

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Een goede foute prikkel!

Zomaar een casus deze week uit mijn spreekuur bij een thuiszorginstelling. De werkdruk is er hoog, de budgetten zijn krap en de regelmogelijkheden voor de medewerkers worden steeds verder beperkt. Ik zie een verzorgende van in de vijftig terug op het spreekuur in het kader van verzuim- en re-integratiebegeleiding na een knieoperatie. Medische complicaties, leeftijd, leefstijl en 30 jaar werkbelasting in de zorg hebben geleid tot een bovengemiddelde herstelduur. Inmiddels een jaar onderweg, werkt ze weer, maar nog niet volledig. De prognose is gunstig en hoewel het herstel tijd kost, heeft iedereen er vertrouwen in. Haar eigen werkmotivatie is groot en ik moet eerder remmen dan stimuleren in de opbouw van het fysiek belastende werk. Tot zover geen probleem.

Maar... onder druk van de Wet verbetering poortwachter wil de werkgever interventies inzetten: extra revalidatiebegeleiding; arbeidsdeskundig onderzoek en een extern re-integratietraject. Waarom? Niet omdat het in medisch opzicht nodig is (anders had ik dat wel geadviseerd) maar om zich in te dekken tegen een dure sanctie van het UWV, mocht het na twee jaar tot een WIA-aanvraag komen.

En deze casus is geen incident. Helaas worden tientallen procenten van het re-integratiebudget besteed aan zinloze interventies ter indekking tegen sancties. Als onvoldoende actie de consequentie heeft dat de werkgever een jaar langer ziekingeld moet betalen, en als vooraf amper voorspelbaar is wanneer 'voldoende' inspanningen zijn geleverd, dan is dat indekken te begrijpen.

Mijn conclusie? Te veel succes van de Wet verbetering poortwachter. De wet die de

verantwoordelijkheden van werkgever en werknemer beschrijft om zich actief in te spannen bij re-integratie in eigen of ander werk. De wet die zeer kritisch getoetst wordt bij de WIA-aanvraag. Dat deze wet heeft bijgedragen aan toegenomen arbeidsparticipatie in Nederland staat buiten kijf. Maar deze casus, en vele soortgelijke gevallen, tonen aan dat we ons doel ook voorbij schieten.

Zijn we met zijn allen bezig systeemslaven te worden? De bedrijfsarts wordt verleid om defensieve geneeskunde te bedrijven om de werkgever te behoeden voor sancties. Daar is niks op tegen als het niet ten koste gaat van optimale zorg. Maar dat is nu juist het probleem: de krimpende budgetten kunnen maar één keer worden uitgegeven. En als bedrijfsarts in een geprivatiseerd systeem moet je afwachten waar de werkgever voor wil betalen.

U en ik weten: preventie is beter dan genezen. En daar wringt de schoen. Het arbobudget van werkgevers daalt al sinds de crisis. Het gaat grotendeels op aan re-integratie. Gezondheidspreventie en arbeidsomstandigheden zorg zijn daar als sluitpost van de begroting de dupe van.

Een schrijnend voorbeeld daarvan is het gegeven dat de werkgevers in de bouw in december 2014 de preventieve activiteiten van de Stichting Arbouw (o.a. preventief medisch onderzoek voor bouwvakkers) hebben geschrapt. Duurzame inzetbaarheid is kennelijk al weer een vergeten missie. Over tien jaar schreeuwt men moord en brand over het tekort aan gezondheid van werknemers.



JURRIAAN PENDERS



Het arbobudget van werkgevers gaat grotendeels op aan re-integratie



Jurriaan Penders
voorzitter NVAB

Bewust afzien van eten en drinken: wat vertel je patiënten en hun naasten?

Op 12 januari verscheen de KNMG en V&VN handreiking 'Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken'. Deze praktische handreiking ondersteunt artsen, verpleegkundigen en verzorgenden bij het vinden van een antwoord op vragen als: hoe lang kan het duren? Wat staat de patiënt en de hulpverlener te wachten? Wat voor zorg verleen je naast goede mondverzorging? Wat te doen bij onrust, verwardheid en een delier? Welke klachten kunnen optreden en hoe kun je deze verlichten? Is dit een natuurlijke dood? De verwachting is dat hulpverleners de komende jaren steeds vaker te maken krijgen met vragen van mensen die overwegen bewust af te zien van eten en drinken of daarmee zijn begonnen.

Er bestaat geen actuele patiënten-brochure met informatie over afzien van eten en drinken. Wel kan het boek *Uitweg* van Boudewijn Chabot en Stella Braam een uitgangspunt vormen voor nadenken en praten over dit traject. Zeker nu informatie niet voor het oprapen ligt, is het informeren van patiënten en hun naasten van extra belang. Wat vertel je?

Is het haalbaar? Ja, mits de patiënt in staat is om niet of nauwelijks te drinken. Afzien van eten en drinken wordt niet aangeraden als de patiënt jonger is dan 60 jaar.

Vaak bestaat angst dat honger en dorst gaan overheersen in deze laatste levensfase. U kunt de patiënt en naasten op dit punt geruststellen: honger speelt eigenlijk geen rol en ook dorstgevoelens kunnen heel beperkt blijven, zolang de hulpverleners samen met de naasten zorgen voor een goede mondverzorging. Dat is cruciaal.

Hoe lang duurt het? Uit onderzoeken blijkt dat de meeste mensen binnen twee à drie weken overlijden. Drinkt iemand meer dan nodig is voor mondverzorging, dan zal het proces ook langer duren. Het is de patiënt dus die dit zelf in de hand heeft. Informeer hem daarover.

'Wat als ik toch weer wil eten en drinken?' is ook een vaak gehoorde vraag. Eén op de zes mensen komt terug

op het besluit en dat is uiteraard hun goed recht. Het is belangrijk om dit te bespreken.

Minstens zo belangrijk is verkennen en liefst vastleggen hoe de patiënt wil dat hulpverleners handelen als de patiënt in een delirante situatie om water vraagt. Bespreek dit van tevoren, met patiënt en naasten: hoe gaan we daar dan mee om? En leg het eventueel vast in een wilsverklaring.

Ook het afscheid zelf is iets om in de voorbereiding mee te nemen nu de patiënt nog helder is. Is alles afgesproken en geregeld, wat is de rol van de betrokken verzorgers, verpleegkundigen en anderen? *knmg*

De handreiking 'Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen' (2015) vindt u via knmg.nl/afzien-eten-drinken.

Wat staat de patiënt en de hulpverlener te wachten?



PRAKTIJKDILEMMA

VEELGESTELDE VRAGEN AAN DE KNMG ARTSENINFOLIJN

Verantwoordelijk voor injectie die een patiënt zelf zet?

Een patiënt krijgt vanwege een tekort aan vitamine B12 iedere twee weken een injectie toegediend. U heeft als huisarts van de patiënt de eerste paar keer de injectie gezet, maar de patiënt geeft aan dat hij dit vanaf nu zelf wel kan doen. Kunt u op het verzoek van de patiënt ingaan? En hoe ligt uw verantwoordelijkheid als er fouten worden gemaakt in de thuissituatie?

Draagt een arts verantwoordelijkheid voor een injectie (voorbehouden handeling) die een patiënt zelf in de thuissituatie zet?

Antwoord

Voorbehouden handelingen

Zorgverleners mogen potentieel risicovolle (ook wel: voorbehouden) handelingen volgens de Wet BIG alleen verrichten als zij daartoe bevoegd zijn of handelen in opdracht van een bevoegde beroepsbeoefenaar. Bovendien moeten ze bekwaam zijn. De Wet BIG is echter alleen van toepassing in situaties waarin beroepsmatig gehandeld wordt. De voorwaarden die de Wet BIG stelt aan het verrichten van die voorbehouden handelingen gelden derhalve niet als een patiënt zelf of één van zijn naasten thuis injecties zet. De patiënt en anderen die hij toestemming geeft, staat het dus vrij om de injectie te zetten.

Verantwoordelijkheid van de arts

Dat neemt niet weg dat u natuurlijk wel uw verantwoordelijkheden heeft. Sommige middelen lenen zich überhaupt niet om in de thuissituatie door niet-medici toegediend te worden, bijvoorbeeld vanwege de mogelijke risico's. Deze middelen moet u dan zelf toedienen.

Besluit u dat een bepaalde injectie door een niet-geneeskundige in de thuissituatie gezet kan worden, dan moet u zich ervan vergewissen dat dat op een verantwoorde manier kan gebeuren. Dit betekent dat u ervoor moet zorgen dat degene die de injecties gaat zetten de benodigde vaardigheden verwerft om de handeling uit te voeren zodat eventuele schade voorkomen kan worden.

Daarnaast moet u de patiënt en/of degene die de injectie gaat zetten, duidelijk uitleggen wat potentiële risico's zijn en wat de voor- en nadelen zijn en de eventuele gevolgen bij het niet



ISTOCK

adequaat zetten van een dergelijke injectie. Het advies is om in het medisch dossier van de patiënt aan te tekenen wat u met de patiënt heeft besproken.

Indien u duidelijke instructies hebt gegeven, maar de patiënt deze niet opvolgt, zal de verantwoordelijkheid/aansprakelijkheid voor eventuele fouten in beginsel niet bij u als arts liggen. *knmg*

Zie ook:

- Dossier Kwaliteit en veiligheid

Vraag? KNMG Artseninfolijn

De KNMG Artseninfolijn adviseert KNMG-leden gratis over gezondheidsrechtelijke en medisch-ethische vragen. Kijk op knmg.nl/faq voor veelgestelde vragen, bel 030 2823 322 of mail: artseninfolijn@fed.knmg.nl

Praktijkvoorbeelden op video



Hoe kun je de algemene CanMEDS-competenties optimaal ontwikkelen op de werkvloer? Een aantal opleiders heeft daar al goede tools voor. Op de website van Project MMV (Modernisering Medische Vervolgopleidingen), knmg.nl/modernisering, vindt u video's van deze praktijkvoorbeelden.

Moeilijke-patiënten-spreekuur

Bijvoorbeeld de video over het 'Moeilijke-patiënten-spreekuur'. De opleiding Orthopedie in Isala Zwolle werkt daar sinds enkele jaren mee. Patiënten met complexe problematiek worden eerst voorbesproken door de hele vakgroep (supervisoren en aiossen). Daarna wordt de patiënt tijdens het speciale spreekuur gezien door alle aiossen, onder begeleiding van een opleider of supervisor. Eén aios voert het woord. Vervolgens trekken alle aiossen en de begeleider zich kort terug om de bevindingen door te nemen. Daarna gaat de aios die het woord voert samen met de supervisor/opleider terug naar de patiënt om de conclusie te bespreken.

Zo worden op één (opleidings)ochtend meerdere patiënten gezien. Aan het einde van het Moeilijke-patiënten-spreekuur wordt elke casus nabesproken en beoordeeld. *knmg*

Bekijk de video op knmg.nl/modernisering/video



knmg CARRIÈREBEURS 2015

Welke medische
vervolgopleiding
past bij mij?

Kom naar de KNMG Carrièrebeurs en laat je inspireren!

Zaterdag 14 maart 2015 ▶ 9:30 – 17:00 uur ▶ NBC Congrescentrum, Nieuwegein

Op de hoogte blijven? [f](#) KNMG Carrièrebeurs, [t](#) cbknmg, [i](#) KNMG Carrièrebeurs, www.knmgcarrierebeurs.nl



SCHRIJF JE NU IN:

www.knmgcarrierebeurs.nl

Eerstelijnspartijen: nieuwe wet kwaliteit en klachten veroorzaakt lastenverzwaring

De LHV heeft nog steeds grote bezwaren tegen de nieuwe klachtenwet (Wkkgz) die voor behandeling in de Eerste Kamer ligt. Uit een onlangs gehouden regeldruktoets, in opdracht van het ministerie van VWS, blijkt een van de knelpunten zelfs cijfermatig gegrond. De toets bewijst dat de invoering van de Wkkgz een forse lastenverzwaring met zich meebrengt voor zorgverleners en burgers. De eerstelijnspartijen hebben dit onder de aandacht gebracht van de Eerste Kamer.

De Eerste Kamer is, mede dankzij de lobby van de KNMG en de eerstelijnspartijen, een stuk kritischer over het wetsvoorstel dan de Tweede Kamer. Op 27 januari volgt een tweede schriftelijke vragenronde, waarvoor de eerstelijnspartijen* een gezamenlijke reactie hebben ingediend. Bij de Eerste Kamer vragen we aandacht voor:

1. Let op toename regeldruk door Wkkgz

Het kabinet streeft naar een afname van de regeldruk. De nieuwe wet blijkt echter het tegenovergestelde te bewerkstelligen. Uit de regeldruktoets van SIRA, het advies van Actal en gesprekken met eerstelijnspartijen komt door invoering van de Wkkgz een forse lastenverzwaring naar voren, met name voor kleinschalige eerstelijnszorgaanbieders. Voor het eerste jaar nemen de lasten toe met 15,1 miljoen euro voor zorgverleners en burgers.

In de daarop volgende jaren is er sprake van een structurele lastenverzwaring van 8,9 miljoen euro.

2. Houd rekening met de bijzondere situatie van de eerste lijn

Een ziekenhuis en bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk zijn volgens de nieuwe wet gelijk. Terwijl in de eerste lijn met name kleinschalige zorgaanbieders werkzaam zijn, waardoor zorgaanbieder en zorgverlener vaak dezelfde persoon is. De verplichtingen die de wet met zich meebrengt voor zorgaanbieders moeten dus in geval van kleinschalige zorgaanbieders door slechts één of een beperkt aantal mensen worden gedragen. Dit vinden we een onevenredige belasting. Ook veroorzaakt de Wkkgz dat een zorgverlener een uitspraak moet doen over een tegen zichzelf gerichte klacht. Van een onafhankelijke beoordeling van de klacht is dan geen sprake meer. We vinden dat de Wkkgz hiermee het kind met het badwa-

ter weggooit, want het huidige systeem voorziet juist wel in een onafhankelijke klachtafhandeling.

3. Kijk uit voor stijging van het aantal claims

Sinds de introductie van het nieuwe zorgverzekeringstelsel en het daarbij horende eigen risico is het aantal claims dat zorgaanbieders van patiënten krijgen enorm gestegen. Deze toename is toe te rekenen aan onduidelijkheid rond zorgpolissen en de kostenbewustwording van patiënten, niet aan verwijtbaar handelen van zorgverleners. De Wkkgz biedt de mogelijkheid om bij de beoordeling van een klacht/geschil gelijk een claim in te dienen. Dit zal het aantal claims verder doen toenemen. 

* De eerstelijnspartijen die hun bezwaren tegen het wetsvoorstel hebben geuit:


Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), het Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) en InEen.

Volledig stemrecht in RGS voor profielartsen



Profielartsen krijgen volledig stemrecht binnen de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De Algemene Vergadering van de KNMG heeft op 11 december 2014 een wijziging vastgesteld

van de Regeling specialismen en profielen geneeskunst, die dit mogelijk maakt. Aanleiding voor het besluit is het verzoek van de RGS om het onderscheid tussen leden met volledig stemrecht en leden met beperkt stemrecht op te heffen.

Het besluit is ter instemming voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid. De beoogde ingangsdatum van deze wijziging is 1 juli 2015. De tekst van de wijzigingen kunt u lezen op knmg.nl/grs 

Congres Samen beslissen in de spreekkamer

Op donderdag 26 maart 2015 organiseren de Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie NPCF en Zorgvisie in Utrecht een congres dat geheel in het teken staat van samen beslissen in de spreekkamer. Artsen en patiënten streven namelijk samen in de spreekkamer naar goede en betaalbare zorg. Maar samen beslissen over de juiste behandeling op het juiste moment is nog niet de norm in de Nederlandse spreekkamers. Vandaar dat de Federatie Medisch Specialisten, de NPCF en Zorgvisie deze dag voor arts én patiënt organiseren: samen beslissen moet vanzelfsprekend worden.

Wij nodigen u graag uit deel te nemen aan dit congres, waar u antwoord krijgt op onder andere de volgende vragen: Hoe kunt u als arts of zorginstelling voldoende informatie aan patiënten geven over de verschillende behandelopties, voordelen, nadelen en risico's? Hoe kunt u een patiënt nog beter bij de besluitvorming betrekken? Hoe kunnen zorgverzekeraars het gesprek tussen arts en patiënt in de spreekkamer stimuleren? Op 26 maart wordt aan de hand van informerende lezingen en inspirerende praktijkverhalen ingegaan op de mogelijkheden om samen beslissen in de spreekkamer vanzelfsprekend te maken.

Greep uit programma

- In een tafelgesprek met Marcel Daniëls (klinisch cardioloog en bestuurder Federatie Medisch Specialisten) en Wilna Wind (directeur patiëntenfederatie NPCF) praten zij over hun drijfveren om samen beslissen in de spreekkamer te stimuleren
- Het Engelse 'three questions' concept. Wat zijn de eerste resultaten?
- Pilot 'Samen Beslissen' vanuit het Radboud UMC. Wat zijn de ervaringen, leringen en vervolgstappen?
- De belangrijke rol van de zorgverzekeraar. Wat is er nodig om samen beslissen in de praktijk mogelijk te maken?
- Discussieer en bespreek aan de inspiratietafels de vijf 'randvoorwaarden' om van samen beslissen een succes te maken, en kom met concrete handvatten om meteen in de spreekkamer aan de slag te gaan. Met onder andere Carina Hilders, Jan Kremer, Paul Kil en Suzanne Witjes.

Accreditatie is aangevraagd. Via de site kunt u zich nu aanmelden met korting. Mis deze dag dus niet. Ga naar zorgvisiecongressen.nl/samenbeslissen

Federatie 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
secre@orde.nl
orde.nl

De Geneeskundestudent
E.J. Duijzer, voorzitter
tel. 030 28 23 827
info@degeneeskundestudent.nl



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



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



LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
mw. 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
kwakeitsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



NVVG
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
W.A. Faas, voorzitter
mw. S. van der Burg-Vermeulen, directeur
tel. 030 6868 764
secretariaat@nvvg.nl, nvvg.nl



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



SAMEN BESLISSSEN IN DE SPREEKKAMER