

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Oog in oog met lijden

Elke euthanasie is in principe moord met voorbedachte rade behalve als is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van de Wet toetsing levensbeëindiging. Dat werd heel duidelijk tijdens de strafzaak tegen een van onze collega's. Zij stond voor de rechter in verband met een door haar uitgevoerde euthanasie bij een vrouw met gevorderde dementie. We kunnen ons nauwelijks voorstellen wat dat met je doet als arts en wensen haar alle sterkte, wijsheid en goeds.

Iedere specialist ouderengeneeskunde kent de dilemma's in de zorg voor mensen met dementie. Ieder van ons kent die (gelukkig zeldzame) situaties waarbij het lijden zo zichtbaar en pijnlijk is, dat je als arts het gevoel hebt met je rug tegen de muur te staan. Mensen met angst in hun ogen, wantrouwend alert, die nimmer echt tot rust komen. Wriemende handen, oneindig rondjes lopend, zoekend, vallen en weer opstaan. Uitgeput, met blauwe plekken en bloed in hun haar. Dag en nacht schreeuwend, kreunend, kruipend uit het bed of – zoals in deze casus – steeds maar pleitend voor de dood. En wilsonbekwaam. Onherkenbaar voor familie en familie onherkenbaar voor hen. Ja, dan sta je oog in oog met lijden.

De veelgehoorde vraag naar aanleiding van deze casus is; 'maar wat kun je dan doen als euthanasie niet mag?' Daar ging deze rechtszaak niet over en daar kan de wet ook geen antwoord op geven. Als professionals hebben we daarin wel een belangrijke rol. Dementie hoeft niet gepaard te gaan met een dergelijke mate van lijden. We geven op veel plekken goede zorg, behandeling en begeleiding om die laatste fase zo goed mogelijk in te vullen. Het is

daarin belangrijk mensen met dementie niet te stigmatiseren. En ja, we werken ook aan een betere professionele duiding van de zorgvuldigheidseisen rond euthanasie en dementie. De wet biedt in uitzonderlijke gevallen ruimte voor euthanasie. Maar niet altijd. En dan sta je soms oog in oog met lijden. Met schijnbaar lege handen.

Deze zaak gaat niet alleen over deze individuele dokter. En al helemaal niet over of je nog een keer extra moet gaan praten met een diep demente vrouw. We hebben als maatschappij een belangrijke vraag te beantwoorden: hoe gaan we om met lijden van mensen die over dat lijden, of hun leven, geen zinnig woord meer kunnen zeggen. En hoe beschermen we hen tegen ons eigen oordeel, onze eigen angst, ons eigen mensbeeld en vaak onze haast.

Besluiten over leven en dood, over menswaardig of mensenwaardig, over lijden, autonomie en barmhartigheid bij schijnbare uitzichtloosheid, gaan verder dan de dokter, gaan voorbij rechtsspraak en voorbij deze casus. Dit zijn ziels- en zingevingsvragen en die zouden we ook als zodanig moeten benaderen.

Ik hoop met heel mijn hart dat patiënten, familie en artsen elkaar niet verliezen in dit ingewikkelde vraagstuk. Dat de nadruk op de wilsverklaring wordt losgelaten en we kunnen werken aan wederzijds begrip en die andere, zo belangrijke zingevingsvragen. Met hulp van ethici, filosofen, theologen, leraren, zonen en dochters. Dat we samen blijven zoeken naar de beste zorg voor de patiënt in zijn context. En naar een antwoord op het lijden, dat we helaas nooit helemaal zullen kunnen voorkomen.

“

NIENKE NIEUWENHUIZEN



Het gevoel dat je met je rug tegen de muur staat

verenSo

Nienke Nieuwenhuizen
voorzitter VerenSo

De gecombineerde leefstijlbehandeling:

‘Een effectieve interventie bij overgewicht en obesitas’



Het is goed dat de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) in het basispakket zit, vindt Liesbeth van Rossum, hoogleraar en internist-endocrinoloog in het Erasmus MC. Dat maakt het mogelijk patiënten met overgewicht of obesitas in een eerder stadium te helpen en het probleem bij de wortel aan te pakken. Van Rossum hoopt dat artsen hiermee makkelijker het gesprek aanknopen met patiënten die te zwaar zijn.

Mensen gaan meestal niet naar de dokter omdat ze te dik zijn. Ze komen met klachten als pijnlijke knieën, hoge bloeddruk, of soms zelfs diabetes. ‘Voorheen konden we niet veel meer dan die klachten behandelen en de patiënt kortdurend naar de diëtist sturen’, zegt internist-endocrinoloog Van Rossum. ‘In de wetenschap dat het dweilen met de kraan open was.’ Ze is blij dat de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) nu vergoed wordt door de zorgverzekeraar.

In Nederland kampt ruim 50 procent van de bevolking boven de 18 jaar met overgewicht of obesitas. Zo’n 3,5 tot 5 miljoen mensen komen in aanmerking voor een GLI, een langdurig en bewezen effectief traject dat stoelt op drie pijlers: gezonder eten, meer bewegen en psychologische ondersteuning bij een duurzame gedragsverandering. ‘Hiermee kunnen we méér doen dan symptoombestrijding: we hebben iets te bieden om de problematiek bij de bron aan te pakken.’

Gezond gewicht

Van Rossum: ‘Momenteel is de situatie zo dat we in de praktijk vaak wachten totdat mensen met obesitas allerlei ziekten als diabetes, hart- en vaatziekten, depressie

en kanker ontwikkelen en vervolgens gaan we met dure middelen of procedures behandelen. Terwijl het onderliggende probleem – obesitas – niet effectief wordt aangepakt. Met de komst van de GLI en anti-obesitas medicatie als toevoeging aan de gangbare operatieve ingrepen én met de toenemende aandacht voor preventie van overgewicht, kunnen we vanaf dit jaar

het probleem effectiever aanpakken.’ Van Rossum is al jaren intensief betrokken bij het onderwerp overgewicht en obesitas. Ze behandelt mensen met ernstige obesitas binnen het Centrum Gezond Gewicht: een samenwerking tussen het Erasmus MC, het Maastricht ziekenhuis en het Franciscus Gasthuis in Rotterdam. Daarnaast doet ze onderzoek naar oor-



zaken en behandeling van obesitas en is ze voorzitter van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON): een koepelorganisatie die de overheid adviseert over beleid rondom gezond gewicht. Namens PON nam ze actief deel aan de onderhandelingen om de GLI in het basispakket te krijgen en in het Nationaal Preventieakkoord (2018) waarin de aanpak van overgewicht een van de speerpunten is.

Aandacht voor diagnostiek

(Huis)artsen vormen een belangrijke schakel in die aanpak. Dat betekent echter niet dat de behandeling uitsluitend op hun bordje ligt. 'Wij zijn er vooral om diagnostiek te verrichten, patiënten te motiveren en hen naar een effectieve interventie te leiden', zegt Van Rossum. 'Het begint met het bespreekbaar maken van het echte probleem. De klachten waarmee patiënten komen, bieden daartoe vaak een aanknopingspunt. Stel, er komt een patiënt die duidelijk te zwaar is met kortademigheid op het spreekuur. Dat is een uitgelezen moment om samen te bekijken hoe je ook grip krijgt op het overgewicht.' Zorgvuldige diagnostiek wordt daarbij wel eens over het hoofd gezien, weet Van Rossum. 'Wanneer begon de gewichtstoename? Hoe zit het met de leefstijl? Is er sprake van stress, slaaptekort of medicijngebruik waardoor iemand aankomt? Kan een hormonale aandoening of een genetisch defect meespelen? Inmiddels kennen we zes oorzaakscategorieën van obesitas (zie kader). Je wilt weten wat precies de oorzaak van het overgewicht is bij deze patiënt, voordat je met een behandeladvies of doorverwijzing komt. Zo doen we dat immers ook bij andere ziektes.'

GLI-aanbod

Het op orde krijgen van de leefstijl is vrijwel altijd het eerste advies. En daar grijpt de GLI op aan. Er zijn op dit moment drie GLI-programma's die vanuit de basisverzekering worden vergoed: SLIMMER, Cool en De Beweegkuur. Van Rossum adviseert (huis)artsen zich te oriënteren op het lokale aanbod. 'Het ministerie van VWS heeft toegezegd in 2019 meer geld uit te trekken dan de toegezegde 6,5 miljoen euro om dat

Oorzaken van obesitas

- Leefstijl (ongezond eet- en beweegpatroon, slaaptekort, overmatig alcoholgebruik)
- Mentale oorzaken (stress, eetstoornis, depressie)
- Medicatiegerelateerd (glucocorticoïden, bètablokkers, insuline, en sommige antidepressiva, antipsychotica, calciumantagonisten en anti-epileptica)
- Hormonale oorzaken (hypogonadisme, hypothyreoïdie, PCOS, postpartum gewichtsretentie, menopauze, Cushingsyndroom)
- [zeldzaam] Hypothalamische aandoeningen (hypothalamische schade door een tumor, radiotherapie, chirurgie of hoofdtrauma)
- [zeldzaam] Monogenetische of syndroomgerelateerde aandoeningen (MC4R-deficiëntie, POMC-deficiëntie, leptine- of leptinereceptordeficiëntie, Prader-Willi-syndroom, Bardet-Biedl-syndroom)

aanbod verder van de grond te krijgen, dus artsen hoeven niet terughoudend te zijn met doorverwijzingen.'

Een aandachtspunt is de motivatie van de patiënt om deel te nemen aan het intensieve GLI-traject. 'Als arts zijn we geneigd te denken dat het risico op bijvoorbeeld hartziekten wel motiveert, maar bij patiënten schuilt die motivatie soms in heel andere zaken; weer kunnen voetballen met de kleinkinderen of leuke kleren kunnen dragen. Probeer daar achter te komen want dat helpt bij de behandeling.'

Een aandachtspunt is de motivatie van de patiënt

Wind mee

Van Rossum noemt nog een manier waarop artsen hun patiënten kunnen ondersteunen: 'Veel patiënten met overgewicht krijgen diabetesmedicatie, antihypertensiva, corticosteroïden of antidepressiva', legt ze uit. 'Allemaal medicijnen tegen klachten die veel voorkomen bij deze patiëntengroep. Artsen zijn zich er niet

altijd van bewust dat sommige van die middelen het afvallen bemoeilijken. Overweeg om die medicatie tijdelijk te stoppen of verlaag de dosering (bijvoorbeeld de insulinedosering) en leidt direct toe naar een GLI. Dan valt de patiënt makkelijker af en daarna is die insuline of andere potentieel gewichtsverhogende medicatie soms niet eens meer nodig. Zo geven we patiënten de wind mee.'

Ook met een GLI lukt het niet alle patiënten om op een gezond gewicht te komen. 'Als er na een jaar nog nauwelijks resultaat is behaald, vormen bariatrische chirurgie of behandeling met anti-obesitas medicatie volgens de Zorgstandaard Obesitas een optie. 'Hoewel nog niet alle gewichtsverlagende middelen worden vergoed is farmacotherapie wel degelijk een belangrijke pijler in de behandeling van obesitas. Hierover wordt nog overleg gevoerd met farmaceuten, zorgverzekeraars en het ministerie. Het doel is dat er steeds meer effectieve therapie voor patiënten met obesitas beschikbaar komt.'

knmg

Zie ook:
knmg.nl/gezond-gewicht

Kijk voor meer informatie over de GLI-programma's en het lokale aanbod op loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/gecombineerde-leefstijlinterventie

Praktijkdilemma

Veelgestelde vragen aan de KNMG Artseninfolijn

Beroepsgeheim schenden als patiënt dreigement uit?

CASUS

Een huisarts heeft een patiënt in zijn praktijk met een crimineel verleden. De patiënt is soms psychotisch, maar heeft altijd geweigerd zich te laten onderzoeken. De patiënt heeft de huisarts verteld dat hij een reclasseringsambtenaar 'aan het mes zal rijden'. De huisarts neemt dit dreigement heel serieus. Mag de huisarts zijn beroepsgeheim doorbreken en, zo ja, jegens wie?

ADVIES KNMG

Bij concreet gevaar mag een arts zijn beroepsgeheim doorbreken indien de arts ervan overtuigd is dat er sprake is van een reële dreiging en dat dit gevaar uiteindelijk alleen kan worden afgewend door te spreken. Het verdient aanbeveling dat de arts de reclasseringsambtenaar dan rechtstreeks benadert. Contact opnemen met de politie heeft niet de voorkeur, ook omdat de politie met een dergelijke melding waarschijnlijk weinig kan.

TOELICHTING

In de wet staat dat een arts zijn beroepsgeheim mag doorbreken bij toestemming van de patiënt of in geval van een wettelijke meldplicht (bijvoorbeeld bij bepaalde infectieziekten). Er zijn daarnaast situaties denkbaar waarin de arts meent dat een ander belang zwaarder weegt dan zijn beroepsgeheim, omdat door te spreken ernstig nadeel kan worden voorkomen (conflict van plichten). De arts moet zelf dan een afweging maken tussen de belangen die worden gediend door het beroepsgeheim, te weten de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de privacy van de patiënt, en andere belangen. Besluit een arts dat andere belangen zwaarder wegen, en daarmee zijn beroepsgeheim te doorbreken, dan is hij alleen niet strafbaar als hij zich met succes kan beroepen op overmacht (artikel 40 WvSr.). Dat kan alleen als aan alle onderstaande voorwaarden is voldaan:

- Het niet doorbreken van de zwijgplicht levert voor de patiënt of voor een ander ernstige schade op.
- Om onafwendbare schade te voorkomen is er geen andere uitweg dan doorbreking van het geheim.
- Het moet vrijwel zeker zijn dat door de geheimdoorbreking die schade kan worden voorkomen.

- De arts verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht.
- De arts heeft alles in het werk gesteld om eerst toestemming van de patiënt te verkrijgen voor doorbreking van het beroepsgeheim.

Bij doorbreking van het beroepsgeheim mag de arts slechts die gegevens verstrekken die nodig zijn om schade te voorkomen. Die gegevens moeten soms aan het potentiële slachtoffer, soms aan de politie of een ander worden verstrekt, afhankelijk van de situatie. Indien het mogelijk is, moet de arts aan de patiënt melden dat hij de gegevens aan een ander heeft verstrekt. *knmg*



Vraag? KNMG Artseninfolijn

Bent u arts en lid van een van de federatiepartners van de KNMG, dan kunt u met vragen op medisch-ethisch en juridisch (gezondheidsrechtelijk) terrein kosteloos advies krijgen van de KNMG Artseninfolijn. Van maandag t/m vrijdag tussen 9.30 en 16.00 uur telefonisch bereikbaar via 088 440 4242.

Alle praktijkdilemma's vindt u op knmg.nl/praktijkdilemma.



**SAVE
THE DATE**

**VRIJDAG
8 nov. 2019**

SYMPOSIUM ZORGEVALUATIE IN BEWEGING

Aanleiding

Zorgevaluatie is volop in ontwikkeling. Deze zomer is het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van start gegaan, met als doel om zorgevaluatie structureel onderdeel te maken van de zorg. Vele partijen beïnvloeden dat proces en de belangen zijn groot. Belangrijk dus dat medisch specialisten hun belangrijkste onderzoeksvragen in kaart brengen, want zij weten samen met de patiënt wat er nodig is om de zorg te verbeteren. De wetenschappelijke verenigingen hebben daarom nu al 200 kennishiaten geprioriteerd.

Voor wie

Medisch specialisten, onderzoekers, wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen, beleidsmedewerkers, zorgverzekeraars, en andere partijen die betrokken zijn bij zorgevaluatie.

Programma

Tijdens het symposium gaan we in gesprek over de relevante vragen rond zorgevaluatie. Hoe werken we internationaal samen en wie houdt in de gaten wat er in het buitenland gebeurt? Hoe geef je ruimte aan de vele andere betrokken partijen, zoals patiëntenverenigingen? Daarnaast moeten de barrières waar onderzoekers tegenaan lopen, worden beslecht. Het kan toch niet zo zijn dat het meer dan een jaar duurt voordat een studie gaat lopen? Wat kunnen we gezamenlijk doen om dat probleem op te lossen?

Meer informatie en aanmelden

Binnenkort volgt meer informatie over sprekers en programma. Wilt u zich aanmelden of op de hoogte gehouden worden? Ga dan naar:

www.demedischspecialist.nl/zorgevaluatie



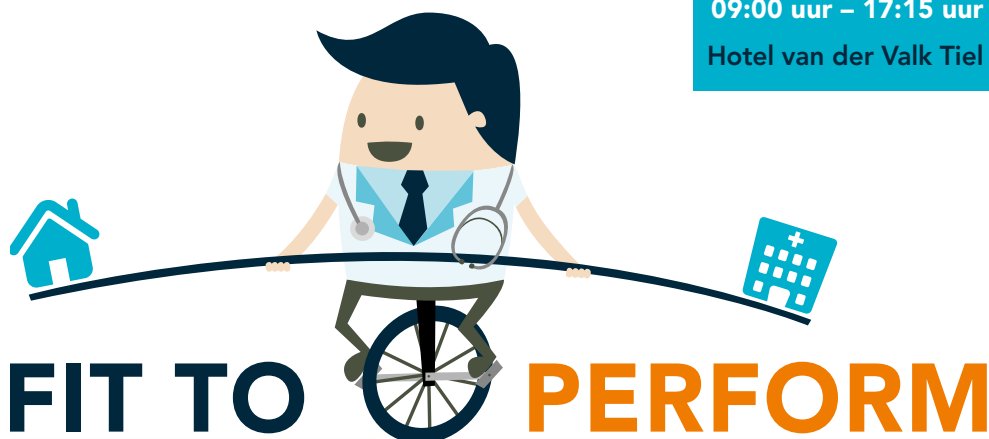
Federatie
**Medisch
Specialisten**

Datum en locatie

Datum: vrijdag 8 november 2019

Tijdstip: 13.00 – 17.00 uur

Locatie: DeFabrique, Utrecht



DJS CONGRES 2019

HET JAARLIJKSE CONGRES VAN DE JONGE SPECIALIST VOOR AIOS EN ANIOS

Om goede zorg te kunnen leveren, moet je ook als dokter gezond zijn. Maar hoe blijf je fit als je te maken hebt met een hoge werkdruk en onregelmatige werktijden? Hoe blijf je jezelf ontwikkelen in de drukte van alledag, en maak je doordachte keuzes voor de toekomst? Lukt het jou om in al deze drukte een leuk gezinsleven te creëren, te blijven sporten en tijd vrij te maken

voor familie en vrienden? Kortom hoe blijf jij fit om de best mogelijke zorg te leveren? Het DJS congres 'Fit to perform' richt zich op allerlei zaken binnen en buiten jouw opleiding en focust zich op hoe jij de regie kunt houden over jouw eigen gezondheid en loopbaan. In plenaire sessies en praktische workshops krijg je concrete tips waar je direct mee aan de slag kan!

ZORG DAT JE ER BIJ BENT!

AIOS STELLEN HUN EIGEN PROGRAMMA SAMEN:

- Keuze uit maar liefst **19 workshops** over onder andere persoonlijk leiderschap, timemanagement, peer support, innovatie, geldstromen in de zorg, solliciteren, netwerkgenesekunde, de ins en outs van de opleiding en toekomstige baan • Gratis cv-check • **Win een boekenpakket** • Omdenken met Berthold Gunster • **De uitreiking van de Opleidingsprijs 2019!**

Aanmelden kan via www.dejongespecialist.nl/djscongres

Deelname is € 35,- voor leden van De Jonge Specialist, € 100,- voor niet-leden.

Wanneer je tijdens het congres lid wordt, betaal je € 35,-

powered by:



Vrijdag **27** 2019
SEPTEMBER

09:00 uur – 17:15 uur

Hotel van der Valk Tiel

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

A. Abdelmoumen, voorzitter
tel. 088 440 4216
info@degeneekundestudent.nl
degeneekundestudent.nl



KAMG

Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid

E. Buiting, voorzitter
C.T.J. Derijck, directeur a.i.
tel. 030 303 3662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
S.J. Booi, 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. 085 048 0000
lvh@lvh.nl, lvh.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
N. Hauet, directeur
tel. 030 227 1910
info@verenso.nl, verenso.nl

