



**THEMAMIDDAG "Pitfalls in de dagelijkse praktijk":
"Valkuilen bij de beoordeling van het medisch handelen" en
"Nieuwe Europese privacyregels: wat betekenen deze voor u?"**

Datum: vrijdag 7 december 2018

PROGRAMMA:

08.00 uur	Ontvangst en registratie ochtenddeelnemers
08.30 – 10.45 uur	Parallele Masterclasses "Eisen, valkuilen en techniek van de medisch specialistische rapportage" 1. Psychiatrie: prof. em. dr. H.J.C. van Marle en dr. J.J.D. Tilanus 2. Neurologie/Beschouwers: dr. W.C.G. Overweg-Plandsoen en prof. dr. J.T.A. Knappe 3. Snijdende specialismen (orthopedie en chirurgie): drs. R.J.J. Devilee en drs. L.G.H.J. Elmans
10.45 – 11.00 uur	Korte pauze
11.00 – 12.30 uur	Algemene Leden Vergadering van de NVMSR
12.30 – 13.30 uur	Lunch, registratie deelnemers
13.30 – 14.00 uur	Presentatie " Opgelet! Bias is onbewust..... " door de voorzitter NVMSR <i>prof. dr. H.J.C. (Hjalmar) van Marle</i>
14.00 – 15.30 uur	Presentatie " Valkuilen bij de beoordeling van het medisch handelen " <i>prof. dr. M. (Rien) Vermeulen, emeritus hoogleraar Neurologie</i>
15.30 – 16.00 uur	Pauze
16.00 – 17.30 uur	Presentatie " Nieuwe Europese privacyregels: wat betekenen deze voor u? " <i>mr. A. (Annemarie) Smilde, sr. specialist gezondheidsrecht, VvAA Juridisch Advies/Rechtsbijstand</i>
17.30 – 17.45 uur	Afsluiting/samenvatting door de voorzitter NVMSR <i>prof. dr. H.J.C. (Hjalmar) van Marle</i>
17.45 – 18.15 uur	Afsluitende borrel
18.15 uur	Einde programma

Presentatie "Opgelet! Bias is onbewust....."

door de voorzitter NVMSR *prof. dr. H.J.C. (Hjalmar) van Marle: Emeritus hoogleraar forensische psychiatrie Erasmus Medisch Centrum en Erasmus School of Law te Rotterdam.*

Bij een expertise-onderzoek is er sprake van een unieke situatie: een eerste contact in de spreekkamer en van korte duur. Geen gemakkelijke situatie om zomaar te generaliseren naar het leven van alledag van de onderzochte. Toch worden vanuit die onderzoekssituatie vergaande uitspraken gedaan over de beperkingen in dagelijkse activiteiten, naast de andere domeinen in het gewone leven. Vallen de tijdens dit onderzoek verkregen bevindingen wel één-op-één te verklaren en zijn ze op het leven buiten de onderzoekssituatie van toepassing? Zo ja, waarom dan? We kennen immers vele vormen van vooroordelen ('bias') die ook bij het rapporteren kunnen optreden en waarvan wij ons niet altijd of altijd niet bewust zijn. Vanuit het perspectief van het deskundigenonderzoek worden hier de voornaamste 'biases' op een rij gezet en wat er vervolgens tegen te doen valt.

Presentatie "Valkuilen bij de beoordeling van het medisch handelen"

door *prof. dr. M. (Rien) Vermeulen, emeritus hoogleraar Neurologie*

Bij het beoordelen van het medisch handelen gaat het om de vraag of er een fout is gemaakt, of die leidde tot schade en of er een causaal verband is. Dit wordt met retrospectief onderzoek vastgesteld, een type onderzoek met bekende beperkingen, zeker voor het aantonen van een causaal verband. Meestal wordt uitgegaan van de ontstane schade waarna wordt teruggekeken naar hoe die schade ontstond. De klinisch patholoog en klinisch epidemioloog Raimond Giard, die tevens hoogleraar methodologie en aansprakelijkheid bij de vakgroep privaatrecht van de Erasmus Universiteit was, heeft voorgesteld bij de beoordeling niet bij het eind te beginnen, bij de schade, maar bij het begin. Deze omkering past bij ontwikkelingen in de geneeskunde op het gebied van diagnostiek en onderwijs in de laatste vijftig jaar.

Bij het vaststellen van de diagnostische waarde van een test werd destijds ook aan het eind begonnen. De waarde van een diagnostische test werd onderzocht in een groep patiënten bij wie een ziekte was aangetoond, maar die testen werden vervolgens toegepast bij patiënten die mogelijk die ziekte hadden. De waarde van de test moet niet aan het eind van de rit worden onderzocht, maar aan het begin, tijdens het starten van het diagnostisch onderzoek omdat de test in die fase wordt toegepast. In het onderwijs werd geleerd welke symptomen bij een ziekte voorkomen, maar in de praktijk hebben we te maken met symptomen en is de vraag welke ziekte daarbij waarschijnlijk is. Om die vraag te beantwoorden moesten we ook terug naar het begin. Als bij een ziekte hoofdpijn voorkomt, hoe groot is dan de kans op die ziekte als de klacht hoofdpijn is? En bij klinisch pathologische conferenties werd aanvankelijk uit gegaan van de gouden standaard, de bevindingen bij obductie, waarna vervolgens werd teruggekeken naar het beloop van de ziekte daaraan voorafgaande.



THEMAMIDDAG "Pitfalls in de dagelijkse praktijk":

"Valkuilen bij de beoordeling van het medisch handelen" en

"Nieuwe Europese privacyregels: wat betekenen deze voor u?"

Nu beginnen we met de symptomen waarmee de patiënte de arts bezoekt en wordt vervolgens een waarschijnlijkheidsdiagnose opgesteld waarna het beloop wordt besproken. Dit komt overeen met wat Giard voorstelt voor de beoordeling van het medisch handelen. In de voordracht zullen de volgende begrippen worden toegelicht: retrospectief onderzoek; counterfactual fallacy; persoon en sociale attributie; causaliteit en verklaring; hind sight bias; conditio sine qua non.

Literatuur

- Giard RWM. Medische expertise bij diagnostische missers. *Expertise en Recht* 2008-2, p. 56-63.
- Giard RWM. De juridische afhandeling van medische aansprakelijkheid: kwesties inzake volgorde en vraagstelling. *Expertise en Recht*. 2010-2, p. 46-51.
- Hofvind S, Skaane P, Vitak B et al. Inference of review design on percentages of missed interval breast cancers: retrospective study of interval cancers in a population-based screening program. *Radiology* 2005;237:437-43.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
- Roese NJ, Olsen JM. Counterfactuals, causal attribution, and the hind sight bias: a conceptual integration. *J Experiment Soc Psychol* 1996;32:196-227.

Presentatie "Nieuwe Europese privacyregels: wat betekenen deze voor u?"

door *mr. A. (Annemarie) Smilde, senior specialist gezondheidsrecht, VvAA Juridisch Advies en Rechtsbijstand*

Op 25 mei 2018 is de Wet Bescherming Persoonsgegevens vervangen door de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Deze Europese privacywet heeft ook gevolgen voor artsen die medische beoordelingen, buiten het kader van een behandelrelatie, verrichten.

Tijdens de voordracht krijgen de deelnemers uitleg over de uitgangspunten van de AVG, de verplichtingen van degenen die gegevens van personen verwerken en de rechten van deze personen. Vervolgens worden deze rechten en plichten uitgewerkt voor de praktijk van beoordelende artsen. Daarbij wordt stilgestaan bij de verantwoordelijkheid van de artsen in verschillende posities: artsen met een eigen onderneming, ZZP-ers en werknemers. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde:

Inrichting van de praktijk:

- Wat moet een arts zelf regelen om AVG - proof te werken?

Toelichting

Hierbij worden onder meer de volgende vragen behandeld: Wanneer moet een arts zelf een privacystatement hebben? Welke afspraken moet hij maken met opdrachtgevers over het gebruik van persoonsgegevens? Hoe lang moet hij dossiers bewaren? En in welke gevallen is hij verplicht een verwerkersovereenkomst te sluiten?

Gevolgen voor de dagelijkse praktijk

-Hoe werken de rechten van degene, die de arts medisch beoordeelt, door in zijn relatie met deze persoon?

Toelichting

Hierbij wordt ingegaan op de verhouding van de rechten van een betrokkene volgens de AVG tot de rechten en plichten van de arts op basis van andere wet – en regelgeving. Wat voor effect heeft de AVG bijvoorbeeld op het blokkeringsrecht?

-Wat voor gevolgen heeft de AVG voor het opvragen van medische gegevens bij zorgverleners en de gegevensverstrekking aan opdrachtgevers?

-Wat zijn de verplichtingen van de arts als er iets mis gegaan is bij gegevensverwerking?

Toelichting

Hierbij gaat het niet alleen om acties waartoe de AVG verplicht bij een datalek. Maar ook om de verplichtingen van een arts op grond van de Wkkgz bij een incident.