**Niet alles wat kan, hoeft**

Op 12 april organiseert KNMG District Groningen voor haar leden een bijscholingsavond met als thema: Niet alles wat kan, hoeft. In de hedendaagse zorg kom je als arts regelmatig weer voor het dilemma te staan: wel of niet behandelen? Wat is kwaliteit van leven voor mijn patiënt? Moeten we alles doen wat medisch gezien mogelijk is? En hoe zit dit bij kinderen? Dit zijn een paar van de vele vragen die op deze avond behandeld zullen worden.

De avond zal plaatsvinden in het Auditorium in de Bovenkamer van Groningen, een zaal die vanwege de theateropstelling en goede akoestiek een uitstekende locatie is voor deze avond met interactief karakter.

Het programma zal beginnen rond 17.30 met een maaltijd, waarna het inhoudelijke programma tussen 18.30-22.00 uur zal plaatsvinden. Dit ziet er als volgt uit:

18.30-19.45 Introductie thema en casuïstiek vanuit het oogpunt van de Dappere Dokters door drs. Bart Meijman en drs. Floor Snoek

19.45-20.45 Een debat onder leiding van dr. Els Maeckelberghe, ethicus

20.45-21.05 Pauze

21.05 - 21.50 Beslissingen over levenseinde bij pasgeborenen en kinderen: wanneer doen en wanneer laten?Door prof.mr.dr. Eduard Verhagen

21.50-22.00 Afsluiting

*Toelichting*

**Dappere Dokters**

Drs. Bart Meijman, huisarts en mede-initiatiefnemer van Dappere Dokters

drs. Floor Snoek, huisarts

De sprekers zullen beginnen met een korte inleiding over de filosofie van de Dappere Dokters, gevolgd door een interactief gedeelte met bespreking van casuïstiek.

'Optimale zorg - Dappere dokters' draait om de gunstigste zorg voor de patiënt waarbij de persoon van de patiënt belangrijker is dan de ziekte. Dappere dokters gaan in gesprek met de patiënt over het kiezen van optimale zorg. Deze dokters hebben aandacht voor de betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij de besluitvorming over de behandeling maar schuiven hun professionele verantwoordelijkheid daarmee niet van zich af.

Dappere dokters zorgen voor een intensieve samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners om te komen tot optimale zorg. Hierdoor komen keuzevrijheid voor de patiënt en kwaliteit van zorg samen, zich uitend in patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid én doelmatigheid. Een dappere dokter durft kritisch naar zijn eigen persoonlijke functioneren te kijken, naar de standpunten en handelwijzen van zijn beroepsgroep en naar de maatschappelijke verantwoordelijkheden van alle artsen. Een dappere dokter laat zich aanspreken op zijn professionaliteit en durft anderen aan te spreken op hun professionaliteit

In het tweede deel zullen de sprekers aan de hand van voorbeelden uit de (huisartsen)praktijk verschillende vraagstukken met het publiek bespreken.

**Niet alles wat kan, hoeft – een debat**

Dr. Els Maeckelberghe, ethicus

Van hedendaagse patiënten wordt verwacht dat ze in alle vrijheid beschikken en beslissen over eigen lijf en leden: bedenken bij welke zorgverzekeraar ze zich aansluiten; googelen welk ziekenhuis voor welke behandeling de beste reputatie heeft; nauwkeurig afwegen welke behandeloptie het meest geschikt is; de adviezen van de zorgverleners opvolgen maar toch zelf blijven nadenken, en te besluiten hoe lang ze willen doorgaan met hun leven… Zorgverleners dienen dan weer grenzen te stellen aan de ongebreidelde verzoeken van patiënten; goede zorg te leveren binnen financiële grenzen; aandacht te besteden aan lichamelijk, psychisch en spiritueel welbevinden van zorgvragers…

Wordt van zorgvragers en zorgverleners niet gevraagd *super(wo)man* te zijn?

De notie van *shared decision making* lijkt een richting aan te geven om de arts-patiëntrelatie gestalte te geven. Daarbij moet echter een aantal aannames worden onderzocht. Wanneer is sprake van (respect voor) autonomie en wanneer wordt de grens overschreden richting manipulatie? Welke informatie is nodig om gezamenlijk tot goede besluiten te komen? En hoe zit dat met mensen die niet zelf kunnen beslissen? Hoe ver kunnen we gaan in het overdragen van verantwoordelijkheden van professionals naar burgers?

Dit debat heeft als doel om helder te krijgen wie welke verantwoordelijkheden heeft en hoe zowel patiënt als arts vanuit hun eigen deskundigheid volwaardige partners in het gesprek kunnen zijn.

**Beslissingen over levenseinde bij pasgeborenen en kinderen: wanneer doen en wanneer laten?**

Gemiddeld overlijden in Nederland 1200 kinderen per jaar en het allergrootste deel overlijdt in het eerste levensjaar. Kinderartsen worden dan ook veelvuldig geconfronteerd met de vraag wat in levensbedreigende situaties bij zieke pasgeborenen het beste gedaan kan worden. Een hele lastige vraag omdat vaak niet direct duidelijk is wat juist is om te doen. Bij de besluitvorming worden veel factoren in acht genomen, waaronder de diagnose, de prognose, de prenatale fase, de mening van de ouders en nog een klein aantal andere factoren. De beslissingen hebben een grote mate van onzekerheid in zich en het blijkt dat verschillende mensen uit verschillende culturen verschillend omgaan met die onzekerheid. Dat is een interessant gegeven, zeker in relatie tot de sinds enige jaren bestaande mogelijkheid om actief het leven van pasgeborenen te beëindigen.

*Maakt dat de beslissingen nu makkelijker of moeilijker? Geeft zo’n kans nu juist rust of onrust aan ouders en artsen?*

Recent is ook de discussie gekomen of de actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen (Groningen protocol) niet ook zou moeten worden uitgebreid tot kinderen die ouder dan 12 maanden zijn. Er gaan zelfs stemmen op die zeggen dat er geen reden is om überhaupt een leeftijdsgrens te hanteren voor opzettelijke levensbeëindiging voor wilsonbekwamen. Wat zijn de ontwikkelingen op dit gebied? Is er ook houvast?

Naar aanleiding van een overzicht van wat aan kennis op dit gebied al beschikbaar is, zal de spreker op een interactieve manier een aantal dilemma’s uit de praktijk verder bespreken en van commentaar voorzien.