



Bijlage 5a (nederlands)

## **Hoofdstuk Ethiek voor de multidisciplinaire richtlijn Depressie**

*Versie 30 september 2010*

Noks Nauta, namens de werkgroep

### Inhoud

1. Inleiding
2. Doel van dit hoofdstuk
3. Uitgangsvragen
4. Dilemma's in de praktijk
5. Omgaan met praktijkdilemma's
  - 5.1 Moreel Beraad
  - 5.2 Normen en waarden
  - 5.3 Afweging
6. Aanbevelingen
7. Literatuur
8. De werkgroep

## 1. Inleiding

Dit hoofdstuk is geschreven in het kader van het project Ethiek in Richtlijnen bij Arbeids en Gezondheid (EiR-A). Het project is gefinancierd door ZonMw in het kader van het KKCZ programma en heeft gelopen van 1 januari 2009 t/m 30 juni 2010.<sup>1</sup>

De hoofdvraag van het project EiR-A was: Hoe kan in situaties waarbij er zowel curatieve zorg als zorg rond arbeid en gezondheid verleend wordt<sup>2 3</sup>, en er daardoor morele verschillen van inzicht een belangrijke rol spelen, een multidisciplinaire richtlijn houvast bieden? Hoe kan, in het bijzonder door een goede afstemming, de morele kwaliteit van advies en beoordeling gewaarborgd worden?<sup>4</sup>

Uitgangspunt van dit hoofdstuk is dat gebruikers van deze multidisciplinaire richtlijn Depressie in de praktijk situaties tegenkomen waar de richtlijn geen direct aanknopingspunt biedt. In Evidence based medicine gaat men er vanuit dat naast de wetenschappelijke evidence ook zogenaamde overige overwegingen een rol spelen bij de keuze van een handelingsalternatief. Koerselman en Korzec (2008) wijzen op de klinische ervaring van de individuele arts en verwijzen naar 'patient values', onder verwijzing naar Sackett, de grondlegger van de Evidence Based Medicine. Koerselman en Korzec menen dat het afwijken van een richtlijn ook nu al gemotiveerd moet worden en zij stellen voor daar, indien aan de orde, ook ethische redenen bij te benoemen.

Berg et al (2001) hebben in hun rapport oog voor de 'politieke, economische en rechtvaardigheidsoverwegingen' die dikwijls inwerken op beslissingen op klinisch niveau en besluiten: "Een evidence- based richtlijn is niet op voorhand value-based".

In dit hoofdstuk vindt u een concrete invulling van die overige overwegingen en wel met betrekking tot ethische aspecten.

Dit hoofdstuk zou men ook kunnen gebruiken bij het Verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis en de NHG standaard Depressieve stoornis.

## 2. Doel van dit hoofdstuk

Het doel van dit hoofdstuk is om de gebruikers van deze richtlijn te ondersteunen:

- a. Bij het zich bewust worden van dilemma's in ethisch gevoelige situaties bij het behandelen, begeleiden en beoordelen van mensen met een depressie in situaties van arbeid en gezondheid;
- b. Bij het (eerder) herkennen van de ethische dilemma's<sup>5</sup> die er in die situaties spelen;
- c. Met het vinden/aangeven van mogelijkheden om met deze dilemma's om te gaan.

---

<sup>1</sup> Voor nadere informatie over het gehele project en de producten verwijzen wij naar ..... (hier komt de website waar verslag en andere publicaties staan).

<sup>2</sup> Het project EiR-A betreft ethisch gevoelige situaties waarbij arbeid en gezondheid aan de orde zijn. De principes die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn niet limitatief en kunnen in de praktijk breder worden getrokken.

<sup>3</sup> Wanneer in dit stuk wordt geschreven over arbeid, wordt niet alleen betaalde maar ook niet-betaalde arbeid bedoeld zoals vrijwilligerswerk en mantelzorg.

<sup>4</sup> Voor het antwoord op de vragen: 'Wat is moreel?' en 'Wat is ethiek?' verwijzen we naar leerboeken op dit gebied. In paragraaf 5.2 wordt kort weergegeven wat waarden en normen zijn.

<sup>5</sup> Het woord 'dilemma' suggereert een keuze uit twee alternatieven. Wij gebruiken de term breder: een situatie die in eerste instantie vaak lijkt op de vraag: doe ik iets wel of niet?; doe ik A of B?, maar waar bij nader doorvragen vaak meer dan twee alternatieven mogelijk zijn.

- d. Bij het bespreekbaar maken van het dilemma met andere zorgverleners én met de patiënt/cliënt, door het beter kunnen benoemen en beschrijven van de elementen van het dilemma en de keuzemogelijkheden.

Dit hoofdstuk bevat (naar zijn aard) geen pasklare oplossingen. Het beoogt mensen te inspireren en te motiveren om bewuster en beter om te gaan met dilemma's in ethisch gevoelige situaties.

### 3. Uitgangsvragen

De uitgangsvragen die voor dit hoofdstuk zijn gesteld, zijn:

- Welke ethische dilemma's c.q. ethische vragen met betrekking tot depressie komen in de praktijk voor en welke overkoepelende elementen zien we daarin terug?
- Op welke wijze zouden professionals in de praktijk met deze dilemma's kunnen omgaan?

Hieronder volgt een antwoord op deze vragen, gevolgd door aanbevelingen van de werkgroep die dit hoofdstuk schreef.

### 4. Dilemma's in de praktijk

In tabel 1 is een schematisch overzicht gegeven van kwesties die kunnen spelen bij de behandeling, beoordeling en begeleiding van cliënten met een depressie. De tabel kwam tot stand door het lezen van literatuur, het verzamelen van casuïstiek uit de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen en het verzamelen van casuïstiek bij de leden van de werkgroep.

In de literatuur vonden wij over dit thema in Nederland enkele casusbesprekingen (Faas, 2006; Faas, 2008; Weel, Kelder, Faas, 2005). Daarnaast is een oriënterende search verricht in Pubmed met de trefwoorden Depression, Ethics en Work en alle verwante MeSH termen. Dit leverde 73 artikelen op, waarvan op basis van de titel er 14 nader zijn bestudeerd.

Voorafgaande aan de werkzaamheden van de werkgroep is onder een groep bedrijfs- en verzekeringsartsen geïnventariseerd welke dilemma's zij tegenkomen bij cliënten met een depressie. Voorts zijn in het onderzoeksdeel van het project EiR-A interviews gehouden onder verschillende beroepsbeoefenaren, waarin ook is gevraagd naar eigen dilemma's.

Vervolgens hebben de leden van de werkgroep aangegeven welke dilemma's zij zelf uit ervaring kennen. Deze inventarisatie leverde een aantal thema's op. Daaraan zijn nog enkele niet benoemde thema's uit de 14 artikelen toegevoegd.

De werkgroep heeft ze ingedeeld in zes hoofdgroepen, te weten: (1) visie van de cliënt; (2) samenwerken, (3) diagnostiek, (4) beoordeling van arbeidsgeschiktheid, (5) zelfreflectie van de professional en (6) de context waarin cliënt zich bevindt. (Volledigheid is niet het doel van deze inventarisatie, de herkenbaarheid staat voorop.) In de derde kolom van tabel 1 staan de vragen die de professionals zichzelf dikwijls stellen. Het gaat niet altijd om een vraag met een direct ethisch gehalte, maar bij doorvragen ligt er vaak een ethische kwestie achter, die nader onderzoek verdient en waar meerdere alternatieven mogelijk zijn (zich keuzemogelijkheden voordoen).

Dilemma's bleken frequent voor te komen in het kader van multidisciplinair samenwerken en afstemmen. Daarom staat dat cluster/die hoofdgroep meteen na het cluster 'visie van de cliënt'. De werkgroep heeft er voor gekozen om 'samenwerken' nadrukkelijk en expliciet mee te nemen als belangrijke waarde

"Samenwerken", aldus Verplaetse, "is soms hachelijk, en vraagt om welwillendheid, maar iedereen kan bij samenwerken ook baat hebben. Het morele appèl om samen te werken kan zo gezien worden als een bijzondere vorm van 'goed doen' ". Samenwerken verwijst ook naar een vorm van 'rechtvaardigheid': dat iedereen in de coöperatieve relaties, die samenleven mogelijk maken, de juiste plaats inneemt en de bijbehorende verantwoordelijkheid wil dragen.

Tabel 1

Elementen van praktijkdilemma's bij cliënten met een depressie met bijbehorende thema's en vragen

<b>Hoofdgroep</b>	<b>Thema's</b>	<b>Vragen</b>
Visie van de cliënt (en eventuele relevante naasten), samenwerken van professional met cliënt (shared decision making)	Gelijkwaardige positie cliënt in de relatie met zorgverlener Ruimte voor eigen visie van cliënt m.b.t. diagnose en behandeling	In hoeverre krijgt de cliënt ruimte en tijd voor inbreng eigen visie m.b.t. de diagnose en de behandeling? Heeft de cliënt voldoende informatie (ook schriftelijk) om mee te beslissen? Ook m.b.t. werking en bijwerking van medicatie in relatie tot werk? Wat houdt 'leiderschap' van de professional in?
	Betekenis van de diagnose voor de cliënt	Wat is de betekenis van de diagnose voor de cliënt en zijn of haar leven?
	Kwetsbaarheid cliënt met depressie	Is er voldoende oog voor de kwetsbaarheid van de cliënt? Kan de cliënt wel actief meewerken als zelfbeeld laag is en men kwetsbaar is?
	Keuze voor behandeling	Wat te doen als cliënt andere therapiekeuze maakt dan de therapie die voor professional eerste keuze is?
	Bijwerkingen en andere nadelen van behandeling	Realiseert de professional zich voldoende dat elke behandeling bijwerkingen heeft? Kan men zich voldoende inleven in de cliënt om te begrijpen hoe de cliënt reageert op een behandelvoorstel?
	Delen van diagnose en probleemanalyse en rapportage in het algemeen met cliënt	Is de cliënt het eens met de diagnose en de probleemanalyse? Op welke wijze kan de professional met de cliënt bespreken wat in de rapportage komt?
	Onduidelijkheid over gang van zaken rond arbeid en gezondheid kan angst oproepen	Wat doet een bedrijfsarts of verzekeringsarts? Is dit helder gecommuniceerd? Weet de cliënt voldoende?
	Vertrouwen in zorgverlener	Kan ik als cliënt (of als professional) de (andere) professional vertrouwen? In hoeverre beïnvloed je als professional het vertrouwen dat de cliënt in de andere professional heeft?

	Eigen mening cliënt over arbeidsgeschiktheid	Wat als cliënt zich zelf niet in staat acht tot werken? Wat als de cliënt een therapie kiest die wellicht kans op arbeidsgeschiktheid verkleint? Wat heeft cliënt nodig om werksituatie te verbeteren?
	Diversiteit	Hoeveel ruimte krijgt een cliënt met een andere (mens)visie of culturele achtergrond?
	Coping	Wat te doen met meer passieve copingstijl of wanneer cliënt bijvoorbeeld meent dat oorzaak genetisch is, er dus niets aan kan doen. Toch activeren?
Afstemming en samenwerken professies/ disciplines, ook werkgever	Samen verantwoordelijk voor goede zorg	Wordt er gedacht 'als één hoofd'? Geeft men wel gelijklopende boodschappen (af) aan de cliënt?
	Verantwoordelijkheden, rechten, plichten, taken en doelen	Wie is waarvoor verantwoordelijk? Wat zijn ieders rechten en plichten, ook van de cliënt? Weet men wat ieder doet en is dat helder afgegrensd? Welk doel streeft men na: Herstel van klachten of herstel van functioneren? Werkgever heeft zorg voor zieke medewerker maar is ook verantwoordelijk voor de niet verzuimende collega's. Hoe gaat dat? Welke rol heeft bedrijfsarts daarbij?
	Effect voor cliënt	Zijn de voor- en nadelen van afstemming/ samenwerking voor de cliënt in kaart te brengen?
	Overleg over de diagnose	Verstaat ieder hetzelfde onder 'depressie', 'depressieve klachten' of 'depressieve stoornis'? Gebruikt ieder de DSM IV?
	Overleg over de behandeling	Gebruikt ieder dezelfde richtlijnen? Wat is de beste behandeling vanuit ieders perspectief? Wanneer schrijft men wel/ geen antidepressiva voor en welke? Wat te doen als de cliënt een andere therapiekeuze maakt dan de therapie die voor professional eerste keuze is?
	Beoordeling van arbeidsmogelijkheden	Betekent herstel van klachten ook herstel van functie? Heeft behandelaar ook oog voor functioneel herstel? In hoeverre staat de bedrijfsarts onder druk van de werkgever?
	Elkaar op de hoogte houden en gegevens uitwisselen	Houdt men elkaar voldoende op de hoogte bij verwijzingen? Wat te doen als cliënt niet wil dat gegevens van de psycholoog naar de bedrijfsarts gaan (angst dat gegevens bij werkgever komen)? Kan de BA of VA wel goede uitspraken doen zonder info van behandelaar?
	Tijdsinvestering	Wat te doen als er geen tijd is voor afstemmen of samenwerken?

Diagnostiek (niet direct in verband met samenwerken)	Depressie, depressieve klachten, depressieve stoornis	Is gebruik van de DSM-IV geaccepteerd? Wanneer spreek je van depressie, wanneer van depressieve klachten of van een depressieve stoornis, wat zijn de objectieve criteria? (Daar is ook verschuiving in de tijd te zien.)
	Overlap met andere aandoeningen	Bij overlap met persoonlijkheidsstoornis, toch diagnose depressie stellen?
	Verschuiving begrip 'depressie'	Levensprobleem is toch niet hetzelfde als depressie?
	Gevolgen van diagnose	Realiseert men zich dat de diagnose depressieve stoornis ook kan leiden tot disempowerment (ik ben ziek, dus...) Realiseert men zich de gevolgen van het opnemen van de diagnose in EPD?
	Diagnose gemist doordat cliënt gezichtsverlies wil vermijden	Is er ruimte genoeg in het consult om cliënt te laten spreken over depressieve gevoelens?
	Eigen weerstanden en vooroordelen	Welke gevoelens heb je zelf bij het verhaal van de cliënt en bij psychische klachten in het algemeen?
	Gebruik van vragenlijsten	Wat zijn de voor- en nadelen van het gebruik van vragenlijsten ter ondersteuning van de diagnostiek voor de verschillende partijen?
	Werkgebonden factoren die meespelen bij ontstaan of verergeren van depressie	Welke rol spelen stress, discriminatie, onrechtvaardigheid op het werk bij het ontstaan of verergeren van depressie? In hoeverre is het een beroepsziekte?
	Culturele aspecten, begrip ziekte bij mensen met niet-Nederlandse achtergrond	Dezelfde diagnostische criteria hanteren ook bij andere culturele achtergrond? Hoe om te gaan met andere culturele achtergronden?
Behandeling (niet direct in verband met samenwerken)	Keuze van behandeling die men aanbiedt	Hoe gebruikt men de diagnostiek voor de keuze van een behandeling?
	Gevolgen van behandelvoorstel	Realiseert men zich dat het voorschrijven van antidepressiva kan leiden tot disempowerment (ik slik pillen, dus ik ben ziek.)
Beoordeling van arbeidsgeschiktheid	Ziektebegrip is niet objectief	Wanneer spreek je van ziekte? Hoe bepaal je kwaliteit van leven? Wat als cliënt vraagt om expliciete erkenning van 'ziekte'? In hoeverre vormt ziekte een schijnzekerheid?
	Beoordeling arbeidsgeschiktheid in relatie tot diagnose	Hoe direct is de relatie tussen de diagnose (onderscheid depressieve klachten, depressie, depressieve stoornis) en de belastbaarheid voor werk?
	Meewerken aan behandeling	Mag een cliënt antidepressiva weigeren? Betekent dat dan het niet meewerken aan eigen herstel?
	Sociale context	In hoeverre mag je de sociale context mee laten wegen?

Zelfreflectie van de professional	Omgaan met kritiek van anderen, geven van kritiek aan anderen, eigen (persoonlijke en professionele) attitude m.b.t psychische klachten	In hoeverre accepteer je kritiek van anderen en geef je kritiek aan anderen? Ben je je bewust van je eigen vooroordelen op het gebied van psychische problemen/ depressie? Zou je mensen met psychische problemen naar een collega laten gaan die hier meer affiniteit mee heeft? Mag je subjectieve begrippen zoals ziekte winst en lijdensdruk mee laten wegen?
Context	Betrekken van de context (partner/ gezin; werk: collega's en werkgever)	Hoe zwaar wegen contextfactoren bij beoordeling arbeidsgeschiktheid en hoe zwaar wegen werkfactoren bij behandeling? Hoe weeg je de inbreng van anderen, zoals partner, kinderen? Hoe weeg je de inbreng van werkgever en collega's? Hoe omgaan met beroepsgeheim naar derden toe (openheid versus negatieve vooroordelen over depressie)?

## 5. Omgaan met praktijkdilemma's

### 5.1 Moreel beraad

De werkgroep is van mening dat het intercollegiaal en bij voorkeur in multidisciplinair verband bespreken van praktijkdilemma's de zorg op een hoger kwalitatief plan kan brengen. Ook de zelfreflectie, het bewust omgaan met eigen attitudes, opvattingen, 'biases' in persoonlijk en professioneel opzicht, zal er door ondersteund worden. Er zijn ook aanwijzingen dat het bespreken van ethische dilemma's arbeidstevredenheid van werkenden in de zorg doet toenemen en dat ze minder stress ervaren en meer enthousiast voor het werk worden (Bauduin & Kanne, 2009).

Eén van de manieren die men kan toepassen om een dilemma te bespreken is een methode voor moreel beraad. Er bestaan hiervoor diverse methoden, die alle neerkomen op een stappenplan voor systematische ethische reflectie. (Manschot & van Dartel, 2003; Steinkamp & Gordijn, 2003) Het wordt sterk aanbevolen hierbij te werken met een in deze methoden getrainde gespreksleider. De taken van deze gespreksleider zijn om het proces te faciliteren, de groep middels gestructureerde manier door de stappen heen te leiden en de groep een dialoog te laten aangaan, waarbij men vanuit de feiten onderzoekend te werk gaat. De gespreksleider probeert daarbij de deelnemers in een onderzoekshouding te zetten, vrij van vooronderstellingen. Aan het eind van de sessie komt men tot afspraken voor actie (wie gaat wat doen).

In de bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde wordt gebruik gemaakt van een (vereenvoudigd) stappenplan gebaseerd op de Nijmeegse methode Moreel Beraad. Deze gestructureerde casusbespreking bestaat uit vijf stappen waarin men op zoek gaat naar:

- a. Feiten
- b. Handelingsalternatieven
- c. Waarden per alternatief en vanuit diverse perspectieven
- d. Weging van de waarden
- e. Keuze en argumentering, onderbouwing van een alternatief

Elke casus heeft eigen karakteristieken en details, waardoor de afweging steeds weer uniek is.

## 5.2 Normen en waarden

De basisnormen, ook wel fundamentele principes genoemd, die in de medische wereld veelvuldig/op wijde schaal worden gebruikt zijn: goed doen en niet schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid. Ze verwijzen alle vier naar een morele verplichting om belangrijke waarden die nastrevenswaardig zijn te bevorderen. Met name gaat het daarbij om de waarden welzijn (waaronder gezondheid), autonomie en rechtvaardigheid. (Beauchamp & Childress, 2001; Bolt et al, 2007) Daarnaast worden waarden als eerlijkheid en zorgvuldigheid ook vaak genoemd, en dus (in beginsel) de morele verplichting om daarnaar te handelen.<sup>6</sup> In de artseneed en in veel beroepscoodes wordt daarnaar expliciet verwezen. In de zorg (expliciet genoemd in de GGZ, maar ook daarbuiten van groot belang) zijn tevens aandacht en vertrouwen essentieel.

Hier nog een nadere toelichting op de genoemde basisnormen.

*Goed doen en niet schaden:* deze norm schrijft voor dat de waarde 'welzijn', waaronder gezondheid, bevorderd dient te worden. Maar ook arbeidsparticipatie, en vele andere materiële en immateriële waarden kan men ertoe rekenen. Als we een bepaald handelingsalternatief kiezen, moeten we ons afvragen welke gevolgen die keuze heeft voor het welzijn van betrokkenen.

*Respect voor autonomie* betreft allereerst de vrijheidsruimte: heeft de cliënt de mogelijkheid het advies te weigeren, heeft de cliënt hier een eigen inbreng? Welke ruimte wordt gelaten? Daarnaast is er de vraag naar zelfbepaling: de vraag in hoeverre iemand met een depressie autonoom, handelingsbekwaam kan zijn? Kan iemand in zo'n conditie, waarbij men vaak een laag zelfbeeld heeft en kwetsbaar is, wel op een goede manier overzien wat een bepaald handelingsalternatief impliceert? In welk opzicht en in welke mate kunnen we mensen met een depressie als voldoende handelingsbekwaam zien?

Respect moet er ook zijn voor het handelen van professionals: hebben zij steeds de vrijheid om hun verantwoordelijkheid te nemen? Kan de professional wel handelen volgens professionele standaarden? Kan de professional wel in vrijheid kiezen voor een alternatief, zonder enige vorm van dwang te ondervinden van een cliënt, een werkgever of anderszins?

De norm *rechtvaardigheid* is telkens aan de orde bij arbeid en gezondheid, omdat de vraag naar de rechtvaardiging (verantwoording) van een uitkering bijvoorbeeld vaak aan de orde is: krijgen mensen wel de uitkering waar ze (moreel en juridisch) recht op hebben? Binnen onze maatschappij is politiek de keuze al gemaakt om uitkeringen op basis van verdien capaciteit toe te kennen, maar dat kan als onrechtvaardig worden gezien, of onrechtvaardig uitpakken in concrete gevallen. Rechtvaardigheid betekent dan aandacht voor een eerlijke verdeling. Rechtvaardigheid heeft altijd het element van vergelijking. In gelijke situaties gelijk handelen, maar in ongelijke situaties verschillend. Vanuit de arts gezien: zou ik in een zelfde geval hetzelfde handelen? En als ik anders handel, wat rechtvaardigt het verschil? Rechtvaardigheid, tenslotte, heeft ook een formele kant: procedures dienen

---

<sup>6</sup> Eigen ervaringen van enkele werkgroepleden bij het geven van cursussen moreel beraad voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.



zorgvuldig te zijn, waardoor cliënten allemaal een gelijke, faire kans krijgen tot toegang tot de zorg, sociale voorzieningen en publieke middelen.

*Eerlijkheid* wil zeggen: houd ik mij aan de feiten? Vertel ik wel de waarheid, houd ik geen zaken achter? Het gaat dikwijls ook om transparantie. Vertel ik de cliënt alles dat ik ook in de rapportage opschrijf?

*Zorgvuldigheid* heeft te maken met de manier waarop men omgaat met bijvoorbeeld (gevoelige) gegevens, en meer algemeen met zorgvuldige procedures, zodat iedereen weet waar hij/zij aan toe; ze waarborgen veiligheid en bescherming binnen (soms bureaucratische, anonieme) systemen. Zorgvuldigheid heeft ook te maken met: Gebruik ik wel alle beschikbare informatie? Vraag ik nog extra informatie aan?

*Aandacht* is te zien als de wijze waarop men zich opstelt naar de cliënt toe. De aandacht zou gericht moeten zijn op de cliënt/ patiënt en diens belang. Aandacht houdt ook in dat men luistert naar wat de patiënt te vertellen heeft.

*Vertrouwen* betekent dat men zich veilig genoeg voelt om gevoelige zaken met elkaar te bespreken. Dit geldt voor zorgverleners onderling en voor de relatie patiënt zorgverlener. Vertrouwen is niet vanzelf aanwezig maar groeit in een relatie wanneer men positieve ervaringen heeft in de samenwerking. Wanneer vertrouwen wordt geschonden, is het opbouwen ervan nogal eens lastig, er zijn dan weer meer positieve ervaringen voor nodig.

Ons voorstel is om de waarde 'samenwerking' ook aandacht te geven. De werkgroep ziet (zie ook onder 3.) 'samenwerken' als een bijzondere vorm van goed doen, een passende manier om welzijn te bevorderen: een betere kwaliteit van behandeling, beoordeling, en begeleiding, ook in ethisch opzicht. Daarom vragen we ons ook af in hoeverre een bepaald handelingsalternatief recht doet aan gewenste, moreel gemotiveerde samenwerking.

### 5.3 Afweging

De werkgroep meent dat het bespreken van een casus, waarin een ethisch dilemma speelt, waardevol is. Met behulp van een methode Moreel Beraad, die daarvoor de structuur biedt, kan het professionals houvast geven. De keuze voor een bepaald alternatief na de weging wordt daarbij mede ingegeven door de visie die men bijvoorbeeld heeft op het belang van werk (participatie in betaald en onbetaald werk). Afhankelijk van het perspectief dat men heeft, zal men bepaalde waarden zwaarder wegen dan andere, bepaalde normen hoger in rangorde plaatsen. Gewoonlijk blijven deze zaken onbenoemd en onuitgesproken. Het belang van de bespreking is dat men uitgenodigd wordt daar expliciet over te zijn, zodat men de keuze kan onderbouwen en verantwoorden.

Wanneer men vaker morele dilemma's analyseert, merkt men dat men bij een volgend dilemma sneller zal herkennen welke morele waarden botsen en vanuit welke gezichtspunten botsingen kunnen optreden.

Om een keuze te onderbouwen heeft men voldoende informatie nodig. Zo zal de evidence over de effectiviteit van behandelmethoden ook een belangrijke rol spelen. De recente kennis daarover kan men in deze richtlijn Depressie vinden.

Soms zal men in de casusbesprekingen stuiten op terugkerende, overkoepelende problematiek. Ze verdienen aandacht op een structureler niveau. Een aantal van die overkoepelende vragen staat in tabel 1 in de derde kolom. Bijvoorbeeld (maar zeker niet uitputtend) over verantwoordelijkheden, over definitie, over functieherstel, enkele

vragen die ook juridische aandacht verdienen zoals over onderling doorgeven van gegevens.

Op basis van acties naar aanleiding van die vragen kan de zorg structureel verbeterd worden. Wanneer bepaalde soorten dilemma's vaker voorkomen, kan het zinvol zijn hier een standpunt over te formuleren.

## 6. Aanbevelingen

1. Voor het houden van moreel beraad dient men voldoende tijd te reserveren. Een getrainde gespreksleider is nodig voor een kwalitatief goede bespreking.
2. Stel bij het behandelen, begeleiden of beoordelen van een patiënt met een depressie altijd eerst de vraag hoeveel autonomie deze persoon aankan. Of heeft deze persoon vanwege de kwetsbaarheid wat meer steun nodig en kan men van de eigen regie nog niet veel verwachten?
3. Ga na welke dilemma's er bij de casus in het kader van arbeid en gezondheid een rol spelen. De tabel met veel voorkomende elementen uit dilemma's die vanuit de praktijk is opgesteld kan daarbij behulpzaam zijn.
4. Bespreek regelmatig dilemma's die spelen bij mensen met depressie samen met een groep collega's, liefst multidisciplinair. Gebruik daarbij een methode moreel beraad en geef ook aandacht (naast de in de geneeskunde al bekende waarden) aan het belang van 'samenwerking'. Daarbij gaat het om het streven naar de juiste relaties en afstemming van verantwoordelijkheden. Evalueer elke casusbespreking: heeft de bespreking geleid tot een betere of beter onderbouwde keuze? Stel ook de vraag: in welk opzicht hebben gezamenlijke besprekingen een positief effect op ieders persoonlijke bewustwording en ethische (zelf)reflectie?
5. Bespreek een dilemma liefst ook met de cliënt zelf en waar mogelijk met een relevante naaste. Deze kan dan meedenken over wat vanuit diens eigen perspectief de beste optie zou zijn.
6. Bespreek naar aanleiding van een casusbespreking ook regelmatig of er overkoepelende aspecten zijn om eventueel structurele veranderingen door te voeren. Overweeg naar aanleiding van vaker voorkomende dilemma's een standpunt te formuleren.

## 7. Literatuur

Dorien Bauduin & Mariël Kanne. Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie. Amsterdam: SWP; Dordrecht: De Grote Rivieren, 2009.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Bioomedical Ethics, 5th edition. New York/Oxford: Oxford University Press, 2001.

Berg, Marc, Niek Klazinga, Ben van Hout, 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, 2001.

Bolt LLE, Verweij MF, Delden JJM van. Ethiek in praktijk. Assen: Van Gorcum, 2007.

Faas WA, Kantonrechter verplicht werknemer medicijnen te slikken. Het hek van de dam? TBV 2006; (14): 38-39.

Faas WA. De kwaal erger dan het middel: een geval van genezingsbelemmering. Hoogste tijd voor een richtlijn? TBV 2008 (16); 3: 110-112.

Koerselman GF, Korzec A. Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. [commentaar] Ned Tijdschr Geneesk 2008 (152):1757-1759.

Henk Manschot en Hans van Dartel. In gesprek over goede zorg. Amsterdam: Boom, 2003.

NHG standaard Depressieve stoornis, 2005. In revisie.

Norbert Steinkamp and Bert Gordijn. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. Medicine, Health Care and Philosophy 2003 (60): 235–246.

Jan Verplaetse. Het morele instinct. Amsterdam, uitgeverij Nieuwezijds, 2008.

Verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis. Gezondheidsraad, 2006.

André Weel, Marja Kelder, Noks Nauta. Praktijkdilemma's voor Bedrijfs- en Verzekeringsartsen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005

## 8. De werkgroep

De werkgroep die deze paragraaf heeft samengesteld bestond uit:

Mw dr I. (Ina) Boerema, Trimbos Instituut, waarnemend projectleider multidisciplinaire richtlijnen depressie en angst

Dhr drs P.G. (Paul) Brock, verzekeringsarts, UWV

Mw drs I. (Inge) den Besten, onderzoeker, ErasmusMC

Mw drs A. (Aly) van Geleuken, psycholoog, tot 1 oktober 2009 hoofd Depressiecentrum, Fonds Psychische Gezondheid; sinds 1 oktober 2009 manager ontwikkeling, onderzoek en implementatie bij Praktijkondersteuning Zuidoost Brabant

Dhr drs D. E. (Dick) Kleinlugtenbelt, socioloog en filosoof, hoofd kwaliteit en beleidsmedewerker ethiek, GGNet en een eigen filosofisch bureau

Mw dr J. (Jolanda) Meeuwissen, psycholoog, senior wetenschappelijk onderzoeker Trimbos Instituut, projectleider multidisciplinaire richtlijnen depressie en angst

Dhr drs P.J. (Pieter) Molenaar, GZ-psycholoog, Bewegingswetenschapper en wetenschappelijk onderzoeker, Indigo Gezond werken

Mw dr A.P. (Noks) Nauta, bedrijfsarts en psycholoog, NVAB, deelprojectleider EiR-A en voorzitter van de werkgroep

Dhr dr E. (Eric) van Rijswijk, huisarts

Dhr dr J. (Jan) Spijker, psychiater

De werkgroep heeft in totaal driemaal vergaderd en daarnaast per e-mail overlegd. De concept tekst is opgesteld en op 25 februari 2010 voorgelegd aan een groep a.s. gebruikers in een praktijktest, bestaande uit een huisarts, twee bedrijfsartsen, een verzekeringsarts, een eerstelijnspsycholoog, een ethicus en twee mensen vanuit patiëntenperspectief. Daarna is de tekst aangepast.