

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Dakloos en zwanger

**Z**e was 24 en 24 weken zwanger toen de verloskundige me belde voor advies. De verloskundige maakte zich zorgen en wilde overleggen wat ze nog kon doen. De vrouw over wie het ging was dakloos, sprak weinig Nederlands en was een paar jaren geleden uit Somalië gevlucht. Ze had de asielzoekerprocedure doorlopen en een huis gekregen ergens in de polders van Rivierenland. Foute 'vrienden' hadden op haar zolder een wietplantage ingericht. Nadat de woningbouwvereniging erachter kwam, is ze op straat gezet. Via kwam ze bij een verloskundige in Den Bosch terecht. Zonder huis, zonder geld, zonder hulp. En hulp was ook niet eenvoudig te regelen. Want volgens het sociale wijkteam hoorde ze niet in Den Bosch en naar haar oude woonplaats wilde ze uit schaamte niet terug. Maar uiteindelijk was er geen keus en heeft het sociale wijkteam aldaar haar weer onder hun hoede genomen. Maar ik ben niet gerust op haar toekomst en die van haar kind.

Dakloos zijn is ongelofelijk ongezond. Door de gevaarlijke omstandigheden op straat, risicogedrag en vele drempels voor toegang tot zorg sterven daklozen veel eerder dan mensen die wel een woning hebben.

Hoe ellendig moet de Somalische moeder zich gevoeld hebben, toen alles wat ze hier net in Nederland had opgebouwd voor haar ogen verdween, tegelijk met een hoopvolle toekomst voor haarzelf en haar kind? En dan stapelt de stress zich op, via een zwerftocht door een labyrint van hulpverleners, loketten en formulieren. Van woningbouw naar dagopvang naar vrouwenopvang, van verloskundige en Veilig Thuis naar het sociale wijkteam. Chronisch hoge stress maakt deze vrouw en haar kind nog kwetsbaarder dan ze altijd al waren.

Ik gun haar en alle andere daklozen in Nederland betere opvang met eerdere en betere sociaal-

medische zorg om hen stabiliteit en veiligheid te bieden. Maar de maatschappelijke opvang en de sociaal-medische zorg voor daklozen is overal in Nederland anders georganiseerd. Het is de vraag of een vrouw die dakloos wordt in Rivierenland of Leeuwarden, dezelfde overlevingskansen heeft als in Den Bosch, Vlissingen of Rotterdam. Er zijn gelukkig mooie voorbeelden te vinden van actieve straatdokters en verpleegkundigen.<sup>1</sup> Maar in iedere gemeente is de beschikbaarheid hiervan anders geregeld. Wat zou het mooi zijn als wij hier als beschaafd land structuur in zouden aanbrengen.

Maar nog mooier zou het zijn als we meer en effectiever investeren in het voorkómen van problemen, door mensen niet dakloos te laten worden. Er zijn programma's om ellende op de langere termijn te voorkomen. Ik denk aan programma's van de jeugdgezondheidszorg zoals Voorzorg en Stevig Ouderschap om jonge ouders te helpen hun kinderen niet zo te beschadigen als zijzelf soms beschadigd zijn. Aan de wijk-GGD'ers in Vught die verwarde mensen helpen om verdere ellende, overlast en dakloosheid te voorkomen. Ik denk aan het anti-conceptieprogramma 'Nu niet zwanger' in Tilburg, Rotterdam en Nijmegen, om te voorkomen dat kwetsbare vrouwen (ongewenst) zwanger worden. Wat zou ik dat laatste programma graag kunnen aanbieden aan deze Somalische vrouw. Want haar kind gaat geboren worden in moeilijke omstandigheden, maar misschien kunnen we een tweede nog even uitstellen. Tot ze weer een huis heeft bijvoorbeeld. Dat helpt enorm, voor haar gezondheid en die van haar kinderen.

De voetnoot vindt u bij deze column op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl)



ELISE BUITING



Haar kind gaat geboren worden in moeilijke omstandigheden



Elise Buiting  
arts M&G, voorzitter KAMG

“  
RENÉ HÉMAN



Zeker in de medische wereld moet iedereen zich veilig voelen

René Héman, voorzitter artsenfederatie KNMG

COLUMN

## Ook 'foute grappen' kunnen niet. Nooit.

**D**e discussie over #MeToo heeft in de samenleving veel losgemaakt. En nu heeft Medisch Contact onderzocht hoe het staat met seksueel grensoverschrijdend gedrag in onze werkomgeving. In dit nummer staan de resultaten – en die liegen er niet om. 1028 studenten, coassistenten en artsen – 29 procent van de respondenten – geven aan dat zij minstens eenmaal een seksueel grensoverschrijdende situatie hebben meegemaakt. Variërend van een foute grap tot handtastelijkheden, meestal ten koste van een (vrouwelijke) student of coassistent. Voor mij is glashelder: dit mag en kan absoluut niet. Nul is de norm. Het kan nooit, het kan nergens, het kan op geen enkele manier.

Natuurlijk: in elke werkomgeving geldt dat iedereen zich veilig moet voelen. Maar in de medische wereld geldt dat nog wel meer dan elders. De relaties in onze werksituatie zijn immers uiterst kwetsbaar. Artsen in opleiding zijn afhankelijk van hun opleider, jonge artsen van de senioren en patiënten van de arts. En waar de afhankelijkheid zo groot is, moet je nóg zorgvuldiger met elkaar omgaan dan normaal. Seksueel grensoverschrijdend gedrag is daarbij onaanvaardbaar. En waar uit de enquête bleek dat het ook patiënten (of hun familieleden) zijn die zich schuldig maken aan dit soort laakbaar gedrag, dan is het aan de artsen om hen daarop aan te spreken en vooral om zelf het goede voorbeeld te geven.

Daarom is het goed dat ook binnen de gezondheidszorg hier veel aandacht voor is, zodat we er een eind aan kunnen maken. De bouwstenen daarvoor hebben we al. Twee jaar geleden heeft de KNMG het basisdocument Optimaal functioneren opgesteld. Dat document zegt: we spreken elkaar aan op ons functioneren. We spreken een collega die zich niet volgens de normen gedraagt erop aan en staan ook zelf

volledig open voor kritiek. En dat geldt dus ook als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Aanspreken moet. Al is het maar omdat collega's zich vaak niet bewust lijken van het feit dat hun gedrag aanstootgevend was. Ze maken maar een grapje. Ze wilden juist een compliment maken. Dat kan best zo zijn. Maar als ook maar één student of (jonge) arts zich door iemands gedrag ongemakkelijk voelt, dan is het zaak excuus te maken en te zorgen dat het nooit meer gebeurt. En wie twijfelt moet zich maar bedenken: zou ik die grap ook maken als mijn dochter erbij was? Dat is meestal wel een goede indicatie.

We spreken elkaar dus aan op ons gedrag. En als dat lastig is, dan roepen we de hulp in van de vertrouwenspersoon. Het was een opmerkelijke uitkomst van de enquête dat vrijwel niemand van de collega's die een slechte ervaring had gehad, de vertrouwenspersoon had ingeschakeld. Misschien is het een goed idee om het bestaan van de vertrouwenspersoon nog eens extra onder de aandacht te brengen.

Alleen als we bereid zijn elkaar werkelijk aan te spreken op verkeerd gedrag – al dan niet geholpen door de vertrouwenspersoon – én de cultuur creëren om aangesproken te worden, kunnen we ertoe bijdragen dat de medische omgeving een veilige plek is om te leren en te werken. *knmg*

Deze column is geschreven op persoonlijke titel.

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

SAVE THE DATE - KAMG-CONGRES - 14 DECEMBER

# Public health: als ik bedoel wat u begrijpt

Effectief communiceren over publieke gezondheid

Public-health-artsen hebben één ding gemeen: hun specialistische kennis over gezondheid is waardevol voor het publiek. Hoe zorgen zij ervoor dat die waarde volledig tot zijn recht komt? Op het KAMG-congres 2018 hoor, zie en krijg je praktische handreikingen en voorbeelden om in jouw praktijk te gebruiken, zodat ook jouw expertise de juiste weg vindt.

## Waar gaat het over?

Effectief kennis overbrengen is lastig, zenden alleen is zeker niet genoeg en in deze tijd van dialoog en innovatie rondt ineffectief. We leven in een platte netwerksamenleving waarin iedereen vrije toegang heeft tot enorme hoeveelheden informatie van allerlei bronnen, betrouwbare en onbetrouwbare. Wie de aandacht wil vangen, kan het best vanaf het begin samenwerken met wat in marketingtermen 'eindgebruikers' heet. Ouders, mensen met een burn-out, verzekerden, reizigers, uitvallers in het onderwijs, blowende of zuipende tieners om er een paar te noemen. Wat vinden zij zelf belangrijk? Waar zien zij waarde? En wie is uw eindgebruiker?

## Wat kun je verwachten?

Op het KAMG-congres 2018 hoor je als public-health-arts van zwaargewichten als secretaris-generaal van VWS Erik Gerritsen, leidend bestuurskundige Paul 't Hart, participatie-expert prof. Christine Dedding en entrepreNURSE Shawna Butler (VS) meer over theorie en praktijk van effectief communiceren. Je neemt deel aan twee workshops waarin je praktische tools krijgt en zelf aan de slag gaat. Het KAMG-bestuur presenteert actuele ontwikkelingen en inzichten. Natuurlijk is er tevens ruim de tijd om elkaar te ontmoeten en ideeën uit te wisselen. 



GETTY IMAGES

# Duurzame en betaalbare zorg: graag één akkoord tot 2040

We staan aan het begin van een belangrijke transitie in de zorg. Qua omvang en inspanning vergelijkbaar met de energietransitie. De urgentie is groot: in de komende twintig jaar neemt het aantal 65-plussers toe naar 26 procent, waarbij het aantal 80-plussers stijgt tot 2 miljoen.

**M**eer dan de helft van de volwassenen heeft in 2040 een of meer chronische aandoeningen, terwijl ons gefragmenteerde zorgsysteem vaak nog is ingericht op patiënten met één aandoening. Tel daarbij op: een snel toenemend tekort aan medisch en verplegend personeel. Er zijn ruim 100 duizend mensen extra nodig tot 2020. Gelukkig kennen we ook al oplossingen, maar daarvoor moeten we dan wel bereid zijn om duurzaam te investeren in plannen die verder gaan dan één regeerperiode.

### Hoofdlijnenakkoord

Het kabinet is deze maanden in gesprek met de zorgsector over het sluiten van akkoorden. Maandag werd het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg ondertekend door minister Bruins en de onderhandelende partijen. Ook voor de wijkverpleging ligt er inmiddels een akkoord. Dat is mooi. Zulke akkoorden zorgen meestal voor een paar jaar rust. Maar zijn ze voldoende om de toekomst met een gerust hart tegemoet te zien? Wij denken van niet.

De akkoorden bestrijken slechts een periode van vier jaar, inclusief hieraan gekoppelde financiering. Ze worden per sector gesloten en van investeringen in de overkoepelende langeter-

mijnaanpak wordt nog nauwelijks tot niet gerept.

Wij kiezen niet de horizon van 2022, maar van 2040. Niet alleen omdat bij alle veranderingen echt een visie op de lange termijn nodig is, maar ook omdat we al vlug moeten beginnen met hervorming van de opleidingen. Een dergelijke periode is nodig om in 2040 voldoende artsen en verpleegkundigen te hebben die vanuit de nieuwe manier van denken over de zorg (samen-)werken.

### Preventie

Hoe die zorg er in 2040 uitziet, is in grote lijnen wel te schetsen. Zorgverleners richten zich meer dan voorheen ook op preventie, met focus op gezondheid en gedrag en op basis van inzicht in gezondheidskenmerken van populaties in wijken en buurten. Big data helpen nieuwe interventies te ontwikkelen en eerder in te zetten.

Ook in de werkomgeving is meer aandacht voor preventie. Nederlanders werken in 2040 immers langer door. Dat vraagt om een gezond arbeidsklimaat en een werkomgeving die gericht is op behoud van vitaliteit. Mantelzorg zal meer aandacht vragen, al is het maar omdat het tekort aan beroepskrachten in de zorg zal toenemen. Daarnaast worden robots en e-health een normaal verschijnsel.

### Zelfmanagement

De relatie tussen zorgverlener en patiënt zal door deze ontwikkelingen sterk veranderen. Zelfmanagement wordt belangrijker; zorgverlener en patiënt beslissen samen over gezondheids- en behandeldoelen – natuurlijk met extra ondersteuning waar de patiënt en zijn omgeving die verantwoordelijkheid niet aan kunnen. Informatietechnologie maakt het mogelijk gegevens efficiënt en veilig uit te wisselen tussen patiënt en zorgaanbieders. Niet de organisatie, maar de patiënt en zijn of haar reis door de zorg staan centraal. Professionals volgen de patiënt in zijn proces op het juiste moment op de juiste plek. Mede door de toename van het aantal chronisch zieken en van patiënten met meer dan één aandoening wordt multidisciplinair samenwerken regel in plaats van uitzondering. Dat samenwerken gebeurt steeds meer buiten de muren van ziekenhuis of zorginstelling. Dat vraagt vertrouwen in elkaar en het radicaal stoppen met de tijdrovende schijnzekerheid van afvinklijstjes. Leidend worden de op persoonsniveau gerichte

De relatie tussen  
zorgverlener en patiënt  
zal sterk veranderen

zorginformatiesystemen die niet de productie, maar kwaliteit en uitkomsten van de verleende zorg inzichtelijk maken.

### De mens centraal

Ook het rapport 'De juiste zorg op de juiste plek' is gebaseerd op dit beeld. Kernpunten: de mens centraal, meer regie op de eigen gezondheid, een centrale rol voor multifunctionele wijkteams, met zorgprofessionals die zorg bieden in de nabijheid van cliënt of patiënt, zonder hinder van financiële schotten in het systeem. Een visionaire blik op de toekomst van de zorg. Het komt er nu op aan om deze visie te vertalen in een Zorgagenda 2040. Daarvoor is een substantiële meerjareninvestering nodig voor innovatie- en frictiekosten, vergelijkbaar met de wijze waarop Nederland investeert in de energietransitie. Want als we op dezelfde voet doorgaan, loopt het huidige systeem snel vast.

### Integraal zorgakkoord

Daarom roepen wij, artsen en verpleegkundigen, de bewindslieden van VWS op om over de eigen schaduw heen te stappen en voorbereidingen te treffen die bewerkstelligen dat we in de volgende kabinetsperiode geen deel-zorgakkoorden meer sluiten, maar één integraal zorgakkoord, dat de Zorgagenda 2040 faciliteert en de barrières slecht die nu nog de juiste zorg op de juiste plek belemmeren. Net als de energietransitie is de zorgtransitie een enorme operatie. Maar als we willen, kunnen we het met z'n allen aan. *knm§*

Henk Bakker en René Héman  
voorzitters V&VN en KNMG

Dit opinieartikel verscheen op 4 juni op Skipr.nl.  
Een link hiernaar vindt u op onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl)



Federatie  
Medisch  
Specialisten

## INSPIRATIESESSIE PLATFORM INNOVATIE

dinsdag 3 juli, 16.00 – 20.00 uur (incl. buffet)

Succesvolle innovaties maken uw werk als medisch specialist vaak makkelijker, leuker en beter. Hoe dan ook hebben ze grote impact. Daarom organiseert de Federatie Medisch Specialisten voor de tweede keer een inspiratiesessie. Kom luisteren, kennis uitwisselen, discussiëren, of.... pitch uw eigen innovatie!

### PITCH UW INNOVATIE!

Wat kunnen we leren van de praktijk? Medisch specialisten pitchen een innovatie waar zij zelf bij betrokken zijn geweest.

### GASTSPREKERS

- **Niels Chavannes**, hoogleraar Huisartsgeneeskunde bij de afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC. Hij is initiatiefnemer van NeLL, het National e-health Living Lab.
- **Erik Jan van Lieshout**, internist in het AMC, is initiatiefnemer van het Platform Innovatie van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).



### MEER INFORMATIE EN AANMELDEN:

De bijeenkomst is bedoeld voor medisch specialisten. Meer informatie over het programma: [www.demedischspecialist.nl/platforminnovatie](http://www.demedischspecialist.nl/platforminnovatie).

Aanmelden via: [raadw&i@demedischspecialist.nl](mailto:raadw&i@demedischspecialist.nl)

## KNMG-richtlijnen aangepast aan AVG

Vanaf 25 mei is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van kracht. Enkele KNMG-richtlijnen zijn aangepast aan deze aangescherpte privacyregels.

**D**e nieuwe privacywet legt met name aan organisaties nieuwe verplichtingen op. Voor individuele artsen verandert deze wet weinig met betrekking tot het omgaan met medische gegevens. Dat komt onder andere doordat bestaande wetgeving, zoals de Wgbo, Wet BIG, Wkkgz, Zorgverzekeringswet, Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de regels omtrent het medisch beroepsgeheim gewoon blijven bestaan.

### DE KNMG HEEFT DE VOLGENDE RICHTLIJNEN Aangepast aan de AVG:

- Handreiking Beroepsgeheim Politie/justitie (2012)
- KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens (2016)

Daarin zijn met name de verwijzingen naar de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbpg) vervangen door verwijzingen naar corresponderende of nieuwe bepalingen uit de AVG. De KNMG werkt op dit moment aan de (algemene) actualisatie van diverse richtlijnen en past deze waar nodig uiteraard ook aan de AVG aan.

### gebruik van gmail en hotmail

Recentelijk verschenen berichten in de media over het gebruik van onveilige e-mailservices door artsen. In de richtlijn Omgaan met medische gegevens adviseert de KNMG nadrukkelijk om medische gegevens alleen versleuteld per e-mail te versturen. De AVG verandert niets aan dit advies rondom het gebruik van

e-mail in de zorg, niet tussen artsen onderling en niet tussen artsen en patiënten. E-mailservices als Gmail en Hotmail/Outlook zijn in beginsel niet geschikt voor het versturen van medische informatie. U dient minimaal de persoonsgegevens in een e-mailbijlage actief te versleutelen of gebruik te maken van versleutelde communicatie om uw wettelijke beveiligingsplicht uit de AVG na te leven.

### achtergrondinformatie over de AVG

De AVG versterkt de zeggenschap van mensen over hun persoonsgegevens en legt een nadruk op verantwoording: organisaties moeten kunnen aantonen dat zij zich aan de wet houden. Overtredingen van de AVG kunnen tot hoge boetes leiden. Bij het toezicht op de naleving van de nieuwe regels legt de nationale toezichthouder Autoriteit Persoonsgegevens (AP) de focus op de naleving van de verantwoordingsplicht van organisaties, de beveiliging van medische gegevens en de handel in persoonsgegevens. Ook controleert de AP of de zorginstellingen die hiertoe verplicht zijn, waaronder ziekenhuizen die op grote schaal medische gegevens verwerken, een functionaris voor gegevensbescherming (FG) hebben aangesteld. De AVG geldt voor alle maatschappelijke sectoren, dus ook voor de zorg. Deze regels vervangen de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbpg), die op 25 mei is ingetrokken. Tegelijk met de AVG is ook de Uitvoeringswet AVG in werking getreden. *knmg*

**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**  
W. Bontje, 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. 088 134 4100  
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  
J.G.F. Beens, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 030 204 0620  
kwaliteitsbureau@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  
C.K. Koerhuis, directeur a.i.  
tel. 030 227 1910  
info@verenso.nl, verenso.nl

