

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Vernieuwen en verstevigen

**J**e kunt beter geen huis bouwen zonder fundering. Misschien zie je sneller resultaat en het kost je wat minder. Maar gelukkig weet men in de bouwwereld dat bouwen op los zand geen goed idee is. Bij medisch-wetenschappelijk onderzoek is de basis net zo belangrijk. Onmisbaar zelfs. Toch staat het nut van basaal wetenschappelijk onderzoek, als ogenschijnlijke tegenhanger van meer toegepaste onderzoeksvormen, nog wel eens ter discussie.

Ogenschijnlijk? Ja, want het gaat natuurlijk niet om twee gescheiden werelden. Een voorbeeld: jaren geleden waren kno-artsen bezig met experimenteel onderzoek waarbij elektroden werden geïmplant in cavia's. De inzichten vanuit dit onderzoek werden later toegepast in de klinische praktijk. Waardoor vandaag de dag dove mensen dankzij een implantaat weer beter kunnen horen. Een revolutionair resultaat. Zonder basaal onderzoek zou dit echter niet mogelijk zijn geweest. Kortom, beide vormen van onderzoek kunnen niet zonder elkaar. Ze zijn beide klinisch gericht en worden door de medisch specialist met elkaar verbonden.

Op het snijvlak van wetenschap en toepassingen in de klinische praktijk heeft de medisch specialist een sleutelrol. Hij of zij kan vragen vanuit de praktijk vertalen naar basaal of toegepast wetenschappelijk onderzoek én de resultaten daarvan weer inzetten voor de patiënt: een cyclus die leidt tot steeds betere zorg.

Daarbij moeten we ons richten op het ontwikkelen van innovatieve nieuwe behandelingen voor de patiënt van morgen, maar tegelijk ook voldoende aandacht besteden aan de patiënt van vandaag. Bijvoorbeeld door zorgevaluatie: onderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg. Dat laatste gebeurde tot op heden te

weinig. Daarom zijn wetenschappelijke verenigingen nu druk bezig met prioritering van onderzoeksvragen die dringend onder de loep moeten worden genomen. De kick-off van dit project vond onlangs plaats tijdens het Symposium Zorgevaluatie van de Federatie Medisch Specialisten. Belanghebbenden gingen daar met elkaar in discussie over de vraag wat er nodig is om dit type onderzoek structureel van de grond te krijgen.

Het opzetten van zorgevaluaties sluit naadloos aan bij de adviezen uit het onlangs verschenen rapport van de Gezondheidsraad. Onder andere pleit dit rapport voor meer onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid van de zorg bij veelvoorkomende gezondheidskwalen. Samenwerking tussen alle betrokken partijen is daarbij cruciaal, stelt de Gezondheidsraad. En daar sluit ik me van harte bij aan. Zo kunnen we onderzoeksvragen formuleren die ertoe doen, onderzoekspopulaties bereiken en nieuwe inzichten op een goede manier implementeren in de praktijk. Maar: met samenwerking alleen komen we er niet. Er is structurele financiering nodig. Ik ben dan ook verheugd met de aanbeveling van de Gezondheidsraad om hiervoor een fonds op te zetten.

Zoals de Gezondheidsraad al benadrukte: alle onderzoeken – basaal en toegepast – moeten uiteindelijk ten goede komen aan de patiënt. Met goed onderzoek naar de juiste onderwerpen én door als onderzoekers onderling meer samen te werken en data te delen, kunnen we komen tot een wetenschappelijk klimaat dat staat als een huis. Een huis dat we steeds verder gaan uitbouwen, vernieuwen en verstevigen, met de medisch specialist als 'verbindend element'. Vanuit de Federatie Medisch Specialisten zet ik me daar graag voor in.

“

PETER PAUL VAN BENTHEM



Bouwen op  
los zand  
geen goed  
idee



Peter Paul van Benthem  
Voorzitter Raad Wetenschap &  
Innovatie



GERT VAN DIJK



De gezondheidszorg is geen afhaalrestaurant

**Gert van Dijk**  
ethicus bij de KNMG en het  
Erasmus MC  
 @gert\_van\_dijk

## COLUMN

# Autonomie: alles doen wat iemand wil?

**I**k wil op vakantie naar Amerika', zegt mijn zoon. 'En fijn als jij dat betaalt, want anders dwing je me om in Nederland te blijven en dat is in strijd met mijn recht op autonomie'. Heeft hij gelijk? Betekent het recht op autonomie dat je alles moet doen wat iemand wil? Die vraag is van belang, want in de zorg, in uw spreekkamer en in maatschappelijke debatten wordt veel geschermd met het recht op autonomie. Autonomie betekent 'vrij van extern bestuur'. Als het gaat over patiënten kan het recht op autonomie een vermogen betekenen (wilsbekwaam zijn) of een feitelijke toestand (een autonome beslissing). Ook kan het betekenen dat een patiënt het schildrecht heeft om een behandeling te weigeren. En tot slot is er autonomie als ideaal: het recht om een eigen, authentiek leven te leiden. Bij ieder recht hoort de plicht van iemand anders. Dat kan een plicht zijn om iets te doen (een actief recht), of iets te laten (een passief recht). Zo is onderwijs een actief recht, want de overheid heeft de actieve plicht om te voorzien in onderwijs. Vrije meningsuiting is een passief recht: kranten hebben niet de plicht om alle ingezonden brieven te publiceren. Het recht op autonomie brengt zowel passieve als actieve plichten voor de arts mee. Zo heeft een arts de passieve plicht om geen medische ingreep te doen bij iemand die een behandeling weigert, hoe lastig dat soms ook is. Tegelijk hebben artsen een actieve plicht om bijvoorbeeld de wilsbekwaamheid van een patiënt te beoordelen, maar ook de wijze waarop het besluit tot stand is gekomen (is er bijvoorbeeld geen sprake van druk van de familie). Verder heeft de arts de actieve plicht om de zorg zoveel mogelijk af te stemmen op de persoon van de patiënt, om zo de patiënt in staat te stellen een keuze te maken die past bij het eigen leven. Zonder de inbreng van de patiënt kan niet worden bepaald wat goede en passende zorg is en kan de patiënt geen 'eigen' weg kiezen in de zorg. Gezamenlijke

besluitvorming geeft invulling aan het recht op autonomie.

Die plicht tot persoonsgerichte zorg is echter niet onbegrensd en gaat niet zo ver dat een patiënt iedere behandeling kan afdwingen of opeisen. Dat is een misverstand dat helaas regelmatig voorkomt. Als het recht op autonomie zo ver zou reiken, dan zou de arts iedere behandeling moeten uitvoeren waar de patiënt om vraagt. Maar dat is niet zo: de gezondheidszorg is geen afhaalrestaurant. Autonomie betekent dat mensen hun leven naar eigen inzicht mogen inrichten, maar niet dat anderen ieder levensproject mogelijk moeten maken. Niet iedere onvervulde wens is een schending van het recht op autonomie.

Mijn zoon leg ik dan ook uit dat zijn recht op autonomie betekent dat ik hem zonder goede reden niet mag of kan tegenhouden, maar dat het niet betekent dat ik ook een plicht heb om zijn ticket te betalen. 'Autonomie betekent "vrij van extern bestuur"' vertel ik hem. 'Dus ga vooral op vakantie waar je heen wilt, maar vraag mij niet om dat te betalen of voor jou te organiseren. Anders ben je nog steeds afhankelijk van mij'. Over zijn vakantiebestemming twijfelt hij nog. *knmg*

**Ethische dilemma's:** ze spelen dagelijks in de zorg. Vaak kijkt u er weer anders tegenaan dan uw collega. Ethische kaders en gedragsregels geven ruimte voor de toepassing in specifieke situaties. KNMG-ethicus Gert van Dijk verkent actuele dilemma's in zijn columns over ethiek in de praktijk.

Reageren kan op [knmg.nl/columns](http://knmg.nl/columns).

De columns op deze pagina zijn geschreven op persoonlijke titel.



## Het Kennis- en Dienstverleningscentrum ontzorgt!

Het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC)  
is hét loket voor uw vragen en advies op het  
gebied van arbeids- en ondernemerszaken,  
gezondheidsrecht, en voor MSB's,  
medische staven en VMSD's.

Bel ons via **030 - 670 27 27** of mail **info@demedischspecialist-lad.nl**

Meer informatie: **www.demedischspecialist.nl/kdc**



Het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) is een initiatief van de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband.



## Steunpunt ABS-artsen start met monitoringprogramma

### ‘We willen artsen helpen om terugval in hun oude patroon te voorkomen’



Het steunpunt ABS-artsen van de KNMG helpt artsen die kampen met het gebruik van alcohol, medicijnen of drugs. Nieuw is het vijfjarig monitoringprogramma van ABS-artsen, waarmee artsen na behandeling veilig weer aan het werk kunnen gaan. Veilig voor hun patiënten én voor de arts zelf. Prof. dr. Gerrit van der Wal, oud-inspecteur-generaal van de IGZ, voormalig huisarts en nu voorzitter van de stuurgroep van ABS-artsen: ‘Ik noem het ook wel terugval-preventieprogramma. Dat is namelijk waar het om gaat: we willen deze artsen helpen voorkómen dat ze na behandeling terugvallen in hun oude patroon.’

#### ABS-artsen

KNMG helpt artsen die kampen met problematisch middelengebruik. Problematisch middelengebruik kan iedereen overkomen. Ook artsen. Artsenfederatie KNMG wil artsen met deze problemen helpen, om te voorkomen dat zij en hun patiënten schade oplopen. Het team van ABS-artsen luistert, geeft advies en begeleidt artsen desgewenst naar behandeling. Na behandeling kunnen artsen met het monitoringprogramma van ABS-artsen veilig re-integreren in hun werkomgeving. Meer informatie: [knmg.nl/abs-artsen](http://knmg.nl/abs-artsen)

**V**an der Wal: ‘Monitoring voelt voor sommigen misschien als “ze houden me constant in de gaten”. Maar het programma richt zich vooral op ondersteuning van de arts, van verschillende kanten. Artsen die deelnemen aan het monitoringprogramma krijgen begeleiding van een bedrijfsarts, nemen deel aan een zelfhulpgroep en kunnen terecht bij een buddy op de werkvloer; een collega die ze in vertrouwen kunnen nemen. Daarnaast worden ze omwille van veilige patiëntenzorg vijf jaar lang getest op gebruik.’

#### **Wat vindt u sterk aan het monitoringprogramma?**

‘Artsen melden zich vrijwillig aan voor het programma, maar deelname is niet vrijblijvend. Als je één keer problemen met middelengebruik hebt gehad, dan blijft er de rest van je leven een risico op terugval. Problematisch middelengebruik wordt steeds meer gezien als een ziekte, waar wilskracht bijna niet tegenop gewassen is. Daarom moet je jezelf verplichten om ondersteuning te zoeken bij het volhouden van de onthouding. Daar ligt precies de kracht van dit terugvalpreventieprogramma: je wordt op alle mogelijke manieren geholpen om terugval te voorkomen en je stelt jezelf als deelnemer voortdurend bloot aan controle, er is bijna geen ontsnappen mogelijk.’

Als inspecteur en later als inspecteur-generaal voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd Van der Wal meermalen geconfronteerd met de gevolgen van problematisch middelengebruik. ‘Je weet dat het vaker voorkomt, maar het blijft meestal onder de radar. Dat geeft een ongemakkelijk gevoel, want wat betekent dat voor de praktijk van alledag?’

#### **Heeft u zelf als huisarts wel eens te maken gehad met een collega-arts bij wie u problemen met middelengebruik vermoedde?**

‘Nee, dat is me nooit opgevallen. Ze zijn er vast geweest, maar kennelijk had ik er toen geen oog voor. Nu weet ik dat je moet letten op gedragingen die slecht te rijmen zijn met goede patiëntenzorg. Bijvoorbeeld als een collega naar alcohol ruikt, zijn afspraken niet nakomt, voortdurend te laat op afspraken verschijnt, (bijna-)fouten gaat maken. Het wil niet zeggen dat er dan altijd problematisch middelengebruik speelt, maar het zijn wel tekenen waar we alert op moeten zijn en waar we als collega's actie op moeten ondernemen. Vraag je collega hoe het met hem gaat en bespreek zijn gedrag. Dat is zeker niet makkelijk, maar wel nodig. Kijk niet weg, neem je verantwoordelijkheid en help je collega – en niet te vergeten de patiënt.’

### **En als die collega vervolgens niets onderneemt om van zijn probleem af te komen?**

'Je kunt zijn gedrag één of twee keer met hem bespreken, maar levert dat niks op, dan is het aan te raden om het er met andere collega's over te hebben. Bijna iedereen werkt tegenwoordig in groepsverband. Bespreek het met elkaar: hoe gaan we hiermee om? Voer de druk op bij de collega in kwestie, geef gezamenlijk aan dat jullie je zorgen maken over hem en over de patiëntveiligheid, zeg dat jullie duidelijk willen zien dat hij nu actie onderneemt om zijn gedrag te veranderen en gebeurt dat niet, dat jullie de problemen dan moeten escaleren.'

### **Hoe zouden werkgevers in uw ogen moeten omgaan met medewerkers met deze problematiek?**

'Ik denk dat werkgevers allereerst helder beleid moeten formuleren over middelengebruik. Een medewerker in zo'n situatie direct ontslaan is vaak de slechtste aanpak. Ontslag is precies waar mensen die met problematisch middelengebruik kampen, bang voor zijn. Die angst maakt vaak dat ze een enorme drempel ervaren om met hun

probleem voor de dag te komen. En dat willen we nou juist wel, want hoe langer het probleem in stand blijft, hoe groter het wordt. Verder zou ik graag zien dat werkgevers erop gericht zijn om hun werknemer te helpen om het probleem de baas te worden. Eerst door behandeling te stimuleren en daarna om hem of haar aan te moedigen weer aan het werk te gaan, met behulp van het monitoringprogramma.'

### **Hoe groot is de kans op terugval als artsen deelnemen aan het monitoringprogramma?**

'In de landen om ons heen zijn bij mijn weten nog geen monitoringprogramma's voor artsen, het programma van ABS-artsen is het eerste in Europa. Uit monitoringprogramma's in Amerika en Canada blijkt dat het percentage artsen dat clean blijft heel hoog is. De voordelen daarvan zijn evident: de patiëntveiligheid is gewaarborgd, het is goed voor de gezondheid van de arts zelf én het voorkomt kapitaalvernietiging. We willen artsen, waar we als samenleving jaren in hebben geïnvesteerd, natuurlijk graag behouden voor het vak.'

Iemand  
direct  
ontslaan  
is vaak de  
slechtste  
aanpak

## Kiezen voor delen

Kaderartsen hebben tijdens hun kaderopleiding hun expertise in een specifiek subspecialisme van de ouderengeneeskunde verder verdiept. Hoe moeten we de kaderopleiding plaatsen in het generalistische vak van de ouderengeneeskunde? Dat is een van de vele interessante vragen die in dit congresnummer van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde aan de orde komen.

**D**r. Ellen Zijp, senior-inspecteur van de IGZ, beschrijft in haar artikel wat 'disfunctioneren' en 'sturen op functioneren' inhouden. Daarbij gaat zij onder andere in op het belang van het delen van signalen tussen specialisten ouderengeneeskunde: een open aanspreekcultuur. Zij spreekt deze week over dit thema op het Verenso-najaarscongres.

In dit nummer starten we samen met SOON een nieuwe rubriek: de ABCDE-kennistoets. Hoe staat het met uw kennis op het gebied van acute ouderengeneeskunde? Bent u voldoende op de hoogte? Toets uw kennis en beantwoord de vragen.



Met de rubriek Pro-Contra willen wij bijdragen aan het debat over enkele actuele en soms ook controversiële onderwerpen in de ouderengeneeskunde. In dit tijdschrift twee stelling-

names over de waarde van griepvaccinatie. Herman Cools pleit voor het principe 'ja, tenzij' vanwege observationele studies die laten zien dat verpleeghuisbewoners na vaccinatie een verminderd hoog risico op complicaties van influenza hebben. Luc Bonneux daarentegen vindt dat het vaccineren geen zin heeft. Dit omdat er geen enkel bewijs is dat griepvaccinatie ook maar een haar beter is dan placebo. Overigens wel duurder. Hoe informeert u uw patiënt over deze keuze?

Donderdag 24 november is het Verenso-najaarscongres 'Kiezen voor delen'. Het belooft weer een mooi congres te worden. Net als vorig jaar vindt u alle abstracts die op dit congres gepresenteerd worden in deze editie van ons tijdschrift.

Wilt u per e-mail geïnformeerd worden wanneer er een nieuwe editie van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde beschikbaar is? Meldt u dan aan via [redactie@verenso.nl](mailto:redactie@verenso.nl). [verenso.nl](http://verenso.nl)



## Nieuws voor aiossen:

# Win de Doelmatigheidsprijs 2017!

Doelmatig leren denken en handelen is cruciaal: we willen allemaal de best mogelijke kwaliteit van zorg tegen verantwoorde kosten. Ook in jouw opleiding tot geneeskundig specialist komt steeds meer aandacht voor dit maatschappelijk relevante thema. Heb je zelf een mooi doelmatigheidsproject uitgevoerd of bruis je van de ideeën? Ding dan mee naar de Doelmatigheidsprijs 2017!



**D**enk bijvoorbeeld aan ideeën om kritisch te reflecteren op het dagelijks handelen, bestaande protocollen, routines of werkwijzen. Of aan manieren om kennis te vergaren van de kosten of de financiering van de zorg. Stuur jouw idee vóór 31 december 2016 in via [bewustzijnsproject.nl/doelmatigheidsprijs](http://bewustzijnsproject.nl/doelmatigheidsprijs).

### Symposium

De Doelmatigheidsprijs 2017 wordt uitgereikt op 12 april 2017 tijdens het symposium 'Doelmatigheid van zorg 2017 – doelmatig en kostenbewust leren denken en werken'. Dit symposium wordt georganiseerd door Oorzon (Onderwijs- en Opleidingsregio Zuid Oost-Nederland) en het Bewustzijnsproject, een project van het College Geneeskundige Specialisten met als doel om doelmatigheid van zorg in de geneeskundige vervolgoopleidingen te verankeren. De uitvoering van het Bewustzijnsproject is in handen van de Universiteit Maastricht.

[bewustzijnsproject.nl](http://bewustzijnsproject.nl)



COLLEGE  
GENEESKUNDIGE  
SPECIALISMEN  
*knmg*

**Artsenfederatie KNMG**  
Koninklijke Nederlandsche  
Maatschappij tot bevordering der  
Geneeskunst  
R.A.C.L. Héman, voorzitter a.i.  
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht  
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht  
tel. 030 2823 800, [info@fed.knmg.nl](mailto:info@fed.knmg.nl)  
[knmg.nl](http://knmg.nl)



### FEDERATIEPARTNERS

**Federatie Medisch Specialisten**  
F.H.G. de Grave, algemeen voorzitter  
B.J. Heesen, directeur  
tel. 030 2823 650  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)  
[demedischspecialist.nl](http://demedischspecialist.nl)



**De Geneeskundestudent**  
C. van Woerkom, voorzitter  
tel. 030 28 23 827  
[info@degeneeskundestudent.nl](mailto:info@degeneeskundestudent.nl)  
[degeneeskundestudent.nl](http://degeneeskundestudent.nl)



**KAMG**  
Koepel Artsen Maatschappij  
en Gezondheid  
R.A.C.L. Héman, voorzitter  
R. Duzijn, directeur  
tel. 030 3033 662  
[bureau@kamg.nl](mailto:bureau@kamg.nl), [kamg.nl](http://kamg.nl)



**LAD**  
Landelijke vereniging van  
Artsen in Dienstverband  
C. Keijzer, voorzitter  
C. van den Brekel, directeur  
tel. 030 6702 702  
[bureau@lad.nl](mailto:bureau@lad.nl), [lad.nl](http://lad.nl)



**LHV**  
Landelijke Huisartsen Vereniging  
N.A. Kalsbeek, voorzitter  
P. van Rooij, algemeen directeur  
tel. 030 2823 723  
[lvh@lvh.nl](mailto:lvh@lvh.nl), [lvh.nl](http://lvh.nl)



**NVAB**  
Nederlandse Vereniging voor  
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde  
G.B.S. Penders, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 030 2040 620  
[kwakeitsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwakeitsbureau@nvab-online.nl)  
[nvab-online.nl](http://nvab-online.nl)



**NVVG**  
Nederlandse Vereniging voor  
Verzekeringsgeneeskunde  
R. Kok, voorzitter  
S. van der Burg-Vermeulen, directeur  
tel. 030 6868 764  
[secretariaat@nvvg.nl](mailto:secretariaat@nvvg.nl), [nvvg.nl](http://nvvg.nl)



**Verenso**  
Vereniging van specialisten  
ouderengeneeskunde  
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter  
F.J. Roos, directeur  
tel. 030 2823 481  
[info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl), [verenso.nl](http://verenso.nl)

