

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Academisering van de verzekeringsgeneeskunde

In 2004 schreef de Gezondheidsraad in een adviesrapport dat het voor de verzekeringsgeneeskunde alle hens aan dek was: we moesten academiseren en meer kader opleiden want we dreigden de aansluiting bij andere medische specialismen te verliezen.¹ Het spook van een lijst met diagnoses aan de hand waarvan cliënten wel of niet voor een uitkering in aanmerking zouden komen, lag op de loer. Dit terwijl het beoordelen van arbeidsongeschiktheid een ingewikkelde individuele beoordeling blijft. Bij twee verschillende cliënten met dezelfde diagnose kan de ene volledig arbeidsongeschikt zijn, terwijl de ander nauwelijks beperkingen heeft voor het eigen of passend werk en dus volledig arbeidsgeschikt is.

Na 2004 is er veel ten goede veranderd. Een greep hieruit: richtlijnontwikkeling is op gang gekomen met subsidie van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde heeft veel kennis gegenereerd op het terrein van de sociaal-medische beoordeling door verzekeringsartsen. Ook bestaat er al jaren een project Mediprudentie, zijnde voorbeeldcasuïstiek met te onderscheiden praktijkdilemma's, waaraan de collega verzekeringsartsen argumenten kunnen ontleen bij vergelijkbare casuïstiek in hun dagelijkse praktijk.² Recentelijk is ook nog het KNMG-visiedocument 'Zorg die werkt' opgeleverd, een unicum in de lange geschiedenis van de KNMG. Hierin wordt uitgedragen dat arbeidsgerichte medische zorg een zaak is van en voor alle dokters, waarbij de gezondheid van de patiënt uiteraard op de eerste plaats blijft staan.³

Is het dan alleen maar hosanna binnen de verzekeringsgeneeskunde? Zeker niet. De tot nu toe ontwikkelde richtlijnen zijn vaak al wat over de datum en dienen te worden geactualiseerd, waarvoor vooralsnog geen structurele financiering bestaat. De Mediprudentie wordt nog veel te weinig geraadpleegd door collega's en wordt voornamelijk vervaardigd door jonge collega's in opleiding. En ook de activiteiten binnen de academische werkplaatsen dreigen weleens onder te sneeuwen in de *daily hassles*. Hoe hier een mouw aan te passen?

Al langer wordt nagedacht of er niet een bepaalde opslag in tarifiering kan komen om systematisch geld te genereren voor kennisontwikkeling en kwaliteit, zoals binnen de curatieve zorg ook al vele jaren gebeurt. Maar zelfs als we dit geld zouden hebben, moeten we er slim mee opereren. Samenwerken met andere (kleine) federatiepartners, zoals de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde bijvoorbeeld, een natuurlijke partner binnen het domein Arbeid en Gezondheid. Maar ook juist samenwerken met grote federatiepartners zoals de Federatie Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsen Genootschap, die kennis en kunde op dit vlak in huis hebben en ons goed zouden kunnen ondersteunen. We hoeven het wiel ook niet opnieuw uit te vinden.

Er is werk aan de winkel, wie doet er mee?

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



We moesten academiseren en meer kader opleiden



Rob Kok
voorzitter NVVG



GERT VAN DIJK



Makkelijke toegang tot dodelijke middelen leidt tot onnodige dood kwetsbaren.

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

COLUMN ETHIEK IN DE PRAKTIJK

Euthanasiepoeder

Moet zelfdoding eenvoudiger worden gemaakt? Die vraag kwam op na het nieuws dat er een poeder zou bestaan dat vrij beschikbaar is en tot een snelle en pijnloze dood zou kunnen leiden. Zonder tussenkomst van een arts zouden mensen op deze manier zelf kunnen beschikken over het eigen levenseinde. Zelfbeschikking in optima forma.

De zoektocht naar middelen om te kunnen beschikken over het eigen levenseinde past in een trend van toenemende autonomie, eigen regie en behoefte aan zekerheid. De meeste mensen die de beschikking over een dergelijk middel willen, zullen vermoedelijk geen actuele doodswens hebben. Het zal vooral gaan om zekerheid, 'voor het geval dat'. Het euthanasiepoeder is een verzekeringspoeder. En eerlijk gezegd begrijp ik die behoefte aan eigen regie en zekerheid heel goed.

Het klinkt voor sommigen ideaal: zelfbewust en autonoom een eigen moment van sterven kiezen. Maar hoeveel mensen kunnen daadwerkelijk rationeel en zonder ambivalentie besluiten dat het leven voor hen genoeg is? Niet iedereen is zo autonoom. Wie is er niet eens tijdelijk de grip op het eigen leven kwijt geraakt? Door verdriet om verstoorde relaties, of door het overlijden van een naaste. Door een depressie, schulden, ontslag, eenzaamheid of verslaving. Autonomie is niet eenvoudig en maar voor weinigen weggelegd.

In de praktijk blijken mensen vaak heel ambivalent in hun doodswens. Jaarlijks overwegen in Nederland 400.000 mensen zelfdoding en doen 100.000 daadwerkelijk een poging. Daarvan eindigen er ongeveer 1900 in de dood. Zelfdoding is de belangrijkste doodsoorzaak tussen 20 en 25 jaar. Naar schatting driekwart van deze mensen heeft geen weloverwogen doodswens, maar ziet op dat moment geen andere weg uit de wanhoop dan de dood.

Om misbruik en suicides te voorkomen is er de Opiumwet. Om dezelfde reden zijn het giftige stadsgas en de grootverpakkingen paracetamol verdwenen. Daarom ook staan er hekken op plaatsen waar mensen zich vaak voor de trein

werpen. En daarom kan mijn raam op de 21ste verdieping niet helemaal open. Want een van de meest effectieve methodes om het aantal suicides terug te dringen is het moeilijker maken van de toegang tot methodes van zelfdoding.

Soms is het lijden uitzichtloos en is er geen andere uitweg dan het actief beëindigen van het leven. Daarom is het goed dat er een euthanasiewet is – ook voor mensen met een psychiatrische aandoening. Maar cruciaal daarbij is wat mij betreft de tussenkomst van een arts, die samen met iemand 'impulsiviteit' van 'weloverwogenheid' kan onderscheiden en 'uitzichtloos' van 'tijdelijk'. Want waar de dood voor de één een autonome keuze is, is het voor een ander de onnodige en tragische uitkomst van een tijdelijke gemoedstoestand die ook op een andere manier op te lossen was geweest. 'Ik ben blij dat de dokter mijn euthanasieverzoek weigerde' schreef de 43-jarige Laura, die jarenlang worstelde met depressies, recentelijk in Trouw.

Het vergemakkelijken van de toegang tot dodelijke middelen leidt onvermijdelijk tot de onnodige dood van kwetsbare mensen. Ik vind die prijs te hoog. Is dat betuttelend? Misschien. Maar ik denk dat die beperkte toegang de prijs is die autonome mensen moeten betalen om hun niet zo autonome medeburgers te beschermen. *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.

De columns op deze pagina zijn geschreven op persoonlijke titel.

Vanaf 2018 gelijke vergoeding voor e-consult

Medisch specialisten krijgen vanaf 1 januari 2018 herhaalconsulten op de poli via mail, telefoon of screen-to-screen op dezelfde wijze vergoed als een fysiek, 'face to face' herhaalpolikliniekbezoek. Dat heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vandaag bevestigd. Hierdoor kan de zorg dichter bij de patiënt geleverd worden en wordt een belangrijke stap gezet richting de inzet van meer e-health-toepassingen.

Het komt regelmatig voor dat patiënten voor een gesprek met hun arts naar de polikliniek komen, terwijl ze dit gesprek ook per mail of telefoon zouden kunnen voeren. In veel situaties zou dit zelfs beter zijn, omdat het de patiënt onnodig reizen en wachten bespaart. Niet voor niets is 'de zorg laten aansluiten bij de leefwereld van de patiënt' een van de speerpunten uit onze visie 'Medisch Specialist 2025'.

Gelijkstelling

In de huidige regelgeving staat dat er sprake moet zijn van een face-to-face contact tussen de patiënt en de medisch specialist. Omdat consulten op afstand hier niet aan voldoen, worden deze consulten nu niet vergoed. Vanaf 2018 komt daar verandering in. Vanaf dat moment

worden schriftelijke, screen-to-screen en belconsulten gelijkgesteld aan herhaalpolikliniekbezoeken waarbij de patiënt naar de polikliniek komt.

Patiënt centraal via e-health

Deze nieuwe regelgeving komt voort uit de oproep vanuit verschillende wetenschappelijke verenigingen, om consulten op afstand gelijk te honoreren als consulten waarbij de patiënt naar de polikliniek komt. Als Federatie Medisch Specialisten zien we dit als de belangrijkste eerste stap in het mogelijk maken van passende prestaties en vergoedingen voor e-health. De NZa deelt onze mening dat e-health de zorg beter, makkelijker en toegankelijker kan maken. Dat was voor hen reden om via deze nieuwe regeling het gebruik van eHealth toepassingen te stimuleren.

Inmiddels heeft de Federatie Medisch Specialisten meerdere voorstellen voor e-health voorgelegd aan de NZa met het verzoek deze op te nemen in de productstructuur. Deze toepassingen van e-health maken het mogelijk om de best passende zorg te leveren op een manier die aansluit bij de individuele situatie van de patiënt. Zo kunnen we de patiënt daadwerkelijk centraal zetten en de zorg daaromheen aanbieden. 

Besluit verzekeringsgeneeskunde en Besluit bedrijfsgeneeskunde voor instemming naar minister

Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) heeft in zijn vergadering van 13 september 2017 het Besluit verzekeringsgeneeskunde en Besluit bedrijfsgeneeskunde vastgesteld. Voor de beide specialismen verzekeringsgeneeskunde en bedrijfsgeneeskunde heeft het college in maart de nieuwe landelijke opleidings-

plannen vastgesteld. Vervolgens is op basis daarvan voor elk specialisme een nieuw specifiek besluit opgesteld, waarin de hoofdlijn van de opleiding is verankerd. De besluiten zijn inmiddels ter instemming aangeboden aan de minister van VWS. De beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2018.

COLLEGE
GENEESKUNDIGE
SPECIALISMEN

knmg

‘Elke arts rondom de patiënt heeft zijn eigen aandeel’

‘Op het moment dat een neuroloog of revalidatiearts weet wat een bedrijfsarts of verzekeringsarts doet, ontstaat er makkelijker samenwerking. Zo kom je tot betere zorg voor de patiënt.’ Sylvia van der Burg over haar drijfveer om namens de sociaal geneeskundigen het nieuwe compacte KNMG-bestuur te versterken.



SJEF PRINS / APA FOTO

‘Het is natuurlijk een enorm cliché,’ zegt Sylvia van der Burg lachend, ‘maar het is echt zo: samen zijn we sterker.’ Vol enthousiasme is de verzekeringsarts begonnen aan haar rol als bestuurder-nieuwe-stijl. Ze vertegenwoordigt cluster 3; sociale geneeskunde. Ze noemt meteen een voorbeeld van een KNMG-beleidsprogramma waarin die onderlinge versterking volgens haar tot uiting komt: ‘Gezondheid voorop’. ‘Preventie van gezondheidsschade en het bevorderen van gezondheid bindt alle artsen in Nederland. Ik vind het belangrijk dat de KNMG namens alle artsen hierbij de maatschappelijke dialoog voert. Om zo bij te dragen aan optimale zorg.’

Makkelijker samenwerking

Van der Burg verwacht veel van de samenwerking met de andere twee clusters. ‘Als ik collega’s uit mijn werkveld vraag naar wat de KNMG doet, noemen ze vaak de richtlijn ‘Omgaan met medische gegevens’. Het medisch beroepsgeheim is het fundament van ons arts zijn. Er zijn vaak vragen over het beroepsgeheim en gegevensverstrekking en de richtlijn biedt dan houvast. Maar er zijn veel meer onderwerpen die ons allemaal aangaan. Recentelijk hebben we bijvoorbeeld met alle artsenorganisaties binnen de KNMG een gezamenlijke visie ontwikkeld op de toekomst van

Sylvia van der Burg

‘Ik wil zorgen voor meer samenhang, zodat we onszelf sterker kunnen laten horen.’

de arbeidsgerichte medische zorg. Ik heb gezien dat op het moment dat een revalidatiearts of neuroloog weet wat een bedrijfsarts of verzekeringsarts doet, er makkelijker samenwerking ontstaat. Mensen zien: elke arts rondom de patiënt heeft zijn eigen aandeel en door elkaars expertise te kennen en met elkaar samen te werken krijgt de patiënt betere zorg. Voor mij was de totstandkoming van deze visie echt een mijlpaal. Ik hoop dat we er de komende jaren nog sterker van overtuigd raken dat het goed is dat we elkaar opzoeken.'

Meer samenhang

Van der Burg wil er tegelijkertijd voor zorgen dat haar eigen achterban zichtbaarder wordt binnen het geheel. 'Een kwart van alle artsen werkt in de sociale geneeskunde. Dat is dus best een grote groep, maar ook een heterogene. Ik wil zorgen voor meer samenhang, zodat we onszelf sterker kunnen laten horen. Bijkomend voordeel van het bundelen van onze krachten is dat we van elkaar kunnen leren.' Om

deze ambities waar te maken, staat Van der Burg dan ook voortdurend in contact met haar achterban. 'Ik vind het prettig om samen met andere mensen iets te bereiken. Ik wil zichtbaar zijn, benaderbaar. Met de besturen van de KAMG, NVAB en NVVG heb ik periodiek overleg voor afstemming. Tussendoor houden we elkaar op de hoogte via telefoon of mail.' Waar ze ook zeker werk van wil maken, is de plek van de sociale geneeskunde in het nieuwe raamplan voor de basisopleiding tot arts. 'We roepen al jaren dat er in de opleiding te weinig aandacht is voor dit vak. Dat wil ik nu veranderen. Wat ik graag wil, is dat alle artsen waarde hechten aan wat de KNMG zegt. Maar ook dat de KNMG voor alle artsen van belang is.' knmg

knmg ARTSEN
INFOLIJN



Schriftelijk medische informatie vertrekken, hoe zit dat?

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



Klinisch leiderschap: wat is úw uitdaging?

Met het steeds complexer worden van de gezondheidszorg is het van belang dat medisch specialisten een centrale en leidende rol blijven spelen in de organisatie ervan. Het visiedocument Medisch Specialist 2025 benoemt expliciet de rol van de medisch specialist als innovator en klinisch leider. Om een goede klinisch leider te kunnen zijn, moet je grip hebben op het gehele zorgproces en in staat zijn om daar met alle betrokkenen voortdurend verbeteringen in te realiseren. De uitdagingen liggen op velerlei gebied, bijvoorbeeld in de pleitbezorging op landelijk niveau voor de gevolgen van bepaalde maatregelen voor patiënten, bij het management van vakgroepen en bij de dagelijkse leiding over het klinische zorgproces.

De cursus 'Klinisch leiderschap' biedt u de benodigde kennis en handvatten om úw uitdaging in de zorg met optimale kans van slagen aan te pakken. Hierbij is ook veel aandacht voor persoonlijk leiderschap, dat aan de basis ligt van elke succesvolle leiderschapsrol.



Jaco Houtgraaf, cardioloog in het Diaconessenhuis te Utrecht/Zeist, volgde de cursus 'Klinisch leiderschap'.

'Vanuit ons medisch-specialistisch bedrijf wordt er geïnvesteerd in jonge specialisten om aandacht voor klinisch leiderschap te

ontwikkelen. Het onderwerp spreekt mijzelf ook bijzonder aan en ik ben blij deze inspirerende cursus te hebben gevolgd.

De groep, onder leiding van enthousiaste en ervaren cursusleiders, was heel open en voelde vanaf dag één vertrouwd. Je bent samen met andere breed geïnteresseerde medisch specialisten, waardoor je ook van elkaar leert. Er was veel tijd ingeruimd voor onderling contact en in die gesprekken kom je ook weer tot nieuwe gezichtspunten.

Meest aansprekend vond ik het thema 'verandermanagement'. Vrijwel dagelijks heb ik nog baat bij wat er behandeld is. In ons ziekenhuis en MSB zit ik in verschillende werkgroepen en projectteams, waarbij we proberen processen beter te laten verlopen. De cursus heeft mij handvatten en inzichten gegeven hoe je zaken het beste aanpakt.

Ook de aandacht voor persoonlijk leiderschap sprak mij aan. Waar sta je zelf in het geheel? Je moet het ook leuk vinden wat je doet; dáár krijg je energie van. Voor de specialist die dagelijks opgaat in zijn klinisch werk is dat een mooie relativeringsslag.'

Prijs leden Federatie Medisch Specialisten én VvAA: 4950 euro; niet-leden 5250 euro; duur: 5 modules van 4 dagdelen elk, met overnachting, start: 30 november 2017

academiemedischspecialisten.nl/cursus/klinisch-leiderschap

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. Daniels, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 030 2823 650
info@demedischspecialist.nl
demedischspecialist.nl



De Geneeskundestudent
C. van Woerkom, voorzitter
tel. 030 28 23 827
info@degeneeskundestudent.nl
degeneeskundestudent.nl



KAMG
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
E. Buiting, voorzitter
R. Duzijn, directeur
tel. 030 3033 662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



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



LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
N.A. Kalsbeek, voorzitter
P. van Rooij, 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
kwalitytsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



NVVG
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
R. Kok, voorzitter
M. van Bork, directeur
tel. 030 6868 764
secretariaat@nvvg.nl, nvvg.nl



Verenso
Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter en interim directeur
tel. 030 2271 910
info@verenso.nl, verenso.nl

