

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Stap maar in!

Laast stond ik te wachten op het busstation in Amersfoort. Ik zag de chauffeur van een andere lijn klaar voor vertrek zitten. De deur stond nog open. Een jonge vrouw kwam aanrennen. Ik zag haar denken: net gehaald. Vlak voor ze kon instappen ging de deur dicht en gaf de chauffeur gas. Bij het wegrijden kruisten hun blikken. Onmacht in die van haar, distantie in die van hem. Mijn oog viel nog op de achterkant van de bus, waarop het logo van de busmaatschappij stond: 'Vervoer uit het hart!'

Dat bleef even bij me hangen. Ogenschijnlijk keek ik naar de ongevoelige actie van een ongeïnteresseerde chauffeur. Maar dóórdenkend kwam ik op een tweede mogelijkheid: misschien had hij professioneel bedacht dat elke haltevertraging aan het eind van de rit 10 minuten is, nadelig voor iedereen. Of misschien lag er wel een werkinstructie die zijn speelruimte krap maakte. Waar was ik nou getuige van? Gedrag en motieven zijn twee verschillende zaken. Beide wil je kennen. Er schoot me een parallel te binnen met hoe wij binnen de NVAB, net als andere beroepsverenigingen, werken aan evaluatie van professioneel functioneren, gericht op de beroepsuitoefening en de motieven die daaraan ten grondslag liggen.

Vanaf januari 2020 moet elke geneeskundig specialist en profielarts voor herregistratie aantonen jaarlijks aan een vorm van evaluatie van het individueel functioneren te hebben voldaan. Bedrijfsartsen kennen sinds 2008 een vijfjaarlijkse cyclus van zelfevaluatie (visitatietraject). De NVAB stelt software, instrumenten en een procesbeschrijving beschikbaar, waarbij in een groepsinterview twee visitatoren een audit komen doen. De gevisiteerde stelt zijn individu-

ele kwaliteitsagenda op ('IVP') en werkt daar de tussenliggende jaren aan.

Voortdurend wordt lering getrokken uit de ervaringen die we met visitatie opdoen. Die ervaringen waren zeker niet alleen positief, bleek uit een ledenenquête in 2014. In eerste ontwerp lag het accent (te) sterk op richtlijnimplementatie. Dat leidde onder gevisiteerden tot het gevoel afvinklijstjes af te werken met een hoog *hang yourself*-gehalte. In 2017 voerden we – na grondige voorbereiding en veel discussie – een wezenlijke omkering door. Niet langer staan de richtlijnen centraal waarbij cases werden onderzocht, maar eigen casebeschrijvingen waarop gereflecteerd wordt, daarbij (ook) de toepassing van richtlijnen betreffend. De voorbereiding wordt met nadruk in groepsverband gedaan en wordt ondersteund door nieuwe instrumenten: bevragen en bevrraagd worden. Tevens is er een jaarlijkse zelfevaluatie ontwikkeld. We willen met deze veranderingen reflectievaardigheden bevorderen, en het visitatieproces aantrekkelijker maken. Na een pilot in 2017 gingen we in 2018 live met visitatie 2.0. Er zijn nu 12 groepen gevisiteerd, inclusief pilot circa 60 collega's. De ervaringen zijn aanmerkelijk positiever. De waardering steeg van een 6,7 in 2016, naar een 7,6 in 2018.

Goed professioneel handelen is soms lastig te bepalen, zowel voor de professional als voor de buitenwereld. Soms zijn er belangentegenstellingen of is de handelingsruimte krap, of je nou arts bent of buschauffeur. Reflectie is een basisvaardigheid, om te kunnen afwegen en om te leren. De vertaling van dit inzicht in ons visitatietraject 2.0 blijkt beter gewaardeerd te worden. Ik hoop oprecht dat collega's met meer tevredenheid zullen instappen.

“

GERTJAN BEENS



Gedrag en motieven zijn twee verschillende zaken



Gertjan Beens
voorzitter NVAB

‘De belangrijkste fout die je kunt maken, is niets doen’

Een patiënt die nooit alleen komt. Een vage uitleg bij een verwonding. Herhaalde soa's of abortussen. Het zijn veelvoorkomende signalen van mensenhandel. ‘Deze mensen zitten in een web van afhankelijkheid en dwang.’ Rik Viergever (CoMensha) vertelt hoe de vernieuwde KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld gebruikt moet worden bij een vermoeden van mensenhandel.

Artsen spelen een grote rol in de signalering van mensenhandel,’ vertelt Viergever. ‘Het aantal slachtoffers van mensenhandel in Nederland wordt geschat op 6250 per jaar, en 90 procent van die mensen komt wel eens bij een arts tijdens de periode van uitbuiting.’ Viergever – zelf arts – is gespecialiseerd en promoveerde op zorg na mensenhandel. Hij werkt als projectleider bij CoMensha, het landelijk Coördinatiecentrum tegen Mensenhandel, samen met meer dan vijftig organisaties aan het vergroten van de kennis van zorgverleners over specifieke vormen van geweld (zie *kader*).

Signalen van mensenhandel

‘Slachtoffers van mensenhandel werken vaak onder omstandigheden die niet voldoen aan de Nederlandse wetgeving’, vertelt Viergever, ‘waardoor er een grotere kans is op letsel.’ Veel sekswerkers gebruiken drugs of alcohol om het werk te kunnen blijven doen. Andere dingen die kunnen opvallen: mensen die wonen op hun werkplek, die hun eigen paspoort niet hebben, die worden geïsoleerd van familie en vrienden, schoolprestaties die achteruitgaan, of plotseling andere kleding dragen of ander gedrag vertonen.

Uitbuiting onder dwang

‘Bij mensenhandel is er ten eerste sprake van uitbuiting, dat betekent het afnemen van iemands inkomsten of (vrijwel) niets uitbetalen door de mensenhandelaar. Ten tweede komt er dwang, geweld of misleiding bij kijken, of er wordt misbruik gemaakt van iemands kwetsbare positie, zoals bij kinderen of bij mensen met een verstandelijke beperking’, legt Viergever uit. ‘Mensenhandel komt niet alleen voor in de seksindustrie, zoals veel mensen denken. Het komt ook voor in de landbouw, de bouw, bij huishoudelijk werk en in de criminaliteit. Ook zien we gedwongen bedelarij, orgaanhandel en gedwongen draagmoederschap.’



Beter beeld van slachtoffers

Mensenhandel is iets anders dan mensenmokkel, licht Viergever toe. ‘Dan betaal je iemand om jou ergens naartoe te brengen. Dat is geen uitbuiting onder dwang.’ Slachtoffers van mensenhandel zijn niet per definitie buitenlanders, vertelt Viergever. ‘Ongeveer een derde van de slachtoffers heeft de Nederlandse nationaliteit.’ Viergever raadt artsen aan om een paar verschillende casussen te lezen, bijvoorbeeld in het Jaarbeeld of op de website van CoMensha. ‘Dan krijg je een beter beeld van de slachtoffers en hun omstandigheden, waardoor je de signalen gemakkelijker oppikt. Heb je een vermoeden dat iemand het slachtoffer is van mensenhandel, dan kun je de stappen van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld doorlopen. Mensenhandel valt daaronder.’

Vraag ernaar

CoMensha werkt samen met mensen die vroeger slachtoffer zijn geweest van mensenhandel. Viergever: ‘Een voormalig loverboy-slachtoffer vertelde dat ze vaak bij de huisarts kwam, met klach-

Aan iemand met blauwe plekken kun je vragen hoe dat komt

ten waarvoor iedereen wel eens bij de huisarts komt. De huisarts vroeg nooit hoe ze aan die gekke blauwe plekken kwam of waarom ze ineens heel erg vermagerde. Als hij dat wel had gedaan, was ze misschien toch een keer gebroken en had ze alles verteld. Dan had het eerder kunnen eindigen.'

Het is dus echt belangrijk dát je ernaar vraagt, benadrukt Viergever. 'Dat hoeft helemaal niet zo moeilijk te zijn. Als iemand met blauwe plekken bij je komt, dan kun je eens vragen hoe dat komt. Als iemand dan ontwijkend reageert, vraag er dan de volgende keer nog eens naar. Het zou mooi zijn als je een vervolgspraak kunt maken, desnoods door een excuus daarvoor te verzinnen. Dat geeft jou ook de kans om in de tussentijd advies te vragen aan collega's, Veilig Thuis – waar experts op het gebied van mensenhandel werken – of CoMensha.'

Lange adem

Zorg ervoor dat je iemand alleen te spreken krijgt, adviseert Viergever. 'Als dokter heb je daarin een heel mooi voordeel; je kunt zeggen dat je even iets moet bespreken of onderzoeken wat privé is. Treedt de begeleider ook als vertaler op, regel dan een onafhankelijke vertaaldienst.' Zo'n proces vergt wel een lange adem, waarschuwt Viergever. 'Deze mensen zitten in een web van afhankelijkheid en dwang, die zullen niet gemakkelijk over hun situatie gaan vertellen. Mensenhandelaren zijn bovendien heel goed in het opwerpen van barrières om het slachtoffers zo moeilijk mogelijk te maken om eruit te stappen.' Het belangrijkste wat je fout kunt doen, is niets doen, aldus Viergever. 'Denk niet dat iemand anders het wel oppakt, of dat het niet bij jouw verantwoordelijkheden hoort. Je kunt echt het verschil maken. Het zijn vaak heel nare situaties waar mensen in zitten. Niets doen is dan het allerergste.' *knmg*



Factsheets en e-learnings

Samen met meer dan vijftig andere organisaties heeft CoMensha in 2018 25 factsheets ontwikkeld die zorgverleners kunnen helpen bij het signaleren van specifieke typen geweld (zoals mensenhandel) en bij hoe te handelen als er signalen zijn. De factsheets zijn gratis beschikbaar op huiselijkgeweld.nl/typengeweld. E-learnings over 'herken de signalen van mensenhandel' zijn beschikbaar via comensha.nl/voorzorgverleners.

KNMG: 'Preventieakkoord goede stap naar gezonder Nederland'

Het nieuwe preventieakkoord bevat mooie ambities voor een gezonder Nederland, vindt de KNMG. Het is staatssecretaris Blokhuis gelukt om met vele partijen samen tot een pakket maatregelen te komen. En dat is hard nodig, want één partij of één domein alleen kan niet het verschil maken op het gebied van een gezonde leefstijl en leefomgeving. Gezamenlijk kunnen we meters maken en het preventieakkoord is hiervoor een mooi startschot.

Het vandaag getekende preventieakkoord bevat ambitieuze doelen. Zoals een rookvrije generatie, obesitas terug naar het niveau van 1996 en geen druppel drank meer voor minderjarigen en zwangere vrouwen.

KNMG-voorzitter René Héman: 'Het preventieakkoord geeft een duidelijk signaal dat er een omslag nodig is van het bestrijden van ziekte naar het bevorderen van gezondheid. Ik pleit daarbij voor een integrale benadering, waarin ongezond gedrag niet alleen wordt benaderd als een keuze van een individu, maar de invloed van de omgeving wordt onderkend. En dat moeten we eveneens proberen aan te pakken. Preventie moet een logisch onderdeel worden van de zorg.'

De KNMG ziet de uitwerking van de plannen in het preventieakkoord met vertrouwen tegemoet en denkt hierover graag mee met de staatssecretaris. *knmg*

“
SJAAK NOUWT



We houden ook oog voor de positieve effecten van de AVG

Sjaak Nouwt
adviseur gezondheidsrecht
KNMG

COLUMN

Die belemmerende Brusselse privacyregels...

De nieuwe Brusselse privacyregels belemmeren de zorgverlening, klaagde een huisarts dit najaar in de Volkskrant. Door de AVG (Algemene verordening gegevensbescherming) kon hij bijvoorbeeld niet langer in het ziekenhuis-epd gegevens over de nierfunctie van zijn patiënten inzien en moest hij opnieuw bloedonderzoeken laten doen. En een foto die hij liet maken van een gebroken enkel mocht hij niet langer delen met een chirurg. Tenminste, niet zonder schriftelijke toestemming van de patiënt. Het niet kunnen of mogen delen van patiëntgegevens is een zorg die we vaker horen van artsen.

Het zou inderdaad bizar zijn als de AVG zulke ingrijpende gevolgen zou hebben voor de dagelijkse zorgpraktijk. Maar: zo hadden we het al geregeld in Nederland. Voor de uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgaanbieders is er door de AVG eigenlijk niets veranderd. Zo is het al sinds 2017 verplicht dat patiënten eerst uitdrukkelijk toestemming geven aan zorgaanbieders als die hun medische dossiers elektronisch willen delen met andere zorgaanbieders, zoals een ziekenhuis met de huisarts ('Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens'). De nieuwe privacywetgeving bevat wel voorwaarden om patiëntgegevens te mogen verwerken, maar die wijken nauwelijks af van de voormalige Wet bescherming persoonsgegevens.

En als iemand anders dan de patiënt diens gegevens wil inzien of ontvangen, dan blijft voor artsen de hoofdregel dat ze dit verzoek eerst toetsen aan de regels over het medisch beroepsgeheim in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): is er bijvoorbeeld een wettelijke plicht tot gegevensverstrekking, heeft de patiënt toestemming gegeven of is er sprake van een conflict van plichten? Zo kan het voorkomen dat ook al zou

het mogen volgens de AVG – het medisch beroepsgeheim de verstrekking van patiëntgegevens verhindert.

De AVG leidt voor artsen en instellingen dus niet tot strengere regels voor gegevensuitwisseling, maar is voor veel organisaties wel een wake-upcall: door alle aandacht – ook voor de consequenties als je achterblijft – kijkt iedereen nog eens scherp naar de eigen organisatie rond patiëntgegevens. Ook al zitten instellingen en artsen niet bepaald te wachten op dergelijke administratieve verplichtingen, toch moeten we ook oog houden voor de positieve effecten van de AVG. De EU heeft met de AVG een Europese richtlijn uit 1995 vervangen. Bijna 25 jaar geleden was het internet nog maar net in opkomst en kenden we nog geen sociale media. De EU wil met de AVG ons, Europese burgers, beter beschermen tegen grote data-reuzen zoals Google, Facebook, Twitter en Amazon. In dat opzicht dient de AVG hetzelfde doel als het beroepsgeheim: burgers beschermen tegen het ongeraagd en ongewenst delen van hun gezondheidsgegevens. Op dat beroepsgeheim zijn artsen terecht heel zuinig.

Nog even terug naar de arts die de nierfunctie van zijn patiënt in het ziekenhuis-epd wil raadplegen: dat kan inderdaad alleen als de patiënt hier uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven aan het ziekenhuis. Dit soort – Nederlandse – regels kunnen als lastig worden ervaren om tijdige en goede patiëntenzorg te kunnen leveren. Maar tegelijk vinden we de bescherming van patiëntgegevens in Nederland een groot goed. *knmg*

Deze column is geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op knmg.nl/columns.



CONGRES NETWERKGENEESKUNDE: DE MEDISCH SPECIALIST MET ÉÉN BEEN BUITEN HET ZIEKENHUIS



19
maart
2019

Van: 9.30 tot 17.15 uur
Waar: Mediaplaza, Jaarbeurs
Utrecht

Deelname: €245,-
voor aios €125,-

Accreditatie: aangevraagd bij ABAN,
NVKF, NVKC en NVZA
(5 punten)

Staat u al met één been buiten het ziekenhuis? Steeds vaker behandelen medisch specialisten hun patiënten buiten de muren van het ziekenhuis. Ze maken deel uit van een netwerk rondom de patiënt, waarin zij samenwerken met andere (zorg)professionals zoals huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en wijkverpleegkundigen.

Tijdens het Congres Netwerkgeneeskunde delen medisch specialisten en andere professionals hun ervaringen. Zij geven u praktische handvatten om zelf aan de slag te gaan met netwerkgeneeskunde, en laten zien wat het u en uw patiënten concreet kan opleveren.

Laat u inspireren door zorgverleners voor wie netwerkgeneeskunde al gemeengoed is geworden. Leer welke vormen van netwerkgeneeskunde mogelijk zijn. Krijg inzicht in de financiering en het resultaat op de lange termijn, en raak gemotiveerd door gesprekken met onze sprekers en andere deelnemers.

Meer informatie en aanmelden:

www.demedischspecialist.nl/congresnetwerkgeneeskunde

Leidraad en modelovereenkomst voor huisartsen rondom kleinschalige woonvormen

Er komen steeds meer kleinschalige woonzorginstellingen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hoort van huisartsen dat er steeds vaker op hen een beroep wordt gedaan voor de (medische) zorg voor die instellingen. De complexiteit van de benodigde zorg overstijgt vaak echter de huisartsenzorg en ook de randvoorwaarden zijn vaak niet geregeld.



Om huisartsen te ondersteunen in de discussie over het leveren van zorg en bij het maken van realistische afspraken met kleinschalige woonzorginstellingen, heeft de LHV een leidraad ontwikkeld. De LHV doet hierin duidelijke uitspraken over waar de huisarts wel én niet voor is en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan wil de huisarts de huisarts-geneeskundige zorg kunnen bieden.

Tevens heeft de LHV een modelovereenkomst huisarts, huisartsenpost en woonzorgvoorziening gemaakt, waarmee afspraken kunnen worden vastgelegd tussen huisarts, de huis-

artsenpost en de kleinschalige woonzorginstelling. Deze modelovereenkomst wordt onderschreven door InEen (koepel van onder andere de huisartsenposten) en Actiz (brancheorganisatie voor organisaties die onder andere actief zijn op het gebied van zorg en ondersteuning aan ouderen).

Downloaden op lhv.nl

De leidraad 'Medische zorg in (kleinschalige) woonzorginstellingen' en de 'Modelovereenkomst huisarts, huisartsenpost en woonzorgvoorziening' zijn te downloaden op lhv.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
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

