



Bijlage 6

Programma Expertmeeting EIR-A, 12 april 2010

Bedoeling van de middag:

- Voorlopige uitkomsten van het project delen met deskundigen en betrokkenen
- Steun en draagvlak zoeken
- Suggesties ontvangen voor verdere implementatie / onderzoek
- Reacties verwerken in eindrapport

Tijd: maandag 12 april, 13.00-16.30 uur

Locatie: Kwaliteitsbureau NVAB, Churchill laan 11, Utrecht
12^e verdieping (zaal 5)

Programma:

12.45	Inloop lunch
13.30 – 15.00	- 1 ^e ronde: resultaten Onderzoek en Moreel kader. - Debat <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Hoort ethiek wel / niet in richtlijnen thuis?</i>▪ <i>Wat zou een zinvolle aanvulling kunnen zijn?</i>
15.00 – 15 20	Pauze
15.20 – 16.20	- 2 ^e ronde: resultaten Werkgroepen depressie en borstkanker. - Debat <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Hoe kan aan ethische overwegingen het beste vorm gegeven kunnen worden?</i>▪ <i>Hoe kan hieraan worden verder gewerkt en steun verkregen worden?</i>
16.20 – 16.30	Afsluiting
16.30 –	afsluitend drankje

(versie 12 april)

Deelnemerslijst Expertmeeting, Utrecht, 12 april 2010

Deelnemers

Organisatie

ID de Beaufort (Inez)	Erasmus MC, hoogleraar Ethiek - voorzitter
C Bal (Carla)	UMC St. Radboud, morele gesprekvoering
T van Barneveld (Theus)	Orde Medisch Specialisten, kwaliteit
A Blanken (Agnes)	Erasmus MC kwaliteitsmedewerker, psycholoog
AH Blankenstein (Nettie)	VU A'dam, huisartsgeneeskunde
MC Bleeker (Ria)	NVAB commissie Ethiek, bedrijfsarts LUMC
M de Booy (Marjolein)	NPCF, kwaliteit
J Burgers (Jako)	CBO, huisarts
G van Dijk (Gert)	KNMG, beleidsmedewerker ethiek
D Dreesens (Dunja)	ZonMw, programmasecretaris
G van Ekeren (Gert)	UWV Mediprudentie, verzekeringsarts en opleider
C. Hulshof (Carel)	NVAB
Y Jansen (Ynske)	CG-Raad
J Meeuwissen (Jolanda)	Trimbos Instituut
B Molewijk (Bert)	VU A'dam, moreel beraad
Mw Ravensteijn	Erasmus MC
N Sax (Noortje)	VvVP, senior beleidsmedewerker kwaliteit
A Sterk (Arthur)	Beleid, bedrijfsarts en verzekeringsarts
JA Swinkels (Jan)	CBO/UvA, hoogleraar Psychiatrie
L van de Ven (Lex)	NVVG commissie Ethiek, verzekeringsarts
F Vizi (Felicia)	NSPOH opleidingen
D Willems (Dick)	AMC, hoogleraar Ethiek, vml. huisarts

Projectgroep EiR-A

MT Hilhorst (Medard)	projectleider, Erasmus MC afdeling Ethiek, docent en onderzoeker
AP Nauta (Noks)	projectleider, NVAB Kwaliteitsbureau, bedrijfsarts en psycholoog
I den Besten (Inge)	Erasmus MC, junior onderzoeker Ethiek-in-Richtlijnen
WA Faas (Jim)	NVVG commissie Ethiek, verzekeringsarts en jurist
ANH Weel (André)	NVAB Kwaliteitsbureau, bedrijfsarts
K Zwart (Kerst)	Welder, directeur

Expertmeeting 12 april 2010

Verslag aandachtspunten Inge den Besten

Naar aanleiding van de presentatie van de onderzoeksresultaten (interviews en focusgroepbijeenkomst)

- Verschil tussen zieke en ziekte? Wat is medisch?
- Betreft het de ethiek over het maken van richtlijnen, of het toepassen van richtlijnen. In dit project gaat het om beide, maar er bestaan raakvlakken en overlap. De achtergronddiscussie die in Nederland nog gevoerd zou moeten worden is de ethiek achter het maken van richtlijnen. Is een RCT bijvoorbeeld nog de hoogste vorm van bewijsvoering?
- Richtlijnen krijgen steeds meer een patiëntencomponent. De vraag is of patiënten iets hebben aan richtlijnen. Hier komt wel meer aandacht voor.
- Wat gemist wordt is de werkgever die niet meewerkt aan herstel. Deze onderzoeksresultaten kunnen, als ze door cliënten gelezen worden, snel de indruk geven dat de cliënt het altijd gedaan heeft.
- Opgemerkt wordt dat de stap van dilemma's naar ethiek in richtlijnen wel erg snel gemaakt wordt. Er is toch ook nog zoiets als professionele autonomie; de professional is immers, als het goed is, juist opgeleid om met dilemma's om te gaan?

Naar aanleiding van de presentatie over Moreel Kader

- Een ethisch hoofdstuk biedt geen directe uitkomsten, maar moet een 'awareness' teweeg brengen. Een richtlijn zelf is evenmin een kookboek, hoewel sommige artsen dit wel zo gebruiken.
- De vraag is hoeveel verschil (interdoktervariatie) er tussen artsen mag zijn bij het maken van beslissingen.
- Bedrijfsartsen hebben een dubbele rol en loyaliteit. Deze verantwoordelijkheden zouden tussen verschillende artsen verdeeld moeten worden, zodat duidelijk is wie wat doet.
- In de Checklist in het rapport Moreel kader worden relevante waarden geëxpliciteerd, het is een bruikbare 'tool'.
- Eigenbelang zou ook nog een kolom kunnen zijn in de checklist.
- 'Duurzaamheid' omvat ook dat mensen niet opgebrand raken.
- Solidariteit zou explicieter genoemd kunnen worden, het is impliciet in de waarde 'sociale rechtvaardigheid'.
- Respect staat onder het kopje medisch-ethisch. Aan de andere kant moet de arts ook respect hebben voor de patiënt, ook als deze een ander perspectief heeft, 'beyond medicine'.
- Het doel van een richtlijn moet benoemd worden. Waarom zijn richtlijnen bijvoorbeeld ingedeeld per ziekte? Dat is ook meteen de meerwaarde van het betrekken van patiënten: zij beseffen dat het om meer gaat dan ziekte alleen.

- Het hoofdstuk Moreel Kader biedt een goed startpunt. In de huidige vorm is het - gezien dit project - toegeschreven op arbeid en gezondheid. Diverse aanwezigen zouden graag zien dat een dergelijk stuk ook geschikt zou worden gemaakt om daarbuiten te gebruiken, in de gezondheidszorg als zodanig.

Naar aanleiding van de presentaties over borstkanker en depressie

- Jammer dat er bij de werkgroepen geen patiënten aanwezig waren. Dit maakt het toch tot een ander stuk. Opgemerkt wordt dat er wel een focusgroep en een praktijktest gehouden zijn, waarbij patiënten ruimschoots betrokken zijn geweest.
- De mantelzorg en de omgeving worden gemist, terwijl deze juist een belangrijk onderdeel vormen van de context waarin de patiënt zich bevindt.
- In de paragraaf borstkanker zijn veel vragen opgesomd. Opgemerkt wordt dat ze de functie hebben om bewustwording te bevorderen en het begin van discussie en overleg zouden moeten zijn. Maar moet niet een stap verder worden gegaan en meer handvatten geboden? Door bijvoorbeeld de mogelijkheden te schetsen en daarbij de voor- en nadelen te benoemen, zonder een oplossing te geven. Dan maakt transparant wat de afwegingen zijn.
- Lichaam en geest worden veel gescheiden, door het medische apart te benoemen. Deze scheiding moet minder, omdat beide elkaar beïnvloeden.
- De twee verschillende hoofdstukken borstkanker en depressie, zouden tot 1 format moeten leiden. Context- en rechtvaardigheidsfactoren zouden bij elke afweging genoemd kunnen worden. Daarnaast zijn veel kwesties onderwerpoverstijgend, niet specifiek voor één aandoening. Mogelijk is een algemeen stuk mogelijk, dat per richtlijn kan worden aangepast of aangevuld, waarbij gefocussed kan worden.
- Verschillende soorten artsen hebben een specifieke taak. Idealiter zijn deze taken aanvullend op elkaar. De uitdaging van een richtlijn is om deze grenzen duidelijk te markeren en daarmee de verantwoordelijkheden af te bakenen.
- In het hoofdstuk borstkanker worden impliciete veronderstellingen over moeheid als uitgangspunt genomen, zoals gangbaar in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Is hier niet meer distantie en neutraliteit ten opzichte van die praktijk nodig?
- Tip is om bij het maken van een (deel van een) richtlijn al na te denken over indicatoren. Dit is een oefening op zichzelf en helpt om in de richtlijn tot een bepaalde formulering te komen.