

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Conflict van plichten

**A**ls arts heb je te maken met opdrachtgevers en financiers. En hun belangen stroken niet altijd met die van jou en je patiënt. Klinisch specialisten en huisartsen hebben regelmatig last van het restrictieve beleid van de zorgverzekeraars. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen worden soms gemengd tussen bedrijfsbelangen en patiëntenbelangen. Psychiaters zijn het beleid van hun instellingen vaak helemaal zat. En ook binnen mijn vakgebied – dat van arts M&G – zie je in toenemende mate stevige discussies over het beleid in en rond de spreekkamer tussen gemeenten enerzijds en (jeugd-)artsen anderzijds.

Als een arts rechtstreeks verwijst naar de ggz of de jeugdhulp heeft de gemeente daar minder zicht en invloed op dan wanneer dit via het jeugdteam gebeurt. Het jeugdteam werkt via de regels, systemen en beperkingen van de gemeente, maar artsen hebben een eigen medisch dossier, eigen richtlijnen én een beroepsgeheim. Voor gemeenten niet altijd makkelijk.

In veel gemeenten zie je dan ook dat men steeds meer probeert grip te krijgen op de artsen die verwijzen naar de jeugdzorg en jeugd-ggz. Verwijsregels en formulieren rijzen de pan uit. Natuurlijk wil een gemeente goede zorg voor haar burgers, maar het ambtelijke denkkader is toch ook erg gericht op controle, beheersing, fraudebestrijding en een sluitende begroting. En dit botst regelmatig met het medische denkkader. Want hoe moet een gemeente controleren of het allemaal klopt als ze niet alles mag weten? Iedere ambtenaar is verplicht om fraude te melden. Dus waarom menen artsen – die soms tevens ambtenaar zijn – dat zij dat niet hoeven te doen? Dat niet alleen medische

bevindingen maar ook wietplantages en uitkeringsfraude vallen onder hun beroepsgeheim? Dat zij geen generalistische eigen-kracht-keukentafelgesprekken hoeven te voeren of eendeloze formulieren hoeven in te vullen? Dat zij de wachtlijsten in het jeugdteam kunnen omzeilen? En depressieve suïcidale jongeren rechtstreeks naar de psychiater kunnen verwijzen? Wie is er nu eigenlijk de baas?

In nogal wat gemeenten levert dit dan ook flinke discussies op. Sommige gemeenten dragen artsen op om in plaats van een verwijzing in alle gevallen een 'perspectiefplan' te maken, dat goedgekeurd moet worden door een jeugd-professional. Als het probleem en de verwijzingsroute helder zijn, draagt deze werkwijze niet bij aan efficiënte zorg. Soms is hij zelfs ronduit schadelijk, zoals in het geval van de eerder genoemde depressieve suïcidale jongere. Als huisarts kun je de verordeningen van de gemeenten nog wel naast je neerleggen, maar als jeugdarts is dat lastiger. Jeugdartsen moeten dan soms kiezen tussen een conflict met hun instelling/gemeente en een conflict met hun beroepscode en -regels. Tussen een eventuele berisping als ambtenaar of een berisping door het medisch tuchtcollege.

Gelukkig hebben wij allemaal de eed van Hippocrates afgelegd. En weten we heel goed wat het zwaarst weegt. Uiteindelijk telt er maar één belang: dat van de patiënt. Dokters laten zich niet knechten, ook niet als ze ambtenaar zijn. 'Alleen een vrij mens kan een goed geneesheer (– of -vrouw) zijn.'<sup>1</sup> Nu alleen nog even de 380 gemeenten van Nederland hiervan overtuigen. Komt goed. 2018 is pas net begonnen!

web

De voetnoot vindt u op [medischcontact.nl/federatienieuws](http://medischcontact.nl/federatienieuws).

“

ELISE BUITING



Wie is er nu eigenlijk de baas?

KAMG

Elise Buiting

arts M&G, voorzitter KAMG



GERT VAN DIJK



Het is geen overheidstaak om de zelfdoding van gezonde mensen te faciliteren

COLUMN ETHIEK IN DE PRAKTIJK

## Voltooid leven

**V**oldoet de huidige euthanasiewet voor ouderen met een 'voltooid leven', of is er een nieuwe wet nodig? Onlangs maakte de minister van VWS bekend onderzoek naar die vraag te zullen doen, als uitvloeisel van het regeerakkoord. Dat onderzoek zal niet eenvoudig zijn, maar is wel belangrijk om te achterhalen wat precies het probleem is en wat daaraan gedaan kan worden.

Waarom zal het onderzoek moeilijk zijn? Het is bekend dat onder ouderen complexe psychopathologie voorkomt, regelmatig in combinatie met somatische en sociale problemen. Ook is vaak sprake van ambivalentie over de eigen doodswens. Hoe bepaal je in zo'n situatie of er geen sprake is van een behandelbare psychiatrische of somatische aandoening? Hoe onderscheid je een weloverwogen doodswens van behandelbare suicidaliteit? Is dat onderscheid wel te maken? En hoe stel je vast dat er geen alternatieve manieren zijn om het lijden te verlichten?

Wat op de achtergrond meespeelt is het misverstand dat mensen met gevoelens van een 'voltooid leven' niet in aanmerking zouden komen voor euthanasie. Maar in mijn ervaring geven mensen die om euthanasie vragen vanwege ernstige medische problemen heel vaak aan dat hun leven 'voltooid' is. 'Ik lig hier maar te wachten op de dood dokter, mijn leven is voltooid'. Niet meer kunnen autorijden, geen boeken meer kunnen lezen, gesprekken niet meer kunnen volgen, niet meer van muziek kunnen genieten: het wordt allemaal veroorzaakt door achterliggende medische problemen. Ik verwacht dan ook dat veel mensen met gevoelens van een 'voltooid leven' binnen de kaders van de euthanasiewet zullen vallen. Zijn er daarnaast nog mensen met een actuele doodswens die geen psychiatrische of somatische problemen hebben? En zo ja, wat volgt daaruit voor de overheid?

Iedereen heeft de vrijheid om het leven naar eigen inzicht in te richten en aan dat leven eventueel ook een eind te maken. Maar uit die individuele vrijheid volgt niet dat het een over-

heidstaak is om daarbij behulpzaam te zijn. Voor sommige mensen heeft hun leven pas betekenis als zij een bepaalde pelgrimstocht hebben gemaakt. Daaruit volgt echter niet dat de overheid de plicht heeft om die tocht mogelijk te maken.

Dat laatste is belangrijk. De huidige discussie over voltooid leven gaat immers niet zozeer over zelfbeschikking, als wel over de vraag of het een overheidstaak is om de zelfdoding van gezonde mensen te faciliteren. En eerlijk gezegd denk ik dat dat niet zo is. De overheid heeft namelijk meer taken dan ruimte maken voor individuele zelfbeschikking. Het beschermen van kwetsbare groepen, zoals ouderen met complexe problemen, is daarvan een van de belangrijkste. En precies die plicht komt met een wet voltooid leven in het gedrang.

Om het echte probleem boven tafel te krijgen zal het onderzoek dan ook niet opgezet moeten worden vanuit de gedachte dat de euthanasiewet niet ruim genoeg is. Wie echt geïnteresseerd is in het welzijn van ouderen zal de vraag moeten stellen die artsen zich ook vaak stellen bij kwetsbare ouderen: wat hebben zij nodig? Hoe kunnen we hun welzijn verbeteren? Hoe kunnen we de zorg voor ouderen met complexe zingevingsproblematiek beter maken, de samenleving zo inrichten dat iedereen daar betekenis in kan vinden? Dat zijn geen vragen met gemakkelijke antwoorden. Maar belangrijk zijn ze wel. *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.

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

De columns op deze pagina zijn geschreven op persoonlijke titel.

Gert van Dijk  
ethicus bij de KNMG en het  
Erasmus MC  
[@gert\\_van\\_dijk](https://twitter.com/gert_van_dijk)

# Gescheiden ouders en recht op medische informatie, hoe zit dat?

[knmg.nl/artseninfolijn](http://knmg.nl/artseninfolijn)  
of bel 088 - 440 42 42

## Betere naleving Europees waarschuwingsmechanisme noodzakelijk

EU-lidstaten moeten gemaakte afspraken over het onderling uitwisselen van bevoegdheidsbeperkingen van zorgverleners beter naleven. Dat bepleitte René Héman, voorzitter van artsenfederatie KNMG, op 13 januari in EenVandaag. Patiënten in Nederland moeten er immers op kunnen vertrouwen dat ook de arts die uit het buitenland komt, kundig en betrouwbaar is.

**S**amen met het ministerie van VWS maakt de KNMG zich al jaren sterk voor een goed werkend systeem voor het uitwisselen van bevoegdheidsbeperkingen. Een bevoegdheidsbeperking betekent dat een arts tijdelijk of definitief zijn functie niet mag uitoefenen. Sinds 2016 deelt Nederland actief beroepsbeperkingen die aan artsen (en andere zorgverleners) zijn opgelegd met alle andere lidstaten. Andersom ontvangt Nederland meldingen uit andere Europese landen. Als de buitenlandse melding in het betreffende land een tijdelijke of blijvende bevoegdheidsbeperking inhoudt, dan wordt de inschrijving van de beroepsbeoefenaar in Nederland doorgehaald.

### Europese regels

Het waarschuwingsmechanisme werkt nog niet goed. Uit onderzoek van NRC Handelsblad blijkt dat 10 van de 28 aangesloten landen nog nooit een melding hebben gedaan. René Héman: 'Er is hier ook een rol weggelegd voor Brussel: de verplichting om dit soort informatie actief te delen is vastgelegd in Europese regels en alle lidstaten zijn daaraan gebonden.'

*knmg*

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/federatienieuws](http://medischcontact.nl/federatienieuws).

## Praktijkdilemma

Veelgestelde vragen aan de KNMG Artseninfolijn

### Kan mijn praktijkgenoot bij een euthanasieverzoek optreden als consulent?

#### CASUS

Een patiënt van mij heeft verzocht om euthanasie. Ik ben als huisarts werkzaam in een groepspraktijk. Kan een van mijn praktijkgenoten optreden als consulent?

#### ADVIES

In principe is het toegestaan om een praktijkgenoot als consulent in te schakelen, mits hij aan bepaalde voorwaarden voldoet. Omdat het moeilijk is om de wettelijk verplichte onafhankelijkheid en deskundigheid te waarborgen, raadt de KNMG u aan om voor de onafhankelijke consultatie altijd een SCEN-arts te raadplegen.

#### TOELICHTING

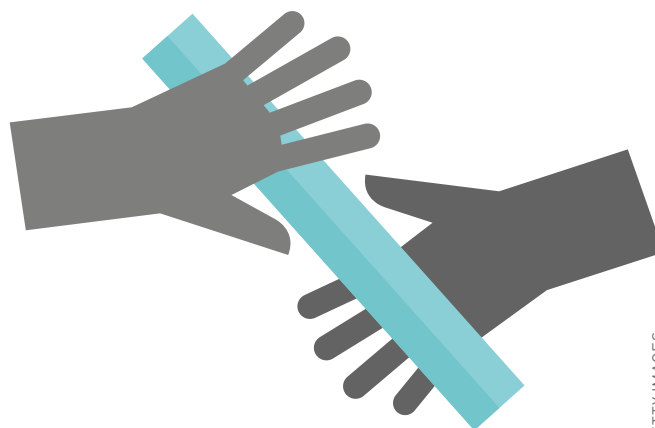
Het consulteren van ten minste één onafhankelijke collega, is een van de zorgvuldigheidscriteria bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. De consultatie moet voldoen aan de zorgvuldigheidseisen die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding ('euthanasiewet') stelt. De zorgvuldigheidseisen gaan onder meer over de weloverwogenheid en de vrijwilligheid van het verzoek van de patiënt en over de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden. Ook mogelijke behandelalternatieven moeten tijdens de consultatie aan bod komen. De consulent moet hierover een verantwoord en zo objectief mogelijk oordeel geven. Daarom is het van belang dat de onafhankelijkheid en de deskundigheid van de consulent zijn gewaarborgd.

#### VOORWAARDEN ONAFHANKELIJKHEID

Onafhankelijk zijn houdt in dat de tweede arts:

- geen familielid van de behandelend arts of van de patiënt is;
- geen persoonlijke relatie heeft met de behandelend arts of de patiënt;
- geen lid is van de groepspraktijk of de maatschap; niet in een hiërarchische verhouding staat tot de behandelend arts;
- geen behandelrelatie heeft of heeft gehad met de patiënt.

Het is niet per se noodzakelijk dat consulent en consultvrager in verschillende instellingen werkzaam zijn. Wel moeten artsen in dat geval extra goed nagaan of de consulent werkelijk onafhankelijk kan zijn en of de consulent niet eerder bij de behandeling van de patiënt betrokken is geweest. Als de consulent om andere redenen tot de conclusie komt dat hij geen voldoende onaf-



GETTY IMAGES

hankelijk oordeel kan geven, bijvoorbeeld om persoonlijke redenen, dan zal hij de consultatie aan een ander moeten overlaten.

#### VOORWAARDEN DESKUNDIGHEID

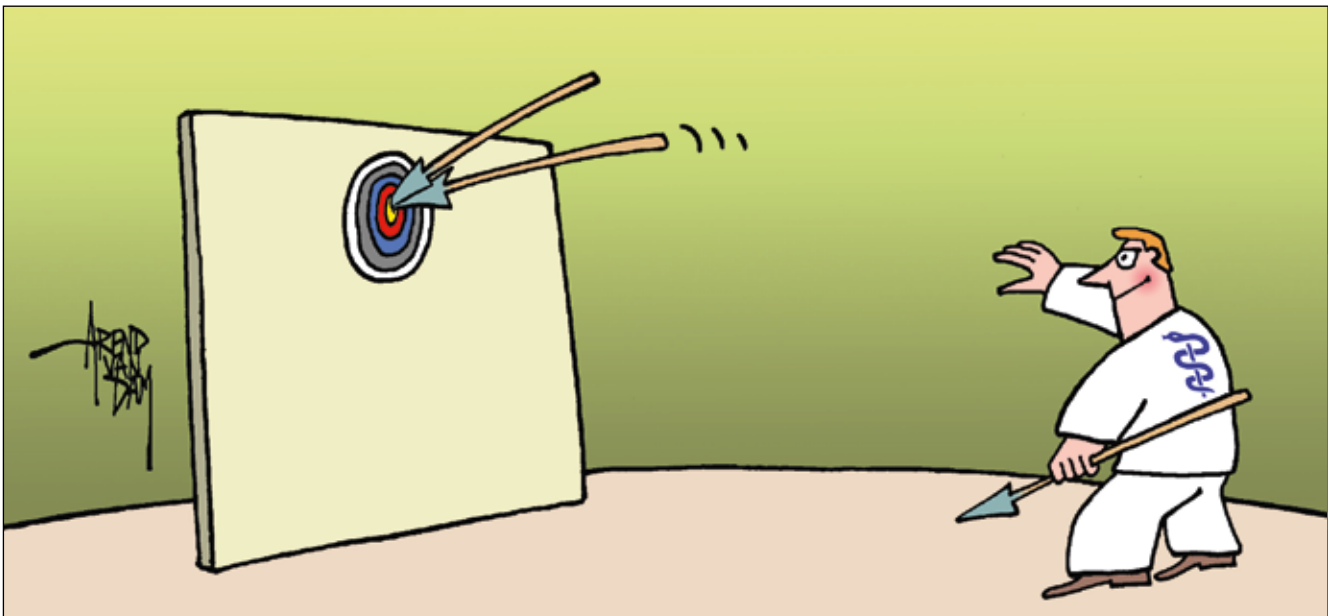
Een consulent moet onafhankelijk zijn en goed op de hoogte van de procedure die geldt bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ook moet hij voldoende deskundig zijn op het gebied van de juridische, ethische en communicatieve aspecten en de medisch-technische uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding.

#### MEER WETEN:

- SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) [knmg.nl/SCEN](http://knmg.nl/SCEN). *knmg*

#### Vraag? KNMG Artseninfolijn

Bent u arts en lid van een van de federatiepartners van de KNMG, dan kunt u met vragen op ethisch en gezondheidsrechtelijk (juridisch) 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](http://knmg.nl/praktijkdilemma).



## DOELMATIGHEID, JOUW KWALITEIT?

PRESENTEER JOUW  
DOELMATIGHEIDSINITIATIEF EN WIN  
DE DOELMATIGHEIDSPRIJS 2018!

Ook in jouw opleiding tot specialist komt steeds meer aandacht voor doelmatigheid. Heb je een mooi doelmatigheidsinitiatief uitgevoerd of bruis je van de ideeën? **Doe mee en maak kans op de Doelmatigheidsprijs of een ZonMW-beurs!** De prijsuitreiking is op het Symposium Doelmatigheid van Zorg 2018.

### OPROEP AAN AIOS



Meer informatie en indienen:  
[www.bewustzijnsproject.nl/doelmatigheidsprijs](http://www.bewustzijnsproject.nl/doelmatigheidsprijs)

Indienen kan tot 31 januari 2018

## SYMPOSIUM DOELMATIGHEID VAN ZORG 2018

**WOENSDAG 18 APRIL 2018**  
12.30 - 18.00 & 18.00 - 20.45 UUR

CORPUS CONGRESS CENTRE LEIDEN

Doelmatig leren denken en handelen is cruciaal voor de best mogelijke kwaliteit van zorg tegen verantwoorde kosten. Hoe komt het in uw opleiding aan bod? Op het Symposium Doelmatigheid van Zorg 2018 gaat u aan de slag voor doelmatigheid van zorg in uw opleidingspraktijk. Het symposium biedt een middag- en avondprogramma. Deelname is gratis.

Aanmelden en meer informatie: [www.bewustzijnsproject.nl/symposium2018](http://www.bewustzijnsproject.nl/symposium2018)





## Bent u spelbepaler of speelbal?

**H**oewel geld verdienen niet het primaire doel van de zorg is, is geld wel een aanzienlijke sturende factor in het zorgstelsel. Geld van verzekeraars en andere partijen stuurt het gedrag van ziekenhuizen, medische staven en de individuele specialist. Als u geen zicht hebt op de sturende rol van geld, dan wordt u gestuurd. De vraag is in hoeverre u speelbal wilt zijn of spelbepaler.

Als u weet hoe u geld voor u kunt laten werken, kunt u op effectievere wijze uw medische beleid voeren. Daarom behoort kennis van de ziekenhuisfinanciën tot de basiskennis van iedere medisch specialist. De rol van de financiële specialisten in uw ziekenhuis hoeft u uiteraard niet over te nemen, maar uw klinische praktijk heeft er wel baat bij als u goed geïnformeerd deel kunt nemen aan de onderhandelingen over de verdeling van middelen.



Tineke Vos

Na het volgen van één van onze cursussen over ziekenhuisfinanciën komt u goed beslagen ten ijs. Tineke Vos, ziekenhuispsychiater en voorzitter van de Vereniging Medische Staf in Ziekenhuis Bronovo in Den Haag vertelt: 'De tweedaagse cursus Inleiding in de ziekenhuisfinanciën heeft zeer voldaan aan mijn verwachtingen. Eerst werd in het kort de historie van de ziekenhuisfinanciën geschetst, vervolgens

werd de informatie concreet toegespitst op de actuele stand van zaken. We kregen aansprekende voorbeelden uit de dagelijkse praktijk; daardoor werd de materie zeer toegankelijk. De docent vond ik fantastisch; hij hield goed zicht op het lesprogramma en bood aan de andere kant alle ruimte voor interactie met de groep. Qua kennis was deze cursus voor mij wel verrassend: ik wist niet dat ik deze materie zo leuk kon vinden.'

### Inleiding in de ziekenhuisfinanciën

Deze beknopte cursus biedt een overzicht van de voornaamste vraagstukken rond de financiering van de medisch-specialistische zorg, alsmede inzicht in de bedrijfsvoering van zorgafdelingen c.q. -ondernemingen.

**Prijs leden** FMS én VvAA: 1245 euro; **niet-leden** 1395 euro, **duur** 2 dagen, **start** 14 maart en 7 november.

[academiemedischspecialisten.nl](http://academiemedischspecialisten.nl)

**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**  
W. Bontje, voorzitter  
tel. 088 440 4216  
[info@degeneekundestudent.nl](mailto:info@degeneekundestudent.nl)  
[degeneekundestudent.nl](http://degeneekundestudent.nl)



**KAMG**  
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid  
E. Buiting, voorzitter  
R. Duzijn, directeur  
tel. 030 303 3662  
[bureau@kamg.nl](mailto:bureau@kamg.nl), [kamg.nl](http://kamg.nl)



**LAD**  
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband  
C. Keijzer, voorzitter  
C. van den Brekel, directeur  
tel. 030 670 2702  
[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. 030 282 3723  
[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  
[kwaliteitsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwaliteitsbureau@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 en interim directeur  
tel. 030 227 1910  
[info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl), [verenso.nl](http://verenso.nl)

