



ETHIEK – PRUDENTIE

*Prudent omgaan met ethisch gevoelige situaties
die arbeid & gezondheid betreffen*

Deelrapport Werkgroep Moreel Kader

**Dit Rapport van de werkgroep Moreel Kader
is onderdeel van het onderzoeksproject
Ethiek-in-Richtlijnen bij Arbeid & Gezondheid (EiR-A)
binnen het ZonMw programma KKCZ**

Rotterdam, 1 mei 2010

Inhoudsopgave

(Door op de regel te klikken kunt u direct naar het betreffende hoofdstuk)

SAMENVATTING	6
1. INLEIDING	8
Opdracht.....	8
Achtergrond.....	8
Werkwijze	8
Opzet van het rapport.....	9
Bij de titel.....	9
Leeswijzer	10
2. ETHISCH GEVOELIGE SITUATIES.....	12
3. VERKENNING VAN SPANNINGEN EN FRICTIES	14
Een Thematische lijst.....	14
4. HET BELANG VAN ETHISCHE REFLECTIE.....	17
5. DE VRAAG OM EEN MOREEL KADER.....	18
De eenvoudigste Checklist: een set van twee beginselen.....	18
De Checklist nader ingevuld.....	19
6. DE CONTOUREN VAN EEN MOREEL KADER.....	22
Checklist Ethisch Relevante Beginselen.....	22
Toelichting	23
7. HET GEBRUIK VAN HET MORELE KADER	28
Voor de praktijk.....	28
Voor richtlijnontwikkelaars	28
8. ORDENING EN DOEL VAN EEN STAPPENPLAN	30
Ordening	30
Doel.....	30
9. HET DOEL VAN ETHISCHE REFLECTIE	32
10. CASUISTIEK: BESCHRIJVING, ANALYSE, KADER	34
Overzicht Casus.....	35
1. Minder nauw met de regels.....	36
2. Meegaan met patiënte?	40
3. Twee vrijwel identieke casus met tegenovergesteld besluit.....	44
4. Niet tot informeren bereid?.....	48
5. Medische informatie niet neutraal gebracht.....	52
6. Ongevraagde informatie gebruiken?.....	55
11. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	58
Algemene conclusie.....	58
Aanbevelingen.....	58
REFERENTIES.....	60
BIJLAGE 1	62
Beknopte informatie over het project	
BIJLAGE 2	63
Werkgroep Moreel Kader	63

SAMENVATTING

Op het terrein van arbeid & gezondheid komen regelmatig ethische kwesties ter sprake die zich niet eenvoudig laten oplossen. De vraag is vervolgens hoe daarmee in de praktijk moet worden omgegaan door artsen in hun diverse rollen als beoordelaar, behandelaar, en/of begeleider. De verwachting is dat een gestructureerde handreiking hier uitkomst kan bieden.

De handreiking zou

1. bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen, specialisten en andere betrokkenen, zoals psychologen, moeten ondersteunen in hun handelen, en tevens
2. richtlijnontwikkelaars moeten ondersteunen om bij toekomstige richtlijnontwikkeling naast *evidence-based* overwegingen ook aandacht te geven aan *value-based* overwegingen.

Het doel is een betere samenwerking en afstemming te waarborgen tussen betrokkenen en de kwaliteit van beslissingen, ook in ethisch opzicht, te verbeteren.

Het accent in dit rapport ligt op ethiek. Uitgangspunt is dat zonder ethiek – en daarmee bedoelen we een ethische attitude, een ethische blik, een wijze van denken en handelen die ethisch gemotiveerd én geschoold is – verantwoord medisch-professioneel handelen ondenkbaar is (Inleiding).

Er wordt van ‘ethisch gevoelige situaties’ gesproken om die situaties aan te duiden waarin ethische reflectie geen overbodige luxe is. Het gaat dan om situaties waarin we op vragen stuiten waarbij allerlei ethische noties zélf problematisch en onderwerp van discussie zijn (Hoofdstuk 2).

Dit rapport schetst contouren en ingrediënten van ethische reflectie, te weten:

- A. *Een Thematische lijst* waarin spanningen en fricties worden beschreven die vanuit ethisch oogpunt van belang zijn; de lijst is gerangschikt naar een 10-tal thema's, te weten: loyaliteit, samenwerking, informatieoverdracht, dossiervorming, eigen verantwoordelijkheid, collegialiteit, vertrouwen, interdoktervariatie, regels zijn regels, eigen normen en waarden (Hoofdstuk 3).
- B. *Een Checklist van Ethisch relevante beginselen*, die samen te beschouwen zijn als het Morele Kader waarbinnen ethische beslissingen genomen worden. Voor de bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde gaat het om beginselen van uiteenlopende herkomst: de medische ethiek, de *public health* ethiek, de ethiek van bestuur en beleid, en daaraan zijn toegevoegd de beginselen waarvoor in dit onderzoeksproject EiR-A (zie bijlage) bijzondere aandacht bestaat, namelijk de invulling van professionaliteit gebaseerd op *value-based* overwegingen, en met oog voor samenwerking en multidisciplinariteit (Hoofdstuk 6).
- C. *Een Routekaart* (stappenplan), die voor ethische reflectie een zekere ordening biedt en verantwoorde besluitvorming kan ondersteunen, zodat daarvan rekenschap kan worden gegeven (Hoofdstuk 8).
- D. *Casuïstiek*, een beschrijving van zes casus, waarin de brug naar de praktijk geslagen wordt; de casus zijn voorzien van telkens twee commentaren en worden afgesloten met een samenvattend kader (Hoofdstuk 10).

In hoofdstuk 5 wordt een korte, theoretische verantwoording gegeven van het morele kader dat is gekozen. In hoofdstuk 7 wordt het gebruik van het morele kader voor de praktijk en

voor richtlijnontwikkelaars toegelicht. In hoofdstuk 4 wordt het algemene belang van ethisch reflectie beschreven, en in hoofdstuk 9 worden meer specifiek vier doelen van ethische reflectie onderscheiden:

1. Routines kritisch onder de loep nemen
2. Zorgvuldig, integer en transparant handelen waarborgen
1. Beleid ontwikkelen en richting geven
2. Een beter begrip krijgen van de vrijheidsruimte ('autonomie') die artsen hebben en het verantwoord gebruik van die ruimte stimuleren.

Het belang van ethiekreflectie reikt dus ver uit boven het individuele geval en de individuele beroepsbeoefenaar. Ethische reflectie moet problemen die achter een individueel dilemma schuilgaan eveneens signaleren en benoemen. De oplossing ervan ligt in eerste instantie niet (louter) in handen van de individuele beroepsbeoefenaar. Het steeds terugkerende dilemma moet ook instellingsbreed aan de orde worden gesteld en tot nieuw, ethisch verantwoord beleid binnen organisaties en beroepsverenigingen leiden. Alleen dan krijgen de betere praktijken een kans (Hoofdstuk 8).

1. INLEIDING

Opdracht

De volgende vraag werd de werkgroep voorgelegd:

Ontwerp de contouren en ingrediënten voor een gestructureerde handreiking ‘Hoe om te gaan met ethische kwesties die arbeid & gezondheid betreffen’.

De handreiking, die een ‘moral framework’ zal omvatten en daarop een toelichting geeft, dient

- *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen, specialisten en andere betrokkenen, zoals psychologen, behulpzaam te zijn bij beslissingen waarbij ethische vragen een rol spelen*
- *richtlijnontwikkelaars te ondersteunen bij toekomstige richtlijnontwikkeling, met aandacht voor value-based overwegingen naast evidence-based overwegingen*

Het doel is een betere samenwerking en afstemming te waarborgen en de kwaliteit van beslissingen te ondersteunen. Het ‘moral framework’ biedt daartoe het nodige houvast.

Achtergrond

Het Erasmus MC doet samen met de beroepsverenigingen NVAB (bedrijfsartsen) en NVVG (verzekeringsartsen) met subsidie van ZonMw binnen het programma KKCZ (Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg) onderzoek naar mogelijkheden om ethische dilemma's, waarmee artsen en anderen, zoals psychologen, geconfronteerd worden, op te nemen in richtlijnen. Belangrijk daarbij is het uitgangspunt dat de richtlijnen multidisciplinair zijn, zodat zorgverleners hun handelen op elkaar kunnen afstemmen.

Het onderzoek richt zich op situaties rond arbeid en gezondheid, waarbij ethische kwesties veelvuldig voorkomen. Onderzocht wordt hoe hier in ethisch opzicht houvast geboden kan worden. Het project loopt van 1 januari 2009 tot 1 juli 2010.

Werkwijze

De werkgroep is in maart 2009 gevormd en bestaat uit mensen van verschillende disciplines, achtergrond, leeftijd en ervaring (zie bijlage). De werkgroep is tussen mei en december 2009 5 maal bijeen geweest. Deze notitie doet verslag van de bevindingen van de werkgroep en is gebaseerd op de inbreng van de deelnemers tijdens de bijeenkomsten en bij het tussentijdse schriftelijk overleg. Op de eerste bijeenkomst is het terrein verkend, zijn aandachtspunten geïnventariseerd en werden concrete ervaringen uitgewisseld. De volgende vragen werden aan de werkgroepleden voorgelegd:

- welke mogelijkheden zie je om zorgverleners te ondersteunen
- welke obstakels zie je
- welke ervaringen heb je hierbij opgedaan
- welke typerende situaties (casus) zou je daarbij willen inbrengen
- welke regels/richtlijnen/documenten bieden houvast (en welke onvoldoende?)

Op de tweede bijeenkomst werd over een aantal thema's doorgesproken en aandacht gegeven aan de gewenste structuur van de handreiking: waaraan is in de praktijk behoefte? Op de derde bijeenkomst werd een eerste concept besproken, werden nieuwe casus ingebracht en werd stilgestaan bij de vraag wat de belangrijkste boodschap van deze notitie zou moeten zijn. In een schriftelijke ronde werd de naar voren gebrachte morele casuïstiek besproken en geanalyseerd. Op de vierde en vijfde bijeenkomst, tenslotte, kreeg de opzet van dit rapport haar definitieve vorm en werd de tekst vastgesteld.

Opzet van het rapport

Omschreven wordt allereerst wat onder ethisch gevoelige situaties zal worden verstaan, welke spanningen en fricties zich in de praktijk kunnen voordoen, en wat het belang en het doel van ethische reflectie op deze praktijksituaties is (hst. 2, 3, 4).

Vervolgens wordt de betekenis van het Moreel Kader uiteengezet. Wat is de bedoeling ervan, welke inhoud heeft het kader, en hoe moet het gebruikt worden? Een checklist met ethisch relevante beginselen en een stappenplan voor ethisch reflectie zien wij als belangrijkste ingrediënten (hst. 5, 6, 7, 8, 9).

In een volgend hoofdstuk wordt ruimschoots aandacht gegeven aan *case-studies* en wordt de brug naar de praktijk gelegd (hst. 10). Zes casus zijn beschreven en telkens door twee werkgroepleden van commentaar voorzien. In een samenvattend kader zijn thematisch aandachtspunten voor discussie opgenomen. Ze verdienen het in de praktijk besproken te worden. Richtlijnontwikkelaars vinden er de handvatten om daarop te anticiperen.

Ten slotte zijn conclusies en aanbevelingen opgenomen (hst. 11).

Bij de titel

De titel die aan deze handreiking is meegegeven, Ethiek-prudentie, verwijst enerzijds naar het belang van ethische reflectie voor de praktijk. Zonder ethiek – en daarmee bedoelen we een ethische attitude, een ethische blik, een wijze van denken en handelen die ethisch gemotiveerd én geschoold is – is verantwoord professioneel handelen ondenkbaar. Anderzijds verwijst de titel naar prudentie: een zorgvuldige en verstandige omgang met ethische kwesties. Ethiek is immers niet louter een subjectieve zaak, niet slechts een kwestie van persoonlijke smaak. Overwegingen die aan onze keuzen ten grondslag liggen, dienen niet willekeurig maar ter zake te zijn en verantwoord te kunnen worden.

De titel is tevens een knipoog naar een parallelle ontwikkeling, de zogenoemde 'Mediprudentie', die in de verzekeringsgeneeskunde is ingezet en door de Gezondheidsraad is versterkt. Het belang ervan ligt in de nadruk op de "expliciete beargumentering en weging" (Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, 2007/14, p.19), waarbij de kritische reflectie op de overwegingen die ten grondslag liggen aan beslissingen in concrete casuïstiek en praktijksituaties gezien wordt als "waardevol instrument" en "integraal onderdeel van het professionele kwaliteitssysteem", om hier de voorzitter van de Gezondheidsraad te citeren. Wij hopen dat Ethiek-prudentie, bij uitstek multidisciplinair, daartoe eveneens zal bijdragen.

Leeswijzer

Wie gevoeligheid wil ontwikkelen voor ethische kwesties die er in de praktijk spelen, en zoekt naar stof voor discussie, zal er goed aan doen de Thematische lijst (Hoofdstuk 3) op zich te laten inwerken, en eveneens te rade kunnen gaan bij de gepresenteerde Casuïstiek (Hoofdstuk 10), met de daarbij aangegeven ‘Aandachtspunten voor discussie’ bij iedere casus.

Wie zelfstandig aan de slag wil met een concrete casus of ethisch dilemma, kan de ordening volgen van de Routekaart (Hoofdstuk 8), maar zal tegelijkertijd de Checklist (Hoofdstuk 6) moeten raadplegen, om op het spoor te komen van relevante beginselen.

Richtlijnontwikkelaars ontkomen er niet aan om beide te doen. Eerst een ‘awareness’ te ontwikkelen voor kwesties die er kunnen spelen (bij een nieuw te ontwikkelen richtlijn, of een herziening van een bestaande richtlijn) en voor de discussies die erdoor worden opgeroepen. Vervolgens te bezien hoe hier in deze discussies door een ethische paragraaf richting en houvast geboden kan worden.

Wie beleidsmatig geïnteresseerd is in de mogelijkheden om ethiekprudentie te benutten in de eigen organisatie leze de achtergrondhoofdstukken (Hoofdstukken 2, 4, 7 en 9).

Theoretisch geïnteresseerden kunnen terecht bij hoofdstuk 5.2.

2. ETHISCH GEVOELIGE SITUATIES

We gaan ervan uit dat artsen in de praktijk, als behandelaars, beoordelaars of begeleiders, met enige regelmaat ethisch gevoelige situaties tegenkomen. In relatie tot arbeid & gezondheid gaat het bijvoorbeeld om situaties waarbij:

- niet of nauwelijks wordt meegewerkt aan herstelgedrag
- de ziekte-toestand een relatie heeft, direct of indirect, met het werk
- de thuissituatie reden is voor werkverzuim
- verschil van inzicht bestaat tussen behandelaar en beoordelaar
- sprake is van gevoelige informatie die samenwerking bemoeilijkt.
- disfunctioneren kan liggen aan ziekte maar ook aan competenties
- arbeidsongeschiktheid het gevolg is van leefstijl-gewoonten, zoals middelenmisbruik.

Een aantal casus is beschreven en uitgewerkt in hoofdstuk 9. Aan de hand van dergelijke, veel voorkomende praktijksituaties, gaan we na hoe in ethisch opzicht richting kan worden gegeven aan prudent – zorgvuldig en verstandig, ter zake en verantwoord – handelen. Een moreel kader zal naar verwachting daarbij houvast kunnen geven.

Wat verstaan we onder ‘ethisch gevoelige’ situaties? En wanneer wordt iets echt ‘een kwestie’? In de praktijk zien we twee uitgesproken reacties.

(1) Sommigen zien zelden of nooit een ethisch probleem. Zij verwijzen voor hun beslissingen naar hun expertise en naar wat binnen de eigen beroepsgroep gangbaar is. Zij handelen in hun ogen eenvoudig ‘professioneel’ en ‘evidence-based’. De feiten zijn voor hen bepalend. Echter, gemakkelijk is in te zien dat deze reactie slechts een halve waarheid biedt. Vanouds, vanaf Hippocrates, omvat het medisch handelen van artsen ook ethische aspecten. Men verwijst daarvoor naar termen met een ethische lading, zoals respect

- voor de persoon die de patiënt is
- voor diens welzijn, met name gezondheid
- voor diens behoeften, wensen en overtuigingen
- voor diens lichamelijke integriteit
- voor diens privacy, ook wat betreft de informatie die je is toevertrouwd (beroepsgeheim)
- voor eerlijke behandeling (naar urgentie, medische noodzaak, of overeenkomstig beginselen van gelijkheid en rechtvaardigheid)
- voor zorgvuldige uitwisseling van informatie en informed consent.

Beroepsverenigingen hebben dergelijke aspecten van hun handelen in Codes vastgelegd en tot professionele norm verheven. Door de tijd heen zijn daarop telkens aanpassingen gemaakt – vergelijk bijvoorbeeld de eed die veel artsen hebben afgelegd (uit 1872) met de jongste versie uit 2004. Of de KNMG-gedragsregels uit 1950 met de huidige gedragsregels.

Elke tijd vraagt kennelijk om een eigen invulling van ‘ethiek’. De waarheid spreken aan het ziekbed bijvoorbeeld (‘u hebt kanker’) telde vroeger minder dan nu. Er gold de norm ‘je mag mensen de hoop niet ontnemen’, terwijl tegenwoordig grote waarde wordt toegekend aan ‘het weten’, ook al gaat het om slecht nieuws. Door de opkomst van de genetica trad nog weer een andere norm naar voren, het ‘recht op niet-weten’. Of nog een voorbeeld: terwijl vroeger adverteren taboe was, en expliciet afgewezen in KNMG-gedragsregels, is daaraan vrij baan

gegeven door de introductie van het nieuwe zorgstelsel met zijn markt- en concurrentiedynamiek en commerciële incentives. Het zijn hier maatschappelijke veranderingen die het handelen van artsen een nieuwe context geven, en artsen voor fundamentele vragen stellen. Welke houding zullen zij zich geven, welke rol zullen zij op zich nemen? Kortom: ethiek is, ten eerste, onvermijdelijk gegeven met het artsenberoep, het laat zich niet wegdenken, en ten tweede, de artsenethiek is in de praktijk aan permanente verandering onderhevig, die ethische reflectie – van tijd tot tijd – onontkoombaar maakt.

(2) Anderen zien juist altijd en overall ‘ethiek’. Zij hebben de behoefte al hun handelen telkens ook in ethische termen te verantwoorden. In zoverre hebben zij gelijk, dat in elke casus wel ethische aspecten zijn aan te wijzen, bijvoorbeeld het respect voor een patiënt/cliënt en diens welzijn. Ethiek is vanuit dit oogpunt altijd in het geding. In veel gevallen voegt die constatering echter weinig toe. Dat komt omdat de ethische noties die er spelen nauwelijks problematisch zijn. Wat in ethisch opzicht goed is om te doen is voldoende duidelijk. Er kan in medisch opzicht discussie zijn over wat gedaan moet worden, maar ethische reflectie zal weinig toevoegen.

We zullen hierna spreken van ‘ethisch gevoelige’ situaties om die situaties aan te duiden waarin ethische reflectie geen overbodige luxe is. Het gaat dan om situaties waarin we op vragen stuiten waarbij genoemde ethische noties zélf problematisch en onderwerp van discussie zijn. De vraag ‘Wat is goed om te doen?’ brengt onzekerheid, twijfel en discussie met zich mee. Het belang van de patiënt/cliënt staat ter discussie, omdat daarover verschillend wordt gedacht. Of er bestaat een conflict met andere belangen, bedrijfsbelangen of maatschappelijke belangen, waarbij de vraag is wat het zwaarste moet wegen. Dikwijls zijn er spanningen of fricties, waarbij niet meteen duidelijk is wat goed handelen is. Meerdere waarden zijn in het geding, verschillende normen strijden om voorrang. Hoe dan te handelen?

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen geven aan dat zij zich vaak in situaties bevinden waarin zij te maken hebben met een conflict van plichten. Deze artsen hebben in hun rol veelal te maken met meervoudige loyaliteiten. Dit is inherent aan de eigen aard van deze disciplines, waarin niet louter het medische perspectief telt, maar ook het publieke belang. Bovendien spelen, met name bij de bedrijfsarts, steeds vaker commerciële belangen een rol. Via eigen Codes, zoals een Professioneel Statuut, proberen beroepsverenigingen daarin richtinggevend te zijn. Van ethisch gevoelige kwesties zullen we spreken wanneer in discussies in belangrijke mate wordt gerefereerd aan ethische termen, en waarden en normen een bepalende rol spelen.

Of in een concreet geval sprake is van een ethisch gevoelige situatie kan op zichzelf onderwerp van discussie zijn. Waar de één een dilemma percipiëert (of construeert), hoeft dat voor de ander niet het geval te zijn. Dat daarover vervolgens zinvol discussie kan plaatsvinden laat de casus *Medische informatie niet neutraal gebracht* (Hoofdstuk 10) zien. De casus-inbrenger (huisarts) ervaart de situatie als een dilemma, de eerste commentator stelt daar vraagtekens bij. Of van een ethisch gevoelige situatie gesproken moet worden, is in zo’n geval van ondergeschikt belang en wordt nu juist vaak mede bepaald door de persoon die men is en de overtuigingen die men heeft. In die situatie kan het gaan over de eigen beroepsverantwoordelijk. Betrokkene laat zien wat zijn of haar welk wijze is en welke visie daaraan ten grondslag ligt. Waar verschillen bestaan, is overleg geïndiceerd. De leidende vraag is steeds hoe in die situaties op goede en professionele wijze dient te worden gehandeld.

3. VERKENNING VAN SPANNINGEN EN FRICTIES

De werkgroep beseft dat er in de praktijk aanzienlijke spanningen en fricties bestaan. Deze hangen nauw samen met de eigen aard van de problematiek die men op het terrein van arbeid & gezondheid tegenkomt. Individuele belangen van patiënten en cliënten staan veelal op gespannen voet met andere belangen, zoals maatschappelijke belangen en bedrijfsbelangen. De werkgroep beseft ook dat de rol die bedrijfsartsen en verzekeringsartsen op zich genomen hebben, en die mede door politieke beslissingen is bepaald, tot meervoudige loyaliteiten heeft geleid. In hun rol verenigen zij de verschillende belangen, waaronder publieke en (bij bedrijfsartsen) in toenemen de mate ook commerciële commerciële belangen, en de vraag hoe zij die verenigen is steeds onderwerp van discussie en conflict. Een betere samenwerking en/of afstemming tussen betrokkenen – zoals behandelende, begeleidende en beoordelende artsen en anderen, die wij beogen, wordt daardoor aanzienlijk bemoeilijkt.

We signaleren op een 10-tal terreinen spanningen en fricties. We geven ze hieronder thematisch weer. Ze geven een indruk van het wijde spectrum aan kwesties die we er aantreffen. We verwijzen, waar passend, naar de casus die we in het hoofdstuk Casuïstiek bespreken (Hoofdstuk 10).

De spanningen en fricties worden niet automatisch weggenomen door bestaande, behulpzame leidraden, zoals bijvoorbeeld de Code ‘Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie’ (KNMG 2007), zoals we nog zullen zien in hoofdstuk 10. Artsen moet er hun eigen weg zoeken.

Een Thematische lijst

1. *Loyaliteit*

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen ervaren door de aard van hun werk regelmatig loyaliteitsconflicten. Bovendien is de maatschappelijke context veranderd. De commerciële *setting* waarin zij tegenwoordig dikwijls werken, heeft deze conflicten mogelijk versterkt. De vraag is hoe zij hun (nieuwe) rol invullen, en of zij daarover duidelijk genoeg naar buiten treden. Waar ligt hun belang en hoe wegen zij de verschillende belangen, zoals die van hun cliënt, de maatschappij, het bedrijf, binnen de kaders van geldende wetgeving? (eigenlijk aan de orde bij alle casus in hoofdstuk 10, bijvoorbeeld casus 1, 2, 3)

2. *Samenwerking*

Voor samenwerking tussen artsen is het nodig dat duidelijk is welk doel met de samenwerking/afstemming gediend is; samenwerking wordt bemoeilijkt als dit gemeenschappelijke belang ontbreekt of als betrokkenen daarover onduidelijkheid laten bestaan. Het belang van patiënt/cliënt zou het doel van samenwerking moeten zijn. Dan ligt het voor de hand dat de patiënt/cliënt zelf daarin een belangrijke regierol heeft, en dat die rol wordt versterkt en ondersteund, door advisering en coaching. Welke rol zijn we bereid de patiënt/cliënt te geven en hoe kan worden bijgedragen aan *empowerment*? (casus 2, 3, 4, 5)

3. *Informatieoverdracht*

De uitwisseling van informatie over een patiënt/cliënt is dikwijls een bron van dilemma's en conflicten. Welke informatie moet worden overgedragen, op welke manier (mondeling, schriftelijk), met welk doel en welke consequenties, en wie neemt het

initiatief? En hoe wordt de informatie gepresenteerd? Want informatie overdragen en ontvangen brengt onvermijdelijk ook, bewust of onbewust, selecteren, interpreteren en inkleuren met zich mee. Informatie-uitwisseling is een cruciaal aspect van samenwerken en spreekt allerm minst vanzelf. Zijn we ons bewust van de normatieve boodschappen die er veelal in meeklinken (over ziek zijn, over werken, over ernst en prognose van beperkingen, over arbeidsomstandigheden, over persoonlijke en sociale situatie, etc.)? En ook hier: welke rol moet de patiënt/cliënt hierbij spelen? Zou die niet een centralere regiefunctie moeten vervullen? Moet eventueel de werkgever erbij betrokken worden en zo ja, hoe? (casus 1, 4, 5, 6)

4. *Dossiervorming*

Veel wordt geklaagd over de toegenomen administratieve lasten en formalisering van het werk. Veel moet formeel worden vastgelegd in dossiers; daartoe geëigende formulieren moeten worden ingevuld en getekend. Het belang ervan is duidelijk: meer transparantie, meer objectiviteit, meer controleerbaarheid, meer houvast voor iedereen. Maar aan ‘juridisering’ en controlesystemen kleven ook schaduwkanten; het kan het werken minder flexibel maken en defensief gedrag bevorderen (Zie bijvoorbeeld de casus *Niet tot informeren bereid* (hoofdstuk 9). En dat is weer niet altijd in het belang van de patiënt / cliënt. Niettemin is openheid een groot goed; waar dingen gebeuren die het daglicht niet kunnen verdragen, wordt verantwoording onmogelijk. Hoe hierin een balans te vinden? (casus 1, 3, 4)

5. *Eigen verantwoordelijkheid*

Sommige artsen beoordelen, andere behandelen, weer andere begeleiden, en soms overlappen deze rollen elkaar. Een verzekeringsarts doet claimbeoordelingen met mogelijk grote gevolgen voor de sociale en financiële positie van de cliënt. Een bedrijfsarts spant zich in om een werknemer zo snel mogelijk naar werkhervatting te begeleiden op een medisch verantwoorde manier, zodat deze weer “duurzaam kan participeren”. Elk heeft z’n eigen perspectief. Het is niet vanzelfsprekend dat een huisarts of specialist voor die beide praktijken medeverantwoordelijkheid wil dragen of daaraan dienstverlenend wil zijn. Omgekeerd kan een verzekeringsarts of bedrijfsarts de rol van verwijzer of zelfs behandelaar spelen, en zich beroepen op zijn zorgplicht. Afgezien van de competentiegeschillen die er spelen, hoe moeten we deze verhouding van enerzijds gescheiden en anderzijds gedeelde verantwoordelijkheden begrijpen? (casus 4, 5)

6. *Collegialiteit*

Artsen zijn vaak onvoldoende bekend met elkaars praktijk en kennen elkaar niet persoonlijk. Behandelend artsen zijn onzeker over de werkwijze van adviserende en beoordelende artsen en hun primaire loyaliteit in hun rol als bedrijfs- of verzekeringsarts. Deze artsen bevinden zich vaak niet in een zelfstandige positie, en zijn afhankelijk van werkgever, (commerciële) Arbo-dienst, UWV-instelling, zorgorganisatie e.d. Dikwijls staan wantrouwen en een zekere onverschilligheid een werkbare relatie in de weg. (casus 2, 4, 5)

7. *Vertrouwen*

Ook de patiënt/cliënt is vaak onvoldoende op de hoogte van de rol van een bedrijfsarts of verzekeringsarts, of, meer concreet, van de arts die tegenover hem zit: hoe vat deze arts zijn taak op, wat is diens missie, waar ligt diens loyaliteit, en hoe geeft de arts uitvoering aan zijn/haar taak? Bijvoorbeeld op het gebied van beoordeling, informatie-uitwisseling met derden, beroepsgeheim, de ruimte voor eigen inbreng? Veelal ontbreekt daarover de

transparantie en is gelijkwaardigheid ver te zoeken, hetgeen het vertrouwen in deze artsen ondermijnt. (casus 1, 3)

8. *Interdoktervariatie*

Artsen zijn geen automaten die regels en richtlijnen ‘blind’ toepassen, zij interpreteren die en houden rekening met de bijzondere omstandigheden in elke situatie. Ook in moreel opzicht hebben artsen een eigen ‘stijl’ in de wijze waarop en de mate waarin zij zich inzetten. Dat brengt verschillen met zich mee, met het risico van subjectiviteit en zelfs willekeur. Welke verschillen tussen artsen, in begeleiding, beoordeling en behandeling, zijn aanvaardbaar en gewenst en welke verschillen niet? Hoe uniform verwachten wij dat hun handelen is? (casus 1, 2, 3, 6)

9. *Regels zijn regels*

Regels, standaarden, codes, richtlijnen, leidraden geven richting, bieden houvast en kunnen subjectiviteit en willekeur (tot op zekere hoogte) voorkomen. Maar regels produceren geen uitkomsten, dat doen artsen in een concrete situatie. Namelijk door selectie van de ter zake doende regels, door de interpretatie en weging ervan, en door toepassing van die regels met oog voor de bijzondere omstandigheden die de situatie kenmerken. Veel regels zijn niet door artsen zelf geformuleerd, maar door de maatschappij opgesteld. Bijvoorbeeld de visie dat werk voor inkomen gaat, is zo’n verandering waarmee professioneel moet worden omgegaan. Niet steeds is duidelijk hoe groot de speelruimte is die de regels bieden, hoe goed en verantwoord met deze ruimte kan worden omgegaan en hoe deze omgang toetsbaar te maken is. Elke arts weet dat gemotiveerd van de eigen (beroeps)regels mag worden afgeweken, maar wat onder bepaalde omstandigheden goede redenen zijn om af te wijken, wordt zelden besproken. (casus 1, 2, 3, 5) (Koerselman 2008)

10. *Eigen normen en waarden*

Elk mens brengt eigen normen en waarden met zich mee, die sterk persoonlijk gekleurd kunnen zijn. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar een bepaald arbeidsethos, of een idee van verantwoordelijkheid. Artsen dienen zich daarvan bewust te zijn, soms spelen ze immers onbewust een rol. De opvatting dat iedereen behoort te werken, dat ‘rust roest’, dat aanpakken beter is dan stilzitten, dat mensen hun eigen verantwoordelijkheid hebben, dat de maatschappij slechts een beperkte zorgplicht heeft, dat mensen meer discipline zouden moeten tonen enz., kan ons oordeel in individuele situaties bepalen. Kritische reflectie is hier gepast en onderling overleg kan bijdragen aan al te persoonlijke beoordelingen van situaties. Gouden regel lijkt te zijn, dat artsen hun patiënten/cliënten niet voor de voeten te lopen, en lastig vallen, met hun eigen, persoonlijke overtuigingen. Patiënten/cliënten mogen hun overtuigingen hebben, en daarvoor behoort respect te zijn. Anderzijds zullen dikwijls de persoonlijke opvattingen van artsen doorwerken in de wijze waarop zij hun professionele rol invullen. De discussie zou dan daarover moeten gaan: zijn patiënten / cliënten en collega’s op de hoogte van uw invulling en strookt die invulling met wat zij van u mogen verwachten? (casus 1, 2, 3)

4. HET BELANG VAN ETHISCHE REFLECTIE

Ethische reflectie is in ethisch gevoelige situaties onontbeerlijk voor een goede besluitvorming. Het is deel van goed professioneel handelen. Door aandacht te geven aan ethische reflectie kan de kwaliteit van beslissingen beter worden, beter in de betekenis van: meer afgewogen en beter gefundeerd. In multidisciplinair verband kan deze reflectie leiden tot betere samenwerking, meer onderlinge afstemming door betrokkenen en meer waardering en respect voor ieders rol.

Ook richtlijnontwikkelaars kunnen er hun voordeel mee doen. Een aparte ethische paragraaf bij elke richtlijn, die vooruit loopt op eventuele dilemma's en mogelijk uiteenlopende inzichten en handelwijzen van artsen, kan daarbij behulpzaam zijn.

Het gaat om verschillende vaardigheden:

- Gevoeligheid ontwikkelen voor ethisch gevoelige situaties: door ze te leren herkennen, signaleren, en onder woorden te brengen.
- Omgaan met ethisch gevoelige situaties: door ethisch relevante begrippen te leren gebruiken en te plaatsen binnen een moreel kader, en daarnaar bewust, verantwoord en vanzelfsprekend te handelen.

Het herkennen en signaleren van ethisch gevoelige situaties is een cruciale eerste stap. Artsen in de praktijk, maar ook richtlijnontwikkelaars staan voor de opgave ethisch gevoelige situaties te onderkennen en te benoemen. Van belang is te leren onderscheiden wanneer ethische reflectie nuttig en nodig is en wanneer niet. Zoals elke arts een gevoeligheid en alertheid leert ontwikkelen om medisch pluis van niet-pluis te onderscheiden, zo gaat het hier om de gevoeligheid en alertheid om ethisch pluis en niet-pluis te onderkennen. In de literatuur wordt het zich bewust worden van ethische vragen als eerste stap in een betere omgang met ethisch gevoelige situaties genoemd. Aan die 'awareness', zo wordt steeds benadrukt, ontbreekt het dikwijls (Weber 2001).

5. DE VRAAG OM EEN MOREEL KADER

Het doel van een Moreel Kader is om in ethisch gevoelige situaties relevante ethische perspectieven aan te dragen, van waaruit de situatie bekeken zou moeten worden. Het kader kan – vooraf – bijdragen aan een goede besluitvorming, of – achteraf – aan toetsing van een genomen beslissing. Het biedt bij een veelheid aan overwegingen en uiteenlopende overtuigingen tenminste enige orde en houvast.

In dit theoretische hoofdstuk verantwoorden we de keuzes die we hier maken. Welke elementen en begrippen uit de ethiek halen we naar voren, en welke overwegingen laten we daarbij gelden?

De eenvoudigste Checklist: een set van twee beginselen

De meest eenvoudige vorm van een Moreel Kader is een Checklist, waarin een set ‘principes’ – beginselen of fundamentele uitgangspunten – wordt opgesomd. In de ethiek zouden we met één principe kunnen volstaan: ‘goed doen’ (of weldoen), als plicht die iedereen heeft. Maar dat beginsel is wel erg abstract, en in de geschiedenis van de ethiek is deze plicht op twee manieren ingevuld:

- de plicht om mensen als doel en niet louter als middel te behandelen (dit is een kantiaanse, deontologische invulling) en
- de plicht om ‘overall’ het maximaal goede te doen, door alle positieve consequenties op te tellen en de negatieve consequenties daarvan af te trekken (dit is een meer utilistische of consequentialistische invulling).

Dat is al iets concreter. Het maakt in ieder geval duidelijk dat vanuit ethische optiek op meer manieren (minstens twee) naar een situatie gekeken kan worden. Daarmee is meteen ook een probleem gegeven. ‘Mag je martelen, als middel tot een (goed) doel?’ ‘Nee nooit’, zegt een aanhanger van het kantiaans perspectief. ‘Jawel’, zegt Dick Cheney, de voormalige vice-president van de Verenigde Staten, ‘als we daarmee de levens van veel burgers kunnen redden’. Hij neemt het consequentialistische standpunt in, en laat dat zwaarder wegen dan het kantiaanse. Wie heeft gelijk? Al te kantiaans denken levert ook problemen: ‘Hebt u hier onderduikers ondergebracht’, vroegen de Duitsers bij een inval in een huis op zoek naar Joden. Als je vindt dat je nooit mag liegen, zeg je ‘ja’. Of je sjoemelt met de regel, of de interpretatie ervan, en zegt ‘nee’ en bedoelt: ‘ik heb ze niet ondergebracht, ze hebben hier zelf een plaatsje gevonden’. In strenggodsdienstige kringen had men soms veel moeite met liegen, de regel ‘gij zult niet liegen’ overtrad men niet zomaar. Die gold voor hen absoluut. Absoluut zijn en principieel handelen betekent dan: de (goede) regel volgen, ongeacht de consequenties. Zo bont maakte Immanuël Kant het natuurlijk niet, maar het kantiaanse / deontologische perspectief leent zich veel minder gemakkelijk voor afwegingen dan het utilistische / consequentialistische perspectief, waarin het naar haar aard juist om afwegingen gaat.

Artsen staan voor een vergelijkbaar dilemma. Moeten zij de waarheid spreken aan het ziekbed? Vroeger, tot in de jaren '60 van de vorige eeuw, hadden artsen (hun) goede redenen om dat niet te doen, dit werd zelfs expliciet verwoord in KNMG-gedragsregels. De huidige norm, in wetgeving vastgelegd, is veel strikter. Een arts dient zijn patiënt volledig te informeren, en gerechtvaardigde uitzonderingen zijn in regelgeving nauwkeurig omschreven.

Er geldt louter de zgn. therapeutische exceptie, met verwijzing naar het direct bedreigde welzijn van de patiënt. De invulling van de regel wordt niet overgelaten aan de arts en afhankelijk gemaakt van diens persoonlijke morele overtuigingen. Voor de toepassing van de regel geldt hetzelfde, er is niet veel ruimte voor nogal arbitraire, individuele afwegingen. De arts is daarin slechts in zeer beperkte mate vrij. Hetzelfde geldt voor de Amerikaanse vicepresident: verwacht mag worden dat hij, ongeacht zijn persoonlijke opvattingen daarover, zich houdt aan relevante wet- en regelgeving, zoals het oorlogsrecht en de gedragscodes die met betrekking tot de omgang met krijgsgevangenen geformuleerd zijn. Ze hebben een kantiaanse, ethische basis, waarin voor consequentialistische/utilistische afwegingen geen (of nauwelijks) plaats is.

De Checklist nader ingevuld

Ook al leveren de twee hierboven genoemde beginselen dus al een fundamenteel dilemma op, voor de praktijk zijn ze nog veel te abstract. Ze vragen om concretisering, wil een bruikbaar Moreel Kader vorm krijgen. We doen, ter concretisering, de volgende observaties.

Eén, vier of meer?

Er bestaat niet één ethisch perspectief. Reeds op een abstract niveau bestaat er een spanning tussen twee verschillende benaderingen, waardoor onvermijdelijk lastige dilemma's ontstaan wanneer we ons afvragen 'Wat is goed om te doen?' De spanning tussen kantiaans en utilistisch (deontologisch versus consequentialistisch) is inherent aan alle ethische reflectie. Zodra we ons verdiepen in meer concrete praktijksituaties, en afdalen naar een minder abstract niveau, zien we dat op elk terrein meer concrete, zgn. 'mid-level' principes gangbaar zijn, die typisch zijn voor het betreffende terrein. Zo kent militaire ethiek net als de medische ethiek haar eigen, specifieke 'constituerende' gedragsregels, met de rechten en plichten die daar voor de beroepsbeoefenaren bij horen.

Voor de medische ethiek formuleerden Beauchamp & Childress (2001) op 'mid-level' niveau vier beginselen ('prima facie' plichten: plichten die in beginsel zouden moeten worden opgevolgd):

- de plicht om niet te schaden,
- de plicht om wel te doen,
- de plicht om de autonomie te respecteren,
- de plicht om rechtvaardig te handelen.

De eerste twee beginselen worden dikwijls meer consequentialistisch/utilistisch uitgelegd, de laatste twee meer deontologisch/kantiaans.

Het veelvuldig gebruik in de praktijk leverde ze de spotnaam 'de mantra van de medische ethiek' op. Anderen wezen op de kracht en de beperkingen van hun 4-voudige benadering (Ashcroft et al. 2007). Het hadden er ook 2, 5, of meer kunnen zijn.

De beginselen niet schaden en weldoen had men kunnen samennemen, niet schaden is als een verbijzondering van weldoen te zien. Beauchamp & Childress meenden echter dat het in sommige situaties verhelderend kan zijn om ze te onderscheiden. De oude wet die voor artsen nog steeds geldt, is immers 'primum non nocere', allereerst niet schaden.

Ze hadden ook het respect voor autonomie kunnen uiteenleggen in twee beginselen door respect voor negatieve autonomie en positieve autonomie te onderscheiden, het verschil tussen geen inbreuk maken op iemands vrijheden (kortweg: niet-inmenging) en diens zelfbepaling helpen bevorderen ('empowerment'). Het begrip autonomie is in de gezondheidszorg op zichzelf al problematisch: veel patiënten zijn niet tot een goede uitoefening van hun autonomie in staat, of slechts ten dele bekwaam om tot een goede

beoordeling van hun beste belang te komen. Respect voor autonomie is dan niet, of slechts verzwakt, van toepassing. Maar het zou onjuist zijn om te denken dat er in dat geval van dit beginsel niets overblijft. Aan respect voor autonomie gaat iets vooraf, namelijk: respect voor betrokkene als persoon (ongeacht de vraag of die autonoom is, of niet, of iets ertussen). Respect voor personen (kinderen, dementen, psychiatrische patiënten) is eigenlijk een veel fundamenteeler beginsel.

Tenslotte, achter het ene begrip rechtvaardigheid gaan ook tenminste twee belangrijke beginselen schuil. Allereerst de plicht om mensen gelijk te behandelen (gelijk in gelijke omstandigheden, ongelijk in ongelijke omstandigheden), dus zonder aanzien des persoons. Daarnaast verwijst de term rechtvaardigheid naar de plicht om schaarse middelen eerlijk te verdelen. Dit betekent: eenieder te geven wat hem of haar toekomt. Over wat 'fair' is kunnen de meningen weer uiteen gaan, het kan ook van de omstandigheden afhangen. Bij zorgverleners kan verdeling plaatsvinden naar urgentie en behoefte. Belonen in het onderwijs gaat gewoonlijk volgens verdienste. Het levert uiteenlopende ideeën op over 'verdelende rechtvaardigheid'. Op de achtergrond opvattingen over solidariteit binnen een samenleving: wat zijn mensen aan elkaar verplicht?

Plicht, deugd, of – naar context – nog anders?

Niet alleen getalsmatig zijn er vragen. Kanttekeningen worden ook gemaakt bij de benadering van ethiek door Beauchamp & Childress. Deze wordt wel omschreven als een plichtethiek, ze beschrijven ethiek immers in termen van vier fundamentele plichten.

In het deontologisch perspectief ligt de nadruk op de *aard* van een handeling (zoals waarheid vertellen, toestemming vragen, transparant handelen, privacy respecteren, zorgvuldigheid betrachten, gelijk behandelen enz); in het consequentialistisch perspectief daarentegen ligt de nadruk op de *uitkomst* van een handeling (de voordelige en nadelige gevolgen die een handeling heeft). In deze plichtethiek wordt een derde perspectief veronachtzaamd; in dat perspectief ligt de nadruk op de handelende *persoon*. We spreken er van een deugdethische benadering. Heel vaak dichten we personen ethische kenmerken toe die we van essentieel belang achten voor goed ethisch handelen. We spreken van een betrouwbaar persoon, een integere arts, een moedig mens, iemand met karakter, enz. Dergelijke deugden (persoonlijkheidskenmerken, 'characters') staan niet op zichzelf maar krijgen betekenis en relevantie binnen een bepaalde context. In de ene situatie is moed vereist, in een andere situatie wijsheid, of empathie enz. Een moreel of deugdzaam persoon denkt op een bepaalde manier en handelt daarnaar op een wijze die men als ethisch passend ziet voor de betreffende situatie. We kunnen iemand erom prijzenswaardig achten, of juist, bij falen, zijn gedrag afkeuren. Zo moet een wetenschapper integer zijn, daarmee bedoelen wij ... en dan volgt een invulling van dit begrip in deze context. Een arts behoort niet alleen een kwalitatief goed 'product' af te leveren, een arts behoort ook betrouwbaar te zijn, en daarmee bedoelen we ... Welke invulling we er ook aan geven, betrokkenen handelen, wanneer wij hen deugdzaam noemen, overeenkomstig onze verwachtingen, of zoals wij mogen hopen dat zij handelen. Deugdethiek wordt als een belangrijke en zinvolle aanvulling gezien op de plichtethiek. Nog weer anderen benadrukken, dat niet zozeer de aandacht voor personen en hun deugden centraal moet staan in onze ethische reflectie, maar de *relatie* tussen personen: tussen arts en patiënt, en diens omgeving, tussen zorgverlener en zorgvrager, tussen werknemer en werkgever, burger en overheid, burgers onderling enz. Voor de zorg zou het gaan om een bijzondere 'zorgethische' benadering van ethiek. Waarden als afhankelijkheid en zorg zouden in een ander, positiever licht komen te staan dan wanneer we ze vanuit het perspectief van autonomie zouden bezien. Tenslotte is nog een andere benadering van ethiek mogelijk. We kunnen bijzondere nadruk leggen op de professie, en aandacht vragen de bijzondere plichten die het professionele handelen met zich meebrengt. De bijzondere taak of rol van een arts

leidt tot bijzondere plichten, zoals bijvoorbeeld het beroepsgeheim, of de plicht tot volledig informeren. Plichten waar artsen in beginsel aan gebonden zijn, maar waar men buiten deze professie niet gebonden is. Hier kunnen we van ‘professie-ethiek’ spreken. Overigens hebben Beauchamp & Childress, zowel over de professie-ethiek als de deugdeethiek behartigenswaardige dingen gezegd, die ten onrechte veelal vergeten zijn.

Concrete praktijken

De vier beginselen van Beauchamp & Childress zijn nog steeds abstract. Wie in de praktijk meer houvast zoekt, is op veel concretere ethische normen aangewezen. Die zijn er volop. Inmiddels is groot aantal normen ontwikkeld: normen met betrekking tot het beroepsgeheim, de lichamelijke integriteit, privacy, informed consent, het recht op niet-weten, enz. Afhankelijk van het *terrein* waarop men zich beweegt zijn andere ethische beginselen van kracht. Het (morele) recht op niet-weten speelt bijvoorbeeld bij genetica, prenatale diagnostiek en andere situaties van diagnostiek en screening. Het beginsel van informed consent speelt uitdrukkelijk in het wetenschappelijk onderzoek, waar patiënten niet louter patiënt maar ook proefpersoon zijn, en artsen in een situatie verkeren van dubbele loyaliteit. Zij zijn immers vaak behandelaar én onderzoeker tegelijk. Niet voor niets is daarom de ethiek van het medisch-wetenschappelijk onderzoek, met de toetsing die daarbij hoort, sterk ontwikkeld. Kenmerkend voor deze onderzoeksethiek is dat ze niet alleen de leidraad vormt voor goed professioneel handelen van klinici en onderzoekers, maar ook een duidelijk maatschappelijke normering betekent (de Nazi-artsenpraktijken willen we niet terug), waardoor zowel aan proefpersonen als onderzoekers/artsen bescherming geboden wordt.

Voor de bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde geldt iets vergelijkbaars. Niet louter het medische perspectief, met de ethische beginselen die op dat terrein gelden, is er bepalend. Naast de waarde gezondheid neemt de waarde (arbeids-)participatie een prominente plaats in. En naast het individuele gezondheidsbelang zijn er andere belangen ‘constituerend’ voor beide disciplines, met name het bedrijfsbelang, het belang van de volksgezondheid en het publieke belang (waaronder de financiering van het gezondheids- en arbeidsstelsel). Dit vraagt om de ontwikkeling van een eigen, specifieke ethiekchecklist voor beide terreinen, waarop uiteenlopende beginselen leidend zijn.

6. DE CONTOUREN VAN EEN MOREEL KADER

De vraag is hier welke ethische beginselen voor het terrein van arbeid en gezondheid gelden. Dalen we af van het abstracte niveau, dan is het mogelijk om een soort van groslijst samen te stellen van ethische beginselen die relevant (kunnen) zijn. Binnen dit kader moeten artsen hun professionaliteit vormgeven en invulling geven aan hun rol.

Die lijst zal onvermijdelijk een hybride karakter dragen. Immers, de herkomst van de beginselen is verschillend. We onderscheiden (zie tabel hieronder) tussen beginselen

- geldig op het terrein van de medische ethiek
- geldig op het terrein van 'public health'
- geldig op het terrein van publiek bestuur en organisatie
- specifiek voor het project Ethiek-in-Richtlijnen bij Arbeid & gezondheid (EiR-A)

Artsen op het terrein van arbeid & gezondheid zullen zich enerzijds laten leiden door gangbare medisch-ethische principes (zoals bijvoorbeeld die van Beauchamp & Childress, uitgewerkt en genuanceerd in het vorige hoofdstuk). Er is bijzondere aandacht voor de arts-patiëntrelatie en de plichten die deze relatie met zich meebrengt. Anderzijds zal die lijst ook beginselen bevatten die gelden op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg ('public health'), waar naast de individuele gezondheid ook andere waarden in het spel zijn, met name de algehele volksgezondheid en het maatschappelijk belang. Andrew Tannahill (2008) komt voor 'public health' tot een lijst van 10 ethische principes, waaronder duurzaamheid en participatie.

In aanvulling daarop gelden ook beginselen die constitutief zijn voor het publieke bestuur en bedrijfsorganisaties op 'mid-level' niveau. Bij dit laatste valt te denken aan het instellingsbeleid van bijvoorbeeld Arbo-diensten en UWV-instellingen. Op dit terrein gelden organisatieprincipes met een belangrijke ethische lading, zoals het belang van openheid, transparantie, rekenschap afleggen ('accountability'), evaluatie en toetsing (Weber 2001).

Tenslotte brengt het project Ethiek-in-Richtlijnen bij Arbeid & gezondheid zelf zijn eigen, specifieke aandachtspunten en beginselen met zich mee. Goed professioneel handelen, zo veronderstellen wij, moet tevens oog hebben voor goede samenwerking (afstemming) en multidisciplinariteit. Ook zal het, op een fundamenteeler niveau, naast evidence-based overwegingen ook value-based overwegingen moeten weten te betrekken.

De groslijst zou er dan, niet uitputtend maar kadervormend bedoeld, als volgt uit zien, zie onderstaande tabel.

Checklist Ethisch Relevante Beginselen

1. Medische ethiek	Nadere invulling:
1.1 Vertrouwen	in relatie tot patiënt en tot collega's, maar ook derden, zoals de opdrachtgever
1.2 Waarheid	open communicatie en openheid van zaken
1.3 Vrij van Kwaad zijn (ziekte; niet-welzijn)	een 'primum non nocere' plicht

1.4	Welzijn (gezondheid)	'naar beste weten en vermogen bevorderen' (Hippocrates)
1.5	<i>Empowerment</i>	bevorderen van zelfbepaling
1.6	Respect voor personen	voor hun behoeften, voor hun opvattingen
1.7	Respect voor lichamelijke integriteit	niet zonder toestemming
1.8	Respect voor privacy van gegevens	niet zonder toestemming
1.9	Beroepsgeheim	tenzij, bij hoge uitzondering
1.10	Gelijke behandeling	zonder aanzien des persoons
1.11	Sociale rechtvaardigheid / Solidariteit	oog voor de eerlijke verdeling van middelen
2. Public health ethiek / Derdenbelangen		
2.1	Effectiviteit en Rechtvaardigheid	handelen dient belangrijk doel en is in ieders belang
2.2	Sociale verantwoordelijkheid	met oog voor maatschappelijke belangen, waaronder bedrijfsbelangen
2.3	Duurzaamheid (Systeembehoud)	waaronder de betaalbaarheid van de zorg en de rechtvaardigheid van het stelsel
2.4	Participatie	(duurzaam) in arbeidsproces en maatschappij
2.5	<i>Non-interference</i> / recht op niet-weten	gevrijwaard blijven van ongewenste bemoeienis
3. Bestuurs- en beleidsethiek		
3.1	Zorgvuldigheid	procedureel
3.2	Transparantie	openheid en inzichtelijkheid
3.3	<i>Accountability</i>	bereidheid tot rekenschap, tot verantwoording
3.4	Verslaglegging	expliciet en objectiveerbaar
3.5	Toetsbaarheid	door derden
4. Ethiek Project EiR-A		
4.1	Samenwerking	belang van overleg en afstemming
4.2	Multidisciplinariteit	meervoudig perspectief, gezamenlijke verantwoordelijkheid
4.3	Professionaliteit	eigen rol, eigen verantwoordelijkheid: hoe smal of breed vatten zorgverleners hun rol op, en hoe benutten zij de vrijheidsruimte die wet- en regelgeving en professionele regels en richtlijnen bieden?
4.4	Value-based perspectieven	aandacht voor andere perspectieven dan louter het medische perspectief en de evidence-base, zoals voor de beginselen die in deze Checklist worden genoemd

Toelichting

De lijst vermeldt belangrijke zaken die een algemeen erkende waarde vertegenwoordigen, en daarom nastrevenswaardig zijn. Als we deze waarden inderdaad zo belangrijk vinden, dan vloeien daar normen uit voort. Elk voor zich appelleren de waarden aan elk van ons om ernaar te handelen. Ze krijgen de vorm van een concrete norm: 'gij zult ze ... beschermen, bevorderen, respecteren, najagen'. Waarden laten ons moreel niet onverschillig, we kunnen ze niet zomaar aan de kant schuiven. Zeker niet als we een bepaalde rol op ons hebben genomen, zoals degenen die werkzaam zijn in de zorg. Zij dienen voor die waarden ín te staan. Dan vloeien daaruit in moreel en professioneel opzicht noodzakelijkerwijs plichten

voort. De vraag is steeds, hoe gewichtig zijn die waarden, welk gewicht kennen we eraan toe? Daarover is het z'n algemeenheid wel iets te zeggen. Zo zullen de plichten met een meer deontologisch (kantiaans) karakter veelal een zwaarder gewicht krijgen dan plichten met consequentialistisch (utilistisch) karakter. Maar uiteindelijk zijn de concrete omstandigheden van een casus medebepalend en vaak zelfs doorslaggevend bij de vraag 'wat zwaarder moet wegen en wat goed handelen is'.

Toelichting Medische ethiek

We hebben de beginselen van de medische ethiek hier ondergebracht in vier clusters. Vertrouwen en waarheid vertellen (1.1-1.2) is een kenmerkend aspect in relaties, zoals de relatie met de patiënt, en omgekeerd, en met collega-zorgverleners onderling. Het gaat daarbij om tweezijdigheid, want vertrouwen veronderstelt een zekere mate van wederkerigheid. Permanent werken aan het versterken (positief) van vertrouwen, en bovenal dit vertrouwen niet ondermijnen (negatief), zijn plichten die daaruit voortvloeien. Met name steeds openheid van zaken geven (de waarheid vertellen en niets dan de waarheid) maakt daarvan gewichtig onderdeel uit. Overtreding van die norm dient niet lichtvaardig genomen te worden. In een afweging behoort deze waarde daarom zwaar te wegen. Waarheid vertellen kan tevens gezien worden als een verbijzondering van de norm om personen te respecteren. Een patiënt die niet beschikt over de waarheid, wordt aangetast in diens vermogen van zelfbepaling (autonomie). Het kan de patiënt vervolgens ook schaden in diens welzijn, en je kunt dus zeggen dat de norm waarheid vertellen op zowel deontologische als consequentialistische overwegingen berust.

Van enerzijds niet-schaden tot anderzijds welzijn bevorderen (1.3-1.4), gaat het eigenlijk om een continuüm van plichten. Van lijden verlichten en ziekte dragelijk maken, van niet ziekmaken en geen leed toevoegen, tot gezondheid bevorderen in de meest brede betekenis van het woord (denk aan de WHO-definitie waarin gezondheid lichamelijke, mentale, geestelijke en sociale dimensies omvat). Het eerste is niet alleen makkelijker gedaan, de plicht daaraan bij te dragen (om niet te schaden) is ook sterker. Gevrijwaard zijn van ziekte en lijden is wel het eerste dat mensen willen. Deze plicht moet, zeker voor artsen, zwaar wegen. Ziekte en gezondheid zijn gewoonlijk de focus van behandelend artsen, maar elke arts zal daarbij ook het algehele welzijn van de patiënt betrekken. Steeds is de vraag: hoe breed of hoe smal moet dit welzijn worden opgevat? Een algemeen antwoord is lastig, een te brede opvatting zadelt de arts op met een grenzeloze opdracht, een niet uit te voeren ideaal of wensdroom; een te smalle opvatting reduceert een mens tot diens ziekte, tot schade van de patiënt (als persoon).

Empowerment en respect (1.5-1.9) nemen een patiënt als persoon serieus. Ze omvatten wat we gewoonlijk als autonomie (zelfbepaling, zelfbeschikking) omschrijven. We denken daarbij aan enerzijds negatieve autonomie (tenminste vrij *van* anderen) en positieve autonomie (vrij *voor* zelfbepaling, in staat *om* eigen keuzen te maken en het leven eigen richting te geven). Die autonomie bevorderen ('empoweren') is een breed op te vatten plicht, eerder een ideaal dat slechts in beperkte mate te realiseren is; respect opbrengen voor een aantal zaken die de persoon betreffen, is daarentegen wel het minste dat we kunnen doen, het is een plicht die meestal veel dichterbij ligt en des te zwaarder telt.

Gelijke behandeling en sociale rechtvaardigheid (1.10-1.11) vragen van artsen om het individuele perspectief te overstijgen. Van artsen wordt verwacht dat zij zonder aanzien des persoons handelen – in gelijke gevallen gelijk en in ongelijke gevallen ongelijk – en dat zij daarbij ook het geheel in de gaten houden. Dit rechtvaardigheidsperspectief (solidariteit!) komt met name in de *public health* ethiek expliciet aan de orde en neemt daarin een belangrijke plaats in.

Toelichting Public Health ethiek / Derdenbelangen

Effectief en rechtvaardig (2.1-2.2). Het kenmerkende van deze ethiek is dat interventies in individuele levens plaatsvinden met het oog op een breder publiek belang. Dat kán ten koste gaan van individuele belangen, maar is uiteindelijk in beginsel in ieders belang. We kunnen allemaal ziek of werkloos worden en afhankelijk worden van een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Handelen moet effectief én rechtvaardig zijn, het betreft een precaire balans waarin vanwege een belangrijk doel (een groot maatschappelijk belang, waaronder ook bedrijfsbelangen), individuele belangen worden begrensd en (als het goed is eerlijk) afgewogen.

Sociale verantwoordelijkheid en duurzaamheid (2.3-2.4). Het publieke belang wordt alleen gediend wanneer betrokkenen bereid zijn verantwoordelijkheid op zich nemen voor uiteenlopende maatschappelijke belangen: het belang van goede zorg, van (commerciële) bedrijvigheid, van sociale zekerheid. Duurzaamheid van de stelsels vereist oog zowel voor de betaalbaarheid als de rechtvaardigheid ervan. Opnieuw een precaire balans. De bestaande stelsels vinden hun legitimiteit in democratisch vastgestelde afspraken en spelregels, die daarom door betrokkenen dienen te worden nageleefd.

Participatie en Non-interference (2.4-2.5). Het is van groot belang dat individuen voldoende beschermd worden in hun rechten. Zowel positief, in de zin dat hen de gelegenheid geboden wordt zo mogelijk duurzaam in maatschappelijke (arbeids-)processen te participeren, als negatief, door hen te vrijwaren van ongewenste bemoeienis en ongerechtvaardigde inmenging.

Toelichting Bestuur- en beleidsethiek

Van zorgvuldigheid tot toetsing (3.1-3.5). Geen beroepsuitoefening is meer denkbaar zonder de noodzaak van verantwoording. Handelen moet getoetst kunnen worden en dat vereist zorgvuldigheid (nauwgezet en procedureel handelen), transparantie (en dus voor een ieder inzichtelijk) en ook verslaglegging (om zo beslissingen expliciet en objectiveerbaar te maken). Door toetsing te organiseren biedt het beroepsbeoefenaars de mogelijkheid van *accountability* (rekenschap afleggen). Dit moet voor alle partijen als winst worden gezien, omdat zo immers mensen elkaar als verantwoordelijke personen kunnen aanspreken en willekeur, subjectiviteit, en rechteloosheid wordt tegengegaan. Dit alles staat los van de vraag naar wat wel de professionele autonomie (een wat ongelukkige term) wordt genoemd, die we beter kunnen omschrijven als: de vrijheidsruimte die professionals nodig hebben om hun verantwoordelijkheid in afzonderlijke situaties te kunnen uitoefenen. Verantwoording afleggen sluit die vrijheid en verantwoordelijkheid niet uit.

Toelichting Ethiek Project EiR-A

In het project Ethiek-in-Richtlijnen bij Arbeid en Gezondheid (EiR-A) zijn twee belangrijke praktische waarden als uitgangspunt genomen, namelijk samenwerking (afstemming) en multidisciplinariteit (4.1-4.2). Daarin ligt het accent op het belang van overleg en afstemming

tussen beroepsbeoefenaren én de gezamenlijke verantwoordelijkheid die artsen elk vanuit hun eigen discipline (en perspectief) hebben om de kwaliteit van beslissingen te verbeteren. Het handelen dient op beide waarden gericht te zijn en mag daaraan getoetst worden: aan de mate waarin het bijdraagt of afdoet aan die gezamenlijke, integrale verantwoordelijkheid. Samenwerking en multidisciplinariteit vormen geen doelen op zichzelf, maar dienen een groter belang. Het belang van samenwerken (Nauta 2004) ligt in het

- mogelijk beter kunnen zorg dragen voor het welzijn van de patiënt/cliënt
- optimaliseren van behandeling en begeleiding voor de patiënt/werknemer
- borgen van sociale en financiële zekerheid
- een goede procesgang bij arbeidsreïntegratie (kader Wet verbetering Poortwachter)

In het multidisciplinair samenwerken moet de waarde van professionaliteit (4.3) gezocht en nagestreefd te worden. Aan de orde is de vraag wat onder professionaliteit moet worden verstaan in de context waarin in Nederland zorg wordt verleend en waarin een stelsel van sociale zekerheid is gewaarborgd. Deze context is allerm minst statisch, regelmatig hebben er ingrijpende veranderingen plaats.

Naast de genoemde gezamenlijke verantwoordelijkheid is ook van een specifieke, eigen verantwoordelijkheid sprake. Eerder nog dan samenwerking, is afstemming aan de orde. Voor de behandelend arts zal welzijn vooral draaien om ziek/gezond en (on-)mogelijkheden van genezing, voor bedrijfs- en verzekeringsarts eerder om kwesties van arbeidsgeschiktheid/ongeschiktheid en (on-)mogelijkheden van arbeidsherstel en participatie. Maar geen van hen zal zich daartoe vermoedelijk louter willen beperken. Het individuele welzijn omvat méér (dan alleen gezondheid en arbeid), en het maatschappelijke welzijn omvat méér (dan alleen het individuele belang van gezondheid of arbeid). De vraag is dus hoe *breed* artsen hun professionaliteit nemen en wat zij als hun competenties zien. En daarmee samenhangend: welke vrijheidsruimte hebben deze artsen en hoe benutten zij elk die ruimte op verantwoorde en goede wijze, gegeven de geldende wet- en regelgeving, en de specifieke professionele regels en richtlijnen die voor behandelende, begeleidende en beoordelende artsen ontwikkeld zijn? Uiteindelijk zijn het value-based overwegingen (4.4), zoals in de Checklist Moreel Kader genoemd, die in het geding zijn en die professionals op een of andere manier in hun besluitvorming moeten betrekken.

7. HET GEBRUIK VAN HET MORELE KADER

Voor de praktijk

De Checklist is behulpzaam in de praktijk om bij een concrete, ethisch gevoelige situatie na te gaan welke beginselen van toepassing zijn op de betreffende situatie. De lijst reikt de ethische begrippen aan die kunnen bijdragen aan reflectie op het concrete geval. Het voordeel van deze uitgebreide lijst is dat voorkomen wordt dat een bepaald perspectief over het hoofd wordt gezien.

Aan de hand van de begrippen kan ethische reflectie plaatsvinden, bij voorkeur op een geordende wijze, stap-voor-stap (zie hierna hoofdstuk 8). Na een analyse van de situatie ('wat speelt er, welke waarden zijn in het geding?') volgt de vergelijking en beoordeling van mogelijk handelingsalternatieven ('voor welke afwegingen staan we en welke afweging heeft onze voorkeur?'). Daarbij gaan we na hoe de beginselen in de Checklist zich tot elkaar verhouden en hoe ze gewogen dienen te worden, om zo te komen tot de meest wenselijke (of minst slechte) handelingsoptie. In ethisch opzicht is niet eens zozeer de uitkomst van dit overwegen van het grootste belang, maar vooral de verantwoording ('rechtvaardiging') die wij van deze keuze geven. De motivering hoe en waarom wij tot deze keuze zijn gekomen, en niet tot een andere keuze, en in zo duidelijk mogelijke bewoordingen, is het beslissende sluitstuk van onze overwegingen. Als het goed is ontmoet de motivering begrip en respect, wellicht instemming, maar tegenspreken mag ook: gemotiveerde kritiek is evengoed welkom. Eenieder, persoonlijk of in teamverband, kan daar zijn of haar voordeel mee doen.

Voor richtlijnontwikkelaars

Voor ontwikkelaars van een multidisciplinaire richtlijn heeft de Checklist tevens een preventieve functie. Zij kunnen zich afvragen welke ethisch gevoelige situaties zich bij toepassing van de richtlijn mogelijk zullen voordoen en welke beginselen daarbij in het geding zijn.

In een ethische paragraaf kunnen zij aangeven hoe met dergelijke situaties dient te worden omgegaan, gegeven de richtlijn. De ethische paragraaf zou daarbij richtinggevend dienen te zijn en zo kunnen waarborgen dat in deze situaties verantwoord gehandeld wordt in het licht van de richtlijn.

Andrew Tannahill formuleert het in zijn artikel *Beyond evidence – to ethics* (2008) zo:

“... to promote a shift in focus from narrow excessively ‘evidence-centric’ visions ... to the notion of ‘making good decisions in good faith’.

Hij meent dat *evidence* en *ethics* op een zinvolle manier kunnen worden samengebracht in een betekenisvol, samenhangend verband. Zijn pleidooi is daarop gericht. Weliswaar steunen wij gewoonlijk in onze beslissingen in sterke mate op betrouwbare medische gegevens (en dat moet ook zo zijn), toch volstaat louter *evidence* niet. Wie beslissingen neemt kan dat niet doen zonder feiten, maar ook niet zonder een visie. Want wie de feiten beschouwt, heeft daarvoor ook een achtergrondtheorie nodig, een beoordelingskader, van waaruit de feiten worden geselecteerd, geïnterpreteerd en gewogen. Het beoordelingskader of de achtergrondtheorie die het perspectief van de beoordelaar bepaalt, kan een wetenschappelijke basis hebben, maar ook een politieke of ethische basis, met de daaraan inherente wetenschappelijke, politieke en ethische noties. Als dat zo is, dan is het beter om daarover ook in de op te stellen richtlijn duidelijk te zijn en deze noties in een aparte paragraaf expliciet te benoemen.

Een voorbeeld. De persoon die door artsen in 2003 arbeidsongeschikt werd verklaard, werd een paar jaar later door dezelfde artsen arbeids*geschikt* verklaard. Hoe is dit te begrijpen? Aan de feitelijke, medisch-objectieve situatie van deze cliënt is niets veranderd. Wat veranderd is, is de visie die de samenleving heeft ontwikkeld op arbeid en het belang van cliënten om in het arbeidsproces te kunnen deelnemen (Participatie). Daarnaast zal de betaalbaarheid van het sociale zekerheidsstelsel eveneens een rol hebben gespeeld (Duurzaamheid). Ethische noties, zoals opvattingen over het belang van participatie en van duurzaamheid spelen een grote rol. Nieuwe arbeidsgeschiktheidsbeoordelingen worden gemotiveerd vanuit de visie dat werken voor betrokkene zelf vaak beter is dan niet werken, ‘rust roest’ immers, en dat het beginsel solidariteit het nodig maakt dat wie kan werken ook moet werken. De herziene wetgeving gaf artsen grond voor een nieuwe kijk en een andere beoordeling. Op deze wijze werken *evidence* en *values* op elkaar in.

We gaan ervan uit dat richtlijnen, door ontwikkelaars geformuleerd, ertoe dienen om de professionaliteit van beroepsbeoefenaren te ondersteunen en te bevorderen. Bovengenoemd voorbeeld, waarin uitkomsten veranderen bij gelijke feitelijke gegevens, maakt duidelijk dat het begrip professionaliteit nadere ethische reflectie verdient. Wat precies is de rol van deze artsen die arbeidsongeschiktheid beoordelen? Zijn zij louter ‘horig’ aan het veranderde systeem en zijn zij als het ware ‘instrumenteel’ aan (democratisch vastgestelde) beleidsdoelen? Of hebben zij in ethisch opzicht ook een zekere onafhankelijkheid en, als dat zo is, waaruit bestaat die precies? Als hun rol louter instrumenteel is, is het moeilijk hen nog als arts te zien.

Het rapport *Probleemsituaties* (NVVG 2005) laat zien hoe verzekeringsartsen hier mee worstelen en heel verschillend omgaan met hun rol. Terwijl sommigen aangeven regelmatig voor situaties gesteld te worden die fundamentele gewetensvragen bij hen oproepen, tonen anderen zich in de uitvoering van nieuwe regelgeving heel precies en strikt, terwijl weer anderen zich rekkelijk betonen. We mogen verwachten dat een professioneel statuut vanuit de beroepsgroep bij deze vragen in algemene zin oriëntatie biedt. Van een ethische paragraaf in een multidisciplinaire richtlijn mag verwacht worden dat meer concrete handvatten geboden worden.

8. ORDENING EN DOEL VAN EEN STAPPENPLAN

Ordering

Ethische reflecteren is gebaat bij een zekere ordening. Daartoe bestaan allerlei ‘stappenplannen’, met steeds een iets ander oogmerk. Reflectie kan vooraf plaatsvinden, met het oog op een te nemen besluit. Reflectie kan ook achteraf plaatsvinden, om een genomen besluit te toetsen of te evalueren. Reflectie kan ook – los van enig besluit – erop gericht zijn om tot een beter begrip van een situatie te komen (een hermeneutisch doel), of vooral bedoeld zijn om zelfstandig ethisch denken te stimuleren (een didactisch doel), bijvoorbeeld in een onderwijssetting zoals nascholing. (Steinkamp & Gordijn 2003).

Wij kiezen voor een ordening verwant aan het stappenplan van Bolt e.a. (2003), recent aangepast en vormgegeven in (zie onder) de zogenaamde *Rotterdamse routekaart* (De Beaufort e.a., 2008). In 5 stappen en 12 vragen ordent het vrij gedetailleerd de ethische reflectie. Het leent zich goed voor reflectie met het oog op een te nemen besluit. De beperkingen van een stappenplan zijn bekend: het gaat om niet meer en niet minder dan een globale ordening, een stappenplan leidt niet vanzelf tot oplossingen, en voor elke stap zou op zichzelf weer een nieuw stappenplan te ontwikkelen zijn. In vraag 8 en 9 wordt bijvoorbeeld gevraagd een afweging te maken, maar hoe je dat moet doen, vertelt het stappenplan niet. Verondersteld wordt enige kennis van ethische theorieën (zoals van kantiaanse, utilistische of deugdethische snit, of van rechtvaardigheidsconcepties, of van theorievorming vanuit zorgethische of professie-ethische hoek, zie hoofdstuk 6). Het stappenplan geeft evenmin aan hoe je in een concrete situatie vaststelt wat het (belangrijkste) morele probleem is (vraag 2) of hoe je tot een selectie komt van relevante argumenten (vraag 7).

Doel

Het is van belang om voor ogen te houden wat we met ethische reflectie beogen. Wij omschrijven dat als ‘verantwoorde besluitvorming ondersteunen’. Voor de ethiek betekent dat: helpen bij het onder woorden brengen en verantwoorden van het beste handelingsalternatief (‘rechtvaardigen’ in ethisch jargon). De ethische reflectie is, met andere woorden, uiteindelijk bedoeld om een besluit zo nodig publiekelijk of in de media, uit te leggen (vraag 12). Zo geven we ons rekenschap van wat we doen. Het stappenplan vraagt om een open cultuur, een werkomgeving waarin problemen en dilemma’s bespreekbaar zijn.

We moeten er voorts op bedacht zijn dat een stappenplan vooral is bedoeld is voor concrete, *individuele* situaties. Het gevaar bestaat dat we daarmee de *structurele* dilemma’s waarmee artsen te maken hebben en de ethische vragen die deze oproepen veronachtzamen en verwaarlozen. Ethische reflectie blijft dan louter hangen in incidentenpolitiek. De meeste dilemma’s zijn geen incidenten, maar keren met grote regelmaat terug. Denk aan veel gehoorde klachten: ‘er is niet altijd genoeg tijd per dossier’, ‘sommigen van ons verkeren in een te afhankelijk positie waardoor hun onafhankelijkheid wordt bedreigd’, ‘bij behandelend artsen bestaat dikwijls onvoldoende begrip van wat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen doen’, ‘vaak worden deze artsen geplaatst in situaties met onmogelijke loyaliteitsconflicten waarin men hen niet zou mogen plaatsen’. Deze dilemma’s zijn structureel in die zin dat zij voortkomen uit de *setting* waarin artsen hun werk moeten doen. Dat noopt tot aandacht voor

deze bredere context. Oplossingen moeten in die gevallen niet louter op individueel niveau gezocht worden, maar op een hoger niveau worden gevonden.

Ethische reflectie moet problemen die achter een individueel dilemma schuilgaan eveneens signaleren en benoemen. De oplossing ervan ligt in eerste instantie niet in handen van de individuele beroepsbeoefenaar. Het steeds terugkerende dilemma moet instellingsbreed aan de orde worden gesteld en tot nieuw, ethisch verantwoord beleid binnen organisaties en beroepsverenigingen leiden, zodat ook betere praktijken een kans krijgen.

Ons denken geordend: een routekaart
Etappe 1: in kaart brengen en focussen
1. Is de casus duidelijk, ontbreken er belangrijke feiten of missen we de kennis daarover, feiten die de casus heel anders zouden kleuren?
2. Wat is de belangrijkste morele vraag, en zijn we het hierover eens?
Etappe 2: routes beschrijven
3. Wie zijn bij de morele vraag betrokken en wat is het perspectief van ieder van hen?
4. Wie heeft welke verantwoordelijkheid en op grond van waarvan?
5. Welke keuzemogelijkheden (handelingsalternatieven) zijn er?
Etappe 3: argumenten uitwisselen en uitpluizen
6. Welke argumenten voeren de betrokkenen aan, en ontbreken er nog argumenten?
7. Welke argumenten zijn relevant om een beslissing te kunnen nemen, en waarop zijn die argumenten gebaseerd?
8. Wat is het gewicht van deze argumenten ten opzichte van elkaar?
Etappe 4: besluiten nemen
9. Welke keuzemogelijkheid verdient op grond van deze weging de voorkeur?
Etappe 5: uitkomst checken
10. Klopt dit besluit met ieders beleving, of zijn we er toch niet gelukkig mee, en waardoor komt dat dan?
11. Zijn we bereid het mee uit te voeren als dat van ons gevergd zou worden?
12. Kunnen we het besluit “in Nova” uitleggen als dat van ons gevraagd zou worden?
Rotterdamse routekaart (2008) in: De Kwesatie, Praktijkboek Ethiek voor de gezondheidszorg, onder redactie van Inez de Beaufort, Medard Hilhorst, Sofie Vandamme, Suzanne van de Vathorst (Den Haag: Lemma, 2008, pag. 29).

9. HET DOEL VAN ETHISCHE REFLECTIE

Aandacht geven aan ethische reflectie kan in de praktijk verschillende dingen betekenen. We noemen (zonder uitpuittend te zijn) vier soorten situaties waarin ethische reflectie een zinvolle bijdrage kan leveren. Steeds wordt aandacht gegeven aan ethische aspecten, maar het accent ligt telkens anders.

Er kan aandacht zijn

- (1) voor routinematig en veelal onbewust handelen,
- (2) voor persoonlijke en professionele integriteit,
- (3) voor moeilijk oplosbare situaties,
- (4) voor de ruimte van professionele verantwoordelijkheid.

Elk type situatie levert andersoortige vragen op en ethisch reflectie draagt op een andere manier bij aan meer verantwoord professioneel handelen.

We typeren de situaties kort.

(1) *Alledaagse ethiek*

Hier gaat de aandacht uit naar het alledaags handelen. De keuzen die men maakt zijn veelal impliciet en gewoonten zijn dikwijls ingeslopen. Men kan er vragen bij stellen als:

- Geef ik als huisarts steeds voldoende aandacht aan de implicaties van de ziekte voor het werk van mijn patiënten?
- Heb ik als verzekeringsarts steeds voldoende tijd om het gehele plaatje bij mijn cliënten rond te krijgen voordat ik tot mijn oordeel kom?
- Ga ik als bedrijfsarts steeds voldoende zorgvuldig om met de gegevens van mijn zieke werknemers?

Doel: Routines kritisch onder de loep nemen en zo nodig bijstellen.

(2) *Ethiek als kenmerk van personen en organisaties*

Hier gaat de aandacht uit naar de relatie die artsen tot hun werkomgeving hebben en wordt gereflecteerd op de context waarbinnen zij hun taken verrichten. De vraag is of personen en organisaties steeds doen wat van hen verwacht mag worden:

- Is de druk van prestatienormen en *output*-eisen zo groot dat onze begeleiding, behandeling en beoordeling kwalitatief nog verantwoord kan worden?
- Zijn onze artsen (binnen een bedrijf, binnen een Arbo-dienst, binnen het UWV) in een voldoende onafhankelijke positie om een eigen oordeel te kunnen geven?
- Ligt (vanuit de patiënt / cliënt gezien) de inzet van de bedrijfsarts evenzeer bij mijn ziekteproces als bij mijn werkhervatting?

Doel: Zorgvuldig, integer en transparant handelen waarborgen.

(3) *Ethiek van de 'hard cases'*

We bedoelen hier situaties waarin het niet evident is wat goed is om te doen. Het kan gaan om een nieuwe nog niet eerder besproken casus, om nieuw beleid waarvoor een rechtvaardiging wordt gezocht, om een spanningsveld dat inherent is aan de (claim) beoordelingen die de samenleving aan artsen heeft toevertrouwd. Het kan fundamentele dilemma's betreffen die om lastige afwegingen vragen. Aan reflectie valt dan niet te ontkomen:

- Doen wij er binnen ons UWV-kantoor goed aan minder tijd en energie te besteden aan de moeilijker bemiddelbare groepen en mensen op oudere leeftijd?
- Maken wij gebruik van informatie (bijvoorbeeld over mogelijke fraude) die ons in een anonieme brief is toevertrouwd?

- Hoe vrij zijn mensen om op hun eigen wijze aan hun herstel te werken?
- Verplichten wij onze medewerkers om zich tegen de Mexicaanse griep te vaccineren?
- Kan een vrijwillige, cosmetische operatie grond voor verzuim zijn?

Doel: Beleid ontwikkelen en richting geven, bijvoorbeeld door een gezamenlijk Standpunt te formuleren en door transparante communicatie.

(4) Ethiek als vrijheidsruimte

Artsen beroepen zich dikwijls op hun professionele ‘autonomie’, we bedoelen er de (professionele) vrijheden mee die artsen aangeven nodig te hebben om hun verantwoordelijkheden te kunnen uitoefenen. Veel vrijheden zijn echter ingeperkt, het professionele handelen is aan regels gebonden (wettelijk, professioneel, ethisch). De aandacht richt zich hier op de verhouding van vrijheden enerzijds en regels anderzijds. In de praktijk is sprake van ‘morele stijlen’ (Willems & Hilhorst 1999).

- Welke ruimte hebben artsen om de privacyregels, zoals bijvoorbeeld vastgelegd in de Code gegevensverkeer te interpreteren en toe te passen?
- In welke omstandigheden mag van een richtlijn worden afgeweken, wat beschouwen we als goede redenen?
- Welke variatie van handelen tussen artsen is acceptabel en wenselijk, en welke variatie niet?

Doel: Een beter begrip krijgen van de vrijheidsruimte die artsen hebben, van wat we zien als professioneel, en tot een verantwoord gebruik van die ruimte stimuleren.

10. CASUISTIEK: BESCHRIJVING, ANALYSE, KADER

In dit hoofdstuk worden zes casus beschreven. Soms is de gekozen oplossing erbij vermeld. De casus zullen veelal herkenbaar zijn in de praktijk en de nodige reacties oproepen, en dat is precies de bedoeling. Ze zijn voorzien van commentaar door twee commentatoren vanuit verschillende discipline, en worden steeds afgesloten met een samenvattend kader, waarin vraagstelling, overwegingen en aandachtspunten voor discussie zijn opgenomen.

In de samenwerking tussen artsen – behandelend, begeleidend, beoordelend – gaat het vaak om *informatie-uitwisseling*. Hoe daarmee om te gaan? De casus 4, 5 en 6 hebben daarop betrekking. Dilemma's zijn er talrijk. Het betreft vragen rond het verstrekken van informatie, de bereidheid daartoe en het gebruik ervan.

In casus 1, 2 en 3 komen vragen aan de orde met een meer algemeen karakter. De dilemma's hebben betrekking op *de houding en opvattingen* van de beroepsbeoefenaar zelf. Hoe gaan artsen om met regels en richtlijnen? Welke rol schrijft men zichzelf toe? Hoe staat men tegenover omstandigheden als tijdsdruk en schaarse middelen? Hoe actief streeft men professionele afstemming na?

Met dit hoofdstuk slaan we een brug naar de praktijk. Het maakt duidelijk dat artsen dagelijks voor dilemma's komen te staan waarvoor zij een oplossing moeten zoeken. Dat is een eerste les: zich daarvan bewust worden.

Vaak hebben we snel ons oordeel klaar. Opvattingen over wat in de casus goed en minder goed handelen is, of zelfs volstrekt onjuist of onprofessioneel, dragen we allemaal met ons mee. Het is goed ons te realiseren dat handelwijzen van artsen nogal eens uiteen lopen. Het is belangrijk dat we beter *inzicht* krijgen in die *verschillen*. Hoe komt het dat artsen tot verschillend handelen komen, waaruit komen deze verschillen voort? Waarom reageert de één zus, de ander zo? Heeft dit te maken met

- persoonlijke overtuigingen,
- met een verschil in rolopvatting,
- met een andere inschatting van de feiten,
- of zijn het de mogelijke consequenties van hun beslissingen die hen tot een ander oordeel brengen?

In de commentaren bij de casus klinken deze verschillen door. De commentaren kunnen helpen om het eigen kritische oordeel aan te scherpen en (nog beter) te onderbouwen. Maar we hebben er nog een tweede bedoeling mee. De commentaren zijn ook bedoeld om de lezer meer bewust te maken van de overwegingen en opvattingen die schuilgaan achter verschillen van inzicht die mensen (kennelijk) kunnen hebben. De vraag, 'Hoe komt het dat u verschilt van uw collega?', kan zo tot meer helderheid worden gebracht.

Daarmee is het doel van dit hoofdstuk gegeven: ons bewust maken van de dilemma's, van de verschillen in handelwijzen die er het gevolg van zijn, en helpen verhelderen wat de achtergronden van die verschillen kunnen zijn. De lezer kan er diens eigen overtuigingen aan aanscherpen en kritisch toetsen.

Binnen het kader van dit rapport hebben we echter nog een ander doel op het oog dat verder reikt. De gepresenteerde casus roepen vragen op die uitstijgen boven de individuele beroepsbeoefenaar. Hoe kunnen we met deze verschillen in de praktijk zorgvuldig omgaan? Welke verschillen tussen artsen zijn aanvaardbaar en welke verschillen niet? Hoe kunnen onwenselijke verschillen worden verkleind en hoe kunnen wenselijke verschillen worden

ondersteund? Maken artsen te veel gebruik van de vrijheidsruimte die hen is toevertrouwd, of maken zij er eerder te weinig gebruik van?

Gezamenlijk naar wegen zoeken om met die vragen om te gaan, dat is het uiteindelijke doel dat we ons met dit hoofdstuk gesteld hebben. Zoveel is duidelijk, het zijn vragen die men niet alleen aan individuele artsen kan overlaten. Ze vereisen overleg, ethische reflectie of moreel beraad, afstemming ook, binnen organisaties en diensten. Dat overleg vindt meestal niet spontaan plaats, maar moet worden georganiseerd en geïnstitutionaliseerd. In feite gaat het, in beleidsjargon, om een kwaliteitsslag die moet worden gemaakt. In het tweede commentaar bij casus 3 ('Twee vrijwel identieke casus met tegenovergesteld besluit') wordt voor dit beleidsaspect nadrukkelijk aandacht gevraagd.

Richtlijnontwikkelaars kunnen met de hier verkregen inzichten hun voordeel doen. Door in een vroegtijdig stadium oog te hebben voor eventuele dilemma's, en gevoeligheid te ontwikkelen voor situaties waarin artsen mogelijk uiteen zullen gaan, kan de richtlijn zo worden ingericht, dat daarop wordt geanticipeerd. Met de aandachtspunten voor discussie, die steeds bij elke casus zijn opgenomen, willen we deze kwaliteitsslag ondersteunen.

Overzicht Casus

- *Casus 1 Minder nauw met de regels*

Bedrijfsarts bemiddelt met succes in een situatie waarin een mogelijk langdurig arbeidsconflict dreigt. Hoe beoordelen we (achteraf) het handelen van deze bedrijfsarts

- *Casus 2 Meegaan met patiënte?*

Huisarts bemiddelt bij bedrijfsarts met succes aangepast werk voor een patiënte bij zelfdiagnose bekkeninstabiliteit. Hoe beoordelen we (achteraf) het handelen van deze huisarts en bedrijfsarts(en)?

- *Casus 3 Twee vrijwel identieke casus met tegenovergesteld besluit*

Een CIZ-beoordelend arts besluit in de ene gezinssituatie de zorg zo te indiceren dat voortzetting van verblijf in de thuissituatie mogelijk blijft; in een andere situatie hanteert zij de regels strikt, met verstrekkende gevolgen. Hoe beoordelen we (achteraf) de overwegingen van deze arts?

- *Casus 4 Niet tot informeren bereid?*

Bedrijfsartsen worden regelmatig geconfronteerd met huisartsen en/of medisch specialisten die zich niet erg bereid tonen om met bedrijfsartsen te overleggen of informatie uit te wisselen. Wat valt hen te verwijten?

- *Casus 5 Medische informatie niet neutraal gebracht*

Huisarts krijgt te maken met patiënte die na haar zwangerschap problemen krijgt, die slechts ten dele zwangerschapsgerelateerd zijn. Huisarts weet verzekeringsarts te overtuigen van haar visie op de situatie, waarbij zij erkent dat zij de medische informatie omtrent patiënte niet neutraal heeft gebracht. Hoe deze handelwijze te beoordelen?

- *Casus 6 Ontvangen informatie gebruiken?*

Een verzekeringsarts vraagt informatie op over een cliënt bij een specialist. Deze stuurt veel meer op dan gevraagd. Zal de verzekeringsarts die informatie bij haar beoordeling betrekken?

1. Minder nauw met de regels

Jongeman, 25 jaar, meldt zich ziek met vage klachten. Hij is dierenverzorger in opleiding. Hij is nog maar 6 maanden in dienst. In een openhartig gesprek vertelt hij mij (bedrijfsarts) dat hij een verkeerde keuze heeft gemaakt met deze beroepsopleiding en dat hij zo niet verder wil. Hij heeft altijd zijn boterham weten te verdienen maar met steeds andere banen. Hij verzekert mij dat hij altijd wel werk zal vinden maar nu een andere kant op wil, maar dat hij daarvoor een opleiding moet volgen die hij niet kan betalen. Ik spreek met hem af dat ik zijn leidinggevende zal bellen, zonder hem te vertellen wat ik aan zijn leidinggevende zal voorstellen.

Voor mijzelf kom ik tot de volgende conclusies: Betrokkene is geen gemakkelijk mens, alles wat fout gegaan is in het verleden ligt niet aan hem maar aan de anderen. Heeft besloten niet meer te gaan werken en lijkt goed te weten hoe de ziekwet te misbruiken. Een conflict dreigt. Anderzijds gun ik hem de kans op een nieuwe start.

Per telefoon bericht ik aan zijn leidinggevende: betrokkene is in feite arbeidsgeschikt, is niet meer gemotiveerd en een conflict dreigt. Ik geef aan dat hij waarschijnlijk in zal stemmen met een ontslag met wederzijds goed vinden met als tegenprestatie het vergoeden door de werkgever van de kosten van de door hem te volgen opleiding.

In het volgende consult vertelt hij mij enthousiast dat hij een goed gesprek heeft gehad met zijn leidinggevende en dat zijn ontslag geregeld is.

Ik heb bewust gekozen voor een snelle herstart van de werknemer in het arbeidsproces en het vermijden van een ziekmakend conflict. Ik besef goed hoe wankel de basis is waarop ik mijn beslissing genomen heb. Wat weet ik eigenlijk van deze werknemer? Hoe is hij er psychisch aan toe? Ook besef ik dat het overleg met de werkgever niet volgens het protocol verliep en dat mijn verslaglegging uiterst summier was.

Commentaar 1

Wat voor mij de kern in deze casus is, is het feit dat de werknemer duidelijk aangeeft dat hij een verkeerde beroepskeuze heeft gemaakt en niet verder wil op dit pad. Hij meldt zich daarop bij de bedrijfsarts van zijn werkgever voor een ziekwetuitkering (De casus speelt voor de invoering van de Wet verbetering Poortwachter). Dat wil zeggen dat de werknemer zijn eigen foute keuze bij de arts legt en daarmee bij de werkgever. Het dilemma waar de bedrijfsarts nu voor staat is: accepteert hij de werknemer voor de ziekwet, terwijl hij weet dat deze niet ziek is in zin van de definitie die officieel geldt (“die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet in staat is zijn werk te verrichten”). Deze werknemer is niet ziek in de zin van een rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen criterium en hoort dus officieel niet in de ziekwet.

Je kunt hierin wel een stap verder gaan en je af vragen of hij ziek zal worden als hij op deze werkplek blijft. In dat geval zou je weldoen aan de werknemer om hem preventief van deze werkplek af te houden door hem in de ziekwet te accepteren, de belangen van de werkgever kunnen hiermee echter geschaad worden. Want wat de arts aangeeft is dat hij bang is dat de werknemer de ziekwet eindeloos zal rekken (een probleem na de eerste acceptatie zonder goede reden). Daarmee wordt de werkgever benadeeld, die dan opdraait op voor de foute keuze van de werknemer.

Formeel zou de arts hier moeten zeggen dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de ziekwet en werknemer terug verwijzen naar het bedrijf om het probleem anders op te lossen. Hij heeft echter werknemer wel voor de ziekwet geaccepteerd (de werknemer kwam voor een tweede consult) en daarmee heeft hij het risico genomen dat de werknemer zich langdurig (en onterecht) zou ziekmelden. Bij een tweede consult had hij niet meer kunnen zeggen dat hij de vorige keer wel reden zag om hem in de ziekwet te accepteren,

maar nu niet meer, omdat de situatie niet veranderd was. Als de arts formeel gehandeld zou hebben, zou hij de werknemer dus niet geaccepteerd hebben voor de ziektewet. Je kan je afvragen wat er mis is om wet- en regelgeving als uitgangspunt te nemen. Dat uitgangspunt lijkt er voor de arts niet toe te doen. Hij zou dan toch duidelijk moeten uitleggen waarom wet- en regelgeving op deze situatie niet of moeilijk toepasbaar is.

De arts heeft er voor gekozen om een informele weg te bewandelen en heeft met de leidinggevende van de werknemer gebeld en voorgesteld hem zelf ontslag te laten nemen en met een vergoeding weg te laten gaan. Hij heeft hier dus de keuze gemaakt om buiten zijn bevoegdheid, en mogelijk ook bekwaamheid, te handelen. De rechtvaardiging hiervan zou kunnen zitten in het feit dat hierbij zowel werkgever als werknemer waarschijnlijk het minste schade zouden lijden. Je kunt je echter afvragen of het voor de werknemer niet beter geweest zou zijn als de arts de situatie verder had uitgevraagd, mede omdat hijzelf zich al afvraagt of er misschien toch psychische hulp nodig zou kunnen zijn. In dat geval zou dan toch de werknemer tekort gekomen zijn. Waarom laat deze werknemer dit gedrag zien, waarom wendt hij een somatische reden aan, terwijl er mogelijk andere zaken spelen? Dit had bespreekbaar gemaakt moeten worden. Een andere vraag die daarbij opkomt is waarom de werknemer niet zelf de verantwoordelijkheid kan oppakken om een goede regeling met de werkgever te treffen. Die vraag wordt niet gesteld, noch beantwoord.

De arts geeft zelf aan een aantal regels overtreden te hebben. Op zich moet dat kunnen, maar ook bij het overtreden van de regels, moet er wel gemotiveerde verslaggeving zijn. Het feit dat er niets gedocumenteerd staat, geeft de indruk dat er dingen gebeurd zijn die het daglicht niet kunnen verdragen, wat volgens mij niet zo is. Er is gekozen voor een pragmatische oplossing, die (in dit geval) ook (in elk geval voor de korte termijn) goed uitpakt is.

Wat ik niet goed vind in de gekozen route is dat de betreffende bedrijfsarts met de leidinggevende informatie deelt die hij niet met betrokkene heeft besproken ('ik vind hem in feite arbeidsgeschikt, niet meer gemotiveerd, etc). Hier worden voor mij waarden als eerlijkheid, transparantie en zorgvuldigheid, niet gesteund. En dat zou de bedrijfsarts nog aardig hebben kunnen opbreken als het eindresultaat van het overleg tussen werkgever en werknemer anders zou zijn geweest. De bedrijfsarts zou dan door de werknemer kunnen worden beticht van het onder een hoedje spelen met de werkgever. Hoezo samenwerking? Zonder de werknemer daar in te kennen?

De casus heeft iets weg van de 'onzichtbare hand'.

Commentaar 2

De bedrijfsarts handelt oplossingsgericht. Zijn inschatting is dat een formele arbeidsgeschiktverklaring eerder complicerend werkt dan verder helpt. Betrokkene is op z'n werk niet op z'n plaats en moet daar niet terug. Door de leidinggevende te informeren en (informeel) van advies te dienen bemiddelt hij de oplossing. Daarmee kiest de bedrijfsarts voor een ruime en pragmatische taakopvatting, voorbij het strikt formele en medische. Voor een ruime beroepsverantwoordelijkheid.

Andere bedrijfsartsen zullen wellicht meer hechten aan een formelere en overwegend medische rol, en zich beperken tot hun (medische) expertise: als er geen medisch probleem is, is er dus ook geen taak meer voor hen. 'Handen af en het probleem doorverwijzen naar de werkgever', zou dan de uitkomst zijn. Een nogal passieve, door een bepaalde deskundigheidsopvatting ingegeven, terughoudende rol. Overigens: het is goed dat de bedrijfsarts zich realiseert dat hij ook in medisch opzicht een adviserende en begeleidende rol heeft. Overleg met de werknemer over eventuele aanvullende hulp op psychisch gebied moet ook in de bedrijfsgeneeskunde gemeengoed zijn; niet helemaal duidelijk is waarom de arts op dit punt van zorgplicht niet actiever optreedt.

Voor de ruimere, bemiddelende rol waarvoor deze bedrijfsarts kiest, is veel te zeggen. Alle partijen lijken hiermee gediend ('weldoen' is een belangrijk moreel principe). De oplossing brengt wel kosten met zich mee, namelijk 'het afkopen' van het contract door vergoeding van de opleiding. Maar het alternatief, de man arbeidsgeschikt verklaren en naar het werk sturen, met als mogelijk gevolg een nieuwe ziektemelding of onbevredigende werkervulling, zou wel eens veel kostbaarder en onplezieriger kunnen zijn. De ethische rechtvaardiging is, met andere woorden, consequentialistisch, d.w.z. gebaseerd op een inschatting en afweging van de gevolgen (die natuurlijk nooit helemaal te voorspellen zijn). De benadering getuigt in een bepaald opzicht ook van 'samenwerking': de arts deelt zijn inzicht met een andere verantwoordelijke, de leidinggevende, hij neemt het initiatief en speelt een actieve rol. De bedrijfsarts had in ethisch opzicht ook een meer 'princiële' benadering kunnen kiezen. Hij zou zich kunnen afvragen of het moreel correct is, in de zin van 'rechtvaardig' (een ander belangrijk moreel principe), om voor deze oplossing te kiezen: 'komt de man hiermee niet te gemakkelijk weg', 'krijgt hij niet méér dan waar hij eigenlijk (moreel) recht op heeft' en dat ten koste van het bedrijf. De arts is zich daarvan bewust en beseft dat hij misbruikt kan worden. De arts tilt hier kennelijk minder zwaar aan; in zijn afweging heeft een snelle en bevredigende oplossing de voorkeur. Niet de (deontologische) principes van rechtvaardigheid en eerlijkheid rechtvaardigen zijn keuzebeslissing, maar de (consequentialistische) principes van niet-schaden en weldoen. Verdedigbaar, maar wél een keuze. En wat als het minder goed had uitgepakt? De basis is wankel, maar ook uiterst dun.

Men kan zich voorts afvragen of de arts voldoende zorgvuldig te werk is gegaan. Zolang hij adviseert, gaat hij niet op de stoel van de werkgever zitten en gaat hij niet zijn boekje (zijn rol) te buiten. Met adviseren is niets mis, maar daar ligt niet de medisch-professionele expertise van de arts. Is een arts wel de meest geschikte persoon om hier te bemiddelen? Belangrijker nog is de vraag of het nodig was om puur informeel te werk te gaan. Er waren handelingsalternatieven die ethisch veruit voorkeur verdienen, waarom zijn die niet overwogen? Waarom de man niet van te voren betrekken in het plan en diens toestemming vragen om zijn leidinggevende te informeren? Ik zou, eerlijk gezegd, als leidinggevende niet graag beschikken over kennis omtrent mijn werknemer, achter diens rug, die mij niet toekomt. En waarom zou je een en ander niet schriftelijk vastleggen? Zou die benadering de oplossing in de weg hebben gestaan? Vast niet, het was tijdrovender geweest, maar ook eerlijker en transparanter. Dergelijke regels verwijzen naar zorgvuldig handelen en hebben om die reden stevig moreel gewicht. Daarover dient men niet licht heen te stappen, en zeker niet zonder een goede, bevredigende motivering.

Kader Casus 1 Minder nauw met de regels

Omschrijving en vraagstelling

Bedrijfsarts bemiddelt met succes in een situatie waarin een mogelijk langdurig arbeidsconflict dreigt. Hoe beoordelen we (achteraf) het handelen van deze bedrijfsarts?

Overwegingen die vóór pleiten:

- vanuit het oogpunt van weldoen en niet-schaden: de bereikte uitkomst lijkt in ieders belang, van werknemer en werkgever beide; 'eind goed, al goed'
- de snelle manier waarop de uitkomst bereikt is, lijkt eveneens 'goed', in de betekenis van: effectief en efficiënt
- er is een pragmatisch afweging gemaakt, met oog voor de schaduwkant: de arts neemt voor lief dat werknemer mogelijk misbruik maakt van situatie en ziektewet, en laat zich daarvoor (willens en wetens) gebruiken

Overwegingen die tégen pleiten:

- voortkomend uit twijfel bij de gepresenteerde '*feiten*':
 - o is de werknemer werkelijk geholpen, of was andere hulp nodig geweest?
 - o de voorkeur van de werknemer leidt ten onrechte tot kosten voor de werkgever
 - o de bemiddeling had slecht kunnen aflopen, met vervelende gevolgen voor werkgever en bedrijfsarts
- voortkomend uit diens omgang met de '*regels*':
 - o er is geen goede reden om de werknemer arbeidsongeschikt te verklaren, hij is zowel wettelijk als moreel volledig arbeidsgeschikt (objectiviteit is bepalend, niet subjectiviteit en willekeur)
 - o de arts mag de informatie die hij bezit niet zomaar delen met de werkgever, en deze opzadelen met informatie die hem niet toekomt, hij behoort de werknemer om toestemming te vragen (voor de arts is het beroepsgeheim in het geding, voor de werknemer diens privacy)
 - o de arts moet zich kunnen verantwoorden; dit vraagt om transparant handelen, en dus ook: schriftelijke rapportage met goede motivering indien van regels wordt afgeweken.
- voortkomend uit een andere '*afweging*', en de beschikbaarheid van '*handelingsalternatieven*':
 - o de arts had het (medisch) belang van de werknemer nader moeten uitvragen
 - o de arts had hetzelfde kunnen (en dus moeten) bereiken, zonder de regels van beroepsgeheim, privacy en transparantie te schenden, door minder informeel te handelen
 - o de arts had een groter beroep moeten doen op de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer en hem voor de arbeidssituatie moeten doorverwijzen naar de werkgever, en de rol van bemiddelaar niet op zich moeten nemen

Aandachtspunten voor discussie

- *Snel/Zorgvuldig*. De spanning tussen snel handelen en zorgvuldig handelen. Van een arts mag gevraagd worden dat hij/zij pragmatisch is, oplossingsgericht, mensenkennis heeft en vanuit een houding van praktische wijsheid handelt. Maar ook moet worden vermeden dat dit tot onzorgvuldigheid, subjectiviteit en willekeur leidt. Hoe zwaar moet transparantie, en, zo nodig, een publieke verantwoording, wegen?
- *Strikt/Rekkelijk*. De spanning tussen een strikte en rekkelijke toepassing van regels. Regels geven alle betrokkenen houvast en bescherming. Regels maken duidelijk wat van – in dit geval – artsen verwacht mag worden. Artsen zijn ervan doordrongen dat soms van (beroeps)regelgeving mag worden afgeweken, mits expliciet gemotiveerd. De ruimte die hier voor artsen bestaat is regelmatig aanleiding voor discussie. De strikten zijn niet of nauwelijks bereid af te wijken, en krijgen het verwijt van starheid; de rekkelijken zijn daarin veel ruimhartiger, of zo men wil, veel te ruimhartig. Hoe kan met die ruimte verantwoord én toetsbaar worden omgegaan?
- *Small/Breed*. De spanning tussen een smalle en een brede rolopvatting. De arts in de casus maakt zich breed, ziet zich als bemiddelaar, ook waar het primair geen arbeidsongeschiktheidskwestie maar een arbeidsconflict betreft. Anderen zien voor zichzelf vooral een smalle rol weggelegd: voor de rol van bemiddelaar achten zij zich noch bevoegd noch bekwaam. De cliënt wijst men op diens eigen verantwoordelijkheid. Wie heeft gelijk?

2. Meegaan met patiënte?

Patiënte werkzaam als administratief medewerkster bij een bedrijf dat lokaal bekend staat als een bedrijf van snelle jongens dat goed geld maakt. Voor haar werk moet ze veel bukken en op trapjes staan om dossiers uit stellingkasten te halen. Patiënte is 28 weken zwanger.

Ze krijgt last van haar schaambeentjes en onderrug.

Zij stelde zelf de diagnose bekkeninstabiliteit en ging daarmee naar haar bedrijfsarts. Deze was heel afhoudend en zei: "U kunt hier gewoon mee werken, in veel landen bestaat deze diagnose niet eens."

Patiënte gaat met de kont tegen de krib: "Ik ga niet meer terug, ik verzin wel iets anders, het is altijd wat bij mijn werkgever, ze willen er het onderste uit de kan en kijken niet hoe we er bij zitten."

Als huisarts bel ik de betreffende bedrijfsarts, maar hij is niet gevoelig voor mijn argumenten. Vervolgens bel ik met de leidinggevende bedrijfsarts. Ik vertel niet van de dwarse reactie van de patiënte (denk bij mezelf: de werksfeer wordt er niet beter van als patiënte zich met een smoes gaat ziekmelden). Wel leg ik de vragen voor die ik de eerste arts ook stelde: "Wat is ons doel? En hoe kunnen we dat bereiken?" Deze tweede bedrijfsarts kan met me meegaan en neemt de casus van zijn collega over. Hij geeft patiënte het gevoel dat er naar haar geluisterd wordt en het resultaat is dat patiënte tot haar verlof met aangepast werk doorgaat.

Commentaar 1

Het dilemma dat hier speelt is de rechtvaardigheid van verschillende beslissingen. In dit geval komt een zwangere patiënte bij een arts, die een diagnose "bekkeninstabiliteit" als een onzindiagnose beschouwt. Hieruit blijkt dat ook culturele opvattingen een rol spelen bij beslissingen over al dan niet arbeidsongeschikt van een patiënt. Deze arts vindt haar dan ook arbeidsgeschikt. Wat zou er gebeurd zijn als de bedrijfsarts een vrouw was geweest, die zelf ook te maken had gehad met zwangerschapsgelateerde klachten (of een man die het bij zijn vrouw had meegemaakt)?

In dit geval heeft de patiënte het geluk dat de huisarts zich voor haar inzet en zelfs de oorspronkelijke bedrijfsarts passeert en zijn leidinggevende belt, die wel de diagnose accepteert. (of het feit dat de huisarts voor de patiënte pleit?) Als de huisarts hier dus niet had samengewerkt met de bedrijfsarts was de kans groot geweest dat er een conflict was ontstaan over de ziekmelding en patiënte dus ook nooit aan aangepast werk was begonnen. Het doel om zoveel mogelijk uit de bestaande situatie te halen is bereikt. Probleem met dit soort ziektes (maar ook met whiplash, overspannenheid, chronisch vermoeidheidssyndroom etc.) is dat de opvattingen van de arts de basis zijn voor het al dan niet accepteren van een probleem als een reden tot arbeidsongeschiktheid. De definitie van arbeidsongeschiktheid. ("die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet in staat is zijn werk te verrichten") hangt op de twee woorden "rechtstreeks" en "objectief". Echter factoren als man/vrouw zijn, cultuur, opleiding, ervaring, zullen het handelen van de arts kleuren en dus ook zijn opvatting over wat objectief is. Heeft de patiënte uit de casus het geluk dat de arts van nabij iemand met bekkeninstabiliteit heeft meegemaakt, zal ze arbeidsongeschikt worden verklaard. Komt de arts uit een cultuur waarin de diagnose niet erkend is (of heeft hij net een artikel gelezen over modeziektes), dan zal iemand arbeidsgeschikt beoordeeld worden.

Rechtvaardigheid kan je dus alleen bereiken met hele duidelijke richtlijnen over bepaalde ziektebeelden (en 'mediprudentie' in de zaken waar het niet goed gaat). De casus is een mooi voorbeeld van wat voor goeds goede communicatie en samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts kan opleveren voor de cliënt.

Commentaar 2

Er zijn naar mijn mening meerdere (ethische) problemen aanwezig.

1. De medische vraag betreffende het accepteren van de door cliënte zelf gestelde diagnose.
2. Het feit dat de huisarts de leidinggevende bedrijfsarts benadert zonder de eerste bedrijfsarts daarvan op de hoogte te stellen
3. Het (gezamenlijk) overrulen van de eerste bedrijfsarts door huisarts en leidinggevende bedrijfsarts, zonder die daarin te kennen.
4. Het achterhouden van de reactie van de patiënte door de huisarts.
5. Het verschil in aanpak tussen en binnen disciplines, wat kan leiden tot willekeur.

Probleem 1 zal ik niet bespreken omdat dit meer op het medische terrein thuishoort. De andere probleempunten zijn wel van belang, met name uitgaande van het belang van collegiale samenwerking, zowel binnen dezelfde discipline als tussen de verschillende disciplines.

Allereerst de problemen 2 en 3, de bejegening van beide bedrijfsartsen door de huisarts. Is het aanvaardbaar om, als de eerst benaderde arts een opvatting heeft die niet strookt met je eigen opvatting, diens leidinggevende te benaderen of een andere collega uit dezelfde dienst/instelling, zonder de eerst benaderde (verantwoordelijke) arts hierover te informeren? De huisarts handelt in deze casus (ogenschijnlijk) conflictvermijdend en daarnaast oplossingsgericht. Op meerdere fronten vermijdt zij conflicten: een conflict tussen de huisarts en de eerste bedrijfsarts, een conflict tussen werkneemster en bedrijfsarts en mogelijk ook een conflict tussen werkneemster en haar werkgever. Anderzijds is de kans reëel dat er een conflict gaat ontstaan tussen de huisarts en de eerstgenoemde arts maar ook tussen deze eerste arts en de als tweede benaderde arts. Op korte termijn is de vermijding van conflicten prettig, maar op langere termijn kan het forse problemen gaan geven in de onderlinge samenwerking. Het 'riekt' ook een beetje naar shoppen tot je dat gekregen hebt wat je wilt.

Soms zijn daar echter goede redenen voor. Het voorkomen van een conflict tussen werkneemster en werkgever is een groot goed. De reactie van de werkneemster ('de kont tegen de krib gooien') kan een reactie zijn op het onvermurwbare standpunt van de eerste arts. Dan is het goed om dit niet verder op de spits te drijven maar te proberen hierin beweging te krijgen. Als dat via de eerste arts niet lukt, en je ervan overtuigd bent dat er ook andere mogelijkheden zijn, is overleg met een derde een optie.

De vraag is hoe je dit overleg inricht. Geef je bij de eerste arts aan dat je verder zult gaan bellen, waarbij je het benaderen van zijn leidinggevende noemt, of neem je contact op met de leidinggevende waarbij je de casus anonimiseert. Op die wijze kun je in ieder geval aan de weet komen wat in een dergelijke kwestie het gebruikelijke standpunt is. Daarna zou je de eerste arts daarmee kunnen confronteren en als deze op zijn standpunt blijft staan, kun je alsnog aangeven hierover met zijn leidinggevende te gaan bellen. Op deze wijze houd je het duidelijk en open, maar dat kost wel erg veel tijd, tijd die er vaak niet is. Het gevaar is dan dat er ondertussen problemen gaan ontstaan tussen werkneemster en werkgever.

Wat kan samenwerking bijdragen? Als de eerste arts tijdens het overleg halsstarrig op zijn standpunt blijft staan, is er weinig samen te werken. Als je het op de tijdrovende manier doet, is er de mogelijkheid dat de onderlinge samenwerking voor de toekomst helder en goed blijft. Verder is het aan de leidinggevende om de eerste arts er op aan te spreken als hij een standpunt ingenomen heeft dat over het algemeen niet gebruikelijk is.

Wat de werkneemster betreft: het feit dat door samenwerking meer opties bekeken worden en er voor haar een acceptabele oplossing komt, is heel waardevol. De inzet van de huisarts heeft in ieder geval opgeleverd dat patiënte actief is gebleven tot aan haar verlof en dat de verhouding tussen haar en de werkgever goed is gebleven.

Hoe rechtvaardig je een keuze? Het is ontzettend belangrijk om de diverse mogelijkheden naar boven te krijgen en te bekijken. Vervolgens kun je een afweging maken van de diverse belangen, waarbij het belang van de werkneemster en in tweede plaats die van de werkgever een zeer belangrijke plaats innemen. Het zijn vooral deze partijen die met elkaar verder moeten.

Als zowel eerste als tweede arts op het standpunt gestaan hadden dat er geen reden was voor ziekte, dan had cliënte nog een deskundigenoordeel kunnen aanvragen, al geeft dit vaak toch spanningen in de relatie werkgever-werknemer.

Doet de huisarts er verkeerd aan niet alles van de patiënte te vertellen (probleem 4): tijdens het overleg wordt de reactie van patiënte bewust achterwege gelaten. Hoe kwalijk is dit? Adviezen en beslissingen dienen te worden genomen op basis van objectieveerbare argumenten. De reactie van patiënte is een subjectieve uiting, mogelijk ingegeven door de situatie van dat moment. Ik denk dat het terecht is om deze reactie (in eerste instantie) niet te vermelden. Het gesprek blijft zo open en gericht op oplossingen, en wordt niet gekleurd door emoties. Wordt de reactie van patiënte ingebracht, dan kan daarop ook de tweede arts zijn standpunt (onbedoeld) verharderen.

Tenslotte, het is en blijft problematisch als er tussen disciplines of zelfs binnen één discipline verschillende opvattingen bestaan over hoe om te gaan met bepaalde klachten/aandoeningen (probleem 1 en 5). Dit is toch een vorm van rechtsongelijkheid die moeilijk tegen te gaan is, ook al zijn er veel richtlijnen, protocollen en dergelijke. Ik heb zelf wel de indruk dat het verschil de afgelopen jaren minder is geworden.

Kader Casus 2 Meegaan met patiënte?

Omschrijving en vraagstelling

Huisarts bemiddelt met succes aangepast werk voor een patiënte bij zelfdiagnose bekkeninstabiliteit, door de ene niet erg tot meewerken bereid zijnde bedrijfsarts te verruilen voor een tweede meer meegaande bedrijfsarts. Hoe beoordelen we (achteraf) het handelen van deze huisarts (en bedrijfsartsen)?

Overwegingen die vóór pleiten:

- Weldoen en niet schaden: ofschoon de diagnose niet te objectiveren is, door mee te gaan met de patiënte kan aan een oplossing worden gewerkt
- weldoen: allen hebben baat bij het behouden van patiënte bij het arbeidsproces
- we moeten accepteren dat culturele en andere factoren een rol kunnen spelen bij wat we accepteren als medische klacht of ziekte
- afweging: een starre houding leidt tot niets, werkt eerder averechts; het is daarom beter om pragmatisch te zijn, mee te gaan met patiënte en te bemiddelen bij een oplossing

Overwegingen die tégen pleiten:

- voortkomend uit twijfel over de gepresenteerde '*feiten*':
 - o wantrouwen: de diagnose leent zich voor misbruik, en werknemers weten dat maar al te goed
 - o heeft iedereen uiteindelijk niet meer belang bij de duidelijkheid van de eerste bedrijfsarts, om vandaaruit aan een oplossing werken?
- voortkomend uit een visie op de eigen '*rol*':
 - o een arts moet daarin niet meegaan en zich daarvoor niet lenen: onprofessioneel
- voortkomend uit geldende '*regels*':
 - o een ziektediagnose vraagt om een objectieveerbare basis, die hier niet bestaat
 - o de claim op ziekteuitkering is ongerechtvaardigd
 - o het is niet passend en collegiaal om zich tot een tweede bedrijfsarts te wenden – en de eerste te overrulen – zonder deze daarover te informeren
 - o de informatie die de huisarts verstrekt is niet volledig, schiet tekort en is misleidend
- voortkomend uit een andere '*afweging*', en beschikbare '*handelingsalternatieven*':

- de huisarts zou opener en transparanter moeten zijn naar eerste bedrijfsarts en patiënte, ofschoon hiermee veel tijd gemoeid kan zijn
- de beide bedrijfsartsen zouden beter moeten afstemmen
- de huisarts zou haar taak minder breed moeten nemen en zich beperken tot een meer objectiveerbare en minder bemiddelende rol.

Aandachtspunten voor discussie

- *Samenwerking.* De spanning tussen enerzijds nadrukkelijk de samenwerking met artsen zoeken en anderzijds de samenwerking, die dikwijls moeizaam verloopt, uit de weg gaan en conflict vermijden. De huisarts is vasthoudend in haar zoeken naar gehoor bij een andere arts, met het oog op het belang (in haar visie) van haar patiënte. Zorgvuldig handelen vraagt hier echter ook om grote tijdsinvesteringen. Doen alle artsen voor elke patiënt zoveel moeite, of blijven veel kansen tot samenwerking onbenut, ten koste van patiënten?
- *Professionaliteit.* De spanning tussen een smalle en brede rolopvatting, en een strikte en ruime omgang met regels. De huisarts kiest voor een ruime, bemiddelende rol en geeft minder gewicht aan de strikte, objectiveerbare waarden van haar vak, terwijl de eerste bedrijfsarts (zich) vasthoudt aan een smalle rolopvatting door de niet-objectiveerbare diagnose naast zich neer te leggen. Wat is professioneel?
- *Medisch.* De spanning, samenhangend met het voorgaande, tussen het medische en niet-medische domein. Volgens sommigen zijn beide domeinen goed te onderscheiden, en beperkt men het medische tot tenminste datgene wat objectiveerbaar is. Volgens anderen heeft de medische blik een wijdere scope, die ook cultureel bepaald is, en kan men ertoe bijvoorbeeld ook de veel voorkomende medisch niet begrepen klachten rekenen. Kan een arts zich strikt tot het medische beperken en wat bedoelen we dan daarmee?
- *Interdoktervariatie.* De ene arts is de andere niet. Wanneer de ene bedrijfsarts zoveel anders handelt dan de andere bedrijfsarts is sprake van ongerechtvaardigde willekeur. Afhankelijk van het toeval bij welke arts men terecht komt, wordt men als patiënt kennelijk heel verschillend geholpen. Vanuit het oogpunt van gelijkheid en rechtvaardigheid is dat zeer problematisch. Hoe en in welke mate moet deze variatie worden verkleind?

3. Twee vrijwel identieke casus met tegenovergesteld besluit[↓]

Als iemand niet adequaat kan alarmeren en of een dagdeel alleen blijven, dan dient de functie verblijf geïndiceerd te worden middels een zzp (standaardpakket aan de hand van voorbeeldpatiënten). Mocht de mantelzorg het 24-uur toezicht kunnen en willen leveren, dan mag er middels functies geïndiceerd worden en kan de zorg middels een pgb afgenomen worden (persoonsgebonden budget, geld waarmee zorg ingekocht kan worden). De cliënt kan er voor kiezen om het zzp middels een pgb af te nemen. (Dit scheelt financieel ongeveer de helft, ongeveer een euroton met een pgb in functies.)

1) echtpaar 60 jaar.

Zij heeft een hoge dwarslaesie, armen en benen verlamd, totaal ADL afhankelijk. Hij werkt fulltime. Middels een pgb financiert het echtpaar de zorg en oppas voor de vrouw overdag. Tot nu toe hebben ze de zorg gekregen middels een indicatie in functies. Ik besluit dat het toezicht overdag betaald is, en dus geen mantelzorg is. De indicatie moet middels een zzp. Dit is onvoldoende om de zorg overdag te betalen. Het echtpaar moet dus kiezen, hij ontslag nemen en overdag de zorg leveren of zij naar een verpleeghuis. De gevolgen zijn dus groot, ik kan moeilijk volhouden dat mijn besluit in het belang van de patiënt is. Ik denk dat ik strikt genomen mijn artseneed schend.

Toch voel ik me geen slecht mens. Mijn rechtvaardiging: Als ik mij niet aan de beleidslijnen hou, dan is het binnen de kortste keren afgelopen met de AWBZ. De beleidslijnen zijn opgesteld in overleg met de minister en met medeweten van de Tweede Kamer. We leven in een democratische rechtstaat, dus het kan niet zo zijn dat iedere werknemer zijn eigen regels gaat volgen.

2) echtpaar 40 jaar, met 2 kinderen van 8 en 10 jaar.

Verder vrijwel gelijk. Zij heeft met ondersteuning buiten de schooltijden de moederrol.

Ik heb besloten om te indiceren in functies om voortzetting van de huidige situatie mogelijk te maken. Blijkbaar telt nu bovenstaande rechtvaardiging niet. Toch voel ik mij geen slecht mens. Rechtvaardiging: ik maak het voor de kinderen mogelijk om in een "normale" gezinssituatie op te groeien. Dit gaat voor mij voor het volgen van de richtlijnen. Verder is het natuurlijk altijd prettig om een besluit te nemen waar de patiënt blij mee is.

Ik denk dat je uit het bovenstaande mag concluderen dat mijn interne rechtvaardiging niet consistent is. Wat wel? Blijkbaar telt ook de sociale schade die je aanricht met je besluit. Die wordt dan blijkbaar zo groot dat je vindt dat dit niet kan.

Commentaar 1

Duidelijk is dat er afwegingen gemaakt worden, met aan de ene kant de beleidslijnen van de AWBZ en aan de andere kant de patiënt en zijn omgeving.

In de eerste situatie vraag ik me af of alle ter zake doende factoren wel op de weegschaal lagen. Enkele jaren voortzetting brengt de man dicht bij zijn pensioen. Zou overleg met de patiënt mogelijk zijn, zodat de man iets kan proberen te regelen? Als mevrouw eenmaal in het verpleeghuis ligt, komt ze er dan bij pensioen van haar man nog wel uit?

[↓] Deze casus heeft niet betrekking Werk, ons eigenlijk onderwerp van onderzoek, maar op Voorzieningen waarop bij ziekte en beperking aanspraak gemaakt kan worden. De casus illustreert scherp hoe algemene overwegingen en specifieke overwegingen in een concreet geval om voorrang kunnen strijden. Het commentaar laat zien dat afwegingen mogelijk de kracht en competentie van één beoordelaar te boven gaan.

Het nu ineens veranderen van vergoedingen, zonder dat de situatie is veranderd, is voor het echtpaar waarschijnlijk niet te begrijpen. Het oordeel is blijkbaar afhankelijk van degene die de regeling uitvoert en niet zuiver van de AWBZ-regels.

Commentaar 2

“Het is een bijzondere casus, omdat vergelijkbare situaties tot bijna tegenovergestelde uitkomsten kunnen leiden, louter op basis van de beslissing van één professional, of liever, diens normen en waarden, en diens interpretatie. Enerzijds doet me dat goed: de professional heeft dus 'beslissingsruimte' en maakt daar gebruik van. Anderzijds maakt het me ook boos: de professional heeft dus 'speelruimte' en lijkt vrijwel op zijn eigen houtje te kunnen beslissen, met verschillende uitkomsten tot gevolg. Ik besef ook dat de casus de professional zelf gevoelig en kwetsbaar maakt, wanneer zij met het dilemma wordt geconfronteerd. Daarnaast is de cultuur waarin iemand werkt zeer bepalend. Woorden als 'blijkbaar telt...', 'toch voel ik me geen slecht mens' en 'een 'normale' gezinssituatie', geven uiting aan de cultuur, de normen en waarden, vanwaaruit de casus wordt gezien. Is de professional zich daar bewust van? Kan zij die normen en waarden ook op eenvoudige wijze verwoorden en verantwoorden naar meerdere fronten?

Ik ben gewend om grote vrijheid te geven aan elke medewerker die bij mij werkt, zeker de 'professionals' onder hen. Maar er gelden een paar eenvoudige basisafspraken waarbinnen zij moeten functioneren, zoals:

- 'bij twijfel raadpleeg je een collega of leidinggevende',
- 'je zorgt zelf voor kritische reflectie op jouw keuzen/handelen',
- 'er wordt gestreefd naar een open cultuur van elkaar (durven) aanspreken' en
- 'de klant moet zonder problemen uitgelegd kunnen worden waarom wat gekozen is'.

Dat laatste betekent dat je de 'klant' daarna altijd onder ogen moeten durven komen. Is dat niet het geval dan is er twijfel en moet er met de collega's en/of leidinggevende worden gesproken over hoe men is omgegaan met de keuzen in het betreffende dossier. Kortweg: hoe is de werkcultuur te typeren en welke afspraken zijn er in de werkorganisatie vastgelegd, die voor iedereen helder en werkbaar zijn om met dergelijke dilemma's te kunnen omgaan ten opzichte van wetgeving, regels, collega's enz.

Het is dus niet de verantwoordelijkheid van de betreffende professional alleen, maar zeer zeker ook van zijn/haar werkomgeving om een heldere werkstructuur te organiseren. Dat betekent dat er criteria moeten zijn voor het handelen. De mensen die daarin werken moeten daarmee bekend zijn en daarop met regelmaat getoetst worden. Vraag is of die criteria helder en bekend zijn en/of mensen daar bijvoorbeeld via intervisie op worden aangesproken en getoetst?

De twee situaties hebben - zoals ze nu gepresenteerd zijn - een geheel verschillend resultaat. De betreffende professional kan blijkbaar in haar discretionaire ruimte bepalen wanneer en welke afwegingen, of mogelijk zelfs harde criteria, zij meer en minder kan laten wegen. Ik vind in de beschrijving eigenlijk geen plausibele argumenten waarom in de eerste situatie anders is gehandeld dan in de tweede situatie. Kinderen, financiële situatie, taakverdeling in het gezin, toekomst verwachtingen of..... Ik weet het echt niet. Het zit een beetje besloten in 'ik voel me geen slecht mens'. Maar mijns inziens is de vraag juist om helder te krijgen wat 'goed' en 'slecht' of misschien zelfs in dit geval wel, wat 'grijs' is? Overigens, ik snap heel goed dat in situatie 1 het besluit is genomen zoals dat is genomen. Maar waarom dan ook niet in situatie 2? De professional kan helemaal niet oordelen over 'wat de sociale schade is' (zie op één na laatste zin), die blijkt vaak pas naderhand. Stel dat in situatie 1 mevrouw kort daarna is overleden (om wat voor en reden dan ook) en de man zelfmoord pleegt omdat zijn hele leven overhoop is gehaald, terwijl naar zijn mening het zo anders had kunnen zijn en hij

er niks van begrijpt omdat het aan hem niet op een heldere, menselijke en vooral ook persoonlijk wijze is uitgelegd. Misschien als hij het wel had begrepen was alles wel anders gegaan. (Sorry voor deze 'als'-redenering.) Al schrijvende zou ik zeggen: indien een dergelijk besluit wordt genomen zou minimaal een second opinion gevraagd kunnen worden en zou moeten worden getoetst of de beslissing op begrip kan rekenen bij de relevante betrokkenen. Het echtpaar is zelf ook verantwoordelijk: voor het feit dat ze iets aanvragen, dat ze de aanvraag doen zoals ze die doen, maar zeker ook voor (de gevolgen van) het besluit. Het valt wat mij betreft zeker ook onder de verantwoordelijkheid van de professional om aan te geven dat zij behoefte heeft aan die kritische reflectie vanuit haar omgeving, maar vooral ook om te verantwoorden wat in elke fase van het besluit wel of niet is gedaan.

Cruciaal vind ik dus dat een gemaakte keuze goed uitlegbaar is aan de cliënt. Je kunt dat toetsen bij collega's. Durf/kun je dat zelf doen, ook bij de cliënt? Wat vertel je dan, en ben je in goede omstandigheden ook in staat om te vertellen dat je in een op hoofdlijnen vergelijkbare situatie iets geheel anders hebt besloten? Wat zijn dan precies die criteria geweest die jij daarbij hebt gehanteerd? Ik ben er van overtuigd dat cliënten ontzettend vaak realistisch zijn, en bereid zijn om te accepteren wat voor hen relevant is. Mensen zijn echt niet dom, maar willen het wel kunnen snappen. Het gaat er dan ook vaak om op welke manier (met respect, wederkerigheid, serieus genomen worden e.d.) ze daarmee in alle fasen van de aanvraag zijn tegemoet getreden. Indien een maatschappelijk criterium (zoals de financiën raken op) speelt moet dat ook uitgelegd kunnen worden, zonder dat je je daardoor bedreigd voelt.

Kader Casus 3 Twee vrijwel identieke casus met tegenovergesteld besluit

Omschrijving en vraagstelling

Een CIZ-beoordelend arts (Centraal Indicatiestelling Zorg) besluit in de ene gezinssituatie de zorg zo te indiceren dat voortzetting van verblijf in de thuissituatie mogelijk blijft; in een andere situatie hanteert zij de regels strikt, met verstreckende gevolgen voor het echtpaar. Hoe beoordelen we (achteraf) de overwegingen van deze arts?

Overwegingen die vóór pleiten:

- Weldoen/niet-schaden: de bijzondere omstandigheid van de nog jonge kinderen bepaalt het essentiële verschil tussen de beide situaties, en vormt een goede reden om van de regel af te wijken en een uitzondering te maken
- Rechtvaardigheid: uitzonderingen maken op een veel ruimere schaal zou niet alleen de regel ondermijnen, die democratisch tot stand is gekomen, maar ook het uitkeringssysteem ondermijnen: we beschikken slechts over schaarse middelen die zo eerlijk mogelijk moeten worden verdeeld.
- De afweging betreft de verhouding van individueel en maatschappelijk belang én de eerlijke verdeling van schaarse middelen (in gelijke gevallen gelijk beoordelen, en waar relevante verschillen bestaan verschillend oordelen). Als de CIZ-arts die verantwoordelijkheid niet neemt, wie dan wél?

Overwegingen die tégen pleiten:

- voortkomend uit twijfel bij de gepresenteerde 'feiten':
 - o zijn alle relevante omstandigheden van het echtpaar wel overwogen (naderend pensioen echtgenoot en de mogelijkheden die dit biedt)?
- Voortkomend uit diens omgang met de 'regels':
 - o de wijze van vergoeding van het echtpaar veranderen, zonder dat de situatie is veranderd, valt niet te begrijpen: dit maakt het beleid onbetrouwbaar
 - o kennelijk is de beoordeling afhankelijk van degene die de regeling uitvoert, wat getuigt van subjectiviteit en willekeur
 - o onvoldoende duidelijkheid en openheid naar het echtpaar, is een tekort in respect
- Voortkomend uit bezwaren tegen diens 'rol':

- zulke belangrijke beoordelingen mogen toch niet aan één beoordelaar worden overgelaten?
- Voortkomend uit een andere 'afweging', en beschikbare 'handelingsalternatieven':
 - in overleg met het echtpaar naar oplossingen zoeken
 - blijven bij eerdere beoordeling, beleid mag niet zomaar omgegooid worden
 - vanuit de CIZ-organisatie moeten anderen in het besluit betrokken worden, moeten duidelijke criteria en protocollen bestaan hoe besluiten worden genomen en kritisch getoetst, met een bijpassende cultuur van eerlijkheid, transparantie en bereidheid tot verantwoording.

Aandachtspunten voor discussie

- *Ruimte*. Telkens wanneer artsen zich beroepen op een regel, blijkt het te gaan om interpretatie en toepassing van de regel, met alle ruimte (autonomie) die daarmee gegeven is voor de individuele arts. In die aanwending van de regel spelen normen en waarden een rol, morele opvattingen over wat meer en minder relevant is. Bij de vraag naar gelijke behandeling is een verschil in situatie voor de één wel relevant, voor de ander niet (bijvoorbeeld het gewicht van de gezinssituatie voor jonge kinderen). Welke oplossing hebben we om met dergelijke uiteenlopende waardeoordelen om te gaan?
- *Afstemming*. Wanneer de maatschappij een beoordeling aan één beoordelaar overlaat, gaat men er vanuit dat in vergelijkbare omstandigheden andere beoordelaars eenzelfde oordeel zouden vellen, dat de regels voldoende houvast en uniformiteit te zien geven. Is dit niet het geval dan wordt het vertrouwen in beoordelaars ondergraven. Hoe kunnen beoordelaars hun verantwoordelijkheid nemen en hun beoordelingen op elkaar afstemmen?
- *Organisatie(cultuur)*. We veronderstellen dat we gewoonlijk beter te maken kunnen hebben met een (menselijke) beoordelaar, dan met een robot; een beoordelaar zal als het goed is op verantwoorde wijze aan individuele gevallen recht proberen te doen. Het is echter niet goed om die verantwoordelijkheid (en ruimte) louter aan een individuele beoordelaar over te laten. Met een goede organisatiestructuur waarin beslissingen zijn ingebed, derden betrokken worden, beoordelingen getoetst en verantwoording wordt afgelegd, staat of valt de betrouwbaarheid van beslissingen in individuele gevallen. Hoe geven we die organisatie en organisatiecultuur gestalte?

4. Niet tot informeren bereid?

De bedrijfsarts ziet op het spreekuur een werknemer die manisch ontremd is en maakt zich zorgen over deze werknemer. De bedrijfsarts vindt dat het belangrijk is dat de huisarts op de hoogte is van de toestand van de werknemer, om op die wijze voor de werknemer zorg te borgen. De bedrijfsarts krijgt de huisarts niet aan de lijn, omdat de huisarts via de assistente te kennen geeft niet met bedrijfsartsen te overleggen. Wel wordt er voor de werknemer een afspraak bij de huisarts gemaakt voor de volgende dag.

Bedrijfsartsen worden regelmatig ermee geconfronteerd dat huisartsen geen enkele medische informatie willen verstrekken. Of dat de medische overdracht alleen schriftelijk kan. Of dat het telefonisch overleg alleen dan kan plaatsvinden als er eerst een fax met toestemming van de werknemer naar de huisarts wordt gestuurd. Ook op de specifieke arbeidsrelevante vragen die zij aan medisch specialisten voorleggen krijgen zij vaak geen antwoord, maar in plaats daarvan een copie van de brief aan de huisarts, waarin de arbeidsrelevante zaken niet aan bod komen.

Commentaar 1

Laten we maar hopen dat de weigering van de huisarts om te overleggen voortkomt uit angst om verstrikt te raken in het spagaat patiëntbelang versus werkgeversbelang. De huisarts ziet zijn rol om op te komen voor de patiënt als opkomen voor iemand met ziekte, los van de maatschappij. Dit ‘los van de maatschappij’ geldt dan zowel voor hemzelf als arts als voor de patiënt. Overleg met een bedrijfsarts is vanuit dit gezichtspunt een potentiële bezoedeling van zijn taak. De huisarts gaat dus zorgen voor de patiënt als voorwerp van ziekte. Hij gaat voorbij aan het feit dat menszijn ook een ruimer begrip kan zijn en dat dit van invloed kan zijn op functioneren en ziektzijn in ruimere zin.

Een van de dilemma's is hier dus in hoeverre je de boze buitenwereld van invloed mag laten zijn op je schone taakstelling. En moet je die buitenwereld ook afweren als je daardoor je taakstelling niet optimaal kan doen?

Commentaar 2

In deze casus wordt een probleem geschetst waartegen bedrijfsartsen blijkbaar regelmatig aanlopen, namelijk het onvoldoende verkrijgen van medewerking van de behandelend arts (huisarts of specialist). Het gaat dan vooral om het niet verkrijgen van informatie, of het niet verkrijgen van informatie over de arbeidsrelevante zaken.

In eerste instantie lijkt dit een situatie waarin de behandelend arts niet bereid is zich te conformeren aan afspraken over intercollegiale uitwisseling van medische gegevens. Het is gemakkelijk om dit af te keuren als een moreel ontoelaatbare praktijk omdat behandelend artsen volgens de Code ‘gegevensuitwisseling’ dienen mee te werken. Ook kan dit leiden tot een onrechtvaardige situatie als sommige behandelend artsen wel meewerken en andere niet.

Hoewel samenwerking in eerste instantie wenselijk is, wil ik toch enkele kanttekeningen plaatsen. Aangezien we er in het algemeen vanuit gaan dat de behandelend arts het goede voor heeft met zijn/ haar patiënt, is het belangrijk om na te gaan om welke morele redenen artsen niet (voldoende) meewerken. Ten eerste is het de vraag of het verschaffen van relevante informatie altijd in het voordeel (welzijn) is van de patiënt. De Code *Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim* (KNMG) zegt niet expliciet dat dit het geval is, wel het omgekeerde (geen informatie kan patiënt benadelen). De vraag is of behandelend artsen bewust informatie achter houden in specifieke gevallen (mogelijk met als overweging het welzijn van de patiënt) of dat zij categorisch besluiten dat

informatieverschaffing niet relevant is. Het laatste lijkt mij een aanvechtbaar uitgangspunt, omdat dit getuigt van een algemeen wantrouwen ten opzichte van het werk van de bedrijfsarts, en onvoldoende inzicht in het belang dat gegevensuitwisseling kan hebben in specifieke gevallen. In het weloverwogen geval niet mee te werken zou de vraag kunnen zijn of het geven van de informatie wel bijdraagt aan het welzijn van de individuele patiënt. En is het niet geven van informatie echt schadelijk voor de patiënt? Het gaat hier dus om vragen over de bijdrage aan het welzijn van de patiënt, maar ook om de doelmatigheid in het algemeen (draagt de informatie echt iets bij?). Verder is het bijzonder dat welzijn van de patiënt wordt uitgedrukt in arbeids(on)geschiktheid of uitkering, en niet in ‘vermindering van klachten’.

In het verlengde hiervan ligt de vraag of de verwachtingen van bedrijfsartsen over het (kunnen) beantwoorden van arbeidsrelevante vragen wel mogelijk is. Behandelend artsen hebben vaak (te) weinig inzicht in de consequenties van het medische probleem voor het werk voor deze specifieke patiënt. Er wordt naast medische gegevens ook een oordeel gevraagd over het functioneren. Relevante informatie is daarom niet altijd te geven of vereist veel extra inspanning. Ook een te algemene vraagstelling kan onduidelijkheid scheppen over het doel van het verschaffen van informatie. Zeker als er twijfel is over het ‘herstelgedrag’ is dit voor een behandelend arts lastig te bewijzen en op te schrijven, of wanneer slechts voor een deel van het probleem informatie wordt ingewonnen. Snel geschreven briefjes van een behandelend arts kunnen in een later stadium een belangrijke rol vervullen met grote consequenties voor de patiënt, en leiden tot terughoudendheid. Het raakt de integriteit van de arts om te kunnen beoordelen welke informatie/ beoordeling relevant is. Ook deze overweging rechtvaardigt niet een categorisch afwijzen van gegevensuitwisseling. Het categorisch uitschrijven van verzoeken tot informatie door bedrijfsartsen is evenmin wenselijk omdat dan de doelmatigheid uit het oog wordt verloren

Ten derde kunnen behandelend artsen zich afvragen in hoeverre de autonomie en de privacy van de patiënt wordt gerespecteerd bij het verschaffen van informatie. Patiënten zijn niet altijd goed geïnformeerd over het doel van de gegevensuitwisseling en leveren in dit proces meestal geen actieve bijdrage. Juist door de vertaalslagen van medische gegevens naar functionele beperkingen en specifieke werksituaties is de patiënt onmisbaar. Aan de andere kant is ook bekend dat patiënten hun artsen tegen elkaar ‘uitspelen’, zodat ook het algemene vertrouwen in de patiënt als boodschapper betwijfeld moet worden. Hiermee hangt ook samen mogelijke twijfel over het doorbreken van het beroepsgeheim.

In de geschetste casus lijkt het of bedrijfsartsen en behandelend artsen elkaar lastig vinden en liever niet samenwerken. Het impliceert de vraag of artsen voldoende op de hoogte zijn van elkaars rol/expertise en de consequenties van gegevensverstrekking. Dit lijkt onvoldoende, en meer bekendheid hierover is wenselijk. Het lijkt me belangrijk om als uitgangspunt te nemen dat de meeste behandelend artsen bereid zijn om informatie te verstrekken op een wijze die makkelijk is, past binnen hun expertise en waarvan duidelijk is wat het doel is en wie de afzender is. Dit vergt in eerste instantie een inspanning van de bedrijfsarts om de vraagstelling goed te formuleren, maar zal ook de bereidheid van de arts om mee te werken doen toenemen. Steeds moet de vraag gesteld worden wat de meerwaarde is van samenwerking voor het herstel van de patiënt, en dus ook andersom (vanuit de behandelend arts). Behandelend artsen die stelselmatig weigeren mee te werken kunnen hierop worden aangesproken door bedrijfsartsen, omdat dit niet in het algemeen belang is. Het sturen van herinneringen is soms gewoon nodig vanwege de drukke praktijk en het soms niet aankomen van aanvragen. Het passeren van de assistente en het vragen naar intercollegiaal overleg kan een optie zijn. Maar

het sturen van een patiënt naar zijn/haar huisarts die niet op de hoogte is van het probleem kan mogelijk een grotere meerwaarde hebben. Als het in het belang is van de patiënt zijn er dus vele (maatwerk) handelingsopties.

Kader Casus 4 Niet tot informeren bereid?

Omschrijving en vraagstelling

Bedrijfsartsen worden regelmatig geconfronteerd met huisartsen en/of medisch specialisten, zoals psychiaters, die zich niet erg bereid tonen om met bedrijfsartsen te overleggen of informatie uit te wisselen. Wat valt hen te verwijten?

Waarom overleg?

- de werknemer heeft belang bij goede zorg, ook de bedrijfsarts beoogt die te waarborgen, informatieuitwisseling is daarbij vaak onontbeerlijk
- bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen) kunnen soms pas een goede beoordeling geven wanneer zij over aanvullende, arbeidsrelevante informatie beschikken
- huisartsen en medisch specialisten beschikken vaak over informatie die voor de arbeidssituatie van de patiënt van groot belang is; al te vaak realiseren zij zich niet dat zij ook hier een taak hebben
- volgens bestaande regels behoren behandeld artsen hun medewerking te verlenen
- niet informeren kan de patiënt benadelen

Waarom geen overleg?

- bedrijfsartsen worden soms vereenzelvigd met het werkgeverbelang; ook al is dit onjuist, vaak weet men niet zeker waarvoor individuele bedrijfsartsen staan en wiens doelen zij nastreven
- huisartsen houden zich vooral bezig met de ziektesituatie van de patiënt en minder met de bredere context, c.q. persoonlijke en maatschappelijke gevolgen voor de werksituatie, en hebben moeite om zich te verplaatsen in de taakvervulling van de bedrijfsarts, of voelen zich er niet competent.
- overleg wordt bemoeilijkt door sterk gejuridiseerde KNMG-regelgeving
- het verstrekken van informatie is niet altijd in het belang van de patiënt of voegt niets toe, of dient geen duidelijk doel en is daarmee niet doelmatig
- voor behandelend artsen raakt de informatievoorziening aan hun integriteit, en bedreigt die, namelijk hun besef of zij hiermee wel een goede arts zijn die louter het belang van de patiënt dient

Aandachtspunten voor discussie

- *Regels.* Regels, zoals de Code Gegevensuitwisseling bieden houvast, maar verschaffen geen pasklare oplossingen. De eis dat bijvoorbeeld geïnformeerde toestemming van patiënt nodig is, leidt mogelijk tot voorkeur voor schriftelijke uitwisseling van gegevens, maar daardoor ook tot meer formaliteit en een minder makkelijk en stroever overleg. Hoe dit te voorkomen?
- *Regie.* Het ligt voor de hand de patiënt/cliënt zelf meer regie te geven over het eigen dossier, maar dit veronderstelt wellicht te gemakkelijk dat deze in staat is diens situatie en de sociale en persoonlijke consequenties te overzien en voldoende bekwaam is op vragen naar informatie in te gaan. Welk gewicht kennen we toe aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt? Is de regie bij artsen in betere handen? Is patiënt bekend met diens eigen dossier, en met de daarin vervatte relevante stukken?
- *Obstakels bij samenwerking.* De samenwerking tussen artsen spreekt niet vanzelf en is niet in alle gevallen wenselijk. Dit leidt bij behandelend artsen tot terughoudendheid, hun aarzeling betreft zowel het belang van de patiënt, alsook de doelmatigheid van de informatieuitwisseling. Gebrek aan bekendheid met de rol van bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen) en de taak die behandeld artsen op het stuk van arbeid hebben speelt ook een rol, scholing is hier beslist noodzakelijk. Niettemin blijft de spanning bestaan tussen het werk van behandelend artsen en bedrijfsartsen, met een verschil in focus op ziekte enerzijds en consequenties voor functioneren en maatschappelijke positie anderzijds. Door in

individuele situaties volstrekt helder te zijn over het specifieke doel van informatieuitwisseling, is het mogelijk obstakels te overwinnen. Hoe kan een actieve inzet van beide kanten bevorderd worden?

5. Medische informatie niet neutraal gebracht

Een 45 jarige vrouw is onverwacht zwanger in een vrij ver gevorderd stadium en heeft al grotere kinderen. Ze werkt voor een uitzendbureau, was daar recent mee begonnen nadat zij al jaren (nauwelijks met verzuim) op een vaste plek had gewerkt. Na haar bevalling wordt ze erg somber, ziet het niet meer zitten. De relatie met haar man blijkt erg slecht, en ze zijn in forse financiële problemen geraakt door faillissement van het bedrijfje van de man. Onder andere is GGZ hulp ingeschakeld in verband met het vermoeden van postnatale depressie. Zij is niet in staat weer aan de slag te gaan na haar verlof. Kindje is ook vaak ziek. De verzekeringarts wil haar toestand niet erkennen als zwangerschapsgerelateerd. Zij moet solliciteren, kan dit niet vanwege somberheid en moeheid. Om onduidelijke redenen krijgt zij tijdelijk geen uitkering uitbetaald, waardoor het gezin op straat dreigt te worden gezet. Hoewel geen duidelijk geval van alleen zwangerschapsgerelateerde ziekte vond ik (haar huisarts) wel dat er een duidelijke relatie was met de zwangerschap. Ik heb verzekeringsarts gebeld en hij heeft besloten er toch een zwangerschapsgerelateerde aandoening van te maken (betekent ook meer uitkering). Bovendien ging hij er achteraan dat haar uitkering zo spoedig mogelijk zou worden uitbetaald. Mede met behulp van maatschappelijk werk kunnen we mevrouw toch in het huis houden en gaat zij toch nog weer snel aan de slag.

In deze casus heb ik de psychische problemen van mevrouw vooral gerelateerd aan haar onverwachte zwangerschap op latere leeftijd, terwijl er (ten tijde dat zij weer aan het werk moest gaan) ook veel sociale en financiële problemen speelden. Ik heb de andere problemen wel gemeld. Omdat ik haar kende als een gemotiveerde vrouw die voordien nauwelijks verzuimde en zij kapot ging door de financiële problemen die waren ontstaan, heb ik de medische informatie niet neutraal gebracht. Gelukkig trof ik een begripvolle verzekeringsarts die het met me eens was dat we haar veel konden helpen (weldoen) door haar verzuim zwangerschapsgerelateerd te maken. Ik denk dat de schade die we hierdoor voorkomen hebben (uithuiszetting, instorten van mevrouw als steunpilaar van het gezin) aanzienlijk was. Ik heb haar wel gekend in mijn aanpak, heb ook aangegeven dat ik verwachtte dat zij verder wel zou meewerken (en gelukkig deed zij dit ook).

Commentaar 1

In het algemeen ben ik geen voorstander van het door *artsen* oprekken van regelgeving om mensen aan meer geld te helpen die in financiële nood verkeren. Wat de casus betreft, ik ga er vanuit (premissie) dat de huisarts niet twijfelt aan de arbeidsongeschiktheid van betrokkene. De vraag die hier beantwoord moet worden is of de ongeschiktheid zwangerschapsgerelateerd is (dat leidt tot 100% ziekengeld) of niet (dan 70% ziekengeld).

Maar hoe weet deze arts zo precies dat een 100% ziekengeld-uitkering haar uit de sores helpt en een 70% uitkering niet? Want daar lijkt het hier om te gaan. Op welke feiten en omstandigheden is deze wetenschap gebaseerd? Is de arts een financieel expert of maatschappelijk werkende die alle *ins* en *outs* van betrokkenes financiële situatie kent? En ook al zou dat zo zijn, hoe valt te voorspellen wat betrokkene gaat doen: misschien gaat zij juist nog wel sneller aan het werk met een lagere uitkering.

Mijn idee zou zijn: “schoenmaker blijf bij je leest”: als je medische argumenten hebt om de ongeschiktheid aan de zwangerschap toe te rekenen, dan is daarmee je taak als arts volbracht.

De omhaal waarmee de casusgegevens worden gepresenteerd doet vermoeden dat die medische argumenten er niet echt waren. Anders was er trouwens ook geen dilemma. Ik begrijp dat de huisarts de informatie niet neutraal overbrengt aan de verzekeringsarts, waardoor deze ‘meegaat’ in het oordeel ‘zwangerschapsgerelateerd’. Het ware eerlijker

geweest de informatie over te brengen zoals die feitelijk was. De verzekeringsarts wordt nu op het verkeerde been gezet. Is dit zorgvuldig? Eerlijk? Rechtvaardig?

Misschien hadden de huisarts en de verzekeringsarts – bij neutrale informatieoverdracht – wel samen tot de conclusie kunnen komen dat over die relatie tot de zwangerschap twijfel blijft bestaan. Onvoldoende bekend is dat bij deze regelgeving in twijfelgevallen het voordeel aan de cliënt mag worden toegerekend. Dit niet wetende worden er vele nodeloze discussies gevoerd.

Commentaar 2

Analyse: Er is hier sprake van psychische en sociale problematiek. Er kan sprake zijn van een postpartum depressie, een primair zwangerschapsgelateerde aandoening. Maar aannemelijker is dat er sprake is van een combinatie van factoren, zoals psychische klachten ten gevolge van onverwachte zwangerschap, financiële problemen, relatieproblemen, dreigende uithuiszetting, die samen zodanig stresserend zijn, dat de vrouw niet is staat is tot arbeid.

Dilemma dat hier dan speelt is, de plicht om wel te doen en niet te schaden versus de plicht om uniformiteit in beslissingen na te streven en zich te houden aan regels om rechtsgelijkheid en rechtszekerheid te borgen. De context is een schaarste aan middelen.

Weldoen en niet schaden: de huisarts en de verzekeringsarts kiezen ervoor om de grenzen wat ruimer te stellen door aan te geven dat er sprake is van zwangerschapsgelateerd verzuim. Hierdoor kan er meer aanspraak gemaakt op ruimere voorzieningen. Door hun handelen wordt met name de financiële situatie van patiënte verbeterd, waardoor haar stress kan verminderen en herstel kan optreden. Zo kan sociale en mentale schade voorkomen worden.

Rechtsgelijkheid en rechtszekerheid: hoe streng moet je zijn als arts in het volgen van wet en regelgeving? Nauwgezet volgen maakt dat er eenduidigheid kan komen in de beslissingen, zodat werknemers/patiënten niet zijn overgeleverd aan de willekeur van beoordelaars/behandelaren. Zo wordt geborgd dat mensen krijgen waar zij werkelijk recht op hebben, en wordt rechtszekerheid bevorderd. Bovendien, als artsen de grenzen ruim oprekken, voor patiënten/werknemers die er niet 100% aan voldoen, kan de situatie ontstaan dat zij die er 100% voor in aanmerking komen geen uitkering krijgen, omdat het budget al uitgegeven is. Als er geen schaarste was, zou het dilemma niet zo scherp spelen.

Waren er handelingsalternatieven? De huisarts had zich neer kunnen leggen bij de eerste beoordeling van de verzekeringsarts, waarin het verzuim niet als zwangerschapsgelateerd werd geduid. Samenwerking kan helpen om de weging van de verschillende morele waarden te verfijnen, om zo tot een beter onderbouwde beslissing te komen. De casus laat zien, wat zo vaak voorkomt in de alledaagse praktijk, dat werknemers/patiënten niet zo makkelijk in een hokje zijn te stoppen. Samenwerking kan voorkomen dat mensen onterecht geduid worden, en “tussen wal en schip komen”, met alle consequenties van dien.

Beoordelingen vragen om een rechtvaardiging, om goede redenen. Reden om de aandoening als zwangerschapsgelateerd verzuim te duiden, zoals huisarts en verzekeringsarts doen, is gebaseerd op de inschatting dat hierdoor aanzienlijke sociale en mentale schade bij de vrouw kan worden voorkomen, en weer herstel zal optreden.

Er zijn ook goede redenen om het verzuim niet te classificeren als zwangerschapsgelateerd, er zijn immers allerlei andere factoren, niet zwangerschapsgelateerd, die ook aan het verzuim bijdragen. Het beschikbare geld blijft dan gereserveerd voor situaties van werkelijk, primair zwangerschapsgelateerd verzuim en borgt rechtsgelijkheid en rechtszekerheid.

Kader Casus 5 Medische informatie niet neutraal gebracht

Omschrijving en vraagstelling

Huisarts krijgt te maken met patiënte die na haar zwangerschap problemen krijgt, die slechts ten dele zwangerschapsgerelateerd zijn. Huisarts geeft haar visie op de situatie, met het accent op zwangerschapsgerelateerd, waarbij zij beseft dat zij de medische informatie omtrent patiënte niet neutraal heeft gebracht. De verzekeringsarts gaat met haar interpretatie mee. Hoe deze handelwijze te beoordelen?

Overwegingen vóór niet-neutraal informeren:

- het belang van de patiënt is ermee gediend
- voorop staat dat de vrouw arbeidsongeschikt is en niet kan werken; de medische informatie bestaat niet op zichzelf, maar vraagt om interpretatie door de arts, in dit geval (overwegend) zwangerschapsgerelateerd of niet; een relatie met de zwangerschap is zeker aan te wijzen;
- de huisarts wil niet misleiden maar transparant zijn en met kracht van argumenten overtuigen
- afweging: het belang van patiënt moet zwaar wegen, en aanzienlijke schade afwenden.

Overwegingen tégen niet-neutraal informeren:

- bij de gepresenteerde feiten: hoe weet de huisarts zo zeker dat zij met haar handelen patiënte uit de sores helpt?
- rolgerelateerd: behandelend artsen moeten zich niet laten leiden door bestaande regelgeving omtrent uitkeringen, laat staan dat zij die regels proberen op te rekken
- rolgerelateerd: de huisarts neemt een (brede) rol aan die haar mogelijk niet toekomt, van financieel expert, maatschappelijk werkende
- niet professioneel: niet-neutraal informeren lijkt hetzelfde als onvolledig en onzorgvuldig informeren en kan dan de indruk geven van misleiding van degene die bevoegd en bekwaam is tot een oordeel te komen (de verzekeringsarts), dat is niet alleen niet eerlijk, het is ook onrechtvaardig ten opzichte van anderen
- handelingsalternatief: huisarts/schoenmaker houd je bij je leest, bij je medische expertise, waarna de verzekeringsarts, na overleg met de huisarts, bij twijfel over de zwangerschaps-gerelateerdheid van de arbeidsongeschiktheid, kan besluiten haar het voordeel van de twijfel te geven.

Aandachtspunten voor discussie

- *Value-base.* De huisarts is zich ervan bewust dat medische informatie 'sec' niet bestaat, artsen geven er door hun interpretatie betekenis en gewicht aan, en door hun presentatie van de feiten kleuren zij deze feiten; daarmee geven zij onvermijdelijk ook (value-based) morele oordelen af. Pas waar men zich hiervan bewust is, kan zinvol overleg plaatsvinden. Als het goed is zullen artsen elkaar niet misleiden maar proberen te overtuigen, op grond van feiten, argumenten, en de waardeoordelen die zij eraan verbinden. Vormen value-base en evidence-base niet twee kanten van dezelfde zaak?
- *Focus.* De primaire focus van de huisarts is een andere dan van de verzekeringsarts, de één beoogt met name het belang van de patiënt te behartigen, de ander heeft tot taak beschikbare schaarse middelen eerlijk te verdelen; hij bewaakt het algemeen belang, rechtvaardigheid voorop. In welk opzicht staan zij voor eenzelfde taak?
- *Eigen of gezamenlijke verantwoordelijkheid?* Samenwerking van artsen kan voor de patiënt veel positiefs opleveren, we kunnen dan spreken van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van artsen. Maar ook heeft ieder z'n eigen verantwoordelijkheid. De huisarts informeert zo goed mogelijk en legt daarin ook diens eigen professionele kijk op de situatie, de verzekeringsarts beoordeelt op diens beurt het beeld dat hierdoor ontstaat. Is het woord afstemming misschien meer op z'n plaats, in situaties van eigen, gescheiden maar op elkaar betrokken verantwoordelijkheden?
- *Vrij en verantwoordelijk.* De verzekeringsarts geeft aan binnen de regels voldoende ruimte (autonomie) te bezitten om de informatie te interpreteren en te waarderen. Vaak zal het onderscheid ziektegerelateerd en niet-ziektegerelateerd niet eenvoudig zijn vast te stellen. Het is van belang dat (verzekerings-)artsen op eenduidige en transparante wijze met deze vrijheidsruimte omgaan en daarvan verantwoording kunnen afleggen. Hoe zou dit kunnen worden bevorderd?

6. Ongevraagde informatie gebruiken?

Je vraagt als verzekeringsarts in het kader van een beoordeling voor de aanvraag van een uitkering of voorziening met toestemming van een cliënt informatie op bij een specialist. Je vraagt naar aanleiding van de door cliënt genoemde klachten naar diagnostiek, behandelingsmogelijkheden en prognose. Dan blijkt bij het ontvangen van de informatie dat de aangeschreven specialist gegevens heeft toegevoegd van een andere specialist die een heel ander licht werpen op de klachten van de cliënt en daarmee diens mogelijkheden en beperkingen. De cliënt zelf heeft het onderzoek door deze tweede specialist niet genoemd bij het gesprek met de beoordelend arts.

Dit geeft diverse problemen. Het betreft informatie die verkregen is als beoordelend arts, niet als arts betrokken bij de behandeling van cliënt. Als eerste moet vastgesteld worden dat voor het verkrijgen van de informatie van de niet-aangeschreven specialist, geen toestemming van de cliënt is; de informed consent van de cliënt was gericht op informatie van een andere specialist. De ontvangend arts is daarop niet aanspreekbaar, wel de arts die deze informatie verstuurd heeft. Maar, als de arts die deze ongevraagde informatie ontvangen heeft, deze wel gebruikt zonder toestemming, is hij daarop wel aanspreekbaar.

Hoe te handelen?

Ik heb de desbetreffende cliënt opnieuw uitgenodigd voor spreekuur. De informatie die ik van de specialist over zijn eigen specialisme had ontvangen, heb ik uitgebreid met de cliënt besproken; hierbij heb ik de toegevoegde informatie van het andere specialisme niet genoemd. Wel ben ik opnieuw uitgebreid met cliënt ingegaan op zijn klachten waarbij ik aangegeven heb dat de informatie die ik ontvangen had, deze klachten niet volledig kon onderbouwen. Uiteindelijk kwam cliënt zelf met de mededeling dat hij ook bij een andere specialist onder behandeling was; op het moment dat deze informatie boven tafel was, kon ik verder met mijn gevalsbehandeling. Ik heb opnieuw een machtiging in laten vullen en heb officieel bij de tweede specialist informatie opgevraagd.

Ik heb me, voorafgaand aan het spreekuur, wel afgevraagd hoe ik zou moeten handelen als cliënt vast zou blijven houden aan het feit dat hij geen andere klachten had en bij niemand anders onder behandeling was. De informatie die ik van de eerste specialist ontvangen had, maar die betrekking had op klachten die cliënt mij niet verteld had, zou ik niet zomaar mogen gebruiken. De eerste specialist is naar mijn mening over de schreef gegaan door mij deze informatie te verstrekken. Met alleen deze constatering is het probleem echter niet opgelost. Ik weet op dat moment dat er meer gaande is, waardoor de uiteindelijke conclusie van de beoordeling anders uit zou kunnen vallen. Het feit dat cliënt blijkbaar bewust informatie achterhoudt, maakt het heel lastig. De vraag is, waarom cliënt dit doet: is er sprake van schaamte voor die klachten? Denkt hij, door deze klachten te verzwijgen, een betere kans te hebben op het verkrijgen van een uitkering?

In principe is een cliënt zelf verantwoordelijk voor de informatie die hij verstrekt aan welke arts dan ook. Het komt wel eens voor dat een cliënt aangeeft dat er ook op een ander gebied klachten zijn (dat zijn dan meestal psychische klachten) maar dat hij weigert om daar meer openheid over te geven of om informatie op te laten vragen. In principe heeft cliënt het recht om zo te handelen. In zo'n geval is het echter wel heel belangrijk om cliënt duidelijk te maken dat op deze wijze niet alles meegewogen kan worden in de beoordeling en dat hij zichzelf daarmee mogelijk tekort doet. Als hij echter op zijn standpunt blijft staan, moet dit gerespecteerd worden. Dit onderdeel van het gesprek moet wel goed vastgelegd worden in het verslag.

Commentaar 1

Als het je een dilemma oplevert wanneer je meer info krijgt dan je voor ogen had bij het stellen van de vraag kan je proberen je vragen anders te stellen. Bij het project informatieuitwisselen middels een communicatieformulier in ZO-Brabant hebben we gesteld dat de vraagstelling gericht en eenduidig moet zijn om te voorkomen dat de patiënt een handtekening zet voor grenzeloze informatieoverdracht.

In deze casus wordt breed gevraagd: diagnostiek, behandelingsmogelijkheden en prognose. Dan vind ik het niet gek dat er een breed antwoord komt. Bij een patiënt met meerdere problemen/aandoeningen zullen die elkaar vaker wèl dan niet beïnvloeden. Dus zelfs als je wel gericht vraagt kan het voorkomen dat je onverwachte informatie als deze krijgt, namelijk als de ene aandoening rechtstreeks gevolgen heeft voor de andere.

Dat kan de patiënt ook verwachten, of, als hij dat niet doet, kan het hem uitgelegd worden. Ik denk dan ook dat je het open moet spelen, na voorzichtig aftasten waarom de patiënt het heeft verzwegen. Als dat bijvoorbeeld schaamte is, kun je daar dan adequaat mee omgaan.

Bovendien zit je dan niet met een probleem als de patiënt er niet zelf mee komt. Als blijkt dat de patiënt opzettelijk verzwegen heeft om er onrechtmatig beter van te worden, kan dat ook maar beter duidelijk gemaakt worden. Dan blijft voor de dokter natuurlijk wel de vraag liggen hoe betrouwbaar de rest van zijn verhaal is. En hoe ga je daar dan mee om? In hoeverre de somatisch specialist over de schreef gegaan is, is dus nog maar de vraag. Bovendien is hij er misschien ook toe uitgelokt.

Commentaar 2

Het gaat mijns inziens om twee problemen: (1) het dilemma of de patiënt volledige openheid van zaken geeft (dus te vertrouwen is) en (2) hoe te handelen als door derden (ongevraagd) aanvullende informatie wordt gegeven die het vertrouwen in de patiënt schaadt.

(1) De verzekeringsarts beschrijft zelf al dat het lastig is om in een dergelijke situatie ervan uit te gaan dat de patiënt te goeder trouw handelt. Mijn eerste indruk was dat een patiënt gewoon moet meewerken en hij 'pech' heeft als er aanvullende informatie komt. Maar juridisch gezien staat de patiënt in zijn recht, en loopt het systeem hierop vast. Hierdoor wordt de beoordelend arts voor een dilemma gesteld (neem ik de informatie wel/niet mee en confronteer ik de patiënt wel/niet?). Vaak zal de ongevraagde informatie weinig relevant zijn en gemakkelijk terzijde worden geschoven, maar in dit geval was voor de arts blijkbaar een moreel dilemma ontstaan. De juridische oplossing, de brief negeren (rechtvaardigheid), stond op gespannen voet met het gevoel dat de patiënt essentiële informatie achterhield (wantrouwen, maar mogelijk ook toch de neiging tot weldoen omdat de patiënt zich mogelijk schaamde voor de aanvullende gegevens, of toch onrechtvaardigheidsgevoelens over de macht van de patiënt) en met de fout die de behandelend arts had gemaakt door teveel informatie op te sturen. Het is niet bekend of het meenemen van de informatie in deze casus voor- of nadeel voor de patiënt opleverde. De patiënt moet wel weten dat het achterhouden van informatie ook in zijn nadeel kan werken.

Artsen zullen verschillen in hun beslissing wel of niet verder te gaan. In dit geval overheerste bij de verzekeringsarts het gevoel dat er andere waarden prevaleerden dan alleen de juridische. Ik denk dat de verzekeringsarts zeer behoedzaam heeft gehandeld door op een indirecte wijze de patiënt te confronteren met het achtergehouden probleem. Het komt dan aan op je communicatieve vaardigheden, en uiteindelijk de opstelling van de patiënt. Blijkbaar biedt de wet verder geen ruimte om patiënten te confronteren met het onvoldoende meewerken, en moeten we dergelijke casus accepteren omdat het in het algemeen beter is voor de patiënt dat zorgvuldig wordt omgegaan met informed consent.

(2) Het probleem wordt veroorzaakt doordat de behandelend arts teveel informatie geeft en dus de regels overtreedt van informed consent. In een rechtszaak kan een arts hierop

aangesproken worden. Ook dit lijkt weer een omgekeerde situatie, want je hebt de neiging om de behandelend arts te volgen die relevante gegevens opstuurt, ook al was er niet om gevraagd. Maar ook hier prevaleert de autonomie van de patiënt, en is de arts inderdaad juridisch gezien over de schreef gegaan. Maar hierdoor wordt de arts wel in een moreel dilemma gesteld, omdat hij/zij maar beperkte informatie mag geven. Het is dus wel legitiem om informatie achter te houden, ook al heb je er zelf moeite mee omdat er een verkeerde voorstelling van zaken wordt gegeven. Ook hier lijkt de enige uitweg om er dan zelf actief mee aan de slag te gaan en zelf contact opnemen met de patiënt om dit te verhelderen. In de praktijk is dit meestal niet haalbaar, en kan een patiënt ook tekort worden gedaan. Maar blijkbaar geldt ook hier dat we in het algemeen meer goed doen door informed consent en autonomie hoog te houden. Uit deze casus blijkt ook dat je voorkomt dat de verzekeringsarts in een lastige situatie komt door alleen die informatie te geven waarom gevraagd wordt.

Kader Casus 6 Ontvangen informatie gebruiken?

Omschrijving en vraagstelling

Een verzekeringsarts vraagt informatie op over een cliënt bij een specialist. Deze stuurt veel meer op dan gevraagd. Zal de verzekeringsarts die informatie bij haar beoordeling betrekken?

Overwegingen om die informatie te benutten:

- de informatie is relevant, er zonder zou het plaatje niet compleet zijn en iedere beoordeling ernaast
- en mogelijk wordt de cliënt daarmee tekort gedaan
- het is niet meer mogelijk om de ongevraagde informatie weg te denken, impliciet zal die altijd in je gedachten meespelen, je kunt er dan als beoordelaar maar beter expliciet over zijn
- de patiënt / cliënt zal er wellicht helemaal niet gek van opkijken dat specialisten informatie van elkaar bezitten, de handelwijze van de specialist is invoelbaar omdat het relevante informatie betreft; je moet er daarom gewoon open over kunnen zijn
- handelt de cliënt uit kwader trouw, met oog op eigen gewin, dan neemt hij een risico, waarvoor hij niet beloond hoeft te worden

Overwegingen om die informatie niet te benutten:

- de cliënt heeft geen toestemming gegeven voor het verstrekken van deze informatie
- de specialist is over de schreef gegaan, de informatie komt mij (als beoordelaar) niet toe
- toestemming vragen voor gebruik aan cliënt kan nu eigenlijk niet meer, dit zou immers op zichzelf al een vorm van gebruik zijn, namelijk de erkenning dat je die informatie (ongevraagd) ontvangen hebt
- de cliënt heeft mogelijk goede redenen deze informatie achter te houden, en daartoe ook het recht

Aandachtspunten voor discussie

- *Tijd en scholing.* Het is van belang dat behandeld artsen zorgvuldig omgaan met gegevensuitwisseling; dit vereist dat zij daarvoor voldoende aandacht en tijd hebben, maar ook de nodige kennis en een scherp begrip van de rol die de te geven informatie speelt in de beoordeling van verzekeringsartsen (en/of bedrijfsartsen). Hoe kan daaraan worden bijgedragen?
- *Specificiteit.* Het is van belang dat de vraag om informatie aan behandelaars voldoende specifiek is, dat daarin duidelijk wordt wat doel en context is van de vraag van beoordelaar; daarbij zou het ook kunnen gaan om toetsing van het beeld dat reeds bestaat bij beoordelaar op basis van de informatie die in haar bezit is. Hoe kan deze uitwisseling het beste plaatsvinden, schriftelijk/mondeling?
- *Afweging.* Er blijkt een verschil in weging. De verzekeringsarts koos voor een indirecte weg om cliënt te betrekken bij de achterliggende medische gegevens, zorgvuldige omgang met informatie en respect voor cliënt stond voorop. Anderen zouden voor een meer directe benadering kiezen, en benadrukken daarbij waarden als openheid, eerlijkheid en de eigen verantwoordelijkheid van cliënt. Wat moet zwaarder wegen?

11. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Algemene conclusie

Werken op het gebied van arbeid & gezondheid is gecompliceerd. Dat komt omdat niet één discipline het er voor het zeggen heeft, maar meerdere disciplines naast elkaar en in aanvulling op elkaar bestaan. Bovendien werkt men er op het kruispunt van individuele geneeskunde, maatschappelijke gezondheidszorg, arbeidsparticipatie en sociale verzekeringen.

Vanouds combineren artsen in hun dagelijks werk overwegingen van medisch-technische aard, zoals meer en meer in richtlijnen neergelegd, met overwegingen die in belangrijke mate een ethisch karakter dragen. Deze ethische overwegingen kunnen bij het nemen van beslissingen een cruciale rol spelen. Artsen gaan dikwijls in hun interpretatie van een situatie en de toepassing van een richtlijn uiteen en kunnen daarbij in sterke mate verschillen van inzicht en beoordeling.

Ethische reflectie lijkt hierop een passend antwoord te zijn. Wanneer deze reflectie op een gestructureerde manier plaatsvindt, kan een bijdrage worden geleverd aan een bewustere en beter gemotiveerde besluitvorming, en kunnen verschillen opgehelderd en bespreekbaar gemaakt worden.

Aanbevelingen

1. Ethiek, opgevat als ethische reflectie, zou een centralere plaats op de agenda van artsen moeten innemen. Goed medisch-professioneel handelen laat zich niet denken zonder aandacht voor ethische aspecten. Goede besluitvorming berust op een goed onderbouwde *evidence-base*, op kennis van en ervaring in de praktijk én op een *value-base* die evenzeer onderbouwd is.
2. Elke (multidisciplinaire) richtlijn zou een paragraaf ethiekprudentie dienen te bevatten, waarin richtlijnontwikkelaars anticiperen op ethisch gevoelige situaties, waarin spanningen en fricties de toepassing van de richtlijn, de samenwerking en de besluitvorming bemoeilijken. De paragraaf zou in die situaties ethische reflectie moeten ondersteunen en handvatten moeten bieden voor prudent professioneel handelen, en zo richtinggevend dienen te zijn.
3. Op het terrein van arbeid & gezondheid zou moeten worden onderzocht hoe de professionele integriteit van artsen nader kan worden gewaarborgd (Bedoeld wordt het prudente handelen dat van hen verwacht mag worden en dat zij graag hooghouden.) Genoemde artsen zijn vanouds geplaatst in een omgeving waarin belangen- en loyaliteitsconflicten deel uitmaken van hun dagelijks handelen, maar deze conflicten lijken zich te hebben verscherpt (de betaalbaarheid van het sociale stelsel staat onder druk, de commerciële belangen zijn groot, en de maatschappelijke verwachtingen zijn hoog). Daarmee is de integriteit van individuele artsen, van de beroepsgroepen waartoe zij behoren en van de instellingen waarvan zij deel uitmaken in het geding.
4. Een module ethische reflectie ('Moreel beraad') zou vast onderdeel moeten uitmaken van de beroepsopleidingen, van nascholing en van visitatie. Gestreefd moet worden naar een

multidisciplinaire omgeving, waarin bij uitstek een kritische reflectie op het eigen perspectief en de eigen rol, en op de overstijging daarvan, wordt gevraagd. Ook de individuele hulpverlener is verantwoordelijk voor de eigen medisch-ethische scholing, voor het bijhouden van kennis en vaardigheden, aangepast aan de ontwikkelingen in onze cultuur en maatschappij.

5. Instellingen, als Arbo-diensten en UWV-kantoren, zouden binnen de eigen organisaties, het prudent omgaan met ethische kwesties dienen te bevorderen.

6. De waarde, bruikbaarheid en effectiviteit van ethiekprudentie, waarvan de contouren en ingrediënten in dit rapport zijn geschetst, zou in de praktijk nader dienen te worden onderzocht.

REFERENTIES

Ashcroft RE et al. Principles of health care ethics. Chichester: John Weley, 2007 (2nd edition).

Beaufort I, Hilhorst M e.a. (red). De Kwestie; Praktijkboek Ethiek voor de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2008.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford UP., 2001 (5e druk).

Berg M, Klazinga N, Hout B van. Van 'evidence based' naar 'value based': normatieve overwegingen bij richtlijnen voor "Passende medische zorg" (Een KNMG-project), in: Ingebouwde normen, Marc Berg en Annemarie Mol (red.), Utrecht: Van der Wees, 2001.

Boer WEL de, Steenbeek R. Rapport Probleemsituaties. Geldermalsen: NVVG, 2005.

Boer, WEL de. Quality of evaluation of work disability. Amsterdam: Dissertatie UvA, 2010.

Bolt I e.a. (red). Ethiek in praktijk. Assen: Van Gorcum, 2003.

Brown MM, Brown GC, Sharma S. Evidence-based to value-based medicine. American Medical Association, AMA Press, 2005.

Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en ongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005/10.

Gezondheidsraad. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Verslag van het symposium Beoordelen, behandelen, begeleiden. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007/07.

Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007/14.

Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen, Algemene inleiding. Den Haag: gezondheidsraad, 2006/22.

KNMG. Code Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie'. Utrecht: KNMG, 2007 (<http://knmg.artsennet.nl>)

KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, 2010 (<http://knmg.artsennet.nl>)

Koerselman GF, Korzec A. Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. Ned Tijdschr Geneesk 2008, 152 (32): 1757-1769.

Nauta AP. 'Een vertrouwenskwestie?' Over samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Heerlen: Dissertatie Open Universiteit, 2004.

NVAB. Moreel beraad voor de bedrijfsarts. Utrecht: Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek, mei 2002.

Sumner LW, Boyle J (eds.). Philosophical perspectives in bioethics. Toronto: Univ. of Toronto Press, 1996.

Steinkamp N, Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health care & Philosophy*, 2003 (6): 235-246.

Tannahill A. Beyond evidence – to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health promotion International*, 2008, 23 (4): 380-390.

TNO. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Hoofddorp: TNO-Arbeid, 2002.

Weber LJ. Business ethics in health care; Beyond compliance. Bloomington: Indiana UP, 2001.

Weel ANH, Kelder MJ, Nauta AP. Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Willems DL, Hilhorst MT. Ethische problemen in de huisartsgeneeskunde. Serie voor opleiding en nascholing. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.

BIJLAGE 1

ETHIEK in RICHTLIJNEN bij Arbeid en Gezondheid (EiR-A)

Beknorte informatie over het project

Het Erasmus MC doet samen met de beroepsverenigingen NVAB (bedrijfsartsen) en NVVG (verzekeringsartsen) met subsidie van ZonMw binnen het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) een onderzoek naar mogelijkheden om ethische dilemma's, waarmee artsen (en soms ook psychologen) geconfronteerd worden, op te nemen in multidisciplinaire richtlijnen.

Het onderzoek richt zich op situaties rond arbeid en gezondheid, waarbij ethische problemen regelmatig voorkomen. Onderzocht wordt hoe hier houvast geboden kan worden, en hoe de ethische kwaliteit van beslissingen en van samenwerking tussen de diverse professionals bevorderd kan worden.

Tegelijk met dit onderzoek worden in twee lopende richtlijntrajecten ethisch-normatieve paragrafen ontwikkeld en wordt de daar gehanteerde werkwijze vastgelegd voor toekomstige richtlijntrajecten. Het betreft de recente richtlijn Depressie en de richtlijn Borstkanker.

Voorts wordt een Moral Framework opgesteld (met een toelichtende tekst en handleiding voor gebruik) ter ondersteuning van toekomstige richtlijnontwikkelaars bij het schrijven van een ethische paragraaf bij hun richtlijn.

Een praktijktest en een expertmeeting vormen het sluitstuk van het project.

Daarnaast zullen publicaties verschijnen over het onderzoeksdeel van het project en wordt scholingsmateriaal ontwikkeld.

Het project loopt van 1 januari 2009 – 1 juli 2010.

Nadere informatie is te verkrijgen bij de twee projectleiders

Dhr dr ir M.T. (Medard) Hilhorst, Erasmus MC, m.hilhorst@erasmusmc.nl

Mw dr A.P. (Noks) Nauta, Kwaliteitsbureau NVAB, n.nauta@nvab-online.nl

BIJLAGE 2

Werkgroep Moreel Kader

Leden

Inge den Besten, onderzoeker (secretaris)

Sylvia Buis, huisarts, ervaring als bedrijfsarts, filosoof

Sandra Classen, voormalig huisarts, ervaring als bedrijfsarts

Jim Faas, verzekeringsarts, jurist, lid commissie ethiek NVVG

Ineke Lentjes, verzekeringsarts, lid commissie ethiek NVVG

Medard Hilhorst, onderzoeker ethiek (voorzitter)

Bianca Koelemeijer, bedrijfsarts, lid Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek van de NVAB

Gerard van der Meer, CIZ, voorheen verzekeringsarts en huisarts

Marijke Nelissen, huisarts, ervaring met project samenwerking HA-BA

John de Vreeze, gepensioneerd bedrijfsarts, eerder huisarts en verpleeghuisarts

Kerst Zwart, directeur Welder, cliëntenbelang,

Adviseurs

Inez de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek

Noks Nauta, bedrijfsarts en psycholoog, medewerker kwaliteitsbureau NVAB

Hannie Aartsen, jurist en verpleegkundige, ervaring in kliniek, in beleid en opleiding

Jolanda Dwarswaard, onderzoeker Beleid, professie en ethiek