

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Supervisie, superbelangrijk.

**D**e bedrijfsarts is steeds vaker een niet gespecialiseerde basisarts, en dat gaat niet altijd goed' was de kop van een artikel in Trouw.

Mijn eerste gedachte was: een bedrijfsarts is als specialist toch nooit basisarts? Maar de strekking was anders. Er kwam een mevrouw aan het woord die twee jaar lang dacht door een bedrijfsarts begeleid te zijn, maar dat bleek een basisarts. Die had zich kennelijk al die tijd niet als basisarts bekendgemaakt, of misschien wel de verhullende term 'arbo-arts' gebruikt. Er ging ook nog wat fout in de advisering bij deze mevrouw. Met uiteindelijk een tuchtrechtelijke klacht tot gevolg, waarin ze gelijk kreeg. Rode draad van het stuk was dat arbodiensten (maar ook het UWV) veel basisartsen inzetten. En dat daar dingen misgaan. Er werd gemeld dat landelijk zo'n 600 basisartsen bij arbodiensten worden ingezet vanwege het tekort aan bedrijfsartsen. Dat klonk als een probleem. Maar is het dat ook? Zou die inzet van basisartsen niet mogen of kunnen?

Ik werk zelf bij een arbodienst. En daar werken naast bedrijfsartsen inderdaad basisartsen. Soms in opleiding, soms (nog) niet. Maar altijd onder een vorm van supervisie. Dat gaat gewoon over goede, verantwoorde zorg. In de setting waarin bedrijfsartsen werken, komen mensen meestal naar het spreekuur omdat er afspraken zijn tussen werkgever en werknemer over begeleiding bij arbeidsongeschiktheid. Daar zit een zekere onvrijwilligheid in. Je kiest niet zelf je bedrijfsarts, maar krijgt er één vanuit het contract dat je werkgever sluit. Dat is een kwetsbare setting die extra aandacht vraagt voor aspecten van goede zorg.

Natuurlijk mogen basisartsen ingezet worden binnen het werkgebied van een specialist. Ster-

ker nog, het is de basis van een professionele leeromgeving, waarin ruimte wordt geboden om nieuwe ervaring op te doen. Ervaring die iets toevoegt aan het al bereikte kennis- en bekwaamheidsniveau. Dat gebeurt binnen de bedrijfsgezondheidszorg en binnen de curatieve sector. Die inzet moet wel goed worden begeleid en ondersteund. Juist daarom werkt de NVAB op dit moment aan een standpunt Supervisie. Aanleiding is de toenemende instroom (hoera!) van jonge artsen, aiossen en aniossen in onze sector. Daarbij bestaan er voor bedrijfsartsen nogal uiteenlopende uitvoeringspraktijken en samenwerkingsconstructies. Duidelijke kaders voor supervisie zijn dan belangrijk. Het draagt bij aan het bewaken van verantwoorde zorg en aan goede opleidings- en ontwikkeltrajecten. De basis van dit (concept) standpunt is dat elke aios of anios die werkzaam is in ons vakgebied altijd onder een vorm van supervisie staat. De mate van toezicht is afhankelijk van de bekwaamheid van de gesuperviseerde arts, en wordt vastgesteld door diens supervisor. Dat toezicht kent een getrapte verloop bij het opdoen van meer kennis en ervaring. Eigenlijk allemaal volkomen logisch, maar in de praktijk niet altijd goed geregeld, blijkt uit het krantenartikel.

Instroom van nieuwe collega's is in onze sector nog steeds hard nodig. Tekorten zijn voelbaar. De instroom door opleiding heeft een aantal jaren bijna stilgestaan. Die achterstand zou maar zo opgelopen kunnen zijn tot – laten we zeggen – 600 bedrijfsartsen. Er zijn kennelijk nog 600 basisartsen werkzaam bij arbodiensten. Ik zie een oplossing. Maar dan wel met goede supervisie. Superbelangrijk!

“

GERTJAN BEENS



Er zijn kennelijk nog 600 basisartsen werkzaam bij arbodiensten



Gertjan Beens  
voorzitter NVAB



GERT VAN DIJK



‘Alles aan te grijpen... wat den blik kan afleiden van de zich samen-pakkende wolken’

**Gert van Dijk**  
ethicus bij de KNMG en  
Erasmus MC

COLUMN ETHIEK IN DE PRAKTIJK

## Beter sterven

‘Hoe sterft Nederland?’ Voor een antwoord start binnenkort een nieuw sterfgevallenonderzoek en de inmiddels vierde evaluatie van de euthanasiewet. De KNMG deed suggesties voor de onderzoeksvragen voor deze wetsevaluatie, bijvoorbeeld wat de reden en de achtergrond is van de sterke stijging van het aantal gevallen van palliatieve sedatie. Dergelijke onderzoeken geven een beeld van de laatste levensfase. Zo weten we inmiddels hoe vaak palliatieve sedatie en pijnbestrijding plaatsvinden. Maar het geeft geen antwoord op de belangrijkste vraag: was er sprake van ‘goed’ sterven? Want ‘hoe’ er wordt gestorven zegt weinig over ‘hoe goed’ dat sterven was. Stoppen met eten en drinken is niet per definitie ‘onwaardig’ en euthanasie niet per se altijd ‘waardig’.

Wat ‘goed sterven’ is, is niet in steen gehouwen. Nog in 1936 stelde de KNMG dat de arts ‘tot plicht heeft alles aan te grijpen... wat den blik kan afleiden van de zich samen-pakkende wolken’. Over sterven sprak je als arts niet, en zeker niet met de patiënt. Inmiddels is dat gelukkig veranderd en is ‘goed sterven’ een kwestie van individuele voorkeur geworden en iets waar je openlijk over kunt spreken. Dat roept binnen de geneeskunde wel een spanning op: enerzijds vinden we het belangrijk om de dood tijdig en open te bespreken, anderzijds probeert de geneeskunde de onvermijdelijke dood zo lang mogelijk op afstand te houden. Kindersterfte is grotendeels verdwenen, net als plotseling overlijden door infectieziekten, oorlog en ondervoeding.

Maar die vooruitgang heeft wel een prijs. We leven langer, maar uiteindelijk ontkomen de meeste mensen niet aan één van de zes belangrijkste doodsoorzaken: dementie, kanker, hart- en vaatziekten, beroerte, COPD en diabetes. Vrijwel alle volwassenen ontwikkelen één van deze aandoeningen en gemiddeld leven mensen nog zeven tot tien jaar voor ze er aan overlijden. Het ideaal van snel sterven na

een kerngezond leven gaat voor de meeste mensen dan ook niet op. Voordat er sprake is van de laatste levensfase is er in veel gevallen een langdurig proces van ziekte. Sterven kan jaren duren.

In een recent essay pleit filosoof Frits de Lange voor *slow dying*: beschouw het proces van ziekte, ouderdom en dood niet primair als een vijand die zo lang mogelijk moet worden bevochten, maar zie het vooral als een soms langdurige vorm van stervensbegeleiding. Die verandering van perspectief maakt vroegere inzet van palliatieve zorg mogelijk. Eerdere anticipatie op het sterven kan er ook voor zorgen dat het eenvoudiger wordt om tijdig een gesprek aan te gaan over het levenseinde. En dat kan er weer voor zorgen dat mensen vaker sterven hoe en waar ze willen. Want hoewel de meeste mensen een voorkeur hebben om thuis te sterven, gebeurt dat maar in een derde van de gevallen.

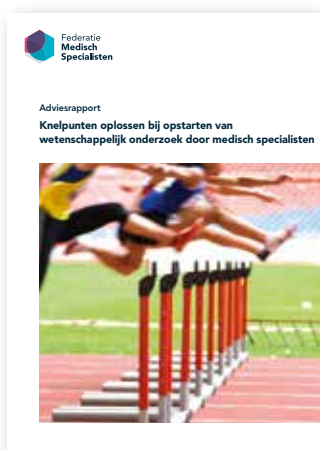
Maar is het niet fatalistisch en tegen de aard van de geneeskunde in om zo te denken? Integendeel denk ik. Eerdere palliatieve zorg laat mensen niet korter, maar vaak juist langer leven – en ook nog met een betere kwaliteit van leven. Het is dus inderdaad zoals De Lange zegt: we gaan beter dood als we langer mogen sterven. *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.

Deze column is geschreven op persoonlijke titel. Reageren kan op [knmg.nl/columns](http://knmg.nl/columns).

# Minder administratielast bij onderzoek

Het opstarten van zorgevaluatieonderzoek duurt onnodig lang. Belangrijkste oorzaken daarvoor zijn de bureaucratische landelijke en lokale toestemmingsprocedures. Dat kan en moet anders, vindt de Federatie Medisch Specialisten. In een onlangs gepubliceerd advies staat hoe de procedures efficiënter kunnen, zodat onderzoek sneller van start kan gaan en de administratielast voor onderzoekers aanmerkelijk verminderd wordt.



**P**eter Paul van Benthem, kno-arts en bestuurslid van de FMS: 'Als onderzoeker wil je gewoon vlot van start kunnen met je onderzoek, zodat de resultaten ervan snel toegepast kunnen worden in de praktijk. Maar voordat je kunt beginnen, moet het onderzoek eerst landelijk worden goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC). Daarna moet het nog lokaal worden goedgekeurd door alle zorginstellingen die deelnemen aan het onderzoek. Deze toetsing is nuttig en nodig, maar de procedures zijn bureaucratisch en stroperig. Soms duurt het daardoor meer dan een jaar voordat je kunt beginnen met een onderzoek.'

## Minder bureaucratie: hoe dan?

Om te zorgen dat onderzoek sneller van start kan gaan, wil de FMS dat de toestemmingsprocedures anders georganiseerd worden:

- **Landelijk** De FMS pleit voor een afgeslankte METC-toets voor zorgevaluatie onderzoek. Ook de toetsing aan de AVG wil de FMS graag onderbrengen bij de landelijke toetsingsronde. De ziekenhuizen geven hier nu namelijk nog elk hun eigen interpretatie aan, wat extra tijd kost en ongewenste variatie in de uitkomsten oplevert.
- **Lokaal** De lokale toetsing in de ziekenhuizen gebeurt nu overal op een andere manier en vaak wordt de landelijke toets daarbij nog eens dunnetjes overgedaan. Dit zorgt voor onnodige vertraging en administratielast. De FMS wil de lokale toestemmingsprocedure beperken tot het maken van een aantal praktische afspraken over de uitvoering van het onderzoek. Hierbij wordt gewerkt met een landelijk format, zodat toetsing overal hetzelfde gebeurt en er geen zaken dubbel of onnodig getoetst worden.

De komende tijd gaat de FMS in gesprek met alle benodigde partijen om tot werkbare oplossingen te komen. Het adviesrapport is te vinden op [demedischspecialist.nl/metc](http://demedischspecialist.nl/metc)

COLLEGE  
GENEESKUNDIGE  
SPECIALISMEN



## Nieuw Kaderbesluit CGS voor instemming naar minister

**H**et College Geneeskundige Specialismen (CGS) heeft op 13 maart 2019 het nieuwe Kaderbesluit CGS vastgesteld. Het nieuwe besluit vloeit voort uit de samenvoeging van het huidige Kaderbesluit CHVG, het Kaderbesluit CCMS en het Kaderbesluit CSG. Het voornemen van het CGS om de drie Kaderbesluiten te integreren, bestaat al sinds de samenvoeging van de drie toenmalige colleges in 2010. In de tussentijd zijn in de aanloop naar dit integrale Kaderbesluit CGS al het Besluit herregistratie specialisten en het Besluit buitenslands gediplomeerden opgesteld en in 2016 in werking getreden. Het integrale Kaderbesluit CGS is daarop nu een logisch vervolg. In dit Kader-

besluit CGS zijn de huidige Kaderbesluiten samengevoegd en is het eind 2018 gewijzigde Besluit herregistratie specialisten ingevoegd. Inhoudelijk is met name de systematiek voor erkenning van en toezicht op de opleidingsorganisaties en opleidingsprofessionals gemoderniseerd.

Het besluit is inmiddels ter instemming aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De beoogde datum van inwerkingtreding voor het besluit is 1 januari 2020.

Het besluit is te vinden op de regelgevingpagina van de website van de KNMG [knmg.nl/regelgeving](http://knmg.nl/regelgeving).

## Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

2-2019



**D**e tweede editie van Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO) staat alweer online. Deze is voor iedereen kosteloos toegankelijk via [verensotijdschrift.nl](http://verensotijdschrift.nl). In het tijdschrift leest u wat er speelt in de ouderengeneeskunde. Zo beschrijft Verenso beleidsmedewerker Corinne de Ruiter het traject dat gevolgd wordt als er tijdens de visitatie ernstige risico's voor de patiëntenzorg geconstateerd worden. Dat een specialist ouderengeneeskunde persoonlijk verantwoordelijk gehouden kan worden voor de kwaliteit van zorg, blijkt uit een opmerkelijke uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege in Groningen, die Robert Helle voor u bespreekt. Een herkenbare situatie voor ons allemaal.

Promovendus Djura Coers neemt ons mee in de onderzoeksopzet van het DALT-project met als doel het ontwikkelen van een praktische handreiking voor euthanasie bij dementie op basis van een schriftelijke wilsverklaring.

Verder bespreekt Marie-Jose Gijsberts de nieuwe richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve zorg, die op 30 september 2018 werd uitgebracht. Hoewel het onder-

werp mogelijk iets verder van de dagelijkse werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde afstaat, hebben specialisten ouderengeneeskunde hierin een rol, zo blijkt uit de bespreking.

Daarnaast besteden wij in deze editie aandacht aan meerdere promoties die de afgelopen maanden plaatsvonden. Specialist ouderengeneeskunde Leonoor van Dam van Isselt promoveerde op haar onderzoek naar geriatrische revalidatie voor ouderen met COPD. Het promotieonderzoek van psycholoog Tineke Roelofs richtte zich op intimiteit en seksualiteit bij mensen met dementie in het verpleeghuis. Naast deze grote onderzoeken is er in Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde uiteraard ook plaats voor *critically appraised topics* (CAT) die een onderdeel vormen van de opleiding. Aios ouderengeneeskunde Irene Knijn en specialist ouderengeneeskunde en kaderarts GRZ Jeannine Jaski geven met hun CAT antwoord op twee typische praktijkdilemma's uit de ouderengeneeskunde. [verenso](http://verenso.nl)

Lees deze en nog meer interessante bijdragen in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde via [verensotijdschrift.nl](http://verensotijdschrift.nl)

COLLEGE  
GENEESKUNDIGE  
SPECIALISMEN



### Jan Dirk Beugelaar nieuwe voorzitter CGS

**J**an Dirk Beugelaar is de nieuwe voorzitter van het College Geneeskundige Specialismen (CGS). Hij volgde op 7 april 2019 Fedde Scheele op, die na een lange staat van dienst is gestopt bij het CGS.

Beugelaar is huisarts in Lelystad, lid van het CGS sinds augustus 2014 en sinds april 2016 vicevoorzitter van het CGS.



Jan Dirk Beugelaar (links) en Fedde Scheele.



## Reactie KNMG op rapport Onderzoeksraad: medische gegevens uitwisselen belangrijk, afweging vaak complex

Voor de veiligheid van patiënten met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving is meer gegevensuitwisseling in de zorg nodig, zegt de Onderzoeksraad voor Veiligheid vandaag. Ook de KNMG wil dat artsen de bestaande ruimte voor het delen van medische informatie benutten. Maar de afweging van bijbehorende risico's is vaak complex.

**D**e oproep van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid staat in het 18 april verschenen rapport 'Zorg voor Veiligheid, Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening'. De raad concludeert dat de zorg gefragmenteerd is en dat betere gegevensuitwisseling zou helpen, maar dat artsen zich geremd voelen in het delen van informatie.

### Ruimte benutten

De KNMG vindt het cruciaal dat informatie gedeeld wordt als dit nodig is. KNMG-voorzitter René Héman: 'Die ruimte voor uitwisseling van patiëntgegevens is er ook. Deze is vastgelegd in diverse handreikingen over gegevensuitwisseling in samenwerkingsverbanden en in de bemoeizorg. De KNMG vindt het belangrijk dat artsen die ruimte ook benutten.'

## Je wil voorkomen dat mensen met een psychiatrische aandoening zorg gaan mijden

### Zorg mijden

Tegelijk leidt meer uitwisseling van patiëntgegevens tussen hulpverleners niet automatisch tot een veiligere samenleving. Uitwisseling van patiëntgegevens kan helpen, maar kan ook een averechts effect hebben. Héman: 'Als arts wil je het vertrouwen van de patiënt behouden. Je wil voorkomen dat mensen met een psychiatrische aandoening uit angst voor deze gegevensuitwisseling zorg gaan mijden. Ook dát kan grote veiligheidsrisico's met zich meebrengen.'

### Complexe puzzel

Dát dokters zorgvuldig afwegen of zij het beroepsgeheim moeten doorbreken, is dan ook niet voor niets. Het is voor zorgverleners in dit soort complexe situaties heel lastig in te

schatten of het delen van informatie echt nodig is om de patiënt en de omgeving te beschermen. Een complexe puzzel, waar de KNMG veel vragen over krijgt bij de Artseninfolijn en artsen in ondersteunt met bijvoorbeeld de Wegwijzer Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden en de Handreiking Gegevensuitwisseling bij bemoeizorg. *knmg*



KNMG 170 jaar

## Dokter in verandering

Jubileumcongres

5 november 2019 | NBC Nieuwegein

[knmg.nl/jubileumcongres](http://knmg.nl/jubileumcongres)

*knmg* Voorop voor  
dokter en zorg

## Gezamenlijke aanpak VWS en LHV rondom huisartsentekorten

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het ministerie van VWS hebben afgesproken samen op te trekken om bestaande en dreigende tekorten in de huisartsenzorg te bestrijden. Deze aanpak moet bijdragen aan de aantrekkelijkheid van het huisartsenvak, zodat velen voor het vak zullen blijven kiezen en met plezier kunnen uitvoeren, overal in Nederland.

**H**et plan van aanpak is een vervolgstap op het onderzoek dat LHV en VWS hebben laten uitvoeren naar de balans in de huisartsenzorg en waarvan de uitkomsten in december 2018 zijn gepubliceerd. Uit dit onderzoek bleek dat, als er niets veranderd, er in de komende jaren in heel Nederland tekorten te verwachten zijn.

In sommige regio's zijn deze tekorten al een realiteit. Op verschillende plekken worden initiatieven opgezet om voldoende huisartsen te werven en het werk goed uitvoerbaar te houden voor de zittende huisartsen.

### Landelijke aanpak

In het onderzoek werden ook regio-overstijgende oorzaken en oplossingsrichtingen gesignaleerd. Daar is dus een landelijke inzet op nodig. Over die thema's hebben LHV en

VWS afspraken gemaakt en zetten daarbij onder meer in op:

- het opleiden van meer huisartsen, het beter spreiden van de opleidingsplekken en het beter laten aansluiten van de opleiding op het werkveld;
- het verlagen van de werkdruk van de huisarts (overdag en in de avond-, nacht- en weekenduren);
- het verkennen van mogelijkheden om taken binnen de praktijk en binnen een regio anders te verdelen, door inzet van (andere vormen van) personeel, door meer samenwerking tussen praktijken en dergelijke.

Alle thema's dragen positief bij aan de aantrekkelijkheid van de huisartsenzorg, met speciale aandacht voor het praktijkhouderschap.

### Inzet LHV

Daarnaast zijn er verschillende aanvullende zaken waar de LHV zelf mee bezig is. Zoals het ondersteunen van regionale initiatieven en het adviseren van huisartsen over praktijkoverdracht en -overname. 

Het plan van aanpak en meer informatie over deze thematiek is te vinden op [lhv.nl/huisartsentekorten](http://lhv.nl/huisartsentekorten).



GETTY IMAGES

**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](mailto:info@fed.knmg.nl)  
[knmg.nl](http://knmg.nl)



### FEDERATIEPARTNERS

**Federatie Medisch Specialisten**  
M.C.G. Daniëls, algemeen voorzitter  
B.J. Heesen, directeur  
tel. 088 505 3434  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)  
[demedischspecialist.nl](http://demedischspecialist.nl)



**De Geneeskundestudent**  
A. Abdelmoumen, voorzitter  
tel. 088 440 4216  
[info@degeneeskundestudent.nl](mailto:info@degeneeskundestudent.nl)  
[degeneeskundestudent.nl](http://degeneeskundestudent.nl)



**KAMG**  
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid  
E. Buiting, voorzitter  
C.T.J. Derijck, directeur a.i.  
tel. 030 303 3662  
[bureau@kamg.nl](mailto:bureau@kamg.nl), [kamg.nl](http://kamg.nl)



**LAD**  
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband  
S.J. Booij, voorzitter  
C. van den Brekel, directeur  
tel. 088 134 4100  
[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. 085 048 0000  
[lhv@lhv.nl](mailto:lhv@lhv.nl), [lhv.nl](http://lhv.nl)



**NVAB**  
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde  
J.G.F. Beens, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 030 204 0620  
[kwalietsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwalietsbureau@nvab-online.nl)  
[nvab-online.nl](http://nvab-online.nl)



**NVVG**  
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde  
R. Kok, voorzitter  
M. van Bork, directeur  
tel. 030 686 8764  
[secretariaat@nvvg.nl](mailto:secretariaat@nvvg.nl), [nvvg.nl](http://nvvg.nl)



**Verenso**  
Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde  
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter  
N. Hauet, directeur  
tel. 030 227 1910  
[info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl), [verenso.nl](http://verenso.nl)

