

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

De verdeling voorbij?

Dit is mijn eerste column als KAMG-voorzitter. De Koepel Artsen Maatschappij & Gezondheid is al weer 4 jaar federatiepartner van de KNMG. Het werkveld van de arts M&G omvat het sociaalgeneeskundig deel van ons medisch-specialistisch werkveld. We kennen in onze geledingen jeugdartsen, artsen infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde, indicatie & advies alsmede vertrouwensartsen, forensische artsen, donorartsen, farmaceutische artsen, artsen werkzaam in beleid, management of sociaalgeneeskundig onderzoek en medisch adviseurs bij zorgverzekeraars.

Ze hebben gemeen dat ze zich richten op de interactie tussen burger, maatschappij en omgeving om hiermee de volksgezondheid te bevorderen, te beschermen en te bewaken. Sociaal geneeskundigen in de publieke gezondheid vervullen een brugfunctie tussen overheid en zorgvragen die zich in de samenleving voordoen en om aandacht en beleid vragen. Ik heb zelf in veel delen van ons veld gewerkt en vind multidisciplinaire samenwerking, communicatie en onafhankelijke advisering onderscheidende en cruciale kerncompetenties van de arts M&G.

In 2015 zien we veel veranderingen in de zorg die al ingevoerd zijn of nog ingevoerd gaan worden. Al deze wijzigingen hebben een fors effect op de publieke gezondheidszorg. De ontwikkelingen binnen de jeugdzorg, WLZ, WMO en participatiewet moeten leiden tot een regionale en wijkgerichte gezondheidszorg.

Het doel is om een ontwikkeling voor burgers te creëren van vangnet naar springplank, waarbij burgers op eigen kracht en verantwoordelijkheid gaan participeren in de samenleving. Of de kwetsbaren in de samenleving dan nog

een vangnet krijgen, is de vraag.

De commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen zal naar verwachting de zorg herdefiniëren in de 'domeinen' voorzorg, gemeenschapzorg, laagcomplexiteit en hoogcomplexiteit. De definitie en invulling is nog niet definitief. Centraal staat het 'vermogen' van mensen om zich aan te passen en regie te voeren. Dit sluit aan bij het gedachtegoed van de genoemde decentralisaties. Hier staat zelfregie ondersteund door mantelzorg centraal, maar ook integrale professionele benadering van de cliënt/patiënt. Bij deze herdefiniëring van domeinen zijn een paar risico's. Namelijk het domeindenken blijft in stand; het is niet de cliënt/patiënt die centraal wordt gesteld. Ook zien wij het risico dat 'voorzorg' een container wordt waarin allerlei vormen van zorg terechtkomen zoals zelfzorg en mantelzorg. En blijft de collectieve preventieve zorg, zoals onder andere de infectieziektebestrijding bestaan in de nieuwe context? Onze huidige goede gezondheid is voor een belangrijk deel op deze preventieve zorg gebaseerd. Lang leven is vroeg starten met gezond leven.

Het in goede banen leiden van deze ontwikkelingen doet een beroep op medisch leiderschap. Uiteraard omvat medisch leiderschap meerdere competenties. Van belang in deze veranderlijke tijden is goede communicatie en multidisciplinaire samenwerking tussen artsen. Als artsen werkzaam in de curatieve of publieke zorg moeten we zelf het voortouw nemen om onze cliënt/patiënt centraal te zetten, zodat we als medisch leiders waarmaken waarvoor we zijn opgeleid.

Ik pleit voor een domeinloze zorg, waar regionaal alle artsen samenwerken rondom de cliënt/patiënt. Het heeft mijn voorkeur deze zorg regionaal te financieren, maar dat bespreek ik in een volgende column.

“

RENÉ HÉMAN



Lang leven
is vroeg
starten met
gezond leven



René Héman
voorzitter KAMG



SJAAK NOUWT



Gaan
ambtenaren
vertrouwelijk
om met
medische
gegevens?

Sjaak Nouwt
beleidsadviseur
gezondheidsrecht KNMG

COLUMN

Nieuwe privacyrisico's in de zorg

De transitie van zorg van het rijk naar gemeenten verloopt allesbehalve vlekkeloos. Het ontbreekt niet alleen aan salaris voor PGB-hulpverleners, maar ook aan goede zorg, veiligheid en privacy voor burgers die op zorg zijn aangewezen. Burgers en hulpverleners zijn de dupe van al die transitieperikelen.

Behalve tot veel prangende vragen over de zorgverlening en de financiële afhandeling daarvan, leidt de transitie van de zorg ook tot nieuwe privacyrisico's. Twee voorbeelden.

In het kader van de nieuwe Jeugdwet vond eenmalige gegevensoverdracht plaats door zorgaanbieders aan gemeenten: de 'initiële vulling jeugdzorg' van de gemeentelijke databestanden. Dit zijn gegevens van jongeren die geestelijke gezondheidszorg ontvangen.

Sommige gemeenten vroegen per brief aan zorgaanbieders om 'de gegevens van uw cliënten' aan de gemeente te verstrekken. Maar hoe is dat vervolgens gegaan? Hebben de betreffende zorgaanbieders zich bijvoorbeeld beperkt tot die gegevens die vermeld zijn in de 'Regeling gegevensoverdracht in verband met de invoering van de Jeugdwet', zoals BSN, soort jeugdhulp, leveringstatus (in zorg of op wachtlijst)? Hebben alle zorgaanbieders hun cliënten hierover geïnformeerd? En hebben alle zorgaanbieders die gegevens, zoals voorgeschreven, verstrekt met speciale software: de VBO-module (Veilige Bestands Overdracht), voorzien van de IVJ-plugin (Initiële Vulling Jeugdzorg)? Ik ben toch benieuwd of al die zorgaanbieders wel volgens deze voorschriften hebben gehandeld.

Dan het tweede risico. Hoe vertrouwelijk gaan gemeenteambtenaren om met medische gegevens? Ja, net als politieambtenaren hebben gemeenteambtenaren een ambtelijke geheimhoudingsplicht. Maar wat betekent dat in de praktijk? Uit de Kamerbrief over de evaluatie van de Wet politiegegevens en de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (23 juni 2014) blijkt dat het ongeoorloofd doorbreken van de

geheimhoudingsplicht door politieambtenaren, 'vrijwel altijd zonder gevolgen blijft'! Dit kan dus ook zomaar gelden voor medische gegevens die zorgaanbieders vol vertrouwen hebben doorgegeven aan politieambtenaren of gemeenteambtenaren. Juist daarom pleitte de KNMG er destijds voor medische adviseurs bij gemeenten de gegevens te laten ontvangen. Die hebben namelijk ook een medisch beroepsgeheim en weten hoe zij met medische gegevens en de vertrouwelijkheid daarvan moeten omgaan. Dat zou het risico op schending van de privacy van burgers in elk geval kleiner hebben gemaakt. Helaas is ons voorstel niet opgepakt. Moeten artsen de gemeenteambtenaren dan maar boycotten? Een begrijpelijke gedachte, maar wel erg rigoreus met mogelijk grote gevolgen voor burgers die zorg nodig hebben. Het medisch beroepsgeheim vloeit voort uit een van oudsher heel ander soort cultureel bewustzijn dan het ambtsgeheim van een gemeenteambtenaar. Het medisch beroepsgeheim kent een lange traditie en hangt nauw samen met de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. De relatie tussen ambtenaar en burger is daarentegen van een geheel andere aard. Maar volgens de staatssecretaris is de vertrouwelijkheid gewaarborgd doordat gemeenteambtenaren geen medische gegevens van burgers zonder hun toestemming aan derden mogen verstrekken. Gemeenten en hun ambtenaren doen er hoe dan ook verstandig aan om zeer vertrouwelijk om te gaan met medische gegevens van burgers. In de toekomst kunnen zij immers een boete van 810.000 euro van de nieuwe Autoriteit Persoonsgegevens (het huidige CBP) verwachten als zij zich niet houden aan de privacyvoorschriften. Het wachten is op het eerste privacyongeluk. Laat u het mij weten als het zo ver is? *knmg*

De columns op deze pagina zijn geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op knmg.nl/columns.

Congres over medisch leiderschap in de vervolgopleiding

Op donderdag 2 juli organiseert MMV-CanBetter het congres 'Medisch leiderschap in de vervolgopleiding'. Dit congres voor opleiders en aiossen vindt plaats van 16.00 tot 20.00 in Figi Theater Zeist. Aanmelden kan via knmg.nl/modernisering/medischleiderschap.



Elke arts moet medisch leiderschap kunnen tonen: bij organisatorische, financiële en ethische kwesties in de zorg is de inbreng van artsen onontbeerlijk. Maar hoe bekwaam je aiossen in medisch leiderschap? Het congres 'Medisch leiderschap in de vervolgopleiding' biedt opleiders en aiossen inspiratie, voorbeelden en praktische tips om met medisch leiderschap aan de slag te gaan.

Video's

Naast sprekers uit het veld biedt het programma workshopcarroussels waarbij ervaringen en good practices worden gedeeld. Ook delen de aiossen die de Talentenklas Medisch Leiderschap volgen – een initiatief van het Platform Medisch Leiderschap, de Jonge Specialist en

een aantal enthousiaste opleiders – hun eerste ervaringen. Verder lanceert de projectgroep Medisch Leiderschap van CanBetter een reeks video's waarmee aiossen kennis en vaardigheden kunnen ontwikkelen die nodig zijn om medisch leiderschap te kunnen tonen.

Margriet Schneider, projectleider Medisch Leiderschap binnen MMV-CanBetter en één van de initiatiefnemers van de talentenklas: 'Bij medisch leiderschap moet je onderscheid maken tussen leiderschap: kunnen omgaan met verandering of die bewerkstelligen, en management: complexiteit organiseren. Beide zijn belangrijk. Artsen in opleiding hebben vooral te maken met "klinisch leiderschap" over het zorgproces waarin de patiënt zit: je bent verantwoordelijk voor de uitkomsten van de zorg en dat omvat niet alleen de medische kunst en vaardigheid die je over de patiënt "uitstort", maar het hele traject van veilig het ziekenhuis in komen en weer veilig naar huis gaan. Om dat als arts verantwoord te kunnen doen, heb je bepaalde kennis en vaardigheden nodig.'

Jargon

Richard Schol, aios en lid van de CanBetter-projectgroep Medisch Leiderschap: 'Als dokter hoef je niet per se te kunnen managen, maar je moet wél de taal van managers kunnen spreken. Je ziet nog wel eens dat artsen afhaken als managers met jargon gaan strooien en dan denken: laat mij maar doen waar ik goed in ben; ik richt me wel op de patiëntenzorg. Dat is begrijpelijk, maar niet verstandig: het komt geregeld voor dat je dan wordt geconfronteerd met besluiten die op de werkvloer niet uitvoerbaar zijn.' *knmg*

Meer over dit congres: knmg.nl/modernisering/medischleiderschap



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?

Facebook KNMG Carrièrebeurs, Twitter cbknmg, Instagram KNMG Carrièrebeurs, www.knmgcarrierebeurs.nl



SCHRIJF JE NU IN:

www.knmgcarrierebeurs.nl

Geen bezwaar biosimilar nieuwe patiënten

De Federatie Medisch Specialisten ziet geen bezwaren bij het voorschrijven van biosimilars aan nieuwe patiënten. Dat staat in een uitgebreid standpunt over het gebruik van biosimilars. Het standpunt kan door medisch specialisten als praktische leidraad worden gebruikt. Volgens de Federatie Medisch Specialisten zijn biosimilars een gewenste ontwikkeling omdat de middelen even effectief en veilig zijn als het originele biologische geneesmiddel, maar daarnaast vaak goedkoper. Het goed en veilig voorschrijven van biosimilars draagt bij aan de kostenbeheersing in de zorg.


Biologische geneesmiddelen zijn de middelen die worden gemaakt door een levend organisme of daarvan afgeleid, zoals een eiwit. Biosimilars zijn biologische geneesmiddelen die 'similar', dus 'vergelijkbaar' zijn met de originele biologische geneesmiddelen die al zijn geregistreerd. De effectiviteit en veiligheid is vergelijkbaar, en dus is bij de eerste behandeling het goedkoopste middel vanuit het oogpunt van kostenbeheersing bij nieuwe patiënten de eerste keus, ook als dat een biosimilar is.

Substitutie

Patiënten die al behandeld worden met een biologisch geneesmiddel, kunnen echter niet altijd zomaar overgezet worden naar een biosimilar vanwege het risico op verminderde werkzaamheid of

bijwerkingen, dit geldt bijvoorbeeld voor antilichamen. In het standpunt van de Federatie Medisch Specialisten staat dan ook dat alleen onder strikte voorwaarden substitutie kan plaatsvinden, bij voorkeur in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Eerste biosimilar

Inmiddels is het eerste biosimilar op de markt voor het middel Remicade (infiximab), waarvan het patent in februari 2015 verliep. De verwachting is dat de komst van deze en andere generieke varianten van dure geneesmiddelen de behandeling van onder meer reuma, inflammatoire darmziekten en psoriasis op termijn betaalbaarder zal maken. 

Het standpunt vindt u op demedischspecialist.nl/federatie/publicaties

Niet alles wat kan, hoeft

Op 5 maart 2015 verschijnt het rapport 'Niet alles wat kan, hoeft' over passende zorg in de laatste levensfase. 'Het is moeilijker om iets te laten dan om iets te doen. Nog moeilijker is het om te horen wat iemand daadwerkelijk wil als dit haaks staat op je eigen overtuiging of inzet als arts', zegt KNMG-voorzitter Rutger Jan van der Gaag op de vraag waarom het verlenen van passende zorg in de laatste levensfase soms zo moeilijk is.

Dat maakt luisteren juist zo essentieel, zegt Van der Gaag. Wanneer houdt medisch ingrijpen op om zinvol te zijn? Staant arts en patiënt stil bij de kwaliteit

die het leven voor de patiënt heeft na een voorgenomen behandeling? Gaat het gesprek ook over de beperkingen die de behandeling kan opleveren voor het dagelijks functioneren? Over de vraag of de patiënt zo'n behandeling nog wil en of dat realistisch is? En of arts en patiënt hetzelfde doel voor ogen hebben?

Hoe zeer iedereen het erover eens is dat hulpverleners op tijd moeten spreken met patiënten die door een ziekte of kwetsbare situatie de dood in zicht hebben, in de praktijk wordt dit gesprek nog te weinig gevoerd. Wat houdt ons tegen? Een stuurgroep met vertegenwoordigers vanuit de hoek van patiënten, artsen, verpleegkundigen, ouderen en oudere migranten beschrijven in het rapport 'Niet alles wat kan, hoeft' mechanismen die ertoe leiden dat er soms te weinig

focus is op de kwaliteit van leven. Ook is bekeken hoe we in Nederland samen kunnen bereiken dat mensen in de laatste periode van hun leven passende zorg krijgen. De betrokken organisaties zullen ieder vanuit hun eigen doelen en mogelijkheden deze gezamenlijke doelen ondersteunen. 

Kijk op knmg.nl/passendezorg wat Rutger Jan van der Gaag en andere bestuurders en betrokkenen vanuit diverse organisaties nog meer zeggen over passende zorg in de laatste levensfase. Hier vindt u ook de pdf van het rapport en aanvullende informatie.

NZa spreekt zorgverzekeraars aan over uitkomsten LHV-peiling



De NZa gaat aan de slag met de uitkomsten van de LHV-peiling naar de marktmacht van zorgverzekeraars. Aanleiding hiervoor is de vraag van de LHV om actie te ondernemen op de ongelijkheid in de onderhandelingspositie tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Er zijn duidelijkere spelregels nodig, om de inbreng van huisartsen in de onderhandelingen rond de contractering van huisartsenzorg te garanderen.

Zorgverzekeraars gevraagd om tekst en uitleg

In een brief laat de NZa weten zorgverzekeraars om tekst en uitleg te hebben gevraagd bij de uitkomsten van de peiling. De peiling, waaraan 1750 huisartsen deelnamen, laat zien dat men erg ontevreden is over het contracteringsproces, het contract en het contact dat ze hebben met de zorgverzekeraar. Hierover heeft een gesprek plaatsgevonden tussen de toezichthouder, Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgverzekeraars. Verzekeraars zijn bovendien gevraagd om

een formele schriftelijke reactie. Daar blijft het niet bij. De NZa heeft verzekeraars gevraagd om informatie over hoe verzekerden geïnformeerd zijn over de contractering van huisartsenzorg en de consequenties daarvan. En de toezichthouder werkt aan een monitor die de inhoud van de contracten van huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, verpleging en verzorging in 2015 beoordeelt.

Handhaven

De LHV is blij dat de NZa de mening van alle huisartsen serieus neemt, maar is teleurgesteld over de ruimte die de toezichthouder op basis van de wet heeft. De NZa kan alleen toetsen of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht. Dat wil zeggen of ze voldoende huisartsenzorg inkopen. Ze toetst nog niet hoe het contracteringsproces verloopt. Er zijn weliswaar 'Good Contracting Practices', maar die zijn niet dwingend.

In november 2014 werd Kamerbreed een motie aangenomen waarin staat dat de Kamer wil dat zorgverzekeraars zich vanaf nu jaarlijks moeten verantwoorden over de manier waarop ze invulling geven aan de code Goed Zorgverzekeraarschap (misbruik machtspositie, inkoopgedrag, voorwaarden in contractering, communicatie richting verzekerden). De LHV hoopt dat de minister deze motie omzet in dwingende regelgeving, zodat er vervolgens echt op gehandhaafd kan worden. 

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@demedischspecialist.nl
demedischspecialist.nl



De Geneeskundestudent i.o.
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. Duzijn, 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 Bedrijfs-geneeskunde
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
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

