

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

EUMASS-congres

Hoe vaak overkomt het je dat je als Nederlandse wetenschappelijke beroepsvereniging een Europees congres mag organiseren? Deze week is het zover. Samen met de particuliere collega's van de Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (GAV) en de Vlaamse zustervereniging WVV organiseert de NVVG het 22ste, tweejaarlijkse congres van de European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS) in Maastricht van 4-6 oktober. Het thema is 'Building Bridges Between Science and Practice'. En dat is precies waar het over gaat. Want behalve het presenteren en bediscussiëren van wetenschappelijke onderzoeksresultaten binnen de verzekeringsgeneeskunde, geven de diverse presentaties en workshops ook een verfrissende inblik in de professionele praktijk van collega-verzekeringsartsen in diverse Europese landen. Dit wordt nog extra luister bijgezet doordat de laatste editie van het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV) ook volledig is gewijd aan dit congres, wat overigens een mijlpaal is in de geschiedenis van EUMASS. Hulde aan de editors hiervan.

Om u een indruk te geven een drietal pareltjes. Zo is er een validatieonderzoek van de 'Work Disability Functional Assessment Battery', een beloftevol Amerikaans instrument waarmee informatie wordt verzameld over door cliënten zelf-gerapporteerde arbeidsbeperkingen. Dit zou, aangepast, binnen Europese systemen ook geïmplementeerd kunnen worden en daarmee de verzekeringsartsen in die landen beter kunnen instrumenteren.

Een Nederlandse bijdrage van Bert Cornelius en zijn Groningse collega's is ook bijzonder en

raakt aan de kern van ons vak. Zij laten zien dat in meer dan 40 procent van de gevallen mensen tijdens een WIA-beoordeling psychische arbeidsbeperkingen krijgen bij een vermeende psychische diagnose, waar, volgens de gouden standaard (CIDI), geen onderliggende mentale stoornis conform de DSM-IV werd vastgesteld. Als dit geen discussie gaat opleveren tijdens dit congres

Als laatste noem ik een systematisch literatuuroverzicht van Rosanne Schaap, die studies heeft gezocht naar het effect van *exit from work* op gezondheid binnen groepen met een hoge versus een lage sociaaleconomische status. Zij concluderen voorzichtig dat *exit from work* het sociaaleconomische gezondheidsverschil eerder vergroot dan verkleint. Hierbij roepen ze verzekeringsartsen en bedrijfsartsen ook op zich hiervan bewust te zijn in hun werk, waarmee we weer midden in de maatschappij staan. Wat een visitekaartje is deze TBV-special voor dit congres en daarmee ook voor de drie wetenschappelijke verenigingen die dit congres gezamenlijk organiseren. Alle dank gaat dan ook uit naar de vele vrijwilligers binnen onze drie verenigingen die dit mogelijk hebben gemaakt.

Er is wel een grote 'maar'.... Helaas is Bert Cornelius er niet meer bij. Maandag 1 oktober werd hij begraven. Weet dat je er voor velen de komende dagen wel bij bent, Bert, en niet alleen middels je prachtige illustraties. Je laat werkelijk in alle opzichten een prachtige nalatenschap na, zoals ook je dochter en anderen zo treffend verwoordden. Bedankt voor wie je was!

“

ROB KOK



Als dit geen discussie oplevert tijdens dit congres ...



Rob Kok
voorzitter NVVG

Opiniestuk in NRC over euthanasie bij psychiatrie

Euthanasie is buitengewoon handelen

Psychiaters worden dagelijks geconfronteerd met patiënten met een doodswens. Sommige patiënten ervaren hun lijden als uitzichtloos en zien maar één uitweg: een einde aan dit leven. Soms doen zij een concreet euthanasieverzoek en kan de arts oordelen dat er reden is om aan dat verzoek tegemoet te komen.

Toch schrikken wij van de titel van het congres dat de NVVE op 11 oktober houdt onder de titel 'Euthanasie als behandeloptie bij psychiatrisch lijden?'



GETTY IMAGES

Wij vinden dat deze door de NVVE gestelde vraag onbeantwoord moet blijven, omdat de vraag sprekender is dan het antwoord. In onze medische praktijk zien wij elke dag hoe ernstig en uitzichtloos het lijden van de psychiatrische patiënt is. We zien hoe moeilijk de weg is om vanuit een zware depressie of schizofrenie terug te komen in de 'gezonde wereld'. Hoe zwaar dat is voor een patiënt en voor zijn naasten. Vaak lukt het om de situatie van de patiënt te verbeteren en dat streven moet voorop blijven staan. In sommige gevallen kunnen ook wij niet anders concluderen dan dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is en dat er geen andere oplossingen mogelijk zijn. In 2017 deden artsen 83 keer melding van euthanasie vanwege lijden door een psychiatrische aandoening.

Patiënten met een euthanasiewens zeggen eigenlijk: 'Ik wil zo niet sterven.' Een psychiatrische patiënt zegt daarentegen: 'Ik wil zo niet leven.'

En toch is euthanasie in de psychiatrische praktijk geen gewoon medisch handelen. De euthanasiewet in Nederland is helder over de regels waaraan moet worden voldaan. Er moet sprake zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, waarbij er geen andere redelijke oplossing meer is. De patiënt moet op vrijwillige en weloverwogen wijze zelf tot dat verzoek komen. Bij de meeste somatische ziektebeelden gaat het bij euthanasie om patiënten in het laatste stadium van een ongeneeslijke ziekte waarvoor geen behandeling meer mogelijk is. Ook zonder euthanasie zouden zij binnen afzienbare tijd overlijden. De patiënt

vraagt om euthanasie, omdat hij een draaglijke dood wil. Hij zegt eigenlijk: 'ik wil zo niet sterven'. De psychiatrische patiënt zegt daarentegen: 'ik wil zo niet leven'.

Euthanasie bij psychiatrische patiënten is complexer. Zo kan de doodswens een symptoom zijn van de aandoening waaraan de patiënt lijdt. Dat maakt de vraag of de patiënt 'vrijwillig' en 'weloverwogen' tot zijn verzoek komt, moeilijker te beantwoorden. Wie een ernstige depressie heeft, ziet vaak geen uitweg meer – het is een wezenskenmerk van de aandoening. Het is dus een zware opgave om een depressieve patiënt ervan te overtuigen dat die uitweg er wel is, en dat behandeling mogelijk is. Euthanasie moet daarom 'buitengewoon handelen blijven. Want zeker in de psychiatrie kan de mogelijkheid tot euthanasie de patiënt verleiden tot het afzien van een zware en soms hopeloos moeilijke behandeling. Hoewel behandeling soms onaantrekkelijker lijkt, moet dit toch vanzelfsprekender blijven.

Nederland mag trots zijn op de verworven vrijheid van euthanasie. Ook in de psychiatrie. Maar we moeten ervoor waken dat de praktijk zorgvuldig wordt uitgevoerd. Euthanasie is het slotstuk van een langdurig en intens gesprek tussen arts en patiënt. Euthanasie mag niet terechtkomen in de sfeer van gewoon of vanzelfsprekend behandelen. Euthanasie is geen recht van de patiënt – en geen plicht voor de arts. Euthanasie moet blijven wat het is: buitengewoon handelen. *knmg*

Damiaan Denys

voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

René Héman

voorzitter Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Deze tekst is als opiniestuk gepubliceerd in NRC, kort na het verschijnen op 28 september van de geactualiseerde richtlijn 'Levensbeëindiging op verzoek in de psychiatrie', die werd opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in samenwerking met de KNMG, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) met ondersteuning van het Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten.

Mede aanleiding vormt het NVVE-congres op 11 oktober 'Euthanasie als behandeloptie bij psychiatrisch lijden?'. Voorzitters Damiaan Denys (NVvP) en René Héman (KNMG) geven in het artikel een plaatsbepaling aan voor het publiek.



ANTINA DE JONG



Dit is
niet het
moment
om te
praten

Antina de Jong
adviseur gezondheidsrecht
KNMG

COLUMN

Een (te) mondige patiënt

Onlangs belandde ik na een aanrijding op de SEH. Omdat er enig herstelwerk nodig was, lag ik even later te wachten op vervoer naar de ok. De verpleegkundige en ik raakten aan de praat. 'Had je me eigenlijk niet moeten vragen of ik gereanimeerd wil worden?' vroeg ik hem, indachtig de protocollen die ik van sommige SEH's ken. 'Gezien jouw leeftijd en conditie leek me dat niet nodig,' antwoordde de verpleegkundige prompt. Kijk, daar houden wij KNMG-juristen van: beetje pragmatisch omgaan met dit soort zaken en vooral zelf blijven nadenken. Niet blind de regels volgen.

Het verloop kreeg een onverwachte wending toen ik met longproblemen op de ic en aan de zuurstof belandde. De situatie was ernstig, dat laat zich raden. Maar een jurist blijft een jurist en laat zich niet gemakkelijk iets zeggen. En zo kwam het dat ik, met de intensivist links en de longarts rechts van mijn bed, in discussie raakte over de vervolgbehandeling. Het was nodig dat ik beademd zou worden, volgens de artsen. Dat ging mij te vlug. Ik voelde me nog redelijk oké en betwijfelde de noodzaak. En beslissingen neem ik nog altijd weloverwogen en zélf, nietwaar? Dus volgde een spervuur aan vragen. Welke voor- en nadelen had intubatie versus 'gewone' zuurstoftoediening; wat was het verwachte verloop en de kans op schade bij intubatie en bij niets doen; en was die schade dan tijdelijk of blijvend?

Dit werd de intensivist te gortig en hij wees me terecht: 'Mevrouw, u bent een kei in argumenteren en u bent een *tough cookie*, maar dit is niet het moment om te praten maar om te handelen, want u bevindt zich in een levensbedreigende situatie.' Dat werkte. Ik was op slag genezen van mijn overmoed en bond in.

De balans tussen zelfbeschikking en vertrouwen in de professional was weer even geijkt.

Maar mag een arts zoiets zeggen anno 2018? Want de autonomie van de patiënt staat hoog in het vaandel en de maatschappij heeft afscheid genomen van de arts als autoriteit. Het relatiemodel waarin arts en patiënt gelijkwaardig en harmonieus gezamenlijk tot de juiste beslissing komen, wordt bekrachtigd in het voorstel tot wijziging van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) dat pas naar de Tweede Kamer is gestuurd. De informatieplicht van de arts wordt hierin aangevuld en de nadruk ligt op samen beslissen, ofwel *shared decision making*. Maar wat betekent dit concreet? Moet te allen tijde en onder alle omstandigheden dit gesprek tot in den treure gevoerd worden?

Natuurlijk is het zaak om te streven naar een gezamenlijke beslissing. In die zin de regels volgen, ja. Maar niet blind: alles kent een tijd en een plaats en ook hier blijft ruimte voor de arts als deskundige. Soms is het nodig dat u, als arts, die rol pakt. Niet als een autoritaire dokter, maar als een ervaren gids die het proces naar een verantwoord besluit begeleidt. En soms mag en misschien moet een arts vanuit die rol zijn patiënt streng toespreken: als de situatie daartoe noopt. *knmg*

Deze column is geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op knmg.nl/columns.

Campagne voor griepvaccinatie van zorgpersoneel

De gemiddelde, landelijke vaccinatiegraad onder medewerkers in het ziekenhuis is met 13 procent laag. Om dit percentage te verhogen, is op 1 oktober een campagne voor griepvaccinatie gestart, een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS).


Voorkomgriep.nl

Ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen willen dat meer zorgprofessionals zich tegen griep laten vaccineren. Kwetsbare patiënten kunnen dan beter worden beschermd en minder collega's in het ziekenhuis zullen zelf de griep krijgen. Vanaf 1 oktober zetten verschillende teams in ziekenhuizen een eigen campagne op om collega's te informeren en te enthousiasmeren. De website voorkomgriep.nl levert hen campagnemateriaal.

Werkdruk

Yvonne van Rooy, NVZ-voorzitter: 'Een vaccinatie zal niet in alle gevallen griep kunnen voorkomen. Het kan een griepepidemie echter wel milder maken. Met minder griepgevallen wordt voorkomen dat de werkdruk voor artsen en verpleegkundigen tijdens een griepepidemie hoog oploopt.'

Kwetsbare grieppatiënten

Tijdens de laatste griepepidemie was het enorm druk in de ziekenhuizen. Van Rooy: 'Veel kwetsbare grieppatiënten werden naar de spoedeisende hulp gebracht, en veel meer patiënten dan normaal moesten in isolatie worden verpleegd. Op het moment dat ook veel artsen en verpleegkundigen griep kregen, kwam de continuïteit van zorg echt onder druk te staan.' De campagne om de griepvaccinatie van zorgpersoneel te verhogen moet dit scenario tijdens het komende 'griepseizoen' voorkomen. 

Domus Dag 7 december

De dokter en de levenstrap

Dit jaar is als thema 'De dokter en de levenstrap' gekozen, waarbij de veranderende opvattingen over leeftijdsgrenzen en leeftijdsfasen onder de loep worden genomen. Een keur van sprekers zal de historische en medische aspecten van dit boeiende thema belichten. Onder hen prof. Mart van Lieburg, prof. Johan Mackenbach, prof. Inger Leemans, cultuurhistoricus over de literaire verbeelding van de levensloop, dr. Jacob Six over de levensloop in de zelfportretten van

Rembrandt, prof. Dick Swaab over de levensloop van het brein, dr. Hans van der Ploeg over puberteit en viriliteit bij H.C. Rümke, Bert Keizer en René Héman. Daarna de winnaar van een essaywedstrijd onder medisch studenten. Ten slotte wordt de tweede Domus Medica-lezing gegeven, bedoeld als 'een gezaghebbende terugblik op de actualiteit van de geneeskunde en gezondheidszorg' door prof. Pauline Meurs voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.



Aanmelden via Domusdag2018@tmgn.nl. Kosten: 50 euro (leden NVMG 45 euro), waaronder lunch en borrel na afloop. Medisch studenten hebben na aanmelding op vertoon van hun collegekaartnummer gratis toegang. Toegangsprijs overmaken naar NL06INGB0006454874 (BIC INGBNL2A) t.n.v. Domus Overleg Medische Geschiedenis te Utrecht o.v.v. 'Domus Dag 2018' en uw naam.

Het volledige programma is te vinden op knmg.nl/bijeenkomsten.

UNIVERSITEIT VAN MEDISCHE WETENSCHAPPEN VAN HAVANA

Studiereis Cuba 'Gezondheidsprogramma's in de community'

Maandag 12 tot en met vrijdag 16 nov ter Havana (registratie vrijdag 9 nov)


De gezondheidsparameters zoals een lage kindersterfte zijn op het eiland bijzonder goed, vooral door de nadruk op preventie. De preventieve benadering wekt de interesse van medici over de hele wereld. Hierop baseren we het ontwerp van deze studiereis. Cursus wordt in Havana in het Spaans gegeven en simultaan in het Engels vertaald, door een plaatselijke tolk.

Doelgroepen: basisartsen, huisartsen, artsen maatschappij en gezondheid, specialisten ouderengeneeskunde en psychiaters

De nascholing is op Cuba geaccrediteerd

Onderwerpen die aan de orde komen:

1. Het Cubaanse zorgstelsel
2. Karakteristieken van de eerstelijnszorg en de link met de tweedelijns zorg
3. Het programma van de ouderenzorg
4. De participatie van de gemeenschap bij het voorkomen van gezondheidsproblemen
5. Zelfmoordpreventieprogramma. Specifiek in de adolescentie
6. Bezoek huisartsenpraktijk, polikliniek, *casa de abuelos* en centra voor geestelijke gezondheid

De Cubaanse docenten willen heel graag weten welke vragen bij de deelnemers leven, zodat die in de cursus aan de orde kunnen komen. 

Reisinformatie

- Cursus, incl. 5 maaltijden (lunch en diner)
- Alle vervoer tijdens de cursus incl van en naar vliegveld
- Verblijfskosten, 5 overnachtingen tweepersoonskamers in Casas Particulares (B&B) incl. ontbijt
- Visum
- Retour Amsterdam-Havana KLM (zelf boeken):

Kosten

- 327 euro per persoon
- 280 euro per 4 personen
- 110 euro per 2 personen
- 25 euro per persoon
- 824 euro per persoon



Contact voor vragen (vóór 30 oktober):

dr. Niubel Díaz Padilla, Donorarts KNMG, lid Focusgroep CUBA

tel: 06 4641 6766
e-mail: ndiazpadilla@live.nl
nl-nl.facebook.com/focusgroepcuba

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. 085 048 0000
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
N. Hauet, directeur
tel. 030 227 1910
info@verenso.nl, verenso.nl

