

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Raad Wetenschap van start

De eerste landelijke DNA-databank voor kankerpatiënten kwam onlangs in het nieuws. En dat is mooi nieuws, want hierin worden gegevens van kankerpatiënten uit heel Nederland verzameld in één nationale databank. De gegevens worden geanonimiseerd en beschikbaar gesteld voor onderzoek om de behandeling van kanker te verbeteren. Artsen en ziekenhuizen die aangesloten zijn bij het initiatief kunnen de gegevens gebruiken voor kankeronderzoek. Mooi nieuws, maar helaas ontbreekt een structurele financiering. Een lacune: want alleen op basis van een structureel gefinancierde onderzoeksinfrastructuur kunnen nieuwe beloften in de geneeskunde, zoals *personalized medicine* (behandeling gebaseerd op unieke kenmerken van de patiënt) worden waargemaakt.

En daar zie ik een belangrijke taak voor de kersverse Raad Wetenschap & Innovatie. Op 19 januari was het namelijk zover: 30 medisch specialisten, afgevaardigden van de wetenschappelijke verenigingen, kwamen in de Domus Medica in Utrecht bij elkaar voor de eerste raadsvergadering.

Vanaf nu is ook wetenschap verankerd in de Federatie Medisch Specialisten, naast de al drie bestaande pijlers opleiding, kwaliteit en beroepsbelangen.

Waarom een Raad Wetenschap & Innovatie? Nederland neemt op het gebied van klinische studies een vooraanstaande positie in op allerlei internationale lijstjes. Deze positie danken we vooral aan de goede samenwerking op het niveau van dokters, tussen specialisten uit umc's en algemene ziekenhuizen. Wat kan dan toch nog beter?

Uit de gesprekken met de wetenschappelijke verenigingen en andere relevante organisaties blijken dokters last te hebben van verdeeld-

heid en complexiteit in organisatie, regelgeving en financiering van onderzoek. Voor een Raad Wetenschap & Innovatie is het entameren van samenwerking daarom een belangrijk thema; samenwerking tussen de verschillende wetenschappelijke verenigingen, tussen academische en algemene ziekenhuizen en samenwerking op alle niveaus: van de werkvloer tot aan het bestuur. Hierdoor zijn genoemde partijen op de hoogte van elkaars agenda, kunnen zij van elkaar leren, en ontstaat meer synergie om onderzoeksdoelen te realiseren.

Ook in de versnipperde wereld van registraties en databanken kan de raad een rol spelen in het belang van de medisch specialist en de patiëntenzorg. Door meer structurele samenwerking kan wetenschappelijk onderzoek beter afgestemd worden: zo kunnen we bijvoorbeeld in kortere tijd meer patiënten includeren voor onderzoek. Met als doel: betere zorg voor de patiënt.

Wetenschap raakt ook aan innovatieve zorg. Maar bestaande regelgeving schiet bij nieuwe technologie vaak te kort en gebruikers, waaronder patiënten, zijn daarmee onvoldoende beschermd. De stormachtige ontwikkeling van medische innovaties vraagt om het oordeel over waarde en toepasbaarheid van een inhoudelijk deskundige, waaronder de medisch specialist. Binnenkort wordt de voorzitter van de Raad Wetenschap & Innovatie gekozen. Deze zal net als de voorzitters van de andere raden deel uitmaken van het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten.

Terugkomend op de eerste raadsbijeenkomst: hier brainstormden de afgevaardigden over hun ambities op het gebied van de verankering van wetenschappelijk onderzoek. Hun enthousiasme staat garant voor een unieke samenwerking in het belang van wetenschappelijk onderzoek.

“

HAN LAMÉRIS



Door samenwerking
betere zorg
voor de
patiënt



Han Laméris
kwartiermaker
Raad Wetenschap & Innovatie
Federatie Medisch Specialisten

Commissie-Schnabel:

Euthanasiewet biedt voldoende ruimte bij voltooid leven

Het verruimen van juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding is onwenselijk, stelt de adviescommissie Voltooid leven onder leiding van Paul Schnabel in haar rapport. De euthanasiewet biedt bij voltooid leven voldoende ruimte, waarbij de commissie meeneemt dat ook een stapeling van ouderdomsklachten oorzaak van ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan zijn. Dit is in lijn met het KNMG-standpunt. De KNMG spreekt met de achterban over de dilemma's die in de praktijk voor patiënten en artsen bestaan.



Rapport Schnabel in het kort

De adviescommissie heeft op verzoek van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn & Sport en van Veiligheid & Justitie een breed advies uitgebracht over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma's rond hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Verruiming van de euthanasiewet is wat de commissie betreft onwenselijk. Veel van de mensen met een 'voltooid leven'-wens (ook wel aangeduid met lijden aan het leven of

'klaar met leven') hebben een opeenstapeling van ouderdomsklachten met een medische grondslag die zorgt voor ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Zij vallen binnen de criteria van de euthanasiewet. De commissie sluit hierbij aan bij het standpunt van de KNMG 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde'. Voor de zeer kleine groep mensen met een actuele doodswens zonder dat er een medische grondslag is, ziet de commissie geen aanleiding de wet te wijzigen.

Betrokkenheid arts is nodig

De commissie-Schnabel hecht aan de betrokkenheid van artsen. Omdat het een vraagstuk van leven en dood betreft, is het voor de veiligheid en zorgvuldigheid van de procedure belangrijk dat een arts betrokken is bij de beoordeling of er is voldaan aan de zorgvuldigheidscriteria van de wet, aldus de commissie. Dit maakt de euthanasiepraktijk ook transparant en toetsbaar.

Belangrijke markering

KNMG-voorzitter Rutger Jan van der Gaag: 'Dit rapport is een belangrijke markering in de discussie over voltooid leven. Tegelijk realiseren we ons dat dilemma's voor patiënten en artsen rond voltooid leven en hulp bij zelfdoding blijven bestaan, net als de maatschappelijke discussie over het zelfbeschikkingsrecht en de vraag hoe we als samenleving kunnen voorkomen dat mensen hun leven 'voltooid' achten. Artsen moeten in toenemende mate overwegen hoe om te gaan met mensen die hun leven voltooid achten. Hoe kunnen zij deze patiënten het beste ondersteunen? Wat veroorzaakt het lijden? Zijn er andere passende interventies dan euthanasie?'

Dialogoog met artsen over rapport Schnabel

De KNMG wil artsen hier zo goed mogelijk bij ondersteunen. Van der Gaag: 'Wij gaan de komende maanden met onze achterban in gesprek over dit rapport. Hoe staan artsen hierin? Waar lopen zij tegenaan? Hoe ga je om met toenemende druk van patiënten? Wat hebben artsen nodig aan ondersteuning bij de afweging, bij de consultatie?' [knmg](#)

Bijeenkomst pensioenaftopping GGZ

Onlangs hebben de Federatie Medisch Specialisten en de LAD met GGZ Nederland een overleg gehad over de pensioenaftopping. Dat gesprek verliep weinig hoopvol: volgens GGZ Nederland is er geen juridische en financiële basis om over compensatie te onderhandelen. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de LAD bestrijden dat en willen het juridische en financiële plaatje de komende weken volledig in kaart brengen. Ondertussen is het belangrijk dat lokaal de druk wordt opgevoerd. Op woensdagavond 9 maart organiseren de FMS en de LAD een grote landelijke bijeenkomst in de Domus Medica in Utrecht om daarvoor handvatten aan te reiken.

Goed pensioen

Volgens GGZ Nederland is compensatie van de pensioenaftopping juridisch en financieel onhaalbaar. Echter, in andere sectoren (umc's, gehandicaptenzorg en bedrijfsartsen) hebben de FMS en de LAD de compensatie zonder haken en ogen kunnen regelen. De LAD en de FMS vinden dat het werkgeversdeel terug moet naar de werknemer, omdat werknemers en werkgevers hebben afgesproken samen bij te dragen aan een goed pensioen. Werkgevers kunnen die afspraak niet zomaar eenzijdig wijzigen.

Voorbeeld

Wat betekent dit nu concreet? Een rekenvoorbeeld: Bianca is een psychiater van 45 jaar en zit in trede 6. Haar jaarsalaris bedraagt nu ca. 117.000 euro bruto. Ervan uitgaande dat ze nog tot haar 70ste moet werken, bedraagt haar gemiddelde jaarsalaris over de 25 jaar tot ze met pensioen gaat ca. 132.000 euro. Omdat ze wordt afgetopt, mist ze jaarlijks pensioenopbouw over 32.000 euro. De werkgever zou daar tot voor kort 11,75% premie over hebben betaald, dus over 25 jaar mist ze $11,75\% \times 32.000 \times 25 =$ ruim 94.000 euro bruto aan niet-ingelegde gelden pensioenpremie.

Druk opvoeren

Op 9 maart vindt de bijeenkomst plaats in de Domus Medica in Utrecht (Mercatorlaan 1200) tussen 19.00 tot 21.00 uur. In de tussentijd is het belangrijk dat de druk in de ggz-instelling wordt opgevoerd bij de raad van bestuur. Immers, zij vormen samen met andere raden van bestuur GGZ Nederland. De LAD en FMS roepen op om het onderwerp pensioenaftopping bij de raad van bestuur te agenderen. Daarvoor zijn voorbeeldbrieven gemaakt, die te vinden zijn op de website van de FMS en de LAD. Meer informatie en aanmelden: demedischspecialist.nl en lad.nl.  

Erkenning specialistendiploma's buitenland: aanvullende eisen

Erkenning van een in het buitenland behaald diploma betekent niet langer dat een specialist automatisch in het specialistenregister wordt ingeschreven. Dit volgt uit de nieuwe regels die de RGS heeft vastgesteld voor artsen die in het buitenland een specialistendiploma hebben behaald en in Nederland erkenning en registratie als specialist aanvragen.

Eerder kon een arts waarvan het specialistendiploma door de RGS werd erkend, zonder specifieke registratie-eisen

worden ingeschreven in het betreffende specialistenregister. Met ingang van 18 januari 2016 gelden aanvullende eisen voor registratie. In de nieuwe situatie moet de arts kunnen aantonen dat hij zijn specialisme in voldoende mate heeft uitgeoefend, dat hij in voldoende mate heeft deelgenomen aan bij- en nascholing en dat hij de Nederlandse taal in voldoende mate beheerst om in aanmerking te kunnen komen voor registratie.

Deze regels zijn neergelegd in het Besluit buitenslands gediplomeerden van het

College Geneeskundige Specialismen (CGS). De uitvoeringsregels die de RGS heeft vastgesteld zijn opgenomen in de Beleidsregels buitenslands gediplomeerden. knmg.nl

Meer informatie knmg.nl/rgs



Invulling herregistratie-eisen basisartsen bekend

Veel promovendi, profielartsen en medisch adviseurs zijn geholpen met de onlangs gepubliceerde herregistratie-eisen voor artsen in het BIG-register. Met de publicatie van het beoordelingskader is duidelijk welke werkzaamheden kunnen meetellen bij de herregistratie als basisarts.

Sinds 1 januari 2012 geldt voor iedere arts de verplichting om zich na een termijn van vijf jaren te herregistreren in het BIG-register. In overleg met de KNMG heeft de minister onlangs de verplichting tot herregistratie met een jaar (t/m 31 december 2017) uitgesteld. De KNMG heeft de afgelopen jaren diverse overleggen gevoerd met het ministerie om de eisen te verhelderen. De uitkomsten daarvan zijn in het beoordelingskader voor artsen opgenomen.

Medisch adviseurs

In het Beoordelingskader is bepaald dat werkzaamheden van medisch adviseurs kunnen meetellen als deze werkzaamheden ertoe dienen de gezondheid van een individu te bevorderen, te bewaken of te beoordelen. Bij een beoordeling van de gezondheid moet het gaan om een eigenstandig en onafhankelijk medisch oordeel over de gezondheid van een individu, ongeacht het doel van die beoordeling. Dit betekent onder meer dat het adviseren over de mogelijkheden van behandelingen in het kader van letselschade of arbeidsongeschiktheid, het adviseren over indicaties, advisering over het recht op voorzieningen en het adviseren over rijgeschiktheid kunnen meetellen als werkervaring voor herregistratie.

Profielartsen

Artsen die in een KNMG-profielregister staan ingeschreven moeten, anders dan specialisten, ook een herregistratieverzoek voor het BIG-register indienen. De KNMG heeft zich de afgelopen jaren ingezet om aan deze dubbele registratie een praktische invulling te geven. In het beoordelingskader is nu bepaald dat het bewijs van inschrijving in een KNMG-profielregister als basis voor herregistratie in het BIG-register kan dienen.

Promotieonderzoek

Artsen die promoveren op een onderzoek dat is gerelateerd aan het beroepsprofiel mogen hun werkzaamheden meetellen voor

herregistratie. Na overleg met betrokken partijen (waaronder de KNMG) heeft de minister besloten deze werkzaamheden aan te merken als gelijkgestelde werkzaamheden.

Preventieve gezondheidszorg

De werkzaamheden op het gebied van gezondheidspreventie kunnen worden meegeteld indien het gaat om het bewaken, bevorderen of het behoeden voor verslechtering van de gezondheidstoestand van individuele personen of als deze werkzaamheden weerslag hebben op de individuele gezondheidszorg.

Andere werkzaamheden

Het beoordelingskader beschrijft verschillende andere werkzaamheden waarbij wordt aangegeven of ze kunnen meetellen voor herregistratie. Het gaat om onder meer de werkzaamheden van vertrouwensartsen, artsen die werken met patiëntmateriaal, docenten, cosmetische ingrepen, artsen werkzaam als achterwacht voor ambulanceverpleegkundigen, artsen werkzaam bij een alarmcentrale en artsen werkzaam in de farmaceutische geneeskunde.

Werkzaamheden die volgens het beoordelingskader niet kunnen meetellen zijn:

werkzaamheden van toezichthouders, opleiders en examinatoren van een EHBO-cursus en epidemiologen. Ook tellen bepaalde werkzaamheden van medisch adviseurs niet mee. Hierbij gaat het om advisering op het gebied van beleid, het verrichten van managementtaken en het verzorgen van interne scholing.

Scholingseisen herregistratie basisartsen

In het komende jaar zal er meer duidelijkheid komen over de scholingseisen waar basisartsen aan moeten voldoen die niet aan de werkervaringseis voldoen. [*knmg*](#)

Meer informatie en achtergronden vindt u op de KNMG-site bij Herregistratie BIG-register.

ethisch dilemma

Ethische dilemma's: ze zijn niet weg te denken uit de zorg. In de nieuwe KNMG-serie Ethische dilemma's bespreekt KNMG-ethicus Gert van Dijk deze en nodigt u uit mee te discussiëren.

Moet een hulpverlener een niet-reanimeerverklaring altijd respecteren?

Een patiënt draagt een niet-reanimatiepenning omdat hij 'niet als een kasplantje wil eindigen'. Maar wat te doen als hij zich verslikt in een druif en een circulatiestilstand krijgt?

Gert van Dijk
ethicus bij de KNMG en het Erasmus MC



'Niet-reanimatiepenning bijna fataal voor 86-jarige man' schreven de kranten onlangs. De man kwam met een darmbloeding op de SEH. Daar werd zijn NR-penning opgemerkt, gevolgd door de uitroep: 'Niet reanimeren beleid!' Hij was erg geschrokken, want voor zijn bloeding wilde hij wel geholpen worden. Gelukkig was hij helder genoeg om aan te geven dat hij echt niet dood wilde. Achteraf zei hij:

'Wat ik bedoel met niet reanimeren is dat als ik op straat dood lig te gaan, ze me niet terug hoeven te brengen. Ik wil niet als een kasplantje verder leven.' De NR-penning ligt inmiddels weer in de la. Even los van het feit dat hier een niet-behandelbeleid en een niet-reanimatiebeleid werden verward, roept deze casus een belangrijke vraag op. Wat bedoelt iemand met een NR-penning? En moet je deze ook respecteren bij een goede kans op restloos herstel, bijvoorbeeld bij een medicatiefout, hypothermie of verstikking?

Het uitgangspunt van de KNMG is helder: een arts moet een NR-penning als rechtsgeldige wilsuiting respecteren, tenzij de arts gegronde redenen heeft dat niet te doen. Die kunnen onder andere bestaan uit onduidelijkheid bij de arts over de echtheid, ondertekening of interpretatie van de wilsverklaring. Helaas begint daar voor de hulpverlener het ethisch dilemma. Wilsverklaringen zijn doorgaans niet toegesneden op de complexe werkelijkheid. Idealiter beschrijft iemand wanneer hij welke behandelingen niet meer zou willen. Maar een NR-penning laat hiervoor geen ruimte. Veel mensen dragen een NR-penning omdat ze niet als 'kasplantje' willen eindigen. En hoewel de kans daarop niet heel groot is in Nederland, is de angst daarvoor niet ongegrond.

Wat nu te doen? Respecteer je de wens van de patiënt zoals die op de penning staat, of ga je ervanuit dat 'dit niet was wat hij bedoelt'? Eerlijk gezegd denk ik niet dat het mogelijk is om eenduidig

vast te leggen wat een hulpverlener buiten het ziekenhuis moet doen als die in een noodsituatie een NR-penning tegenkomt. Veel zal afhangen van de specifieke situatie, met name de oorzaak van de circulatiestilstand. Komt de oorzaak van 'buitenaf', zoals een elektrische schok of een verstikking, of is het een spontane circulatiestilstand? Wat is de leeftijd en fysieke toestand? Er bestaat dus enige 'discretionaire ruimte' voor de arts. Geen tuchtrechter zal een arts veroordelen als die op goede gronden iemand ondanks een NR-penning reanimeert – bijvoorbeeld bij een verstikking in een restaurant. Is er ondanks een NR-penning 'succesvol' gereanimeerd – in de zin dat er weer circulatie is – dan hoort daarbij wel de verantwoordelijkheid om te stoppen met verdere behandeling als blijkt dat er ondanks de herstelde circulatie toch ernstige restschade is ontstaan. Dan ontstaat immers de situatie die de patiënt waarschijnlijk vreesde en per se niet wilde. *knmg*

Wat vindt u? Moet een NR-penning altijd gerespecteerd worden, los van de oorzaak van de circulatiestilstand? Wat als die oorzaak is gelegen in een elektrische schok of een verstikking? Discussieer mee in de KNMG LinkedIn groep Artsen en ethische dilemma's, kijk op knmg.nl/ethischdilemma.

In De Dokter februari:


Alles waar de huisarts verantwoordelijk voor is

Elke huisarts heeft het druk. Maar waarmee eigenlijk precies? Zijn er grenzen aan wat huisartsen kunnen bieden? De LHV heeft eind vorig jaar het Aanbod huisartsgeneeskundige zorg opnieuw vastgesteld. 'Op basis van dit aanbod maken we duidelijk waar we 24/7 voor staan en op aanspreekbaar zijn', aldus LHV-bestuurslid Carin Littooi.

Het basisaanbod is het aanbod dat van elke huisarts overal in het land mag worden verwacht. Littooi: 'De verzekeraars contracteren huisartsen in ieder geval op dit basisaanbod. Het is goed dat we ons dit realiseren. Met dit document geven wij de inhoud en de grenzen daarvan aan. Dat kan in het contact met de zorgverzekeraar en andere partijen belangrijk zijn. Niet als schild of afweer, maar wel om duidelijk te maken: dit is het aanbod waarvoor ik verantwoordelijkheid draag.'

Optimaal inzetten

Sinds de vorige actualiseringsslag in 2009 is er het nodige veranderd in het aanbod. Er zijn meer aanvullingen dan dat er geschrapt is. Zo is er ook een taak van de huisarts in het sociaal-maatschappelijk domein. Littooi: 'Die tweede taak is sinds de decentralisaties in 2015 belangrijker geworden. De huisarts moet veel meer samenwerken met de gemeente en dus met het wijk- of dorpssteam.'

Het document maakt ook helder waar de grenzen liggen van huisartsgeneeskundig handelen. 'Juist daardoor kunnen wij ons optimaal voor patiënten blijven inzetten,' besluit Littooi. 

De Dokter ligt op 11 februari bij 12.000 LHV-leden op de mat.



Ook in dit nummer van De Dokter:

- Organiseer je praktijk, organiseer jezelf
- PaTz-groepen: samen anticiperen bij palliatieve zorg
- Vijf vragen over de nieuwe klachtenwet
- Kritisch gesprek met Luc Bonneux, spreker op de Huisartsbeurs op 2 april
- Terugblik: Rechter stelt LHV in gelijk en corrigeert ACM
- Mijn werk & ik: Toosje Valkenburg van Het Roer Moet Om

Artsenfederatie KNMG
Koninklijke Nederlandsche
Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst
R.J. van der Gaag, voorzitter
J.W. Hingst, algemeen directeur
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
tel. 030 2823 800, info@fed.knmg.nl
knmg.nl



FEDERATIEPARTNERS

Federatie Medisch Specialisten
F.H.G. de Grave, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 030 2823 650
info@demedischspecialist.nl
demedischspecialist.nl



De Geneeskundestudent
C. van Woerkom, voorzitter
tel. 030 28 23 827
info@degeneeskundestudent.nl
degeneeskundestudent.nl



KAMG
Koepel Artsen Maatschappij
en Gezondheid
R.A.C.L. Héman, voorzitter
R. Duzijn, directeur
tel. 030 3033 662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD
Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband
C. Keijzer, voorzitter
C. van den Brekel, directeur
tel. 030 6702 702
bureau@lad.nl, lad.nl



LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
N.A. Kalsbeek, voorzitter
L. Hennink, algemeen directeur
tel. 030 2823 723
lhv@lhv.nl, lhv.nl



NVAB
Nederlandse Vereniging voor
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
G.B.S. Penders, voorzitter
C. van Vliet, directeur
tel. 030 2040 620
kwaliteitsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



NVVG
Nederlandse Vereniging voor
Verzekeringsgeneeskunde
R. Kop, voorzitter
S. van der Burg-Vermeulen, directeur
tel. 030 6868 764
secretariaat@nvvg.nl, nvvg.nl



Verenso
Specialisten in
ouderengeneeskunde
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter
F.J. Roos, directeur
tel. 030 2823 481
info@verenso.nl, verenso.nl

