

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Grotere inzet op kwaliteitsregistraties

In vele bestuurskamers en aan nog meer overlegtafels wordt gesproken over hoe we ook in de toekomst de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg kunnen garanderen. In de ene kamer gaat het over de juiste zorg op de juiste plek. In de andere over uitkomstgerichte zorg. Aan die tafel over samen beslissen, aan de andere over zorgevaluatie en zinnige zorg. Om maar niet te spreken over de tafels dure geneesmiddelen, veilige zorg, gegevensuitwisseling en transparantie. Hoe brengen we dat bij elkaar in de belangrijkste kamer van allemaal: de spreekkamer? De oplossing is gelegen in een goede organisatie van kwaliteitsregistraties, want het zijn deze registraties die de basis vormen voor al het bovenstaande.

Kwaliteitsregistraties bieden in feite gestructureerde vertalingen van individuele patiëntendossiers naar een geaggregeerd niveau. In het individuele dossier wordt de geschiedenis van een patiënt bijgehouden, van zorgvraag, via eventuele diagnostiek naar eventuele behandeling, naar tussenuitkomsten (complicatie of niet?), en uitkomsten na afronden van alle stappen in dit zorgproces. In het dossier staat welke aandoeningen de patiënt wellicht nog meer heeft en welke medicatie hij of zij gebruikt. En als er implantaten ingebracht zijn, staat dat óók genoteerd. Kwaliteitsregistraties brengen al deze dossiers en de daarin opgeslagen informatie bij elkaar. Tenminste, als je ze op de goede manier koppelt en als je de juiste data eraan weet te onttrekken. Input door professionals, duiding door diezelfde professionals!

Als dokters kunnen we op basis van deze gegevens leren waar we het nog beter kunnen doen. We kunnen de patiënt nog beter informeren

over wat de gevolgen van een specifieke behandeling zijn op basis van gegevens van mensen in dezelfde omstandigheden. Het raakt op die manier dus aan zorgevaluatie en zinnige zorg. Het raakt aan uitkomstgerichte zorg want er wordt van elk behandelproces vastgelegd wat die uitkomst is. We kunnen volgen wat de effecten zijn van implantaten en specifieke geneesmiddelen. Kortom: het helpt om samen met de patiënt te beslissen welke zorg op dat moment het beste bij hem past.

Er worden door verschillende specialismen al kwaliteitsregistraties bijgehouden, neem DICA voor darmkanker, LROI voor heup- en knieoperaties, DBIR voor borstimplantaten, NHR voor pacemakers en andere hartinterventies. Kwaliteitsregistraties hebben al laten zien dat het met de geboden informatie mogelijk is het aantal complicaties van behandelingen terug te dringen, 'best practices' te identificeren, kosten van de zorg te verminderen, uitkomsten te verbeteren. Probleem op dit moment is dat het bijhouden van alle data en aggregeren vanuit het elektronisch patiëntendossier niet mogelijk is. Dokters zoeken dus hun toevlucht tot aparte Excel-files. Dubbel registreren en administratieve last! (maar gelukkig hebben we daar de tafels 'registratie aan de bron' en 'vermindering administratieve lasten' voor..).

Wat let ons om de ongekende mogelijkheden van kwaliteitsregistraties ten volle te benutten? Als de administratieve obstakels via vormen van registratie aan de bron zijn weggenomen, als elektronische koppeling van patiëntendossiers naar geaggregeerd niveau is geregeld, als hier de ervaringen van de patiënt aan toegevoegd zijn, en als daarbij structurele financiering goed is geregeld is het antwoord: niets!

“

MARCEL DANIËLS



Benut de ongekende mogelijkheden van kwaliteitsregistraties ten volle



Marcel Daniëls
algemeen voorzitter Federatie
Medisch Specialististen



JOSINE JANSON



Ik stond erbij en ik keek ernaar?

Josine Janson
adviseur gezondheidsrecht
KNMG

COLUMN

Zorg om zwangeren

Patiënten die minder of andere zorg willen dan geadviseerd: het stelt artsen voor ingewikkelde dilemma's. Bijvoorbeeld een hoogzwangere risico-patiënte die bij haar bevalling minder zorg wil ontvangen dan de professionele standaard voorschrijft. Ga je mee in haar wens waarmee je in feite suboptimale zorg verleent? Of laat je haar in een uiterst geval 'alleen' bevallen, met alle mogelijke gevolgen van dien, ook voor het kind?

De leidraad 'Verloskundige zorg buiten richtlijnen' geeft enige houvast in dit soort situaties. Maar deze gaat vooral in op de verantwoordelijkheidsvraag. Het hierboven geschetste dilemma wordt niet weggenomen.

Elk jaar willen honderden zwangere vrouwen tegen medisch advies in thuis en/of zonder professionele hulp bevallen, zo is de schatting. In deze groep bevinden zich ook vrouwen met een hoogrisicozwangerschap en verhoogde kans op complicaties. Uit recent promotie-onderzoek blijkt dat vrouwen deze keuze niet zozeer maken omdat zij denken dat een thuisbevalling beter verloopt, maar omdat een eerdere bevalling in het ziekenhuis traumatisch is verlopen.¹ De keuze lijkt dus meestal een noodsporang.

De eerdergenoemde leidraad geeft handvatten hoe om te gaan met zorgvragen van zwangeren die ingaan tegen de richtlijnen.² Ook de tuchtrechter heeft inmiddels uitspraak gedaan.³ Kort gezegd komt het erop neer dat, als het een uitdrukkelijke en goed geïnformeerde keuze van een zwangere is, een zorgverlener in tuchtrechtelijke zin niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor het niet verlenen van adequate zorg. Wel weegt de rechter mee of de zorgverlener heeft afgestemd met de tweede lijn, of een tweede verloskundige is betrokken en of er goed gedocumenteerd is in het medisch dossier.

Overigens zal een zorgverlener uiteraard ook meewegen dat de beslissingen van de zwangere vrouw ook het ongeboren kind en de vader kunnen raken. Maar heel veel heeft dat niet om het lijf: in Nederland kan een wilsbekwame vrouw vanwege haar zelfbeschikingsrecht nu eenmaal niet snel gedwongen worden tot bepaalde zorg.

Natuurlijk is de wil van een patiënte leidend en is het belangrijk om als zorgverlener altijd open het gesprek aan te gaan om zo goed mogelijk op de wensen en achterliggende zorgen van de zwangere te kunnen inspelen. Samen ga je zo nodig op zoek naar een 'second best'-oplossing. En in een noodsituatie verleen je altijd zorg.

Maar toch vraag ik mij af: mag je als zorgverlener in zo'n noodsituatie worden gebracht als de kans hierop door de patiënte min of meer bewust wordt aanvaard? Denk aan het voorbeeld dat een zorgverlener wel bij de bevalling mag zijn, maar op verzoek van de zwangere niet mag ingrijpen en dus in feite lijdzaam moet toekijken. Zou je dan als zorgverlener niet de ruimte moeten hebben om tijdig grenzen te stellen door hier niet in mee te gaan? Zelfs als je formeel gezien de behandelovereenkomst niet mag beëindigen, omdat je weet dat andere zorgverleners de behandeling onder de door de patiënte gestelde voorwaarden niet willen overnemen? De autonomie van patiënten rond zwangerschap en bevalling is een groot goed, maar mag er toch nooit toe leiden dat de rol van de zorgverlener samen te vatten is met de laatste zin van een bekend kinderliedje: ik stond erbij en ik keek ernaar? *knmg*

Deze column is geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op knmg.nl/columns.

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/federatienieuws.

SCHEIDEND CGS-VOORZITTER FEDDE SCHEELE

‘Met gepaste tred voor de muziek uit’

Ruim vijftien jaar maakte hij deel uit van het College Geneeskundige Specialismen en de voorloper daarvan. Eerst als lid, en de laatste drie jaar als voorzitter. Het was een periode vol verandering en dat blijft nog wel even zo. ‘Aan het CGS om steeds op die ontwikkelingen vooruit te lopen, in het juiste tempo.’

tekst: Naomi van Esschoten

Toekomstgericht opleiden en werken gaat gynaecoloog Fedde Scheele aan het hart. Hij werkt dan ook niet alleen als gynaecoloog in het OLVG Amsterdam, maar is ook – onder meer – hoogleraar aan het Amsterdam UMC locatie VUmc en lid van de raad van commissarissen van Menzis en bestuurslid van een gezondheidscentrum in Amsterdam-Noord. Met die drijfveren werd hij vijftien jaar geleden lid van het toenmalige Centraal College Medische Specialismen. ‘Opleidingen willen inspelen op de wensen die leven in de maatschappij, en het CGS stelt de regelgeving op die dat soort veranderingen mogelijk maakt’, vertelt hij. ‘Daarin is het CGS trendvolgend, maar ook trendset-tend.’

FUSIE

Voor het samengaan van de drie afzonderlijke colleges in 2010 bleek een enorme stap vooruit. Scheele: ‘Meestal zijn fusies pijnlijk, maar hier was het eindresultaat, namelijk één gezamenlijk college, een feest. Het is een eyeopener om in het CGS van elkaar te horen wat andere clusters te melden hebben en hoe we elkaar kunnen versterken. Daardoor hebben we met meer diepgang en inzicht de toekomst samen ingevuld en gedurfde stappen vooruit gezet.’ Een belangrijk item



Fedde Scheele

was het beter maatschappelijk inbedden van de opleidingen. ‘Projecten als integrale zorg voor kwetsbare ouderen, of het bewustzijnsproject om artsen kostenbewust te maken, zijn ontstaan uit die samenwerking. Het zijn zaken die inmiddels vanzelfsprekend zijn.’

VOLWASSEN INSTELLING

Maar het meest trots is Scheele op de verschuiving van CGS-regels van handhavend naar een ‘volwassen’ toezicht op afstand. ‘Bij het samenvoegen van de drie

kaderbesluiten van de verschillende clusters is ook de erkenningssystematiek onder de loep genomen. Dat kon namelijk moderner, want opleidingsinstellingen hebben inmiddels hun eigen kwaliteits- en verbeter-systemen. Daardoor kan het toezicht meer op de werkvloer plaatsvinden. Die manier van toezicht houden past ook beter bij deze tijd.’

DOKTER VAN MORGEN

Dat het CGS die beweging op tijd heeft ingezet, is exemplarisch voor de manier van werken. ‘De grootste uitdaging ligt in met gepaste tred voor de muziek uitlopen’, vertelt Scheele. ‘Voor onze visie, zoals nu in de notitie Het zorglandschap verandert, het specialismenlandschap verandert mee, denken we na over welke impact ontwikkelingen als technologie, netwerkzorg en e-health hebben op het werk van de arts. Vervolgens is het de kunst die veranderingen te vertalen naar de opleiding, zodat ook de dokter van morgen het beroep goed kan uitoefenen.’

TRADITIES LOSLATEN

Vooruitkijkend ziet Fedde Scheele nog wel wat werk liggen. ‘Door netwerkzorg vervagen de schotten tussen artsen en disciplines als verpleegkundigen en apothekers. Het zou goed zijn als het CGS dus ook met die beroepsorganisaties samen optrekt bij het opstellen van regelgeving. Dat past bij het interprofessioneel leren. Toch zal het nog wel wat voeten in de aarde hebben om oude tradities en de cultuur van hiërarchie los te laten. Ook hier geldt dat alles valt of staat met het tempo om voorzichtig voor de troepen uit te lopen.’ *knms*

Jeugdprostitutie of loverboyproblematiek: zo kunt u als arts in gesprek

Luxe spullen, terwijl je weet dat het gezin het niet breed heeft. Soa's bij minderjarigen. Signalen die kunnen wijzen op jeugdprostitutie of loverboyproblematiek. Hoewel exacte landelijke cijfers ontbreken, is duidelijk dat dit probleem in heel Nederland speelt. Vaak op verborgen plekken, zoals in auto's en woningen. Veel artsen vinden het lastig om over hun vermoedens te beginnen, merkt zorgcoördinator mensenhandel Nicole Harms. 'Gooi het tóch open, bespreek het. Oordeel niet, stel vragen, benoem dat je je zorgen maakt. Dat helpt. En bedenk: het gebruik van een condoom is al een eerste goede stap.'

Nicole Harms en haar collega's worden regelmatig benaderd door artsen in de regio die om advies vragen. 'Ze vermoeden dat er sprake is van prostitutie bij minderjarigen of loverboyproblematiek en vinden het dan vaak lastig om te bepalen of hun onderbuikgevoel klopt. Door gerichte vragen te stellen helpen wij artsen om hun vermoedens helder te krijgen. Of we geven tips welke vragen artsen kunnen stellen of waar ze op kunnen letten en of ze bijvoorbeeld de ouders mogen inseinen.' Harms werkt als zorgcoördinator mensenhandel bij SHOP Den Haag, waar hulp bij mensenhandel en opvang voor (ex)prostituees wordt gegeven.

Maar één keer

Volgens Harms vinden veel artsen het lastig dat ze iemand vaak maar één keer zien. 'Dan hebben ze misschien wel een goed gesprek, maar daarna verdwijnt diegene. Je kunt iemand dan wel naar een organisatie leiden die structureel hulp kan bieden. Probeer of je meteen samen kunt bellen voor een afspraak en houd daarna een vinger aan de pols.' Harms weet uit ervaring dat het slachtoffers al heel goed doet als je zegt dat je je zorgen maakt en graag wilt helpen. 'Laat weten dat je er voor iemand bent, dat iemand altijd terug mag komen. Dat is al heel veel waard.'

Jeugdprostitutie of loverboyproblematiek?

Er is een belangrijk verschil tussen jeugdprostitutie en loverboyproblematiek, legt Harms uit. 'Jeugdprostitutie is een zedendelict; het is strafbaar voor degene die seks heeft met de minderjarige, niet voor de minderjarige zelf. Het gebeurt niet altijd onder

dwang van een andere persoon die er zelf aan verdient.' Bij een loverboy is dat wel het geval, licht Harms toe. Tegenwoordig werken loverboys vooral via sociale media. Ze verleiden minderjarigen tot het maken van seksuele foto's en filmpjes en zetten hen vervolgens daarmee onder druk om bijvoorbeeld in de prostitutie te werken. Het geldt dat deze meisjes en jongens daarmee verdienen moeten ze afstaan.'

Kwetsbaar

Hoewel jeugdprostitutie vrijwillig kan zijn, zijn de minderjarigen die het werk doen ontzettend kwetsbaar, waarschuwt Harms. 'Ze spreken af via apps of sites en stappen bij iemand in de auto of gaan mee naar huis. Vaak zonder dat iemand weet waar ze zijn. Dit brengt grote risico's met zich mee.' Uiteindelijk kan jeugdprostitutie alsnog leiden tot loverboyproblematiek. 'Ze komen bijvoorbeeld in contact met een jongen die zegt "Ik kan jou wel brengen". En die daar dan weer geld voor vraagt.'

Signalen

De signalen van jeugdprostitutie en loverboyproblematiek komen overeen, zegt Harms. 'Soa's bij jonge meisjes of jongens, want ook die kunnen in de prostitutie werken. Bij loverboyproblematiek is er bovendien vaak sprake van geweld.' Iets wat altijd een alarmbel zou moeten doen afgaan, is een vriendje dat per se mee de spreekkamer in wil en dan het woord gaat voeren. 'Soms wordt iemand ook continu gebeld of wacht er altijd iemand buiten.'



Toch doorvragen

Harms raadt artsen die vermoedens hebben aan om een open gesprek aan te gaan. 'Zonder oordelen. Je wilt vertrouwen creëren en iemand een plek bieden waar hij of zij kan komen. Natuurlijk wil je niet dat ze in de prostitutie blijven werken, maar daar heb je niet altijd invloed op. Je kunt wel degelijk iets betekenen. Komt er bijvoorbeeld een minderjarige met een soa bij je, dan is het goed om te vragen of er iemand is die hem of haar onder druk zet om seks te hebben.' Harms weet dat veel hulpverleners voorzichtig zijn uit angst dat ze iemand niet meer terugzien. 'Toch vind ik het je plicht om door te vragen. En laten zien dat je wilt helpen, bereikt dus meestal al veel.'

Landelijk coördinatiepunt CoMensha

Zoals SHOP zijn er meer regionale organisaties; deze zijn te vinden in de Wegwijzer Mensenhandel. In ongeveer 60 procent van de gemeenten is zo'n organisatie te vinden. 'Het landelijk coördinatiepunt CoMensha is bezig om ervoor te zorgen dat dit landelijk dekkend wordt zodat artsen snel contact kunnen leggen', vertelt Harms.

Alarmbel: een vriendje dat perse mee de spreekkamer in wilt en dan het woord gaat voeren

Factsheets en e-learning

Jeugdprostitutie en loverboyproblematiek vallen beide onder de herziene KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

CoMensha heeft samen met meer dan 50 andere organisaties 25 factsheets ontwikkeld die zorgverleners kunnen helpen bij het signaleren en behandelen van specifieke typen geweld. De factsheets zijn gratis beschikbaar op huiselijkgeweld.nl/typengeweld. E-learning's over 'herken de signalen van mensenhandel' zijn beschikbaar via comensha.nl/voorzorgverleners. *knmg*

Zie ook:

knmg.nl/kindermishandeling.

Registreren wordt makkelijker

Vanaf 1 januari 2020 kan een medisch specialist zelf de afweging maken of het openen van een tweede dbc gerechtvaardigd is. Het wordt daardoor eenvoudiger om ook geleverde zorg te registreren als medisch specialisten besluiten om niet te behandelen. Daarnaast kunnen zij makkelijker geleverde zorg aan patiënten van een collega registreren. De Federatie Medisch Specialisten zet hiermee samen met de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de toezichthouder NZa een nieuwe stap om de zorg te ontregelen, zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord.

Ingewikkelde regels

Een patiënt met bijvoorbeeld een gebroken been én maagklachten zal in het ziekenhuis door twee specialismen onderzocht worden voor deze twee verschillende zorgvragen. Als er voor de maagklachten geen diagnose wordt gesteld, dan mag de mdl-arts volgens de huidige NZa-regelgeving geen dbc openen, terwijl er wel uitgebreid onderzoek en diagnostiek heeft plaatsgevonden. Deze ingewikkelde regels rondom 'parallelliteit' – de regels die voorschrijven

wanneer er twee of meer dbc's naast elkaar geregistreerd mogen worden – veroorzaken in de praktijk de meeste administratieve last bij registreren.

Niet declareren

Het is dus ingewikkeld om werkzaamheden te registreren als je ervoor kiest om niet te behandelen, ook al is dit beter voor de patiënt. Het 'even' een collega-medisch specialist vragen om mee te kijken bij de behandeling van een patiënt zorgt in de praktijk ook voor problemen, omdat deze

collega niets mag registreren. Uiteindelijk kan hierdoor het ziekenhuis de zorg die deze medisch specialisten wel leveren, ook niet declareren bij de zorgverzekeraar.

Problemen verleden tijd

Met de vereenvoudigde NZa-regelgeving zijn deze problemen vanaf 2020 voorbij. Medisch specialisten bepalen zelf of ze een zorgtraject openen, en hoeven niet meer aan allerlei ingewikkelde voorwaarden en regels te voldoen. De mdl-arts in het voorbeeld zal de door hem geleverde zorg kunnen registreren. De FMS werkt samen met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars de komende tijd nog aan een gezamenlijke Registratiewijzer voor de eenduidige toepassing van deze sterk vereenvoudigde regels. Tot 1 januari 2020 blijven de huidige regels van toepassing.



Lees meer op demedischspecialist.nl/registratiewijzer.

Studenten ontdekken op de Carrièrebeurs hun droombestemming als arts



DAVID LOK

De CARRIÈRE BEURS

Met meer dan veertig medische vervolgoopleidingen valt er voor artsen in spe heel wat te kiezen. Daarom organiseert de KNMG in samenwerking met De Geneeskundestudent op zaterdag 5 oktober voor de zesde keer de Carrièrebeurs.

Uitdagende workshops, gesprekken met opleiders en aiossen van medische vervolgoopleidingen, en antwoord op carrièrevragen; de KNMG helpt geneeskundestudenten en basisartsen bij de zoektocht naar hun droombestemming als arts. Dat doen we met een uitdagend beursprogramma dat bestaat uit interessante workshops, inspirerende sprekers en een volle beursvloer met exposanten – waaronder opleidingsorganisaties en potentiële werkgevers. Ook is er aandacht voor andere belangrijke thema's, zoals de balans tussen werk en privé.


Kaartverkoop start 10 juni

De kaartverkoop start maandag 10 juni om 20.00 uur. Onder de eerste 50 inschrijvingen verloot de KNMG drie keer een gesprek met een loopbaancoach. Tijdens dat gesprek kunnen studenten sparren over hun carrièremogelijkheden en krijgen ze een beter beeld van de vervolgoopleidingen die daarbij passen en welke vervolgstappen ze kunnen nemen.

Early Bird-tickets

Studenten die zich vóór 24 juni inschrijven krijgen Early Bird korting: een kaartje kost dan slechts 7,50 euro (i.p.v. 10 euro).

Impressie

Benieuwd naar de Carrièrebeurs? Bekijk het filmpje op knmg.nl/carrierebeurs voor een impressie. 

Datum, tijd en locatie

Datum: zaterdag 5 oktober

Tijd: 9:30 tot 17:00

Locatie: NBC Congressentrum Nieuwegein (15 minuten van Utrecht CS)

Blijf op de hoogte via knmg.nl/carrierebeurs.

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
A. Abdelmoumen, voorzitter
tel. 088 440 4216
info@degeneeskundestudent.nl
degeneeskundestudent.nl



KAMG
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
E. Buiting, voorzitter
C.T.J. Derrjck, directeur a.i.
tel. 030 303 3662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
S.J. Booij, 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
kwalitytsbureau@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

