhensible, à lui/elle et à sa famille, permettant sa ou leur participation éclairée aux processus de décision. Il/elle encourage

les changements de comportement nécessaires, reconnaît ses propres limites de compétence et réfère le/la patient-e, le moment venu, aux spécialistes ou dans un centre hospitalier. Il/elle fait office, le cas échéant, de plaque tournante en matière de communication pour les différents actes diagnostics et thérapeutiques qu'il/elle coordonnera lorsque plusieurs spécialistes seront appelés à intervenir ...

... Le «bon médecin» travaille de manière transparente. Il/elle poursuit une formation continue à vie, en fonction de besoins qu'il/elle aura définis et de l'évolution des connaissances dans les différents domaines de la médecine. Il/elle remet régulièrement à jour ses connaissances scientifiques et médico-techniques (compétences) et met en pratique ce qu'il/elle a appris de façon appropriée (performance). Il/elle essaie de se montrer à la hauteur de son rôle de médecin et d'améliorer sa manière d'être avec les aides médicales, à qui il/elle confie les responsabilités qu'elles sont capables d'endosser. Il/elle constitue dans son cabinet une structure fonctionnelle en matière d'administration et d'équipement. Il/elle se consacre à la gestion économique de son cabinet. Il/elle estime à leur juste valeur l'aspect financier et le côté idéaliste de son travail. Il/elle est ouvert-e aux mesures de promotion de la qualité et il/elle est prêt-e à «montrer ses cartes». Il/elle pratique de la recherche, participe à l'enseignement dans le domaine de la médecine générale et de la formation continue en fonction de son expérience, de ses possibilités et de ses intérêts. Et enfin, il/elle trouve même le moyen de se mêler de la politique de santé ...
Avec mes «bonnes» salutations,

Bruno Kissling

Secrétaire de la SSMG