

Seksuele ethiek in de medische praktijk *Juridische, politieke en medisch-sociale aspecten*

Mw. dr. M.C. Blonk, interniste,
Bestuurslid Nederlands Artsenverbond (NAV)
E-mail: marion.blonk@cze.nl

De ethische dilemma's die hierna zullen worden besproken vereisen van ieder persoonlijk een zeer zorgvuldige afweging, om in de dagelijkse praktijk op een goede manier met de problematiek om te kunnen gaan. Daarin staat inzet om te werken aan een zo groot mogelijke competentie in je werk bovenaan. Bij de uitwerking had ik regelmatig voor ogen 'ik kan de patient niet in de steek laten, maar ook mijzelf niet'. Veel van de thema's zijn binnen het bestuur van het Nederlands Artsenverbond (info: www.artsenverbond.nl) en de Juristenvereniging Pro Vita (www.provita.nl) onderwerp van bespreking geweest. In het tijdschrift van beider verenigingen (Pro Vita Humana) zijn de argumenten pro en contra de diverse thema's uitgebreid besproken. Zelf heb ik daarvan in de praktijk veel profijt gehad, en kwam het de communicatie in kwesties die ik tegenkwam in de 13 jaar dat ik werkzaam ben als internist, de prolife gedachte onderschrijvend, ten goede. Omdat de prolife gedachte een minderheidsstandpunt is in de huidige samenleving rust er een extra verantwoordelijkheid op de schouders om zorgvuldig en zo objectief mogelijk de afwegingen wat je wel en wat je niet kunt doen te maken en je daar ook in te blijven verdiepen, waarbij respect voor de mening van de patient centraal dient te staan. Met deze aanpak durf je ook makkelijker je nek uit te steken.

Bij het handelen zijn de bestaande wetten en richtlijnen uitgangspunt.

1. Abortusproblematiek: de Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ) is te vinden onder www.overheid.nl.

Belangrijke zinsneden in deze wet zijn:

-Artikel 3.1: Een zwangerschap wordt niet eerder afgebroken dan de zesde dag nadat nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken

-Artikel 5.2d: goede nazorg dient geboden te worden

-Artikel 20: Niemand is verplicht een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van de zwangerschap, te geven, dan wel medewerking daaraan te verlenen. Indien een arts gemoedsbezwaren koestert tegen het verrichten of doen verrichten van de behandeling stelt hij de vrouw onverwijld nadat zij zich tot hem heeft gewend, daarvan in kennis. Een arts heeft de verplichting om desgevraagd en indien de vrouw daartoe toestemming heeft verleend inlichtingen omtrent de toestand van de vrouw te geven aan andere artsen.

Ondanks het feit dat als je je aan deze bepalingen houdt, je toch nog in moeilijke situaties kunt geraken, illustreert een ervaring die een NAV-lid-huisarts ons recent meldde en waar ik later in dit verslag meer over zal vertellen.

2. Euthanasiewetgeving: zie www.knmg.nl (richtlijnen en standpunten) en www.overheid.nl

Richtlijnen zijn opgesteld en gepubliceerd door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) op haar website. Je kan daarop komen via www.knmg.nl en dan klikken op het item **links**, vervolgens **richtlijnen**, invullen medisch specialist, dan kom je o.a. bij de NVOG. Door hierop te klikken krijg je de titels van richtlijn 01 tm 52 te zien. Een aantal zijn hieronder weergegeven:

Richtlijn 09 - indicaties voor IVF

Richtlijn 17 – onderzoek en behandeling van mannelijke subfertiliteit

Richtlijn 18 – hoogtechnologisch draagmoederschap

Richtlijn 26 – seksuele anamnese

Richtlijn 28 – indicaties voor prenatale diagnostiek

Richtlijn 30 – sterilisatie bij de vrouw

Richtlijn 40 – orale anticonceptie: de Combinatiepil

Richtlijn 41 – intra-uteriene anticonceptie ('het spiraaltje')

Richtlijn 42 – progestageen-anticonceptie ('het hormoonspiraaltje')

Richtlijn 43 – postcoitale anticonceptie (de 'morning-after pil')

Richtlijn 44 – natuurlijke geboorteregeling en barrièremethoden

Richtlijn 45 – anticonceptie: lactatie-amenorroemethode

In november 2000 heeft het NAV in haar najaarssymposium de benadering van een aantal ethische dilemma's in de spreekkamer besproken door een forum bestaande uit zeven professionals, waarvan een zeer lezenswaardig verslag is gemaakt en hieronder is afgedrukt. Na dit verslag wil ik op een aantal andere dilemma's nog kort ingaan, zoals die ook op het CMF symposium verder worden uitgewerkt en bediscussieerd.

Verslag Minisymposium NAV 'Ethiek in de spreekkamer'

Door S.E.M. Snoeren, huisarts-in-opleiding

Op woensdag 17 november 2000 vond in Utrecht het NAV-minisymposium 'Ethiek in de spreekkamer' plaats. We leven in een maatschappij, waarin de Hippocratische ethiek steeds meer op de achtergrond komt te staan. De patiënten-populatie, de bevolking vervreemdt ook steeds meer van deze ethische beginselen. Het wordt voor een arts, die dodend handelen afwijst, steeds moeilijker om werk te vinden en om zijn werk te doen in overeenstemming met zijn eigen normen en waarden. 'Ethiek in de spreekkamer' brengt heel concreet de overwegingen bij enkele lastige casus en geeft handreikingen hoe gewetensvol om te gaan met enkele moeilijke ethische dilemma's in de huisartsenpraktijk.

Het forum telde 7 leden:

Henk Folmer, ruim 20 jaar huisarts, farmacotherapeutisch richtlijnontwikkelaar bij het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en voorzitter van de redactie van PVH;

Marcel Janssen, sinds 8 jaar huisarts in een solopraktijk te Waalre;

Theo Boer, sinds 14 jaar medewerker bij het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht in Utrecht en universitair docent christelijke ethiek aan de theologische faculteit in Utrecht;

Gerdie en Eric van Gijssel, beiden arts. Eric is sinds 5 jaar huisarts en de laatste 2 jaar gevestigd in Hasselt;

Vincent Kirkels, gynaecoloog, tot voor kort werkzaam in het St.-Anna-ziekenhuis in Oss en tot 1996 parttime universitair docent aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, tevens eerste secretaris van de medische afdeling van het Thijmgenootschap;

Peter Hilderling, voorzitter van dit forum, sinds 18 jaar huisarts op Urk en sinds anderhalf jaar voorzitter van het Nederlands Artsenverbond.

CASUS 1

De 74-jarige heer J. komt op je spreekuur. Bij hem is een maand geleden een longcarcinoom vastgesteld, waarvoor hij inmiddels palliatief bestraald wordt. Hij is een vitale, helder denkende man. Voor zijn pensioen was hij advocaat. Hij is inmiddels elf jaar patiënt in je praktijk. Vijf jaar geleden is zijn vrouw overleden; met zijn kinderen heeft hij een goed contact. Hij is zich goed bewust van zijn nog maar korte levensverwachting. Hij wil op een - in zijn ogen - waardige manier kunnen sterven en niet volledig van anderen afhankelijk 'uitgeteerd' wegwijnen in een bed. Hij heeft een euthanasieverklaring bij zich en vraagt je hem te helpen mocht het zo ver komen. Hoe handel je?

Folmer stelt voor in dit geval te beginnen met de probleemverheldering. Wat heeft de patiënt bewogen om met deze vraag op dit moment voor de dag te komen? Wat verwacht hij van het gegeven dat er een kopie van zijn euthanasieverklaring in ons dossier ligt? Folmer maakt voor meer inzicht gebruik van de onderverdeling van Z.Zylicz.

Die geeft een vijftal redenen aan voor een euthanasieverzoek: 1. angst; 2. burn-out; 3. de control-freak die sterk de nadruk legt op het autonomiebeginsel; 4. depressie; 5. exhaustion, uitputting. Daarbij noemt Folmer nog een andere categorie die in onze cultuur geweldig belangrijk is: 'de schaamte om zo te worden', men schaamt zich letterlijk dood.

Janssen maakt onderscheid tussen twee situaties. Ten eerste zijn er mensen die gewoon een keer bij je

komen met een euthanasieverklaring, terwijl ze verder nog prima gezond zijn. Dikwijls gebeurt dit als mensen geconfronteerd worden met situaties, waarbij het einde in zicht komt. Dit biedt de mogelijkheid om uit te leggen, hoe jij als arts daartegenover staat.

Een tweede situatie is zoals bij bovenstaande casus. Iemand krijgt te horen dat hij zal gaan overlijden aan de ziekte die is vastgesteld. In zo'n geval brengt Janssen zelf zo vroeg mogelijk heel open de vraag ter sprake hoe iemand zijn laatste stukje ziet, hoe hij zijn einde ziet. Daar kun je dan vervolgens op ingaan. Op dat moment zegt hij zelf ook hoe hij daarover denkt en wat iemand wel en niet van hem kan verwachten. Hij legt de patiënt uit, dat hij hem niet in de steek zal laten en dat in de praktijk blijkt, dat het bijna nooit tot euthanasie hoeft te komen. Als je aan mensen uitlegt, dat je je handen niet van hen terugtrekt, maar juist bereid bent een stukje harder te lopen, kun je goed naar elkaar toe komen. In de praktijk blijkt dat mensen meestal erg veel waardering en respect hebben voor hoe het uiteindelijk dan toch loopt.

Boer onderscheidt voor een huisarts een drietal keuzemomenten. Het eerste keuzemoment is dat een arts voor zichzelf bepaalt waar hij uiteindelijk staat. Er is een: 'nee, helemaal nooit', een 'ja, onder voorwaarde' en een 'nee, maar heel misschien toch wel', afgezien van het feit, dat het per geval ervan kan afhangen wat je vindt. Een tweede keuze betreft het standpunt dat je zojuist hebt ingenomen voor jezelf. Ga je dat standpunt ook al in het begin van het traject aan de patiënt aangeven of laat je bij wijze van spreken in het proces langzaam naar voren komen, dat jij niet voor euthanasie bent. Wanneer begin je ermee? **Folmer** reageert door te stellen dat probleemverheldering en standpuntverheldering elkaar niet uitsluiten. Hij zou zelf eerst kiezen voor probleemverheldering en meestal in hetzelfde gesprek, maar eventueel in een tweede gesprek, voor het uitleggen van zijn eigen standpunt. **Janssen** benadrukt het begrip vertrouwen in dezen. In de probleemverheldering wordt gekeken naar wat euthanasie voor de patiënt betekent om duidelijk af te bakenen waarover het gaat. Patiënten hebben verschillende voorstellingen omtrent euthanasie. Het is goed ook meteen duidelijk te vertellen wat je eigen standpunt daarover is. Dan blijkt snel genoeg of je als arts voldoende krediet opgebouwd hebt, voldoende vertrouwen gewonnen hebt. Het is goed om vanaf het begin die duidelijkheid te scheppen. Het derde keuzemoment ligt in de vraag of je als arts de band met je patiënt, die kiest voor euthanasie, al was het maar de band als mens, nog in stand wil houden, of gaat zelfs dat te ver? **Janssen** geeft een duidelijk praktijkvoorbeeld. In zijn praktijk is hij de afgelopen 10 jaar maar een keer een patiënt tegengekomen die zei: 'dokter ik vind het prima hoe u er over denkt, maar het is mijn leven.' Deze man heeft er uiteindelijk voor gekozen om euthanasie uit te laten voeren. Dat is gebeurd door een specialist uit het ziekenhuis. Janssen heeft wel de laatste fase gewoon begeleid en zo goed mogelijk palliatieve zorg verleend. Deze man kwam op een punt dat hij niet verder wilde terwijl er volgens Janssen toch nog mogelijkheden waren. Hij heeft er toen voor gekozen om bij die euthanasie wel aanwezig te zijn maar niet als dokter. 'Ik heb mijn koffer in de auto laten staan en ben wel mee naar binnen gegaan om een beetje steun te bieden'. Dit past in de lijn van 'het niet in de steek laten'. Het niet mee naar binnen nemen van de koffer was een symbolisch teken, dat hij niet als medicus aanwezig was. De familie heeft dat erg gewaardeerd. Met de ouders, want het was een jonge man, heeft Janssen nog altijd een goed contact en ze respecteren zijn opvatting. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat de relatie niet verbroken wordt. Ook na een overlijden is het belangrijk de relatie met de familie open te houden.

G en mw. E van Gijssel, belichten nog een ander aspect bij deze casus: de onderliggende vraag naar de zin van het lijden of de zin van het zo afhankelijk worden. 'Het zou fijn zijn als dat in het gesprek met de patiënt ook een plaats mag hebben. Maar wat antwoord je op de vraag naar zingeving? Want ten diepste heeft lijden ook geen zin. Het haalt een streep door het leven zoals het bedoeld is, en dat roept vaak weerstand, opstandigheid op. **Van Gijssel** zegt daar vaak ook in mee te gaan. 'Deze opstand is heel normaal, mag zijn plaats hebben, maar het leven blijft altijd zin hebben. Veel motieven van mensen om dokter te worden zijn dan ook om er alles aan te willen doen om het lijden wat draaglijker te maken en om onnodig lijden te voorkomen'. Je kunt een verwijzing trekken naar het begin van het leven; als je geboren wordt, ben je volstrekt afhankelijk, incontinent en je gaat in een proces waarbij je steeds meer zelf kunt tot je als volwassene volledig zelfstandig wordt. Soms zie je dat dit proces naar het einde van

het leven weer de andere kant op gaat, dat je weer meer zorg nodig zult hebben. Ten diepste gebeurt er dan ook iets in de mens in relatie met zijn Schepper. Als je je schaamt om zo te worden, is het belangrijk te beseffen dat je ook zo ter wereld bent gekomen. Ten diepste gaat het om overgave, wat in het stervensproces maar ook in het hele levensproces telkens zijn plaats heeft. In overgave ligt iets van de zin van het lijden opgesloten. Ook de omgeving ziet erg op tegen het lijden van een patiënt, om dit lijden en het erop volgende overlijden mee te moeten maken. Als dit lijden abrupt wordt afgebroken door euthanasie treden er vaak verwerkingsproblemen op bij de familie en soms ook schuldgevoel. Het is een agogische vraag, hoe je met je leven om moet gaan en met het lijden. Maar de agogische begeleiding maakt iets mogelijk wat doorgaans niet voor mogelijk gehouden wordt. Als arts ben je hulpverlener, maar vooral ook mens, wat wil zeggen dat je een relatie aangaat met een patiënt. Hierbij komen dus ook agogische aspecten aan de orde. **Janssen** merkt op dat hij altijd en veelal in een vroeg stadium ter sprake brengt dat er de mogelijkheid is om, als mensen daar ontvankelijk voor zijn, met een priester te praten of om het sacrament van de zieken te ontvangen. Het behoort tot de taak van de huisarts om dit aan te bieden aan de mensen. Voor de mensen die erop ingaan, heeft het vaak hele positieve effecten. Een belangrijk punt is de beschikbaarheid. Het is van belang een keer de tijd nemen om door te praten over wat er allemaal op een patiënt af komt. Het gaat in een euthanasievraag over hoe te handelen in het levenseinde, maar dat kan verbreed worden. Er zijn vaak nog vele keuzes te maken. Keuzes rond de palliatieve zorg, keuzes in de relatie met elkaar, maar ook keuzes over het handelen als er zich noodsituaties voordoen. Dit bespreken helpt de patiënt, zeker de 'control-freak', om rust te vinden in zijn moeilijke situatie.

Heel vaak wordt de euthanasievraag gesteld in een acute situatie. Het is belangrijk om je als medicus te blijven realiseren dat je primair hulpverlener bent.

Hildering sluit de eerste casus af met de conclusie dat bij het nadenken over de euthanasievraag openheid heel belangrijk is, maar ook de eigen standpuntbepaling. Het is duidelijk dat wanneer je als persoon mensen benadert op een wijze waarbij je vanuit je eigen overtuiging alternatieven aandraagt en een stuk tijd steekt in begeleiding, dat dan heel vaak de euthanasievraag verdwijnt. Alternatieven aandragen betekent ook een stukje investering, studie om te weten wat je kunt aanbieden. En dat is niet alleen de ervaring van Zylicz maar ook de ervaring van de collegae in het forum.

CASUS 2.

Het is zaterdagochtend en je hebt als waarnemer weekenddienst in een praktijk in een grote stad. Het is je eerste waarneming in deze praktijk. Je wordt gebeld door de 16-jarige mevrouw M. Ze kreeg drie maanden geleden een recept voor een anticonceptiepil, maar was er nog niet mee begonnen. Gisteren heeft ze gevreeën. Ze wil beslist niet zwanger worden en vraagt om de morning-afterpil. Hoe handel je?

Van Gijssel adviseert in zo'n geval in de eerste plaats de mensen uit te nodigen om te komen voor een gesprek en bespreekt met hen de vraag: 'hoe kan je dit nu gebeuren, hoe komt het dat je in deze situatie bent beland en dat je dit aan mij vraagt?'. In de tweede plaats is een meer technische benadering van belang om te weten of er inderdaad kans is op een zwangerschap. De morning-afterpil wordt vaak gevraagd, terwijl er helemaal geen risico op zwangerschap is. Het is mogelijk om een risico berekening te maken. Als er kans op zwangerschap is, blijft er een praktisch probleem, dat bij toepassing van de morning-after pil, er een kans is van ongeveer twee procent dat de zwangerschap toch doorzet. Daarnaast is het zo, dat de morning-after pil tot 72 uur na de geslachtsgemeenschap ingenomen kan worden. Dus mochten er zich problemen voor doen, dan heb je altijd de vrijheid om iemand gewoon naar zijn eigen huisarts op maandagochtend te verwijzen.

Mw. van Gijssel vult aan door te benadrukken, dat wij in een cultuur en maatschappij leven waarin voor veel mensen een loskoppeling tussen voortplanting, seksualiteit en seksualiteitsbeleving bestaat. Voortplanting en seksualiteit zijn nooit helemaal los te koppelen, want de kans op zwangerschap is er. Als huisarts mag je best de vraag stellen: 'is degene met wie jij vrijt ook degene met wie jij een vaste

relatie wilt en met wie je kinderen wilt? De patiënte zal zich moeten realiseren dat op het moment dat er gekozen wordt voor een anticonceptiemethode er altijd een risico op zwangerschap is. Belangrijk is dat ze van tevoren al een antwoord zoeken op de vraag wat ze in geval van het optreden van een zwangerschap zullen doen. Dan heb je mensen al wat aan het denken gezet.

Kirkels geeft enige technische achtergrondinformatie, die van belang is, wanneer je geconfronteerd wordt met de vraag naar de morning-after pil. De kans op zwangerschap bedraagt in een normale cyclus, afhankelijk van de cyclusedag, 1 tot 17 %. De vruchtbare periode is een beetje ruim genomen: van de 9^{de} tot de 19^{de} dag van de cyclus, als uitgegaan wordt van een regelmatige cyclus. Bovendien is het zo dat van alle bevruchte eicellen uiteindelijk 50 % verdwijnt, voordat het tot een innesteling komt. Dat is met bepaalde antigen reacties aangetoond. Heeft een bevruchte eicel zich ingenesteld, dan bestaat er nog een kans van 12 tot 15 % dat de zwangerschap eindigt in een spontane miskraam. De morning-after pil veroorzaakt een verandering van het endometrium waardoor een bevruchte eicel zich niet kan innestelen. Op het moment dat iemand de morning-after pil gebruikt, is het dus goed mogelijk, dat er helemaal geen sprake is van een bevruchte eicel. Men moet verder overwegen, dat de morning-after pil nogal wat bijwerkingen heeft, veelal misselijkheid, braken en andere problemen.

Janssen belicht de casus vanuit een ander perspectief. Als je erover denkt om huisarts te worden, weet je dat je met dit soort vragen geconfronteerd zult worden. Geen huisarts- worden om niet met dit soort vragen in aanraking te komen, is waarschijnlijk niet de juiste manier. Als iedereen die er anders over denkt zo gaat handelen, betekent dit dat er op den duur geen enkele huisarts meer is, die nog vragen bij dit soort situaties durft te stellen. Na zorgvuldige overweging van de problematiek maakt Janssen onderscheid tussen 'directe' medewerking, zoals bij de eerste casus rond euthanasie: de dokter doet iets wat direct een gevolg heeft, en de 'verwijderde' medewerking. Hierbij ligt de zaak anders. Het is goed mogelijk om aan de dame in kwestie uit te leggen wat het betekent als zij deze medicijnen gaat gebruiken. Het is heel belangrijk om goede informatie te geven over hoe zo'n medicijn werkt. Dan kunnen mensen daarna zelf beslissen wat ze ermee doen. Op een gegeven moment kun je dan het recept uitschrijven als zij bij haar wens blijft om die morning-after pil in te nemen en dan is het aan haar om te beslissen wat ze ermee doet. Misschien bedenkt ze zich als ze de deur uitloopt en verscheurt ze het recept. Dit is een vorm van verwijderde medewerking aan een daad. Dit is wezenlijk iets anders dan te zeggen, 'o ja prima, hier heb je het receptje en ga je gang.' Het behoort tot je taak als huisarts om aan te geven dat je het vervelend vindt dit te 'moeten' doen, maar het is uiteindelijk aan de patiënt te beslissen wat zij met de informatie en met het recept gaat doen.

Kirkels sluit hierbij aan zelf altijd veel problemen te hebben gehad met het geven van de morning-after pil, omdat hij toch altijd dat effect van de vermindering van de innesteling voor ogen had. Met dit uitgangspunt moet je heel voorzichtig met de morning-after pil omgaan. Hij kan zich ook voorstellen dat wanneer je een recept gegeven hebt, de patiënt uiteindelijk zelf beslist of zij deze pil gaat gebruiken of niet. Het gaat dan misschien meer lijken op een zich verschuilen achter de beslissing van de patiënt.

Boer verheldert de discussie door een tweetal keuzemomenten te benoemen. Het eerste keuzemoment ligt in de vraag 'wat vind ik zelf dat een embryo - ook een embryo voor de innesteling - waard is'. Als arts kun je deze bovengeschetste casus niet goed aan als je het voor jezelf nog niet duidelijk hebt, hoe je denkt over beginnend menselijk leven. Ook in het contact met collegae is dit belangrijk. In de discussie met mensen van andere godsdiensten heeft Boer ontdekt, dat ook al ben je van mening, dat het leven (de menselijke ziel) niet begint bij de conceptie, dat dan nog niet betekent, dat het embryo of preëmbryo daarmee vogelvrij is. Vanaf de conceptie is er sprake van beschermwaardigheid. De gedachte 'het embryo is nog geen mens en dus ik mag ik ermee doen wat ik wil' is een valkuil waarin je snel valt. Niet alles wat geen mens is, is zomaar aan onze willekeur overgeleverd. Ook voor bijvoorbeeld een dode zijn er allerlei wetten.

De tweede keuzebepaling ligt bij de vraag 'in hoeverre verleen ik mijn medewerking'. Hierbij beluistert Boer tegengestelde meningen of in ieder geval nuances. Het principe van de verwijderde medewerking

vindt hij in dit kader een heerlijk katholieke uitvinding. Daarover is echt eeuwen nagedacht! Het is aan de andere kant ook een hele goede uitvinding. Boer licht dit toe met een voorbeeld uit eigen ervaring. Hij komt uit Arnhem en heeft jarenlang vlak naast het Spijkerkwartier gewoond, de plek waar de rode lampen zijn. Hij herinnert zich dat hij een keer op een plein stond en een man hem vroeg naar een bepaalde straat in het Spijkerkwartier. Nadat hij die man keurig had uitgelegd dat hij eerst het Velperplein moest hebben, dan de Steenstraat en daar rechtsaf, stond hij vervolgens perplex van zichzelf om wat hij nu eigenlijk had gedaan. Hij had zijn plicht als burger gedaan, maar had hij nu ook gedaan wat er in zijn hart zit. Als men nu een parallel zou trekken met bovengenoemde casus, dan is het de vraag wat voor verschillende verantwoordelijkheidsniveaus er zijn? Terug naar Arnhem, staande op het Willemsplein. Er zijn mensen die zeggen, laat iedereen zelf maar weten of ze een bordeel willen runnen. Die mensen hebben de meest uitgesproken visie. Een andere verantwoordelijkheid is die van een taxichauffeur in Arnhem, die altijd braaf de mensen naar het Spijkerkwartier heeft gereden. En een nog lagere vorm van verantwoording is het zelf doorverwijzen van mensen, zeggen hoe ze er kunnen komen. Dat zijn drie vormen van medewerking in aflopende graad van intensiteit. Daarnaast zijn er ook drie vormen van tegenwerking, met een oplopende graad van intensiteit. Ten eerste de weg gewoon niet wijzen: 'u moet maar naar iemand anders gaan'. Een tweede vorm is iemand de verkeerde weg wijzen of hem tegenhouden of je gaat zijn banden lekprikken. Nog extremer is de situatie als een wegebouwer in Arnhem bepaalde wegen die richting Spijkerkwartier gaan, niet wil aanleggen: 'op de Steenstraat leg ik geen asfalt, want ik weet dat daar behalve een heleboel goede mensen ook mensen overheen gaan op weg naar het Spijkerkwartier en dat is ongewenst'. De graad van medewerking die proportioneel is en die ook een beetje sociaal is, zit in de vraag 'wijs ik de weg of wijs ik de weg niet'. Ook het werk van een taxichauffeur die iemand erheen brengt maar verder niets doet, is proportioneel. Je leeft in een samenleving, je werkt in zekere zin gewoon mee, maar zonder zelf eraan mee te doen. Om deze reden vindt Boer toch het getrapte idee van verantwoordelijkheid, van verwijderde medewerking een moreel belangrijk iets. Iemand moet van goede huize komen, wil hij niet zelf op allerlei andere manieren ook medewerking verlenen aan dingen, waarvan hij duidelijk weet dat hij ze eigenlijk niet goed vindt. Tot slot een woord van mw. E van Gijssel: 'wat mij geholpen heeft, is dat wij in de Tien Geboden lezen, dat je niet mag echtscheiden. Toch gaf Mozes al een scheidsbrief of stond hij toe dat een scheidsbrief gegeven werd. Dus blijktbaar is er in het volk van God en bij God ruimte voor de mensen met hun fouten en wijst Hij daarin toch ook een weg. Er is een bepaalde ruimte bij God, ook voor fouten van mensen.'

CASUS 3.

Casus 3

Je bent huisarts, inmiddels drie jaar klaar met je opleiding. Tot dusverre heb je waargenomen. Er is een vacature voor een huisarts in een solopraktijk in een middelgrote stad. De waarneemgroep bestaat uit acht artsen. Je zou hier graag willen werken. Uit overtuiging wil je niet levensbeëindigend handelen. Over hulpverlening bij een vraag om abortus of de morning-afterpil heb je een eigen mening. Je bent uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek. Wat bespreek je? Breng je je mening spontaan naar voren in het gesprek? Wat antwoord je als vragen gesteld worden over euthanasie, abortus en morning-afterpil?

Janssen: 'In de plaats, waar ik nu werk, ben ik begonnen als waarnemer bij een collega die dezelfde standpunten onderschreef als ik en ik heb anderhalf jaar lang met hem samengewerkt. Wij zaten samen op een lijn en hebben het daarover wel gehad. Toen hij aangaf dat hij ermee wilde stoppen, ben ik pro forma bij alle collegae, die ik al kende, een keer een avondje op bezoek geweest. En ik moet zeggen, dat het op dat moment absoluut geen item geweest is in de gesprekken. In een later stadium hebben wij wel een keer een avond belegd om bij elkaar te proeven: Hoe denken we nu over euthanasie, over abortus. Maar in alle vrijheid, er was respect voor mijn mening, daar luisterde men ook naar. Ook heb ik gemerkt, wat heel typisch was, dat mensen die aanvankelijk een hele open mening hadden over euthanasie, het steeds moeilijker begonnen te vinden op het moment dat zij dat zelf verscheidene keren uitgevoerd hadden. Er was een collega bij, die zei: "Ik heb het verscheidene keren gedaan, vond dat het prima was en goed, maar eigenlijk denk ik dat ik het niet meer moet doen, ik heb er zelf zoveel last

van”. Hij vond het toch indruisen tegen zijn werk als arts. Een aantal andere, jongere collegae zeiden dat het zeker moet kunnen, maar op de vraag hoe vaak ze het zelf al gedaan hadden, kwam als antwoord ‘eigenlijk nog nooit’. Dat vond ik ook wel opmerkelijk, theoretisch heerst de mening dat het moet kunnen, maar wanneer men met de praktijk ermee geconfronteerd wordt, blijkt het vaak toch lastiger.

Van Gijssel daarentegen heeft een rijke ervaring opgedaan in het solliciteren. Al met al is hij in 18 procedures beland. In die 18 keer heeft hij veel geleerd over hoe je solliciteert, hoe je jezelf presenteert: ‘allereerst ben ik mij gaan realiseren, dat als je solliciteert, je graag werk wilt, een plek wilt, eindelijk je eigen tent. Je hoopt dan dat de collegae geschikt zijn en de waarneemregio het goed doet. Maar de ander zoekt wat anders, die zoekt niet alleen een collega die de praktijk runt, maar hij zoekt vooral een collega, een mens met wie hij het kan vinden, met wie hij plezierig kan omgaan voor al zijn waarneemafspraken, hij zoekt een stuk gezelligheid, collegialiteit. Kortom we hebben allemaal heel andere zaken op de agenda staan. Ik wil mijn doel realiseren, mijn collega heeft andere belangen en de groep heeft weer andere ideeën. Eigenlijk ben ik mijzelf in de loop der tijd gaan zien als een soort vier- of vijfsterrenhotel. Wat heb je te bieden? Een van de dingen die je gezicht dan bepalen, is dat je een goed medicus bent, dat je wat te bieden hebt als je ergens komt. Een tweede ster die ik erg belangrijk vind, is dat je ook een goed collega kan zijn voor mensen. En het derde wat ik een beetje heb ontwikkeld, is dat dokters over het algemeen toch mensen zijn die zich geweldig inzetten. Ze zoeken een collega die integer en betrouwbaar is, iemand aan wie je wat hebt, tegen wie je een stootje kunt geven en iemand die ook bereid is een stap extra te zetten. Tenslotte het thema eerlijkheid. Eerlijkheid heeft mij twee dingen geleerd. Breng in een sollicitatie nooit zelf voornoemde ethisch beladen thema’s ter sprake! Als het leeft, dan bespreekt men het wel en dan kun je er wat over zeggen. Ik ben geen uithangbord. Bij vragen met betrekking tot euthanasie maak ik er eerst als het ware een emotioneel thema van, waarbij ik uitleg dat ik daar moeite mee heb. En als ze dan nog geïnteresseerd zijn in wat voor motieven ik daarachter heb, dan geef ik aan dat er ook christelijke geloofsmotieven achter zitten, maar dat doe ik wat op de achtergrond. Uiteindelijk leg ik uit, dat ik niet in ben voor actieve euthanasie, want dat wil men dan toch horen. Dit heeft mij ook een aantal plaatsen gekost en soms maar goed ook. Af en toe kom je collegae tegen die het niet kunnen verkroppen dat je er een ander standpunt op na houdt. Wij hebben hier erg mee geworsteld, wat zelfs leidde tot minderwaardigheidsgevoelens. Mag ik er wel tegen zijn, terwijl de maatschappelijke ontwikkeling zo anders is? Het is een hele weg geweest om dit beladen onderwerp gaandeweg naar achteren te schuiven en te ontdekken, dat het voor collegae veel belangrijker is wie jij bent als mens. Uiteindelijk geldt dat ook voor patiënten: ‘wie ben jij als mens, kan ik mij veilig voelen bij jou?’.

De vraag blijft dus, wanneer meld je wat. Wat schrijf je in de sollicitatiebrief, wat laat je over voor het sollicitatiegesprek. **Folmer** schreef destijds in zijn sollicitatiebrief, dat hij een protestants christelijke achtergrond had en lid was van het NAV. Daarop heeft zijn voorganger hem positief geselecteerd. Terwijl een oude collega die ongeveer tegelijkertijd zijn praktijk te koop aanbood en ook reflectanten kreeg vanuit protestants christelijke achtergrond die direct als negatief selecteerde. Ook al breng je het niet ter sprake in de sollicitatiefase, als je eenmaal gesetteld bent, mag je natuurlijk je eigen mening hebben en ook uitdragen.

Kirkels. In Nederland in opleiding komen voor gynaecoloog is vandaag de dag niet zo’n eenvoudige procedure. Onder de opleidingseisen voor het specialisme gynaecologie/verloskunde valt ook zwangerschapsafbreking. Dat betekent dus dat je in je opleidingstijd daarmee geconfronteerd wordt. Als je nu solliciteert naar een opleidingsplaats en dit zou in een sollicitatiegesprek naar voren komen, dan heb je slechts een heel kleine kans om geaccepteerd te worden. In Nijmegen is het nog geen probleem, maar de andere klinieken zetten er toch wel hele kritische vragen bij. En dat is internationaal. Als je een enquête zou opstellen, om te vragen of ze mensen met bepaalde opvattingen over leven en dood, in opleiding nemen, dan krijg je als antwoord ja natuurlijk, maar in de praktijk ligt die zaak een stuk moeilijker. Het is heel eenvoudig om in een opleidingsprocedure op grond van secundaire argumenten iemand niet tot de opleiding toe te laten als je veel aanbod hebt. Vanuit de medische afdeling van het Thijmgenootschap heeft Kirkels geprobeerd om toch vooral bij de universiteit Nijmegen die

mogelijkheid nog open te houden. Maar het zal een toenemend probleem zijn om in Nederland als basisarts een opleidingsplaats te vinden voor de gynaecologie en verloskunde als je de pro-life-gedachte toegedaan bent of daar sterk mee sympathiseert.

Waarschijnlijk zal er een tweedeling komen in de verschillende soorten medische professies. Bij een specialisme als gynaecologie met bepaalde handelingen die door een aantal mensen als moreel zeer problematisch en professioneel verwerpelijk worden gezien, ontstaat daardoor een beroepsgroep waarin artsen, die niet dodend willen handelen, bijna niet meer vertegenwoordigd zijn. Maar misschien keert de wal het schip wel een keer.

Boer heeft zelf geruime tijd in Oost-Duitsland gewoond, waar jarenlang een abortuspraktijk was. Eind 1989 toen de muur viel, slaakten de gynaecologen allen een zucht van verlichting. Het eerste wat ze deden was een communiqué uitgeven met de boodschap: 'nu doen wij geen abortussen meer, wij hebben er de buik vol van'. Op dit ogenblik is die pendelbeweging in Nederland nog niet aan het omslaan. Wat betreft de beroepsgroep van de huisartsen zou Boer op dit moment gewoon principieel zeggen: "Ik ben arts, omdat ik mensen wil helpen, en daarvoor ben ik geschikt. De mensen merken vanzelf hoe ik erover denk, tenzij er tijdens een sollicitatie om gevraagd wordt, dan kun je dat eerlijk aangeven, maar wel in die volgorde."

Janssen is sinds een jaar huisartsenopleider verbonden met de universiteit van Maastricht. Hij heeft in zijn opleiderprofiel heel duidelijk gesteld, dat hij probeert op een pro-life-manier de huisartsgeneeskunde uit te oefenen en dat hij daarvoor in ieder geval respect vraagt. In principe denkt hij niet van iemand te kunnen eisen dat deze daarover precies dezelfde gedachten heeft als hij, maar hij verwacht wel een wederzijds respect. Wanneer je daarin gewoon heel open bent, was dat vanuit Maastricht geen issue om hem niet als opleider te accepteren. Hoe natuurlijker je ermee omgaat, hoe minder krampachtig, des te overtuigender je bent. Naar patiënten toe heeft Janssen wel eens gedacht om als pro-life-arts een soort logo te voeren, zodat mensen kunnen zien dat hij op een pro-life-manier praktijk uitoefent. Uiteindelijk denkt hij, dat dit juist niet goed is, want op die manier stoot je ook bepaalde patiënten af, bijvoorbeeld een vrouw die ongewenst zwanger is en om die reden niet direct bij jou zou aankomen met haar probleem. Ik denk dat het juist belangrijk is om allereerst een goed arts te zijn, een goed mens te zijn, om vertrouwen met mensen op te bouwen. Dan kun je in tweede instantie, wanneer het probleem zich voordoet, proberen die weg met mensen in te gaan en ik denk dat het uiteindelijk zo veel vaker succesvol is.

Hildering sloot het debat af door nogmaals openheid te benadrukken, ook naar de collegae toe, zodat ze weten wat ze aan je hebben.

FORUMDISCUSSIE

In hoeverre is het mogelijk om bij euthanasievragen het boek van Zylicz en zijn kennis als specialist meer te hulp te roepen?

Janssen lijkt het niet verstandig om voor al zijn patiënten een advies van Zylicz proberen te krijgen. Beter is het om ons als artsen zodanig te scholen en bij te scholen, dat gepoogd wordt om op hetzelfde niveau te komen. Het Nederlands Huisartsengenootschap werkt samen met de Landelijke Huisartsenvereniging aan een opleiding palliatieve geneeskunde. De bedoeling is om in elk huisartsendistrict, een of meer huisartsen speciaal te scholen als palliatief consulent. Deze worden vakinhoudelijk maar ook mensinhoudelijk geschoold om als consulent op te treden voor collegae die met oncologische en terminale patiënten geconfronteerd worden en vragen hebben omtrent palliatie. Daardoor alleen al zou de vraag naar euthanasie misschien kunnen verminderen. Soms wordt door de commissie die dit initiatief begeleidt en ondersteunt, van de palliatief consulent verwacht, dat die ook consulent-euthanasie is of wordt. Maar dat is niet overal zo. Er zijn ook de zogenaamde SCEN-artsen,

(Stichting Consultatie Euthanasie Nederland). In de regio Zuidoost-Brabant is het niet zo dat je ook SCEN-arts moet zijn om palliatief consulent te zijn.

Hoe zit het met verwijzen naar een andere arts. Moet er niet een specialist-euthanasie komen? Is de dokter wel geschikt of de juiste persoon om op de euthanasievraag in te gaan?

Boer: ‘Het wetsvoorstel geeft een goede aanzet om na te denken over wat nu eigenlijk een dokter is. Wie is het beste geschikt en gespecialiseerd in het beëindigen van het leven? Wat is er op tegen dat mensen die klaar zijn met leven, naar het politiebureau gaan? Daar zijn mensen die veel beter controleerbaar zijn dan artsen. De meldingsprocedure werkt niet. Er wordt van alles geprobeerd maar nog steeds meldt slechts de helft zich aan, wat betekent dat de andere helft het waarschijnlijk voor een deel niet zorgvuldig doet. En dat zijn nu juist de mensen die we willen controleren. De beste controle is op het politiebureau. Er zijn tegenwoordig toch geweren, die ervoor zorgen dat het heel snel kan.’ ‘Waarom moet de dokter het doen,’ vraagt Boer zich af. ‘Je kunt zeggen, dat die een vertrouwensrelatie heeft met de patiënt, maar dan zou ik zeggen, dat ik een hele leuke wijkagent heb, die laatst ook bij mij is geweest. Dus waarom moet het een arts zijn? Wat heeft het met geneeskunde te maken? Zo’n specialisme zet die discussie op scherp. Volgens de wet is euthanasie per definitie geen medische handeling. En het is belangrijk om dat in discussies te betrekken, hoewel er in de politiek graag gesproken wordt over ‘niet-normaal medisch handelen’. Euthanasie behoort niet tot ‘normaal medisch handelen’. Ergo, is abnormaal, maar wel medisch handelen. Ik denk dat we duidelijk moeten stellen, dat euthanasie per definitie geen medisch handelen is. Dat het een handelen is dat door artsen gedaan wordt, maakt dit nog niet tot een medische handeling. Het is natuurlijk zo dat beslissingen over leven en dood in de hand van de arts liggen. Iemand is pas dood als de dokter dat verklaart. Van daaruit is het een logisch gevolg dat de arts ook de enige is die de euthanasie mag uitvoeren, want hij zal het recept moeten uitschrijven. Maar het is ook zo, dat in de historie enkel mensen met een uniform en een wapen mogen doden en niet de artsen. De vraag blijft natuurlijk, waarom willen wij nu zo vreselijk graag dat het een dokter is. Daarbij gaat het om de wijze, waarop euthanasie wordt verricht, want het effect is precies hetzelfde. Een modern geweer of euthanasie. Een geweer kan volstrekt pijnloos zijn. Maar het heeft te maken met gewelddadigheid en euthanasie heeft te maken met gaan slapen, het heeft iets te maken met vertrouwde omgeving. Maar daarbij zou je ook kunnen zeggen dat het de eigenlijke vraag, waarom het gaat, wegneemt. Er wordt wel leven beëindigd. De dood wordt voorgesteld als een soort slaap, maar ik denk dat de dood daar eigenlijk iets te ernstig voor is. Er zijn mensen geïnterviewd over de methode waardoor men tot het einde wil komen, rondom het thema ‘kan zelfdoding een alternatief zijn, dan wel moet de dokter het doen?’. Wonderwel vinden veel artsen zich wel in de optie, dat de patiënt zelf iets actief inneemt, echter menig patiënt ziet dat niet als alternatief.

Janssen is van mening, dat de discussie over wie het zou moeten doen niet zo relevant is. We moeten ervan overtuigd zijn, dat het gaat om het feit dat er een einde aan een leven gemaakt wordt. Het is niet alleen ‘wij als dokters willen onze handen er niet aan branden’, want dat zou een erg makkelijke conclusie zijn, maar het moet veel verder gaan. We moeten uitdragen dat elk leven op zich beschermingswaardig is. En dat het leven een functie heeft, hoe beperkt die misschien in onze menselijke ogen ook is. Bij het voeren van de discussie, of het niet beter door een politieagent kan worden gedaan, bestaat het risico impliciet uit te dragen dat het prima is, als iemand een einde aan zijn leven wil laten maken?

In dit kader wordt nog een ander voorbeeld aangehaald over een huisarts die door een familie met de euthanasievraag geconfronteerd werd. De familie zei hem een einde te moeten maken aan het leven van een patiënt. Er ontstond een discussie omdat de arts dat niet wilde, en tegen de familie zei, waarom doet u het niet zelf. U neemt een kussen en drukt dat op het gelaat en u wacht een tijdje, dan is het ook gebeurd. Zo toonde hij aan dat, zodra de verantwoordelijkheid bij de familie wordt teruggelegd, deze er zelf ook voor terugdeinst, en illustreerde hij daarmee de moeite die hijzelf ermee heeft.

Hoe ga je, indien er sprake is van praktijkovername, om met de erfenis aan euthanasieverklaringen en

spiraaltjes, waarbij er in de nabije of verre toekomst sprake zal zijn van directe verantwoordelijkheid?

Van Gijssel: een euthanasieverklaring betekent niet dat je de dokter in de zak hebt. Iemand geeft uitdrukking aan wat hij zelf wenst en bedoelt, maar daarmee heeft hij geen beslag gelegd op de garantie dat er gedaan wordt wat hij graag wil. Misschien is het een soort heersende misvatting in onze samenleving, dat dokters maar doen wat je graag wilt, wij zijn geen warenhuis waar je wat koopt. Het kan hoogstens een vraag zijn. En eigenlijk kunnen die verklaringen netjes in het archief blijven zitten. Meestal vergelen ze. Voor mij heeft het geen consequenties. Voor wie het erg belangrijk is, komt het wel ter sprake. Ten aanzien van het spiraaltje komt op een gegeven moment de dag dat het eruit moet.

Kirkels: Tegenwoordig is het zo dat door alle technische ontwikkelingen ook veel nieuwe spiraalvormen op de markt zijn, die voor de artsen eigenlijk geen probleem hoeven op te leveren, dus dat kan een goed alternatief bieden. Bij de oude spiraaltjes was de werking het veranderen van het endometrium, waardoor de innesteling verhinderd werd. Met de komst van de koperspiraaltjes en naderhand van de hormoonbevattende spiraaltjes, is dat werkingspatroon verschoven in die zin dat bij de koperspiraaltjes het effect op de spermacellen zodanig is, dat die spermacellen gedeeltelijk afsterven of zeer ernstig worden vertraagd in hun beweging. Wat de hormoonbevattende spiraaltjes betreft, komt daarbij nog een tweede werking. Door het progesteron in die hormoonbevattende spiraaltjes wordt met name het cervixslijm ernstig veranderd in die zin dat het zeer moeilijk doorgankelijk wordt voor spermacellen.

Kun je het principe van de verwijderde medewerking ook toepassen als het gaat om een euthanasiepil of om een abortuspil?

Janssen: Je kunt die gevallen gelijktrekken. Maar het is heel moeilijk, want je moet dit soort dingen altijd in hun proportie zien met het te bereiken effect en met de mate van medewerking. Er is over de morning-afterpil al gezegd, dat de kans dat die werkelijk abortief is, eigenlijk maar heel klein is. Slechts in een heel beperkt percentage maakt het werkelijk het verschil uit tussen het beëindigen van een zwangerschap en het uitdragen van een zwangerschap. Bij een abortus- of euthanasiepil ligt dat anders. Het te bereiken effect is daar gewoon heel duidelijk. Ik denk dat het bij de euthanasiepil haast op 100% zal liggen, bij de abortuspil zal het wat lager zijn, maar het is ook aanmerkelijk hoger dan bij de morning-afterpil. Dus je moet dan altijd weer kijken naar wat de alternatieven zijn. Zijn er alternatieve situaties? Is er een noodsituatie? Je zult altijd voor jezelf moeten afwegen, waar de situatie ligt dat het echt niet anders kan, en waar er nog alternatieven zijn. Er zit dus een gradatie in die verwijderde medewerking, waardoor je geval per geval moet afwegen, op zoek naar alternatieven.

Kirkels: Dit speelt ook bij de late zwangerschapsafbreking. Als u de literatuur over de late zwangerschapsafbreking leest, dan worden slechts twee mogelijkheden genoemd. Ten eerste mag je in utero doden, omdat het kind in de categorie valt dat het in ieder geval geen kans op leven heeft. En ten tweede, wanneer het kind wel een kans op leven heeft, maar de kwaliteit van leven te laag geïdentificeerd wordt, mag je ook doden. Desnoods zeggen ze, als we dit soort kinderen geboren laten worden, dan moeten we gaan behandelen. Nu, levensverlengend handelen bij kinderen die geen kans hebben is natuurlijk onzin, maar de derde mogelijkheid wordt in alle literatuur verzwegen. Dat is het kind geboren laten worden, en als het voor de noodsituatie van de moeder niet mogelijk is het kind uit te dragen, dan doe je dat iets eerder. Maar laat het kind geboren worden en bewandel de derde weg van het abstineren, dus geen disproportioneel handelen, maar wel het kind verzorgen, het kind helpen. Daarmee help je trouwens ook de ouders en de rest van de gezinsleden. Laten wij die weg toch eens benadrukken, want die wordt doodgezwegen.

Tot besluit.

Kirkels: In de eerste plaats ben je als medicus primair hulpverlener. Ten tweede vind ik, dat je als medicus geen verantwoordelijkheid kunt dragen voor de beslissing van een patiënt. Je kunt je best doen

om een patiënt die beslissing te laten nuanceren, maar je kunt geen verantwoordelijkheid dragen voor wat de patiënt uiteindelijk wil. Een derde punt is, dat je in Nederland geleidelijk aan steeds meer een discrepantie krijgt tussen wat juridisch mag en kan en wat ethisch mag en kan. Als voorbeeld wil ik aanstippen het gegeven dat je in Nederland als behandelaar verplicht bent om een zwangere vrouw die ouder is dan 36 jaar, uitgebreid te informeren over prenatale diagnostiek en eventueel te verwijzen, terwijl je er zelf heel veel problemen mee hebt. Hetzelfde gaat waarschijnlijk ook gelden voor een verwijzing voor abortus of euthanasie. Dat betekent dat je binnen een juridisch kader wordt geperst, waar je ethisch niet mee uit de voeten kunt.

Van Gijssel: als een patiënt een probleem heeft, en daarmee bij ons komt, zeker als het over leven en dood gaat, komt deze patiënt op een kruispunt in haar bestaan. De patiënt ontdekt, dat hij er zelf niet uitkomt. Wat ik mijzelf realiseer, is dat ik een sleutelrol speel in zo'n situatie. Ik merk dat het feit tot welk standpunt ik kom, vooral is ingegeven door het feit dat het leven goed is: het is goed bedoeld en zeker beschermwaardig. Het leven van de persoon tegenover mij mag alle kansen krijgen om goed tot haar recht te laten komen. Dat is als het ware mijn leidraad, en ik denk dat het een heel stuk veiligheid geeft in het leven met de patiënten in contact met mijzelf. Af en toe kom je daarbij wel eens in situaties terecht, waarbij je gewoon met alle verdriet de ander een andere weg ziet gaan. En soms is het ook goed, dat je dan iemand verwijst, die ook altijd weer terug kan komen. Het is en blijft dan toch 'hulpverlening met visie'.

Dit symposiumverslag is, maar dan met foto's erbij, ook te vinden in PVH nr. 2, 2001.

Nog eens dit verslag doornemende is de problematiek en de benadering ervan nog net zo actueel.

Verdere aanvullende kanttekeningen zijn nog te plaatsen bij een aantal van de bovenvermelde, door de NVOG gepubliceerde, richtlijnen:

ad richtlijn IVF: een groot probleem is o.a. dat meer dan 1 embryo wordt geïmplant en de gewoonte embryo's te bewaren in vrieskasten.

ad richtlijn sterilisatie: 20% van de vrouwen heeft spijt van de ingreep, vooral de vrouwen jonger dan 30 jaar, vrouwen bij wie sterilisatie gebeurt in de kraambedperiode en vrouwen die nog kinderen hebben jonger dan 3 jaar.

10 % van de mannen blijkt spijt te hebben van het verrichten van een vasectomie, vooral als de echtgenote wat overkomen is, de relatie verbroken wordt of wanneer er wat met 1 van de kinderen gebeurt.

Ad richtlijn morning-after pil: tijd en gelegenheid vinden cq krijgen om een goed informatief gesprek aan te gaan met een patiënte die vraagt om de morning-after pil kan in een drukke weekenddienstsituatie nogal eens voor een groot dilemma zorgen.

Tot slot zal ik tijdens het symposium vertellen welke hindernissen 1 van onze leden in zijn praktijk als huisarts ontmoette in zijn contacten met een abortuskliniek en met de inspectie naar aanleiding van een patiënte die abortus heeft laten verrichten in de betreffende abortuskliniek. Deze patiënte heeft van de huisarts een zo objectief en open mogelijk informatiegesprek gehad op haar vraag om abortus, waarbij conform de wet (WAZ) zowel de belangen van de moeder als de belangen van het ongeboren leven besproken zijn. Zorgvuldig is omgegaan met de emoties en mening van patiënte. Het besluit tot de ingreep stond bij patiënte echter vast. De huisarts kon het niet met zijn geweten in overeenstemming brengen om patiënte vervolgens te verwijzen naar de abortuskliniek, omdat hij vindt dat verwijzen onder de omschrijving 'medewerking verlenen aan' valt. Na de ingreep heeft patiënte haar waardering voor het gesprek met haar huisarts kenbaar gemaakt en is bij hem als huisarts gebleven. De arts van de abortuskliniek maakt echter bezwaar tegen het niet-verwijzen van een patiënte met deze vraag door een huisarts. Verder vraagt de inspectie zich af of het begrip 'onverwijld' de patiënte met de vraag om abortus in kennis stellen van eventueel bestaande gewetensproblemen ten aanzien van niet willen doorverwijzen, inhoudt dat je dit aan het begin of aan het eind van het gesprek doet. Gezocht wordt naar een oplossing waar zowel de betreffende huisarts als de arts van de abortuskliniek verder mee kunnen.

Het zal duidelijk zijn dat een goede afweging en een professionele communicatie met respect voor een ieders mening hier nadrukkelijk van groot belang zijn. Het illustreert verder hoe belangrijk het is om je te verdiepen in ethische dilemma's die je ontmoet in je werk als arts.

Het Nederlands Artsenverbond (NAV) zal ik er zich hard voor maken om te voorkomen dat er compromissen gesloten worden in de bovenvermelde casus die verder gaan dan de WAZ. Verder vindt het NAV dat het terwille van de objectiviteit van het gesprek en het centraal stellen van de mening van de patiënte, pas aan het eind van het gesprek ter sprake moet komen dat een huisarts niet wil doorverwijzen op basis van zijn geweten. De betreffende huisarts deelde daarin ons standpunt. Vanzelfsprekend is de huisarts ten alle tijden bereid om de nazorg van patiënte te verzorgen.