

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Zachte heelmeesters

Het Gezondheidsraadadvies ME/CVS dat 19 maart werd gepubliceerd is zeer omstreden, zo is de afgelopen weken wel gebleken.¹⁻⁵

Wat tot nu toe nog wat onderbelicht is gebleven, is dat het advies, behalve meer onderzoek verrichten, geen wezenlijk (be)handelperspectief schetst, integendeel. In de vierde en laatste aanbeveling stelt de Gezondheidsraad namelijk: 'Medische beoordelaars in het kader van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet langdurige zorg en Participatiewet erkennen dat ME/CVS een ernstige ziekte is die gepaard gaat met substantiële functionele beperkingen en beschouwen de keus van een patiënt om geen cognitieve gedragstherapie (CGT) of oefentherapie (GET) te doen niet als "niet adequaat herstelgedrag".'

Dat wekt de suggestie dat als de patiënt geen heil ziet in CGT of oefentherapie – de tot nu toe enige bewezen (matig) effectieve behandelingen – hij of zij met rust moet worden gelaten. Dat roept verbazing op. Want hoewel er geen op de oorzaak gerichte behandeling is voor ME/CVS – een duidelijke oorzaak is tot op heden niet gevonden – mag van een patiënt worden verwacht dat hij of zij een behandeling volgt die zijn of haar klachten kán verminderen. Deze schadebeperkingsplicht geldt voor alle patiënten die een claim op een uitkering of voorziening doen. Doorgaan met een behandeling die niet effectief is, is zelden zinvol, en als een regulier behandelaar geen (verdere) behandelmogelijkheden ziet, houdt het ook op, maar de huidige formulering door de GR is onnodig restrictief.

Ook de kwalificatie van ME/CVS als een ernstige aandoening die gepaard gaat met substantiële beperkingen verbaast: over nagenoeg geen enkele ziekte wordt een zo categorische uitspraak gedaan. Zoals bij veel aandoeningen geldt ook voor patiënten met ME/CVS dat er patiënten zijn die aangeven ernstige beperkingen te ondervinden in hun dagelijks leven, maar zijn er ook voldoende voor wie dat niet geldt. Verzekeringsartsen verrichten dan ook een individuele beoordeling die recht doet aan deze beperkingen. Wij kunnen niet op voorhand aannemen dat die beoordeling per definitie tot volledige (duurzame) arbeidsongeschiktheid moet gaan leiden. Dat zou ook niet gezondheidbevorderend zijn, integendeel. Hiermee dreigen we mensen volledig (en blijvend) buiten de maatschappij te plaatsen wat absoluut niet past in de participatiegedachte en hen zelfs de mogelijkheid tot arbeid ontnemt, een van de fundamentele rechten van de mens.

Want hoewel dokters echt geen behandelfetisjisten zijn, is nietsdoen bij deze patiënten met soms ernstige beperkingen misschien wel een vorm van 'zachte heelmeesters maken stinkende wonden'.

De oproep van de NVVG en zustervereniging Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (GAV) is derhalve om als dokters, betrokken bij de zorg voor patiënten met deze aandoening, gewoon de multidisciplinaire richtlijn CVS uit 2013 te blijven volgen. De wetenschappelijke wereld lijkt sindsdien helaas niet écht veranderd.

De voetnoten vindt u bij deze column op medischcontact.nl.



Bij ME/CVS is nietsdoen een vorm van 'zachte heelmeesters maken stinkende wonden'



Rob Kok
voorzitter NVVG

FMS-voorzitter Marcel Daniëls: 'We staan voor een enorme opgave'

Het onderhandelingsresultaat voor het nieuwe hoofdlijnenakkoord 2018 is op 26 april door minister Bruins voor Medische Zorg bekendgemaakt. De inzet van het akkoord is om de kwaliteit en doelmatigheid in de medisch-specialistische zorg verder te bevorderen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg op lange termijn te borgen. Met het akkoord wordt de groei van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg afgeremd naar uiteindelijk 0 procent in 2022.

Hoe zwaar de opgave ook wordt, we zien ook mogelijkheden

Marcel Daniëls, algemeen voorzitter Federatie Medisch Specialisten: 'Het kabinet heeft het besluit genomen dat de kosten van de medisch-specialistische zorg bijna niet mogen groeien. Daar kunnen we van alles van vinden, maar de reden dat we aan tafel zitten voor het hoofdlijnenakkoord is dat we vanuit onze professie bewaken dat de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg voor de patiënt wordt geborgd.' Het akkoord is het resultaat van de onderhandelingen tussen het ministerie van VWS en de Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.

Borging kwaliteit

Hoewel de zorgvraag alleen maar toeneemt staat in het akkoord dat in 2022 de kosten niet zullen groeien. Daniëls: 'We tekenen voor dit akkoord omdat we deze noodzakelijke transitie willen vormgeven vanuit het streven naar kwaliteit van zorg voor de patiënt. Wij weten vanuit de spreekkamer wat daarvoor nodig is. We realiseren ons dat we allemaal voor een enorme opgave staan. Dit zal niet van vandaag op morgen geregeld zijn. Maar die inbreng willen we leveren om voor Nederland te waarborgen

wat nodig is: ook op de lange termijn goede zorg tegen aanvaardbare kosten.'

Mogelijkheden

Hoe zwaar de opgave ook wordt, de medisch specialisten zien ook de mogelijkheden. Daniëls: 'We hebben afspraken gemaakt over het behoud van de SKMS-gelden en over vermindering van de administratieve lasten. Ook komt er meer aandacht voor gezond en veilig werken en vermindering van de werkdruk. Daarnaast wordt er meer ingezet op e-health. We zijn tevreden met de afspraak om de campagne "Betere zorg begint met een goed gesprek" verder voort te zetten.'

De Federatie Medisch Specialisten heeft in haar visiedocument de ambitie uitgesproken om in 2025 de beste, meest doelmatige en efficiënte zorg ter wereld te leveren. De belangrijkste pijlers uit deze visie zijn terug te vinden in het nieuwe hoofdlijnenakkoord. Zorg op de juiste plek vraagt om een focus op netwerk-geneeskunde. Daniëls: 'Met netwerk-geneeskunde wordt de zorg dichtbij en rondom de patiënt georganiseerd. De kennis en kunde van de medisch specialist kan in dat netwerk ook buiten het ziekenhuis geleverd worden.' De Federatie Medisch Specialisten zal het akkoord met een positief advies aan haar leden voorleggen. 

Standaard publicatie berispingen en boetes van de baan

Een ruime Kamermeerderheid stemde 24 april in met twee amendementen die de schadelijke gevolgen van het publiceren van tuchtmaatregelen beperken. Publicatie van berispingen en boetes zal niet meer standaard plaatsvinden en bij publicatie zal meer contextinformatie komen. De KNMG maakt zich hier al langer hard voor.

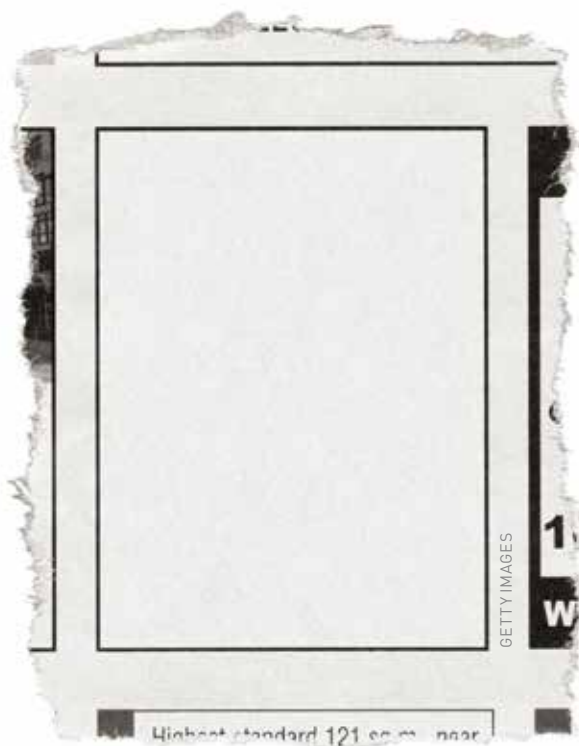
Vorige week kreeg de oproep van de KNMG om de schadelijke gevolgen van het publiceren van tuchtmaatregelen te beperken al bijval in de Tweede Kamer. Dat dit zich nu heeft vertaald in concrete aanpassingen van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet BIG, is een belangrijke stap vooruit.

Amendement 'geen publicatieplicht' aangenomen

CDA en GroenLinks stelden een amendement voor afschaffing van de publicatieplicht van berispingen en geldboetes voor. Een tuchtcollege oordeelt bij een berisping of geldboete dat de patiëntveiligheid niet in het geding is en moet de proportionaliteit van openbaarmaking daarom kunnen afwegen. Hun amendement werd met grote steun aangenomen.

Het publiceren van elke tuchtmaatregel is disproportioneel

Dit sluit aan op het punt dat de KNMG maakte in aanloop naar het debat: waarom kan de tuchtrechter niet per zaak bepalen of publicatie zinvol is? Berispingen en geldboetes zijn immers geen beroepsbeperkende maatregelen. De tuchtrechter acht de arts nog heel goed in staat om zijn vak in de volle breedte uit te oefenen. KNMG-voorzitter René Héman: 'Het publiceren van elke tuchtmaatregel is daarom disproportioneel en leidt tot naming en shaming zonder goede reden. Daarom is het goed dat deze weging nu aan de tuchtrechter is, net als in het advocaten-tuchtrecht.'



Meer contextinformatie voor patiënt

Een ander al langer lopend pleidooi van de KNMG is om in een commissie met beroeps- en patiëntenorganisaties te zoeken naar alternatieven, waaronder meer context geven bij openbaarmakingen. Minister Bruins (Medische Zorg en Sport) zegde vorige week al toe dit te zullen bekijken. Door een amendement van VVD en SP en een motie van CDA en GroenLinks zal de minister nu concreet moeten gaan bekijken hoe publicaties te voorzien van 'een korte begrijpelijke toelichting waarom een bepaalde maatregel is opgelegd', dit in overleg met beroeps- en patiëntenorganisaties. Héman: 'Dit is goed nieuws: we kunnen nu eindelijk op zoek naar alternatieven voor de huidige wijze van openbaarmaking. Aan welke informatie heeft de patiënt nu echt behoefte, welke informatie geeft echt inzicht in de kwaliteit van zorg?' *knmg*

Zie ook: knmg.nl/tuchtrecht

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2-2018

De richtlijn en de praktijk

Onlangs verscheen de langverwachte herziene richtlijn Probleemgedrag voor mensen met dementie. In deze editie van het tijdschrift wordt hier uitgebreid aandacht aan besteed.



Verder in het Tijdschrift



De coverstory is geschreven door de schrijvers van de richtlijn zelf. In dit artikel leest u waarom de werkgroep heeft gekozen voor de term 'probleemgedrag', een onderwerp waarover op social media de

afgelopen weken flink werd gediscussieerd. De auteurs schetsen voorts in een mooi overzicht de hoofdpunten uit de nieuwe richtlijn, de belangrijkste verschillen met de eerdere versie uit 2008 en gaan in op hoe de specialist ouderengeneeskunde de richtlijn kan gebruiken in zijn dagelijkse praktijk.

Met enthousiasme publiceren wij ook reacties uit het veld. Wij vroegen een aantal collega's te reageren aan de hand van drie vragen: wat haalt u uit de nieuwe richtlijn als belangrijkste leerpunt, wat ziet u als uitdagingen in het volgen van de richtlijn in de praktijk en hoe wilt u daar in uw eigen praktijk vorm aan geven? Onze oogst is heel divers! We ontvingen reacties vanuit verschillende invalshoeken: vanuit een behandeldienst, een artsengroep, een intervisiegroep, het netwerk kaderartsen psychogeriatric en

van een individuele specialist ouderengeneeskunde. Wij raden u van harte aan de bijdragen te lezen en u te laten inspireren.

Met zoveel bijdragen over de richtlijn zal het u mogelijk verbazen dat dit in opzet een regulier nummer van het tijdschrift is en geen themanummer. Maar deze editie heeft nog meer te bieden. Lees bijvoorbeeld in de rubriek Wetenschap hoe Eva Smeenk als eerste met de nieuw ontwikkelde indicatoren uit het Kwaliteitskader aan de slag ging bij haar onderzoek naar de kwaliteit van de verpleeghuiszorg op Bonaire. In de rubriek Actueel verwoorden Sandra van Beek en Julie van Hoof de basisfilosofie bij het werken met deze indicatoren. In de rubriek Praktijk leest u of de invoering van de diagnose-behandelcombinatie heeft bijgedragen aan een kwaliteitsverbetering in het behandeltraject van patiënten in de geriatrische revalidatiezorg. [verens0](#)

Lees het tijdschrift via verensotijdschrift.nl

knmg ARTSEN
INFOLIJN

Beroepsgeheim na overlijden, hoe zit dat?

knmg.nl/artseninfolijn of bel 088 - 440 42 42

‘Richt je op de patiënt en zinnige zorg’

GroenLinks presenteerde op 23 april haar visie op de zorg voor kwetsbare ouderen: ‘Lachend tachtig’. In deze visie wordt er onder andere voor gepleit om ouderen verplicht te screenen op kwetsbaarheid als zij binnenkomen op de Spoedeisende hulp (SEH). De KNMG waardeert de inzet van GroenLinks voor het stimuleren van zorg die passend is, maar wil ervoor waarschuwen dat de discussie over passende zorg niet over kosten zou moeten gaan. Bovendien is het de vraag of nieuwe regels wel de oplossing zijn voor het probleem van overbehandeling.

René Héman: ‘De discussie over passende zorg dient zich vooral tussen patiënten en zorgverleners af te spelen. De KNMG voelt dan ook niets voor het invoeren van nieuwe wettelijke regels, zoals een verplichte screening van ouderen op de SEH. De politiek zou in de discussie over passende zorg vooral een faciliterende rol moeten spelen. Bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat zorgverleners meer tijd krijgen om met patiënten te spreken over complexe behandelbeslissingen. Uit diverse experimenten blijkt namelijk dat de kwaliteit van de zorg stijgt als zorgverleners meer tijd krijgen voor hun patiënten.¹ Dat de zorgkosten hierdoor dalen is een belangrijk neveneffect, maar mag nooit de inzet van dergelijke interventies te zijn. Gelijke toegang en kwaliteit van zorg dienen altijd voorop te staan.’

Passende zorg, zonder overbehandeling

Met de toenemende mogelijkheden van de geneeskunde komt steeds vaker de vraag aan de orde of alles wat kan ook altijd moet. Ook wordt steeds meer duidelijk dat de geneeskunde naast veel goeds ook schaduwkanten kan hebben, bijvoorbeeld in de vorm van overbehandeling. Uit het onderzoek ‘Niet alles wat kan, hoeft’ van de KNMG uit 2015 blijkt dat de oorzaken van overbehandeling op veel verschillende niveaus liggen. Zo is ‘niet opgeven’ de basishouding in de samenleving en zijn acceptatie van ziekte en het naderende einde niet

gewoon. ‘Doen’ is zowel voor artsen als patiënten beter en makkelijker te rechtvaardigen dan ‘laten’.

Uit dit onderzoek kwam als belangrijkste opdracht aan zorgverleners naar voren: richt je op de mens, niet op diens ziekte. Focus niet alleen op wat er nog medisch kan en durf eerlijk te zijn over het te verwachten resultaat. Vraag goed door en luister naar wat de patiënt van belang vindt. Ook patiënten hebben hierin een rol: denk tijdig na over de mogelijkheden, vraag door, vertel wat je wensen en verwachtingen zijn. Ga tijdig met anderen, zoals familieleden, in gesprek.

Continue inzet

Omdat passende zorg en overbehandeling complexe thema's zijn, bestaan er geen eenvoudige oplossingen voor. Het stimuleren van passende zorg en het tegengaan van overbehandeling vereisen dan ook de continue inzet van vele personen en partijen, zoals artsen- en patiëntenorganisaties en ouderenbonden.

KNMG-voorzitter René Héman:

‘De belangrijkste opdracht aan zorgverleners is vooral: richt je op de patiënt en op zinnige zorg.’

De afgelopen jaren zijn op dit gebied gezamenlijk al veel stappen gezet, zoals de ‘Samen beslissen’-campagne van de Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie Nederland. Om te stimuleren dat arts en patiënt tijdig met elkaar in gesprek gaan over het levenseinde publiceerde de KNMG de handreiking ‘Tijdig praten over het levenseinde’. *knmg*

knmg.nl/passendezorg en knmg.nl/praten-over-levenseinde



¹ Zie bijvoorbeeld de proef van zorgverzekeraar VGZ met kleinere huisartspraktijken en het voorbeeld van ziekenhuis Bernhoven. Zie ook het LHV webdossier Meer tijd voor de patiënt.

COLLEGE
GENEESKUNDIGE
SPECIALISMEN



CGS ontwerpbesluiten dermatologie en venereologie en maag-darm-leverziekten adviesronde in

De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen hebben hun landelijke opleidingsplannen voor het specialisme dermatologie en venereologie respectievelijk maag-darm-leverziekten herzien. In dit kader verzochten zij ook de specifieke besluiten voor de desbetreffende specialismen aan te passen. Dit heeft geleid tot een herziening van de beide specifieke besluiten dermatologie en venereologie en maag-darm-leverziekten. Het CGS heeft op 11 april beide gewijzigde besluiten als ontwerp vastgesteld.

De besluiten liggen nu voor advies voor aan diverse relevante partijen. Deze partijen hebben daar tot 13 juni de tijd voor. U kunt de ontwerpbesluiten vinden op de website onder toekomstige regelgeving: knmg.nl/regelgeving.

Overige belanghebbenden kunnen hun zienswijze over de voorgenomen wijzigingen schriftelijk kenbaar maken, binnen vier weken na publicatie van deze kennisgeving in Medisch Contact.

De schriftelijke zienswijzen of vragen hierover kunnen worden gericht aan de secretaris CGS, mr. M.C.J. Rozijn, via cgs@fed.knmg.nl of 088 440 4350.

Instemming minister met Besluit maatschappij en gezondheid van het College Geneeskundige Specialismen (CGS)

De minister voor Medische Zorg en Sport stemde op 17 april 2018 in met het Besluit maatschappij en gezondheid van het CGS zoals vastgesteld door het CGS op 14 maart 2018.

In de Staatscourant van 30 april 2018 nr. 23355 is mededeling gedaan van de instemming met genoemd besluit.

Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2018.

Het besluit kunt u vinden op de website knmg.nl/regelgeving.

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
W. Bontje, voorzitter
tel. 088 440 4216
info@degeneeskundestudent.nl
degeneeskundestudent.nl



KAMG
Koepel Artsen Maatschappij
en Gezondheid
E. Buiting, voorzitter
R. Duzijn, directeur
tel. 030 303 3662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD
Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband
C. Keijzer, 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. 030 282 3723
lhv@lhv.nl, 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
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
C.K. Koerhuis, directeur a.i.
tel. 030 227 1910
info@verenso.nl, verenso.nl

