

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Veiligheid

Sinds enkele weken werk ik als vertrouwensarts (in opleiding) bij Veilig Thuis. Veiligheid is een thema dat in mijn werk een grote rol speelt. Hoe veilig zijn een moeder en kinderen in een zwaar belast en gestrest migrantengezin waar eerder sprake is geweest van fysieke mishandeling? Hoe grijp je in en hoe zorg je voor adequate hulp om de veiligheid van alle betrokkenen ook morgen te borgen? Beslissingen over veiligheid zijn nooit eenvoudig. Het aantal dilemma's op veiligheidsgebied is eindeloos. En ongelofelijk boeiend. Interessant vak, vertrouwensarts. Veiligheid is natuurlijk niet alleen voor vertrouwensartsen belangrijk. Iedere arts heeft ermee te maken. Maar de dilemma's verschillen. Kijk alleen al binnen mijn specialisme arts maatschappij & gezondheid; mijn dagelijkse portie veiligheidsperikelen is van een heel andere soort dan waar bijvoorbeeld donorartsen, farmaceutisch geneeskundigen en artsen infectieziektebestrijding of medisch milieukunde mee te maken krijgen.

We screenen bloeddonoren zeer uitgebreid. Een bloeddonor krijgt een uitgebreide vragenlijst met vragen over zijn reis- en seksueel gedrag. En ook een uitgebreid bloedonderzoek op allerlei hepatitissoorten, hiv, lues en eventueel nog het een en ander. Niet iedereen kan zomaar bloeddonor worden. Alles om problemen bij de ontvangers van bloedproducten te voorkomen. Heel anders ligt dat bij orgaandonoren. Bij hen wordt heel anders met screening omgegaan. Zo staat een infectie met hepatitis B het aanbieden of accepteren van een orgaan niet in de weg. Schaarste en levensbedreigende ziekten zorgen ervoor dat we bij orgaandonatie heel andere veiligheidskeuzen maken dan bij bloeddonatie.

Farmaceutisch geneeskundigen houden zich dagelijks bezig met de ontwikkeling en het veilig gebruik van geneesmiddelen. Dit loopt uit een van vroeg onderzoek met gezonde vrijwilligers tot geneesmiddelenbewaking en van het opzetten en implementeren van *compassionate use*-programma's tot het verzamelen van data over het gebruik van geneesmiddelen in de praktijk.¹ Hoeveel bijwerkingen accepteert je en wanneer is de onveiligheid ervan te groot? Wanneer zet je je dure programma tot het ontwikkelen van een geneesmiddel stop? Wat denkt u van obstacle runs en triatlons? Hartstikke populair en mensen zijn lekker in beweging in de buitenlucht. Maar na afloop zien artsen infectieziektebestrijding gevallen van besmetting met gastro-enteritis (bijvoorbeeld ten gevolge van norovirus) en leptospirose. Zijn de deelnemers zich wel bewust van de gezondheidsrisico's en in hoeverre is hier voldoende toezicht op?

Of neem geiten- of kippenhouderijen. We weten nog niet genoeg, maar het lijkt erop dat de gezondheidsrisico's niet gering zijn. Sluiten we de stallen uit veiligheidsoverwegingen? Voeren we een bouwstop in? Of laten we toch voorlopig de economische belangen van de boeren prevaleren boven hun gezondheid en die van ons?

Op 24 november is het jaarcongres van de KAMG 'Vertrouwen goed, controle beter?'. Het gaat over public health en veiligheid. Wanneer moet je ingrijpen en wanneer moet je de verantwoordelijkheid bij de mensen zelf laten? Wat leren we uit het verleden? Met sprekers uit de wereld van het toezicht, de wetenschap én de GGD-praktijk. U bent van harte welkom.

De voetnoot vindt u bij deze column op medischcontact.nl

“

ELISE BUITING



Eindeloos veel dilemma's op het gebied van veiligheid

KAMG
Elise Buiting

arts M&G, voorzitter KAMG



Vrouwen verdienen ongelijke behandeling in spreekkamer

Vrouwen hebben een ander risico op bepaalde aandoeningen dan mannen. Ook zijn er sekseverschillen in symptoomuiting, klachtpresentatie en bijwerkingen van medicatie. Aandacht voor gendersensitieve zorg in de vervolgoopleidingen moet leiden tot meer kennis en bewustzijn bij artsen.

Bij geneesmiddelenonderzoek wordt over het algemeen geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. 'Maar cijfers laten zien dat vrouwen een hogere kans hebben op bijwerkingen van medicijngebruik en een andere dosering nodig hebben', zegt emeritus hoogleraar Vrouwenstudies medische Wetenschappen

Toine Lagro-Janssen, die ruim 36 jaar als huisarts werkte in Nijmegen. 'Studies tonen aan dat sekseverschillen invloed hebben op de incidentie, klachtpresentatie en symptomen van ziekten zoals onder meer coronair lijden, reumatische klachten, depressie, verslavingen, angststoornissen, auto-immuunaandoeningen en somatische onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Op die verschillen is de zorg echter niet ingericht.' Om daar iets aan te doen voert Lagro-Janssen een project uit in opdracht van het CGS en met subsidie van ZonMw.

Onderwijs

In 2002 start Lagro-Janssen met een ZonMw-project over de implementatie van sekse en gender in het basiscurriculum van de geneeskundeopleiding. 'Er was schaarste aan evidence en aansprekend onderwijsmateriaal. Op zoek naar boeken, films met praktijksituaties en voorbeelden raakte ik daardoor ook onderwijskundig betrokken.' Dat legt voor Lagro-Janssen de basis om het kenniscentrum Sekse en diversiteit in medisch onderwijs (SDMO) op te zetten. 'Docenten en andere geïnteresseerden kunnen hier terecht voor praktijkconsulten op dvd, literatuur en e-learningen over bijvoorbeeld gender en alcohol of sekse en farmacotherapie.'

Een volgende stap is de oprichting van de Alliantie Gender & Gezondheid in 2012 door netwerkorganisatie Women Inc. Daarin werken overheid, medisch specialisten, kennisinstituten, docenten en belangenorganisaties samen aan landelijke expertise. Met succes: de alliantie brengt in 2013 het *Handboek vrouwspecifieke geneeskunde* uit en biedt in 2015 een kennisagenda aan met welke kennis ontbreekt over vrouwen in de gezondheidszorg en de mogelijkheden om daar verbetering in aan te brengen. Lagro-Janssen: 'Daar heeft de minister van VWS vervolgens geld voor vrijgemaakt.'

Context

Een subsidie van ZonMw aan het College Geneeskundige Specialismen (CGS) maakt eind 2016 de weg vrij voor het één-

jarige project Gendersensitieve zorg in de geneeskundige vervolgoopleidingen. 'Het is belangrijk dat artsen leren context en levensloop mee te nemen in de anamnese. Zo kun je risicofactoren beter clusteren: een vrouw die hypertensie heeft gehad in de zwangerschap, heeft later een hogere kans op hart- en vaatziekten. Gezien de korte looptijd van het project hebben we ons nu gericht op het gendersensitiever maken van vijf opleidingen: cardiologie, psychiatrie, interne geneeskunde en maatschappij en gezondheid.' In korte tijd is veel bereikt. 'We zijn direct om de tafel gegaan met de concilia van de wetenschappelijke verenigingen om te bepalen hoe en waar gendersensitiviteit in de opleidingsplannen aan bod moet komen. Daarbij kun je denken aan presentatie en risicotaxatie: zo kan seksueel misbruik of partnergeweld een onderliggend – en ondergediagnosticeerd – probleem zijn bij alcoholmisbruik door vrouwen, terwijl bij mannen eerder een depressie speelt. Maar denk ook aan alertheid op verschillen in symptoomuiting en communicatie: bij hartklachten hebben mannen eerder drukkende pijn op de borst, terwijl vrouwen zich vooral heel moe voelen.'

Congres

Voor het eind van het jaar komt er ook een e-learning beschikbaar voor de vijf opleidingen, vertelt Toine Lagro-Janssen: 'Aan de hand van opdrachten, minicollages en casuïstiek leren aiossen de verschillen herkennen tussen mannen en vrouwen in onder meer genetica, communicatie, klachtpresentatie en effecten van medicatie.'

Op 21 november wordt het project afgesloten met een congres in Utrecht. 'Dat is bedoeld voor alle specialismen. We kunnen met dit éénjarige project niet gendersensitiviteit borgen in alle opleidingen, maar hopelijk wel meer opleidingen enthousiasmeren en prikkelen om er, met ondersteuning van ons projectteam, mee aan de slag te gaan.' knm



Besturen medische staf revalidatie-instellingen

Reinout van Vliet, revalidatiearts in Roessingh Centrum voor Revalidatie te Enschede en voorzitter van de medische staf, vertelt over de cursus 'Besturen medische staf revalidatie-instellingen'. Hij heeft de cursus mede ontwikkeld en ook gevolgd.



Aangezien de medische staf van een revalidatiecentrum slechts uit één specialisme bestaat, namelijk revalidatieartsen, heb je te maken met een heel andere setting dan in een ziekenhuis. Om die reden heb ik de Academie voor Medisch Specialisten voorgesteld een cursus op te zetten voor uitsluitend revalidatiecentra. Dit idee bleek aan te slaan.

In de cursus wordt sterk benadrukt dat je de rol van de medische staf in een revalidatiecentrum écht mag pakken, inclusief de proactiviteit die daarbij wordt gevraagd. En ook dat je als medisch stafbestuur goed moet nadenken over de taakverdeling binnen je vakgroep zodat iedereen zich verantwoordelijk voelt.

De cursusbegeleiding was dusdanig dat er veel ruimte was voor vragen en inbreng. Er werd een kader geschetst van de veranderende zorgwereld, zowel ten aanzien van innovaties als wetten en regelgeving. Ook kwam de nieuwe manier van werken ter sprake, waarbij de professional niet alleen inhoudelijk betrokken is maar verantwoordelijk is voor het hele proces. Aangaande de financiën werd de vraag gesteld hoe je betrokken kunt zijn bij begrotingen en jaarrekeningen. Verder kwamen thema's naar voren waar we allemaal mee te maken hebben, zoals budget-organisatorische eenheden en de pensioenen.

Bijzonder vond ik dat een van de directeurs van een revalidatie-instelling zich heel kwetsbaar durfde op te stellen over hoe hij aankijkt tegen de rol van de medische staf. Tijdens een boeiende interactie werden wederzijdse verwachtingen gedeeld.

Het fraaie van zo'n cursus vind ik dat je als leden van verschillende stafbesturen in het land elkaar persoonlijk ontmoet. Op internet hebben we een forum waarop we elkaar bevragen over allerlei issues. Doordat je elkaar nu bent tegengekomen, is het veel gemakkelijker elkaar aan te spreken. Een mooie bijkomstigheid!

De cursus is bedoeld voor (aankomend) bestuursleden van medische staven van revalidatie-instellingen. Het programma is een variant van de algemene cursus 'Medische staf en ziekenhuismanagement' en is ontwikkeld naar aanleiding van ervaringen met incompanyscholing voor medische staven van revalidatie-instellingen.

Aan bod komen:

- Algemene ontwikkelingen in samenleving en zorg en de consequenties voor de revalidatie
- Organisatie en besturing van een medische staf en de positie van de medici in de instelling
- Besturing van een revalidatie-instelling vanuit het perspectief van een ervaren bestuurder
- Ontwikkeling van visie en beleid als medische staf
- Financiering van de revalidatie en consequenties voor de bedrijfseconomie van de instelling
- Ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid als staf en als instelling
- Onderlinge samenwerking in het bestuur en in de vakgroep/subvakgroepen.

Deze onderwerpen worden op twee opeenvolgende dagen behandeld door een team van ervaren docenten. De cursusleiding is in handen van Wout Raadgers, die veel ervaring heeft met de begeleiding van vakgroepen en stafbesturen in de revalidatie. Gedurende de cursus is er veel ruimte voor de onderlinge uitwisseling van ervaringen.

Prijs: leden FMS en VvAA: 1500 euro; niet-leden 1600 euro

Duur: twee dagen, met overnachting

Data: 12 en 13 april

Inschrijven op academiemedischspecialisten.nl/cursus/besturen-medische-staf-revalidatie.

WMA keurt vernieuwde Declaration of Geneva goed

De Declaration of Geneva, de internationale artseneed, is gemoderniseerd. In oktober heeft de Algemene Vergadering van de World Medical Association (WMA) de vernieuwde versie goedgekeurd. De herziene tekst benadrukt de autonomie en waardigheid van de patiënt en benoemt het belang van de gezondheid van de arts zelf, zodat die de beste zorg kan geven.

Reden voor deze herziening zijn veranderingen in de afgelopen decennia in de relatie tussen artsen en hun patiënten en tussen artsen zelf. WMA president Dr Yoshitake Yokokura zegt hierover:

‘Het leven van artsen vandaag is totaal anders dan in 1948 toen de oorspronkelijke Declaration of Geneva werd aangenomen. Sindsdien is de verklaring uitgegroeid tot een kerndocument van medische ethiek en een moderne versie van de 2500 jaar oude eed van Hippocrates. We hopen dat de verklaring die vandaag is goedgekeurd, door alle artsen over de hele wereld zal worden gebruikt om de vastberadenheid van de beroepsgroep om de hoogste standaard van gezondheidszorg voor patiënten te handhaven, te versterken.’



Aanpassingen

In de vernieuwde artseneed wordt voor het eerst een specifieke verwijzing gedaan naar de autonomie en waardigheid van de patiënt. Ook bevat deze een verklaring dat de arts diens docenten, collega's en studenten zal respecteren. Voorheen werden hier alleen de docenten genoemd. Verder is een nieuwe verplichting voor artsen opgenomen om medische kennis te delen ten behoeve van hun patiënten en de bevordering van de gezondheidszorg. Tot slot is er een verklaring toegevoegd dat artsen voor hun eigen gezondheid, welzijn en bekwaamheden zullen zorgen, zodat zij de beste zorg kunnen leveren.

De Declaration of Geneva is in principe opgesteld voor de beroepsgroep van artsen wereldwijd. Ook de KNMG heeft, bij monde van haar voorzitter René Héman, tijdens de algemene vergadering van de WMA met de vernieuwde versie ingestemd. De Nederlandse artseneed is gebaseerd op de Declaration of Geneva en toegespitst op de Nederlandse situatie. In de Nederlandse artseneed is al eerder opgenomen dat artsen de opvattingen van de patiënt, dus diens autonomie, eerbiedigen. Ook de bevordering van geneeskundige kennis wordt daarin al genoemd. Zorgdragen voor de eigen gezondheid wordt op dit moment niet expliciet benoemd. Natuurlijk zet de KNMG zich hier wel voor in.

De WMA verwacht dat de herziene artseneed een wereldwijde ethische code zal worden voor alle artsen. Een eerste concrete en symbolische stap daartoe werd gezet aan het eind van de algemene vergadering van de WMA. Alle aanwezigen, voornamelijk artsen, gingen staan en hebben de Declaration of Geneva gezamenlijk hardop gelezen. Héman: 'Dit was een heel bijzonder moment in de algemene vergadering. Het gaf blijk van een gevoel van diepe verbondenheid en solidariteit tussen artsen wereldwijd.'

Link naar WMA-bericht: wma.net/news-post/modern-physicians-pledge-approved-by-world-medical-association.

'De RGS stelt zich steeds opener op'

Vijf vragen & antwoorden over beleidsspeerpunten van de KNMG.

Wat doet de KNMG voor u? En **wie** doen dat? In deze rubriek vertellen experts van de KNMG over hun werk.

De laatste jaren werkt de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) hard aan een klantgerichte werkwijze. Bijvoorbeeld door feedback uit het veld mee te nemen bij de invoering van de instellingsvisitaties. Hierover vertelt bestuurssecretaris **Florine Vinkesteijn** van de RGS, het orgaan van de KNMG dat verantwoordelijk is voor de (her)registratie van specialisten, handhaving op de regelgeving voor de vervolgopleidingen en de erkenningen van opleiders en vervolgopleidingen en (her)registratie van specialisten.

1 Even een geheugenopfrisser: wanneer krijg je met de RGS te maken?

'Onder meer op het moment dat je je als geneeskundig specialist registreert of herregistreert. De samenleving moet erop kunnen vertrouwen dat het werk van een geneeskundig specialist aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet. Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) bepaalt die voorwaarden, de RGS ziet



erop toe dat geneeskundig specialisten daaraan voldoen en kent de registraties toe. Vroeger kwam bij die (her)registraties veel papierwerk kijken, maar inmiddels zijn de meeste formulieren en processen digitaal bij te houden in MijnRGS.'

2 Hoe ziet het werk van de bestuurssecretaris eruit?

'Heel veelzijdig. Mijn voornaamste taak is de voorzitter van de RGS adviseren en ondersteunen. De RGS vergadert tien keer per jaar met een grote groep geneeskundig specialisten en profielartsen en een aantal adviserende leden vanuit instanties als de NFU, de NVZ, het UWV, de GGD en de ggz. Die plenaire vergadering bereid ik voor door een haalbare agenda op te stellen en de voorzitter bij te praten over lastige dossiers. Doordat ik al een aantal jaren als jurist voor de RGS en het CGS werkte voor ik in deze functie begon, ken ik veel dossiers en ben ik precies op de hoogte van de regelgeving. Maar ik luister bijvoorbeeld ook mee bij alle overleggen: je moet sensitief zijn voor wat er allemaal speelt, zowel binnen als buiten de organisatie.'

3 Wacht even: zoveel dokters en adviserende leden in één vergadering, hoe werkt dat?

'Sinds 2013 is er één registratiecommissie, met vertegenwoordigers uit drie clusters. Het eerste cluster bestaat uit huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicap-

ten, het tweede uit medisch specialisten en het derde uit sociaal geneeskundigen. Die integratie werkt goed: men vindt het leuk om te horen hoe de andere clusters het doen.

In de praktijk vergaderen we daardoor met een groep van veertig tot vijftig mensen. Het is ondoenlijk om alles te bespreken – de RGS neemt jaarlijks zo'n 19.000 besluiten. Veel is daarom gemandateerd. Op de vergadering beperken we ons tot de gecompliceerde dossiers en nemen we tien tot vijftien besluiten.'

4 Wat voor besluiten zijn dat dan?

'Vooral casuïstiek over herregistratie en het hernieuwd erkennen van een opleider, opleidingsinrichting of opleidingsinstituut. Voor de buitenwereld is het niet altijd zichtbaar, maar de RGS staat uiteindelijk voor de belangrijke taak de kwaliteit van de opleiding en de beroepsuitoefening van artsen in Nederland te bewaken. Er zijn eenduidige regels en duidelijke procedures en de RGS moet die toetsen. Een afwijzing wordt weleens ervaren als "straf", maar wij wegen de belangen van zowel de dokter als andere betrokkenen altijd zeer zorgvuldig af.'

5 Waarvan word jij blij in je werk?

'Als de plenaire vergadering soepel verloopt en we met inhoudelijke discussies tot gedragen besluiten komen. Verder vind ik het goed om te merken dat de RGS zich steeds opener opstelt. We communiceren bijvoorbeeld over wat we doen in de nieuwsbrief, en we betrekken alle belanghebbenden bij bijvoorbeeld de modernisering van het toezicht. Zo hebben we de instellingsvisitaties waar we eind dit jaar mee starten, niet zomaar "gelanceerd", maar er eerst presentaties over gegeven in het veld en de feedback daaruit meegenomen. Ik hoop dat mensen ons steeds meer gaan zien als een kwaliteitsbewakend orgaan dat open staat voor de input van belanghebbenden.

Zie ook: knmg.nl/rgs

LHV: Wetsvoorstel toetreding zorgaanbieders veroorzaakt extra administratieve lasten

Het wetsvoorstel dat het toezicht op nieuwe zorgaanbieders regelt (de Wtza), veroorzaakt volgens de LHV extra administratieve lasten in de eerste lijn. Samen met eerstelijnsorganisaties InEen, KNMT en KNMP hebben we daarom onze punten van zorg geuit in een brief aan de Tweede Kamer.

Op dit moment hebben huisartsenpraktijken een automatische erkenning. In het nieuwe wetsvoorstel is echter een vergunningsaanvraag opgenomen, waardoor nieuwe administratieve lasten ontstaan. Daarom vragen we samen met andere eerstelijnsorganisaties aandacht voor de mogelijk onevenredige belasting van kleine zorgaanbieders. We zetten vraagtekens bij de keuze voor het in

dienst hebben van tien zorgverleners als grens voor de vergunningplicht. Omdat het ondersteunend personeel hier ook onder valt, zou het grootste deel van de kleinschalige eerstelijnsvoorzieningen vergunningplichtig worden.

Meldplicht uit wetsvoorstel

De LHV heeft in een eerder stadium op de openbare consultatieversie van het wetsvoorstel gereageerd en zich daarin sterk gemaakt

voor het voorkómen van een extra meldplicht voor huisartsen die in opdracht van andere huisartsenvoorzieningen zorg verlenen. De LHV vindt het goed te constateren dat de meldplicht niet langer van toepassing is voor deze groep huisartsen. 

De gezamenlijke brief van LHV, InEen, KNMP en KNMT vindt u op onze website lhv.nl.

Artsenfederatie KNMG
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
R.A.C.L. Héman, voorzitter
A. Rühl, algemeen directeur
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
tel. 088 440 4200, info@fed.knmg.nl
knmg.nl



FEDERATIEPARTNERS

Federatie Medisch Specialisten
M.C.G. Daniëls, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 088 505 3434
info@demedischspecialist.nl
demedischspecialist.nl



De Geneeskundestudent
C. van Woerkom, voorzitter
tel. 088 440 4216
info@degeneeskundestudent.nl
degeneeskundestudent.nl



KAMG
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
E. Buiting, voorzitter
R. Duzijn, directeur
tel. 030 303 3662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
C. Keijzer, voorzitter
C. van den Brekel, directeur
tel. 030 670 2702
bureau@lad.nl, lad.nl



LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
N.A. Kalsbeek, voorzitter
P. van Rooij, algemeen directeur
tel. 030 282 3723
lhv@lhv.nl, lhv.nl



NVAB
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
G.B.S. Penders, voorzitter
C. van Vliet, directeur
tel. 030 204 0620
kwakeitsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



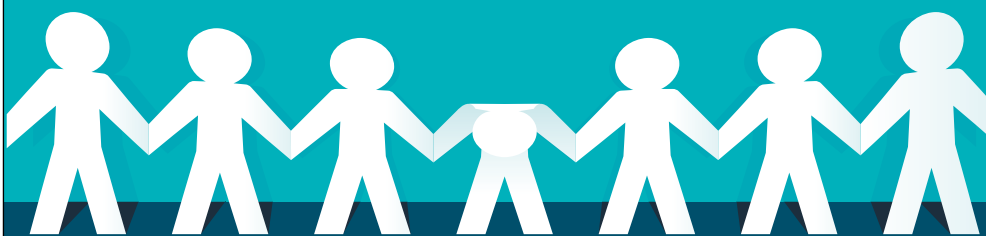
NVVG
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
R. Kok, voorzitter
M. van Bork, directeur
tel. 030 686 8764
secretariaat@nvvg.nl, nvvg.nl



Verenso
Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter en interim directeur
tel. 030 227 1910
info@verenso.nl, verenso.nl



Problemen met alcohol, medicijnen of drugs? Wij helpen u.



Drinkt of gebruikt u meer dan u zou willen? Wij kunnen u helpen. Met gesprekken of adviezen. En, als u dat wilt, begeleiding naar behandeling.

Hulp of advies nodig? Bel of mail dan nu naar ABS-artsen.
Telefoon: 0900-0168 (telefonisch spreekuur op werkdagen tussen 13.00 en 14.00 uur, u krijgt dan direct een collega of expert van ABS-artsen aan de lijn), e-mail: info@abs-artsen.nl

ABS-artsen

een hulpprogramma van 

www.knmg.nl/abs-artsen