

NVBe Nieuwsbrief

Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek

In dit nummer

Thema: Juridisering & Professionele Autonomie

- **“Soms vind ik het vak eigenlijk niet leuk meer....”**
Frans Stafleu
- **Professionele autonomie artsen gekneveld**
Ben Crul
- **De arts moeten we opnieuw uitvinden**
Medard Hilhorst
- **Het keurslijf van de dokter, tussen beeldvormingen feiten**
Jan Swinkels
- **Professionele autonomie: een morele invalshoek**
Frans Stafleu
- **Column; Vleesslimmer**
Monique Janssens
- **Een interview per e-mail met Julian Baggini**
Suzanne van de Vathorst



Inhoudsopgave

| | | | |
|--|----|--|----|
| Inleiding <i>Frans Stafleu en Carla Bal</i> | 1 | Column; Vleesslimmer <i>Monique Janssens</i> | 12 |
| “Soms vind ik het vak eigenlijk niet leuk meer.....” <i>Frans Stafleu</i> | 2 | Een interview per e-mail met Julian Baggini <i>Suzanne van de Vathorst</i> | 13 |
| Professionele autonomie artsen gekneveld <i>Ben Crul</i> | 3 | Aankondigingen • 20 januari 2010: Jaarvergadering NVBe • vrijdag 29 januari 2010: “Biobank onvermijdelijk?!” • vanaf 5 januari 2010: Ethiek van de Zorg | 14 |
| De arts moeten we opnieuw uitvinden <i>Medard Hilhorst</i> | 4 | Symposium Biobanken <i>Saskia de Weerd</i> | 15 |
| Het keurslijf van de dokter, tussen beeldvorming en feiten. <i>Jan Swinkels</i> | 7 | Recensie “Op het moment dat je dood wilt, bestaan er gewoon geen mensen meer” <i>Heleen van Luijn</i> | 16 |
| Professionele autonomie: een morele invalshoek <i>Frans Stafleu</i> | 10 | | |

Inleiding

Geachte lezer, dit nummer van de NVBe nieuwsbrief is gewijd aan de vraag of artsen in deze tijd niet te veel door juridisering en richtlijnen in hun professionele autonomie worden beperkt, hetgeen zou leiden tot een suboptimale en dure gezondheidszorg. Een stevige uitgangsvraag en wellicht daardoor enkele stevige antwoorden. Voorwaar een echte discussie in ons huisblad!

Om te beginnen kunt u een verslag van een gesprek met twee perifere neurologen lezen. Dit verslag zet de toon: artsen voelen zich in steeds grotere mate onder druk gezet door tuchtzaken en richtlijnen met als gevolg dat “het vak soms niet leuk meer is”. Ben Crul, hoofdredacteur van Medisch Contact, onderbouwt deze indruk met een filippica over de juridisering, die in zijn ogen zo ver gaat dat de kwaliteit van de zorg daaronder lijdt en we eerder verder weg dan dicht bij vraaggestuurde zorg komen. De ethicus Medard Hilhorst gaat eens stevig de andere kant op: artsen moeten niet klagen, maar zich aanpassen aan de nieuwe tijd. Professionele autonomie is een verouderde, niet-functionele term en we zouden moeten spreken over vrijheid en verantwoordelijkheid en daarin samen een nieuwe weg zoeken. Jan Swinkels gaat wat toon betreft een versnelling terug. Ten eerste vraagt hij zich af of het beeld van de ‘beknotte dokter’ binnen de beroepsgroep niet berust op verkeerde beeldvorming die leidt tot een *self fulfilling prophecy*. Vervolgens laat hij zien dat een goed gebruik van richtlijnen de arts kan helpen betere geneeskunde te bedrijven en dat patiënten dan ook meer tevreden zijn. De toon wordt nog iets rustiger in een bijdrage van ondergetekende die de term pro-

fessionele autonomie herdefinieert in ethische zin. Hij betoogt dat die autonomie nodig is vanuit een mensenrechten standpunt, maar vooral ook vanuit de professionele plicht die de arts heeft om bij te dragen aan de publieke morele discussie.

De lijn in deze discussie lijkt te zijn dat een op zich goede ontwikkeling (meer transparantie, meer verantwoordelijkheid en meer betrokkenheid van de patiënt bij zijn eigen behandeling) dreigt door te schieten in bureaucratie en juridisering. Daar hebben artsen last van. Maar ze moeten ook bij zichzelf te rade gaan; artsen zijn te vaak geen toonbeeld van professionals die flexibel inspelen op de ontwikkelingen. Het verstandig omgaan met fouten bijvoorbeeld staat nog wel erg in de kinderschoenen. Veel plezier met het lezen van dit nummer en vorm uw eigen mening, het gaat immers ons allen aan: we zijn of worden allemaal patiënt. Buiten het thema om is er nog de column en een nagekomen bijdrage van de filosoof Julian Baggini over ethische expertise naar aanleiding van het NVBe congres, die toch nog actueel is nu er binnenkort een bundel over dit onderwerp uitkomt.

Mede namens themaredacteur Carla Bal, Frans Stafleu

In gesprek met twee neurologen

“Soms vind ik het vak eigenlijk niet leuk meer....”

Frans Stafleu

“Ik ben trots. Ik zag een vrouw met een herseninfarct en het was de vraag of ik een middel zou toedienen om het stolsel bij het infarct op te lossen. We zaten nog binnen de tijd waarin dat kan, maar ze had een hoge bloeddruk. Volgens de bestaande richtlijn was het een te hoge bloeddruk om het te mogen doen. Maar ja, dacht ik, ik ken die vrouw en ze heeft al een groot deel van haar leven die hoge bloeddruk, dat lichaam is daar wel aan aangepast. Ik heb het dus wel gedaan. Het ging goed! Ze is enorm opgeknapt, maar als het was misgegaan, dan was ik de lul geweest: afgeweken van de richtlijn...”

In het bovenstaande citaat uit het gesprek dat ik voerde met twee neurologen (H. Lohmann en J. Ten Holter) uit een perifere kliniek, komt het onderwerp waar ik het met hen over wilde hebben prachtig tot uiting. Name-lijk de vraag of de toegenomen protocollering en juridi-sering van het artsenvak op gespannen voet staat met de professionele autonomie van de arts. Ik hoor vrij vaak uit de praktijk dat het vak niet leuk meer zou zijn, omdat de arts zich constant moet indekken tegen allerlei claims van patiënten en dat richtlijnen werken als een soort (contraproductief) keurslijf. Ik was benieuwd hoe dat nu zit en besloot, om een indruk te krijgen, te gaan praten met de twee neurologen.

De beide artsen waren het erover eens dat die richtlijnen in principe erg nuttig zijn: ze bieden een handvat, niets mis mee. Maar ten eerste is er een soort “behandelaar psychologisch probleem”. Vroeger zag je als behandelaar het gevolg van een verbeterde behandeling: je zag dat er meer van jouw patiënten beter werden. Maar de richtlijnen zijn vaak gebaseerd op statistiek: als je 100 patiënten volgens de richtlijn behandelt dan gaat er (bijvoorbeeld) één minder dood. Dat zie je zelf als dokter niet meer, je moet afgaan op de autoriteit van de onderzoekers. Dat kriebelt, je wil het eigenlijk zelf zien.... Maar het grootste probleem is dat de richtlijn tot wet wordt verheven. “Ik kreeg eens een keer ruzie met de verpleging omdat ik iets niet helemaal volgens de geldende richtlijn uitvoerde. Dat ik daar een goede reden voor had leek nauwelijks relevant, het was niet volgens de richtlijn.” Je mag wel afwijken van een dergelijke richtlijn maar dan moet je (onder andere) goed documenteren waarom je afwijkt. Dat kost weer zoveel tijd dat het er in praktijk vaak bij inschiet. Afwijken van de richtlijn kan, maar als het mis gaat (zie de casus waar dit stukje mee begon) dan dreigt de tuchtraad. Beide artsen zijn het er roerend over eens dat er iets wringt in de redenering dat als een behandeling goed verloopt deze als normaal wordt gezien, maar als er iets misgaat dat men dat abnormaal vindt en dus iemand een fout moet hebben gemaakt. Achteraf kan je altijd

wel registreren wat er beter had moeten, en dat wordt je dan bij de tuchtraad onmiddellijk aangere-kend! Als voorbeeld werd de neuroloog genoemd die vergeten was aan te geven dat een patiënt die een TIA had gehad (een waarschuwing dat de kans op een be-roerte hoog is) *met spoed* moest worden behandeld. Voordat de behandeling was gestart kreeg de patiënt een herseninfarct. De neuroloog werd neergesabeld. Het leek wel of men ervan uitging dat de niet-ingestel-de behandeling er met 100% zekerheid voor zou heb-ben gezorgd dat die patiënt géén herseninfarct zou hebben gekregen, maar dat is absoluut niet zeker. Niet-temin werd de neuroloog beoordeeld alsof hij de pa-tiënt onnodig had laten doodgaan. Kleine begrijpelijke vergissingen worden niet meer geaccepteerd, maar kei-hard afgestraft. Dat leidt tot een laffe defensieve ge-neeskunde waarin je geen risico’s meer durft te nemen en veel tijd bezig bent met onder andere vastleggen en rekenschap afleggen. Bij de tuchtraad kan je niets meer uitleggen; de sfeer is puur juridisch, er wordt achteraf gekeken of je goed of fout hebt gehandeld en dat is het. In hoger beroep blijkt er meer ruimte voor uitleg en nuance te zijn, maar dan heb je wel erg veel tijd en inspanning (en emoties) moeten spenderen!

Hoe zijn we nu in zo’n situatie gekomen? De patiënt is mondiger dan vroeger en de patiënt-arts relatie lijkt veranderd. De patiënt heeft andere verwachtingen. Ten eerste staat hij anders tegenover een ziekte, gezond zijn is de norm. Als je ziek wordt, moet daar wat aan ge-daan worden en dan ga je als klant naar de dokter die dan jou, op jouw verzoek, beter maakt. Gezondheid wordt als maakbaar gezien en als je bijvoorbeeld Par-kinson hebt dan kan je dat niet accepteren (hoe kan het nu dat ik dat heb...?) en moet er alles aan gedaan worden om zo’n onrechtvaardige situatie recht te zet-ten. Alles moet uit de kast en de ziekenhuizen spelen daarop in door gespecialiseerde poli’s op te zetten zo-als bijvoorbeeld een hoofdpijn- Parkinson- of slaappoli. Sommige daarvan hebben meerwaarde maar vaak lijkt het oude wijn in nieuwe zakken en gebeurt daar niet

veel anders dan bij de perifere specialist! Maar als alles uit de kast wordt gehaald blijkt al snel dat de therapeutische mogelijkheden in het algemeen achter zijn gebleven bij de diagnostische. Dat wil zeggen dat we steeds beter in staat zijn vast te stellen wat er precies aan de hand is, maar dat we vervolgens vaak maar een beperkt scala aan behandelingen hebben; de maakbaarheid beperkt zich voor een aanzienlijk deel tot diagnose! Patiënten willen die diagnostische mogelijkheden echter wel uitbuiten, ze zijn mondig, hebben op internet uitgezocht wat er mogelijk is en dat moet dus gebeuren, of het nu zin heeft of niet. “Ik heb er wel eens aan gedacht om bij te houden hoe vaak ik een scan aanvraag waarvan ik van te voren weet dat er niets uitkomt, ik denk dat het heel vaak is. Maar ja, de klant is koning, je zit er niet meer om hem te helpen, maar om aan zijn wensen te voldoen. Bovendien, zou je wat missen dan hang je...” Vroeger dacht je: “hoe kan ik de patiënt helpen?” en tegenwoordig: “wat is de hulpvraag?” Op het einde van het gesprek wordt de hand in eigen

boezem gestoken. Het is duidelijk dat artsen nog steeds te weinig geneigd zijn om fouten toe te geven en een goed kwaliteitsverhogend systeem waarin fouten kunnen worden gemeld, is er op een heleboel plekken nog niet. Dat moet beter. Bovendien valt op dat artsen zich veel te veel passief opstellen als het gaat om gezondheid in het maatschappelijk debat. Ze nemen veel te weinig initiatieven als het gaat over de donorproblematiek, obesitas, et cetera.

In dit verslag zijn de klachten enigszins gecondenseerd weergegeven, want nuances kwamen wel degelijk naar voren in het gesprek. Maar toch is er vaak het gevoel dat de arts wel erg wordt ingeperkt en daardoor zijn of haar expertise niet volledig kan inzetten. “Dat maak dat je soms thuis komt en tegen je partner zegt: soms vind ik mijn vak niet leuk meer.....”

Dr. F. Stafleu is werkzaam bij het Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht

Professionele autonomie artsen gekneveld

Ben Crul

De politiek, patiëntenverenigingen en verzekeraars hebben hun mond vol van ‘vraaggestuurde zorg’. Het wahlhalla is bereikt, na jaren van zogenaamde ‘aanbodgestuurde zorg’. Weg met de dokter die vanuit zijn professionele autonomie wel weet wat goed voor de patiënt is. De patiënt is voortaan leidend in wat noodzakelijke zorg voor hem of haar is en niet de dokter, het ziekenhuis of een andere zorgverlener. Patiënt-empowerment, de kritische en mondige patiënt zal wel eens met de voeten gaan stemmen. Geen goede op mij toegespitste geboden zorg? Geen goede service? Dan ga ik toch gewoon naar een ander? Even googlen of naar Kiesbeter.nl en klaar is Kees.

Vanuit mijn functie maar ook bij mijn naasten, zie ik bar weinig van al die gedroomde ontwikkelingen. De service is nog enigszins onderwerp van keuze maar verder, nou nee. De professionele autonomie van de arts wordt helemaal niet door patiënten beperkt, maar veel eerder door (hun angst voor) aan te spannen tuchtzaken. En de tuchtcolleges nemen in hun uitspraken steeds meer hun toevlucht tot gegeneraliseerde richtlijnen en protocollen van de beroepsgroepen. Dat is mijn ervaring bij het meer dan tien jaar selecteren en becomingentariëren van hun ter publicatie aangeboden tuchtuitspraken. Ik zie de standaarden en protocollen daarin een steeds prominentere rol spelen. Geen standaard betekent geen tuchtnorm, maar een standaard in wording heeft toch al enige rechtskracht. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het straf- en civiel recht bedienen zich daar in toenemende mate van. Helaas regelmatig meer als kookboek dan als richtlijn waar

professioneel van afgeweken mag worden. De defensieve geneeskunde doet sluipenderwijs ook in Nederland haar intrede.

Onnodige onderzoeken

Mijn schoonvader loopt tegen de negentig. Het afgelopen halfjaar is hij drie keer in het ziekenhuis opgenomen geweest. De laatste keer met een hartinfarct, waarbij hij tijdens zijn opname diarree kreeg. Tot mijn verbazing ging hij – nog krakkemikkig en wel – naar huis met een afspraak voor een coloscopie een dikke week later. Een niet plezierig en belastend darmonderzoek, waarbij de patiënt eerst gelaxeerd moet worden alvorens inwendig gekeken kan worden. Wij hebben hem moeten overreden om het onderzoek niet te laten uitvoeren, want ‘waarom zou de dokter het anders aangevraagd hebben?’ Het antwoord kwam van de handelend arts zelf: “ja ik weet ook wel dat het waar-

schijnlijk een ziekenhuisinfectie is, maar ik wil niet het risico lopen dat als het tóch darmkanker is, dat ik dan de hele familie met een tuchtzaak op mijn dak krijg....” De diarree is overigens allang over.

De belasting en gevolgen van een aangespannen tuchtzaak voor een arts zijn inderdaad groot. Veel groter dan juristen, patiënten en hun familie maar ook anderen aan de zijlijn van de zorg zich kunnen voorstellen. Het is toch een aanslag op je professionele integriteit. Niemand wil op voorhand slechte zorg leveren en dan ineens zo'n tuchtzaak als een natte lap in je gezicht. Op voorhand weet je dat het je veel tijd gaat kosten en met onzekere afloop, want met name juristen denken veel te zwart-wit. Schuldig of niet schuldig? Een beetje schuldig bestaat niet. Jurisprudentie, wetboeken, het staat voor juristen allemaal ergens opgeschreven. Dus ook een protocol of standaard voor een dokter is toch gewoon als regelgeving, als jurisprudentie, te lezen? Niet-artsen vergeten daarbij dat voor artsen elke patiënt en iedere situatie toch weer anders is. Maar ook dat de onderbouwing van richtlijnen en protocollen anders is dan in juridische stukken. Ze heten wel *evidence-based*

te zijn, maar als je goed zoekt naar het niveau van *evidence-based*, dan blijkt het niveau van bewijsvoering vaak uitermate mager te zijn. Goede *randomised controlled trials* ontbreken veelal, de mening van de werkgroep die de richtlijn samenstelt, speelt nog een grote rol. Ook is verreweg de meeste *evidence* verzameld in onderzoek onder personen van 20 tot 50 jaar en niet bij kinderen of hoogbejaarden: de groep waar de meeste patiënten toe behoren.

Het is dus logisch dat artsen zich ongemakkelijk voelen bij het strikt volgen van richtlijnen, standaarden en protocollen door buitenstaanders in rechtszalen. De documenten worden weliswaar gebruikt om te bepalen 'wat in de beroepsgroep gebruikelijk is', maar de nuancering ontbreekt. Veiligheidshalve zullen artsen zich dan maar keurig volgens het boekje gaan gedragen. Dan kraait er geen juridische haan naar, maar met vraaggestuurde zorg heeft het helemaal niets te maken.

drs. Ben V.M. Crul is arts en tevens hoofdredacteur van Medisch Contact.

De arts moeten we opnieuw uitvinden

Medard Hilhorst

Laten we ter zake komen en het hebben over zaken waar het écht omgaat. Professionele autonomie is een non-issue, die afleidt van kwesties die wél essentieel zijn. Spreek liever, vanuit ethische optiek, van vrijheid en verantwoordelijkheid.

Vrijheid en verantwoordelijkheid zijn twee begrippen die als een Siamese tweeling bij elkaar horen. Artsen hebben, zoals iedereen, voldoende vrijheid nodig om verantwoordelijk te kunnen zijn. Zonder vrijheid zouden we hen reduceren tot instrument: de arts typt je ziekte, die met een scan is aangetoond, in op de computer en het programma schrijft het passende medicijn of de benodigde operatie voor. Dat zou het einde van de arts betekenen. 'Een dokter heeft ruimte nodig' (Hilhorst, 1999) en geen weldenkend mens zal die ruimte aan zijn dokter willen ontzeggen. Niemand zal zijn dokter willen terugbrengen tot een diagnostisch computerprogramma of een opererende robot. Anderzijds gaat de arts allang niet meer alleen te rade bij zichzelf: voor veel taken gaat hij (tegenwoordig steeds vaker zij) af op handboeken, *evidence-based* richtlijnen, specialistische collega's die het beter weten of bij apparaten die betrouwbaardere diagnoses stellen of nauwkeurigere ingrepen in het lichaam kunnen doen dan hij zelf ooit kan. Heel veel dingen die hij vroeger deed, heeft hij uit handen gegeven.

Veranderende vrijheden en verantwoordelijkheden

De echte vraag is: hoevéél vrijheid laat je aan artsen? Het woord professionele autonomie lijkt vooral te functioneren als een schild om inbreuken op de vrijheden van artsen af te weren. Dat leidt alleen maar af: vrijheid is immers geen doel in zichzelf, maar bedoeld om het mogelijk te maken dat professionals zich werkelijk gemotiveerd van hun taken kunnen kwijten en daar de verantwoordelijkheid voor kunnen nemen. Laat de discussie dan gaan over die verantwoordelijkheden. Zo veel is duidelijk: een arts heeft een mooi beroep, maar heeft daarvoor juist veel vrijheden moeten ópgeven. Er wordt verwacht dat hij professioneel handelt, en voor wat dat inhoudt kan hij niet terecht bij Hippocrates en zelfs niet bij de (oude) KNMG-gedragscodes uit 1950. De oude arts heeft afgedaan en naar de nieuwe moeten we proefondervindelijk op zoek. De oude vrijheden bestaan niet meer, de nieuwe moeten we 'eigentijds' zien in te vullen. En eigentijds betekent tegenwoordig 'samen', artsen kunnen dat niet meer op hun eigen houtje.

Veranderende diensten

De huidige arts dient 'horig' te zijn aan het Nederlandse rechtssysteem, met alle wet- en regelgeving van dien, financieringsstructuur en patiëntenrechten. Dat legt aanzienlijke beperkingen op aan diens handelen, maar zo zijn we dat democratisch overeengekomen. De vrijheden en verantwoordelijkheden die artsen hebben, zijn niet tijdloos en niet 'van nature' gegeven met 'het' artsenberoep. Ze worden verléënd en ze drukken precies uit wat de maatschappij tegenwoordig van artsen verwacht, bijvoorbeeld dat ze patiënten en hun autonomie serieus nemen. En dat zij zich (zo nodig) kunnen verantwoorden voor hun handelen; dat het niet op willekeur berust wat zij doen en dat zij zich meten met andere vakgenoten. Beroepsgroepen hebben zelf deze handschoenen opgenomen en daar met professionele richtlijnen en standaarden invulling aan gegeven; instellingen werken met protocollen, enzovoort. Dergelijke normen vanuit eigen kring dienen leidend voor hun handelen te zijn. De geneeskunde is zo specialistisch geworden en de gezondheidszorg zo complex, dat het de zorgverleners houvast geeft en de afnemers van zorg voldoende vertrouwen. Vertrouwen is overigens in ethisch opzicht een kernbegrip in de zorg, het zal steeds opnieuw 'verdiend' moeten worden. Alles bij elkaar zijn we zo invulling aan het geven aan het eigentijdse artsenberoep. Alles is erop gericht te zorgen dat artsen in staat worden gesteld zo goed mogelijk hun taken te vervullen, zoals de samenleving die van hen verwacht, en met de plichten die er inherent aan zijn. Samengevat: hun inzet en dienst aan patiënten. Vanouds is het een publieke dienst, en daaraan zou ik graag vasthouden. De echte vraag is: wat we precies van hen verwachten en, een andere belangrijke vraag, hoe we hen daartoe het beste kunnen motiveren, om te doen wat zij moeten doen. Hoort bijvoorbeeld de cosmetische chirurgie erbij, en het commerciële ondernemerschap, en als er geadverteerd mag worden, binnen welke grenzen van het betamelijke? Waar houdt het gezondheidsbelang op en beginnen individuele preferenties? Allemaal lastig genoeg: waaraan is de arts nog precies dienstbaar? Nu aan veel nood tegemoet gekomen kan worden, zijn we in toenemende mate onzeker over de betekenis en zin van veel zorgverlening én de morele grondslagen ervan. Tot welke dienst was een arts ook weer geroepen?

Autonomie is het goede woord niet

Vaak wordt van 'discretionaire bevoegdheden' gesproken: bedoeld wordt de vrijheid om op een beperkt terrein binnen duidelijk omschreven kaders in alle verwonderlijkheid zelfstandig te kunnen handelen. Zo zijn er ook 'voorbehouden handelingen', vrijheden die al-

leen aan artsen zijn toevertrouwd, zoals opereren, medicijnen voorschrijven, bepaalde diagnostische tests uitvoeren, euthanasie toepassen, organen transplanteren – dood dan wel levend, keuringen voor rijbewijzen verrichten, claims op uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid beoordelen, enzovoort. Tot op zekere hoogte wordt het aan de beroepsgroep toevertrouwd om orde op zaken te houden, opleiding en scholing te organiseren, en onderlinge evaluaties en toetsing te doen. Het begrip professionele autonomie verwacht eerder dan dat het verder helpt. Het is het goede woord niet (Den Hartogh, 1997). Immers, autonomie betekent gewoonlijk de vrijheid om zelf richting te geven aan het eigen leven, zonder daarover verantwoording te hoeven afleggen. Een patiënt mag zélf bepalen of hij een behandeling wil of niet en hoeft voor zijn keuze geen redenen te geven. Kenmerkend voor de moderne arts is nu juist wél dat hij zich (zo nodig) verantwoorden kan. En, zoals gezegd, professionele standaarden zijn leidend, de arts heeft niet de vrijheid om ze niet, of louter naar willekeur, toe te passen.

Een huisarts die een zwangere vrouw van 40 jaar niet wees op de mogelijkheid van prenatale diagnostiek, werd door de tuchtrechter veroordeeld. Die vrijheid heeft hij niet, ook al is hij nog zo roomsch; zelfs op gewetensvrijheid kan hij geen beroep doen. Hij moet gewoon een ander vak kiezen. De huisarts die een euthanasie niet volgens de afgesproken regels van de kunst uitvoerde, werd eenvoudig door de politie van zijn bed gelicht en beschuldigd van moord. We verwachten van artsen andere dingen dan vroeger, en de vrijheid om daarin niet mee te gaan of een eigen autonomie hoog te houden bestaat voor hen niet.

Hetzelfde geldt voor het voorschrijven van generieke middelen: als maatschappij verwachten we dat artsen niet onnodige, dure middelen voorschrijven en professionele standaarden zijn daarin meegegaan. Veel artsen houden zich er echter niet aan en verzekeraar Menzis besloot via een financiële bonus (een 'externe' prikkel) huisartsen aan te zetten tot correct voorschrijfgedrag. In drie rechtszaken, aangespannen door respectievelijk farmaceuten, huisartsen en patiënten, stelde de rechter de bezwaarden in het ongelijk. De bonus is geen ongeachtvaardigde inbreuk op professioneel handelen maar zet juist aan tot gedrag dat de beroepsgroep zélf als professioneel ziet, tot gedrag dat van moderne dokters verwacht mag worden en beloont de extra inspanningen op passende wijze. Zelfregulering van de beroepsgroep door toezicht en een interne motivatie om generiek voor te schrijven is wellicht de eerste keuze, de meest voor de hand liggende manier om het handelen van dokters te gidsen: de koninklijke weg. Maar in-

dien die zelfregulering tekort schiet en de interne motivatie te zwak is – dokters zijn ook maar mensen, laten we geen heiligen van hen maken – dan kunnen ook externe prikkels een begaanbare weg zijn, efficiënt zowel als ethisch gerechtvaardigd om dokters te krijgen waar we ze hebben willen (Hilhorst, 2008). Ook hier is het beroep op zoiets als professionele autonomie volstrekt ongepast.

Voldoende ruimte

De dokters die ik spreek zeggen zelden dat zij onvoldoende ruimte hebben om een eigen oordeel te geven. Wel dat hun handelen aan serieuze beperkingen is gebonden en strak ingekaderd is. Maar elke dokter weet dat gemotiveerd mag worden afgeweken van een professionele richtlijn of standaard. Niemand past de regels ‘blind’ toe en ziet ze als kookboekrecepten, waarbij men het eigen denken rustig thuis kan laten. Ze zijn leidend, juist om het eigen oordeel aan te schragen. Het woord ‘afwijken’ van de regel is misschien niet eens de goede term, immers, een regel zélf laat als het goed is voldoende ruimte voor interpretatie én toepassing op een individuele situatie. Beslissingen zijn altijd complex, de arts moet zich afvragen welke regels in de concrete casus gelden – vaak zijn het er meerdere, vervolgens hoe deze regels zich tot elkaar verhouden in hiërarchie en hoe men ze moet interpreteren en toepassen in het onderhavige geval. Daarbij mag (of moet zelfs) met specifieke, relevante omstandigheden rekening gehouden worden en mag dus bepaald worden wat ‘relevant’ is en hoe zwaar die omstandigheden mogen wegen. Ruimte genoeg dus.

Wellicht doen de verschillende beroepsgroepen van artsen er goed aan, hun leden op dit punt beter te scholen. Het is immers niet vanzelfsprekend wat ‘gemotiveerd afwijken’ betekent. Laat men dat over aan de individuele arts zonder dat men daaraan op het niveau van de beroepsgroep voldoende invulling geeft, dan loopt men het risico dat artsen er liever niet aan beginnen. Zoveel vrijheid kan individuele artsen bang maken, zodat zij liever veilig (en defensief) tot standaard optredens neigen die geen recht doen aan het individuele geval. Of lui en gemakzuchtig, omdat routinematig optreden nu eenmaal makkelijker is dan maatwerk le-

veren. Vanuit ethisch perspectief ligt wat mij betreft hier de uitdaging: beter in kaart brengen wat goede, gerechtvaardigde redenen zijn om afstand te nemen van een standaard of richtlijn. In een betrekkelijk recent artikel in het NTvG noemen de auteurs, binnen de psychiatrie, naast wetenschappelijke en klinisch redenen ook ethische en contextuele redenen om van richtlijnen af te wijken. Ik vermoed dat er veel ruimte binnen de richtlijnen bestaat die in de praktijk onbenut blijft. Als dat zo is, dan moeten we de gevaren van richtlijnen en standaarden niet zoeken bij externe partijen, als overheid, verzekeraars, of rechters, en beschuldigend naar anderen wijzen. Eerder zou ik het gevaar zoeken bij de beroepsgroep zélf, als aan het gemotiveerd interpreteren van de ruimte binnen haar regels geen structurele invulling gegeven wordt. Dan wordt geneeskunde snel kookboekgeneeskunde en zet de beroepsgroep haar eigen vrijheid op het spel. In het verzet hiertegen zie ik voor mijn vak, de ethiekbeoefening, een zinvolle rol weggelegd. En rechters, zo nodig, gemotiveerd overtuigen van de ruimte die men nam, lijkt mij dan niet zo moeilijk meer.

Dr. M. Hilhorst is ethicus op de afdeling Medische Ethiek en Filosofie van het Erasmus MC.

Literatuur

- G. den Hartogh. *Autonomie is het woord niet; professionele autonomie in het tijdperk van de WGBO. In: Medisch Contact, 31 oktober 1997.*
- D. Willems, M. Hilhorst. *De moraal van de beroepsgroep, in: Ethische problemen in de huisartspraktijk, Maarsse: Elsevier/Bunge, 1999, p.99-111.*
- M. Hilhorst. *Een hulpverlener heeft ruimte nodig, in: Er dokter bij blijven. Medisch-ethisch handelen in veranderende omstandigheden. Assen: Van Gorcum, 1999, p.1-6.*
- G.F. Koerselman, A. Korzec. *Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen, Ned Tijdsch Genees, 9 augustus 2008, 1757-59.*
- Medard Hilhorst. *Kwalijke beïnvloeding van voorschrijfgedrag? In: DE Kwestie, praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2008, 381-387.*

Het keurslijf van de dokter, tussen beeldvorming en feiten.

Jan Swinkels

“Evidence-based richtlijnen worden steeds meer een keurslijf.” “Er is een toegenomen protocollering en juridi-sering in de zorg aan de gang.” “Het vak is niet meer leuk omdat we ons moeten indekken tegen allerlei claims van patiënten en verzekeraars.” Uitspraken die regelmatig te horen zijn in gesprekken met dokters. Is het waar of is er sprake van beeldvorming?

Waarheid is een fundamenteel begrip geassocieerd met echtheid, geldigheid en juistheid. De waarheid van een opvatting kan alleen worden vastgesteld door die te toetsen aan de feiten. Maar wat zijn de feiten? Bij beeldvorming kennen mensen eigenschappen, kwaliteiten, behoeften en zo meer aan elkaar toe. Men verwacht van alles van bepaalde groepen en daarnaar gaan die groepen zich ook vaak gedragen. Een zelfvervullende voorspelling (*selffulfilling prophecy*) ontstaat. Dat is een verkeerde definitie van de situatie die een nieuw gedrag oproept dat het originele verkeerde concept bevestigt. De verdachte geldigheid van de zelfvervullende voorspelling veroorzaakt een opeenvolging van misvattingen. De voorspeller zal de daadwerkelijke opeenvolging van de gebeurtenissen als bewijs aanhalen om aan te tonen dat hij vanaf het begin af aan juist was. Beeldvorming wordt een probleem als we op grond van één criterium mensen als een groep beschouwen en individuele verschillen niet meer zien. Dit noemen we eenzijdige positieve of negatieve beeldvorming. Beeldvorming is een ingewikkeld mechanisme en mondt uit in mythes, die lang niet altijd door de feiten zijn te weerleggen. Niet alleen door gebrek aan feiten maar ook doordat mensen zich lang niet altijd door feiten laten overtuigen, mede door de zelfvervullende voorspelling die overtuigingen laat ontstaan die zeer moeilijk te corrigeren zijn door de feiten. Iedereen heeft hiermee te maken. Deze fenomenen kunnen een heel volk beïnvloeden en worden vooral politiek misbruikt.

Transparantie, beeldvorming en de waarheid

Zou de eerder genoemde onvrede van artsen te maken kunnen hebben met het feit dat ze zonder het te weten aan beeldvorming doen of angst hebben slachtoffer te worden van beeldvorming? De samenleving en de politiek willen transparantie en verantwoordingsbereidheid van artsen. Vaak verklaard vanuit georganiseerd wantrouwen gebaseerd op aangeprete collectieve angsten met een kleine kern van waarheid. Voorbeelden: aanrommelende domme artsen, een malafide farmaceutische industrie of het aanpraten van ziektes (*disease mongering*) gedreven door geldbejag, aangejaagd door de neoliberale samenleving of het marktdenken. Een

arts kent toch professionele autonomie om zich hiertegen te weer te stellen, is dan vaak de opmerking? Betekent dat dan dat een arts mag doen en laten wat hij of zij goed vindt en zich niet hoeft te verantwoorden als het niet gaat zoals bedoeld? Het beeld dat menigeen buiten, maar ook een aantal mensen in de gezondheidszorg heeft, is dat veel artsen vooral alleen maar veel geld willen verdienen en onderling, zonder inspraak of controle van anderen, en ongeacht de kosten, willen bepalen welke zorg goed is voor wie. De vraag is: is dit alles beeldvorming of zijn het de feiten? Wie zoekt en incidenten bij elkaar legt zal hiervoor ‘bewijs’ vinden. De welbespraakte aanklagers van de gevallen waarbij het mogelijk mis is, halen hun gelijk via krant of televisie. Dit wordt ook wel het Matteüseffect genoemd. Dit dankt zijn naam aan de parabel van de talenten (Mattheüs 25:14-30): *“Want wie heeft zal nog meer krijgen, en wel in overvloed, maar wie niets heeft, hem zal zelfs wat hij heeft nog worden ontnomen”*. Dit kan leiden tot een onrechtvaardige verdeling van middelen voor de gezondheidszorg in de samenleving. Als het fout gaat in de gezondheidszorg is het vaak complex de waarheid te achterhalen. Was het een fout of vergissing? Fouten maken mag en vergissen is toch menselijk. Was het een zeldzame bijwerking of complicatie die te voorkomen was geweest? Was het verwijtbaar handelen? Dan zijn er nog fundamentele zaken zoals een ziekte vaststellen en een behandeling instellen kent geen absolute zekerheden. De werkzaamheid van een behandeling is een uitspraak over de stand van zaken om schijn van echtheid te onderscheiden. Dit is waarschijnlijkheidskennis en gemiddeld genomen is de kans op beter worden groter dan niet, maar een behoorlijk aantal patiënten wordt niet beter of maar voor een deel beter. Deze kennis bepaalt in hoge mate het medisch handelen en ga dat maar eens uitleggen aan een gemiddelde patiënt, verzekeraar of burger, dat is geen sinecure. Men zou dan geholpen kunnen zijn met goede actuele richtlijnen en keuzehulp, die de arts en de patiënt kunnen ondersteunen in het nemen van beslissingen. Dit leidt ook tot mondigere patiënten die kunnen helpen de dokter beter te maken. Zekere kennis komt men maar weinig tegen in de praktische geneeskunde.

Professionele autonomie

Is de klassieke opvatting over professionele autonomie, doen wat je zelf vindt dat goed is, niet gehinderd door wie dan ook, al niet heel lang verdwenen? Nu zijn het de zorgverzekeraars die volgens sommigen in het nieuwe zorgstelsel de regie of de macht zouden hebben. Volgens mij hebben geen van de drie partijen -de zorgaanbieder, de patiënt en de verzekeraar- feitelijk een dominante rol. Ook al doen ze alsof dat wel zo is. Het gaat om elkaar in evenwicht houdende krachten, de partijen zijn erg van elkaar afhankelijk en hebben elkaar nodig. Het principe van een *informed consent*, het juist en goed informeren van patiënten over hun ziekte en behandelmogelijkheden, om te komen tot een gezamenlijke beslissing (*shared decision making*), is wettelijk verplicht (WGBO). Via keuzehulpen (*decision aids*) gaat dat aangetoond beter. Met het gebruik van deze beslissingsondersteunende instrumenten wordt beoogd dat er goede keuzes genomen worden. Goede keuzes zijn beslissingen die op basis van kennis en realistische verwachtingen worden genomen en aansluiten bij persoonlijke waarden. Uit onderzoek is verder gebleken dat patiënten dan meer weten over hun ziekte en behandelmogelijkheden en andere keuzes maken (O'Conner e.a. 1999 en 2004). Ze kiezen vaker een minder invasieve behandeling, ze zijn tevredener en voelen zich meer gehoord ten aanzien van hun eigen waarden en voorkeuren (Whelan e.a. 2004). Verder onderhandelen patiëntenverenigingen zoals die van Parkinson, diabetes en reuma samen met de artsen en de zorgverzekeraars over betere zorg en met succes. De verzekeraars willen de klanten binnenboord houden en de artsen willen het beste voor hun patiënten. Er is al veel langer een vrijwillige begrenzing van de professionele autonomie namelijk via het ontwikkelen van richtlijnen en consensus binnen medisch beroepsgroepen. De basis voor standaarden of richtlijnen is gelegen in het feit dat het vrijwel onmogelijk is voor artsen om hun vak bij te houden door de snelle wetenschappelijke ontwikkelingen en door het groeiende besef dat men zich erg kan vergissen in de diagnostiek en effecten van behandelingen. Verder is de methodiek en statistiek vaak zo ingewikkeld dat het voor een gemiddelde arts niet te snappen is. Natuurlijk zijn richtlijnen geen keurslijf, je moet er van kunnen afwijken. Maar soms houden artsen zich helemaal niet aan richtlijnen, met als onderbouwing de professionele autonomie. Het is moeilijk een bandbreedte te benoemen waartussen de optimale kwaliteit zich begeeft. Maar als de ene chirurg in 80% van de gevallen zieke blindedarmen weghaalt, terwijl het in 20% van de gevallen achteraf om een gezonde blinde darm blijkt te gaan en als bij een andere chirurg achteraf 80% van de blinde dar-

men gezond blijkt te zijn, is dat mijns inziens een ontoelaatbaar verschil. De beroepsgroep moet daar wat aan doen. De professionele autonomie is ook veranderd door het feit dat artsen nog maar weinig in '*splendid isolation*' behandelen. Het is heel vaak werken in een team en ketenzorg, zeker voor de chronische ziekten. Natuurlijk zijn artsen onmisbaar maar willen ze autonoom zijn in die keten? Een ander heikel onderwerp is dat van de kosten. Artsen dienen bij het behandelen geen direct eigen voordeel te behalen maar het belang van de patiënt dient voorop te staan (*salus aegroti suprema lex*). Maar artsen dienen zich wel bewust te zijn van de kosten van hun handelen, ze behandelen immers niet één patiënt. Wat in overmaat gegeven wordt aan de een, wordt een ander onthouden. Er is nu eenmaal geen onbepaald budget. Zuinigheid is een deugd. Daartegenover staat dat we een zorgsysteem hebben waarbij een sociaal ziektekostenstelsel wordt uitgevoerd door veel private partijen, wat kan leiden tot wantrouwen vanwege veronderstelde winstgedrevenheid. Een oplossing zou kunnen zijn dat het medisch handelen vooral gemeten wordt aan of het wel of niet waarde creëert voor de patiënt en de samenleving, dat dient voorop te staan en niet de kostenbeheersing (Porter 2006).

Ten slotte

Het feit dat ook artsen verantwoording afleggen over hun handelen, zou kunnen leiden tot meer vertrouwen en tot meer reële verwachtingen bij de patiënt. Artsen weten en kunnen niet alles. De positieve beeldvorming mag best wat worden bijgesteld. Het is echter niet eenvoudig en het kost ook heel veel geld om transparantie te bewerkstelligen. De transparantie en de daarop volgende controlemechanismen lijken te zijn doorgeschooten. Toch is het nodig om het vertrouwen van patiënten en zorgverzekeraars te behouden. Heksenjachten op individuele artsen zoals in Engeland die fouten maken is gelukkig niet aan de orde. Toch kennen we in Nederland nu ook de 'borstendokter' en 'de neuroloog'. Slechte beeldvorming voor artsen en rampen voor patiënten. De artsorganisaties doen er al jaren veel aan om te zorgen dat de kwaliteit van de gezondheidszorg op een optimaal peil blijft via het unieke systeem van visitatie en bij- en nascholing. Gelukkig is er van jurisdisering niet echt sprake en ook niet van een toegenomen aantal tuchtrechtzaken (Jaarverslag tuchtcolleges 2008). Verder bleek uit het *European Trusted Brands* onderzoek 2009 van uitgeverij *Reader's Digest* dat artsen, verpleegkundigen en piloten bovenaan staan in de lijst van betrouwbare beroepsgroepen. Slechts 12 % van de Nederlandse bevolking vertrouwt politici nog. Te positieve beeldvorming over dokters en te negatieve

over politici? Voor de artsen is de onderbouwing met veel feiten en cijfers, met kleine verschillen tussen de West-Europese landen, dat het goed gaat met de Nederlandse gezondheidszorg. Vertrouwen is voor het goed uitoefenen van de Geneeskunst en de Geneeskunde de achilleshiel. De vraag doemt op of professionele autonomie in de klassieke zin zoals hiervoor beschreven nog wel recht van bestaan heeft? Als je professionele autonomie definieert als: "de vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaarden, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken, het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt" dan kom je een heel eind. Deze professionele autonomie is geen recht, maar een privilege dat de samenleving aan de beroepsgroep gunt. De samenleving heeft recht op een zekere hoeveelheid informatie om geïnformeerd vertrouwen te gunnen. Artsen doen hun best de kwaliteit hoog te houden, maar er mag wat mij betreft nog wel selectief een tandje bovenop. Er is nog te veel vrijblijvendheid, waardoor verbeteracties vaak uitblijven of onvoldoende zijn. Iets minder transparant maar wel beter zou het devies kunnen zijn. Op dit moment houden ruim honderd organisaties, *for profit* en *non profit*, zich bezig met de kwaliteit en transparantie van de gezondheidszorg. Het is tijd om te veranderen en het geld en tijd zinniger en zuiniger te besteden en niet te blijven hangen in een discussie over in ideolo-

gieën gestolde idealen zoals over wel of geen marktwerking.

Prof. dr. J. A. Swinkels is psychiater en hoogleraar richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam, Trimbos Instituut en Academisch Medisch Centrum en tevens lid van de Raad van Bestuur van het kwaliteitsinstituut in de gezondheidszorg, het CBO.

Literatuur

- Fujisawa R, Lafortune R. OECD health working paper 41. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variation across countries? OECD 2008.*
- O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, Flood AB. Modifying unwarranted variations in health care: shared decision making using patient decision aids. Health Aff (Millwood). 2004;Suppl Web Exclusives:VAR63-72.*
- O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M, Jones J. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. BMJ. 1999;319(7212):731-4.*
- Porter ME. Olmsted Teisberg M (2006). Redefining Health Care Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Publishing.*
- Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, Chambers S, O'Brien MA, Reid S, Dubois S. Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. JAA 2004;292(4):435-41.*

Professionele autonomie: een morele invalshoek

Frans Staffleu

Professionele autonomie is een multi-interpretabele term. De term verwijst op zijn minst naar eigen zeggenschap van een professional daar waar het gaat over zaken die de professe of het beoefenen van een professe raken. De verschillende interpretaties gaan over de mate van autonomie en de gebieden waarover deze autonomie zich uitstrekt. Het kan bijvoorbeeld gaan over salariëring en toelating tot de beroepsgroep (een sociologische kijk op de term) of over de technische manier waarop een vak moet worden beoefend. Hier wil ik het hebben over autonomie met betrekking tot het omgaan met de morele aspecten van de beroepsuitoefening: In hoeverre heeft de arts bij het uitoefenen van zijn vak de vrijheid waar het gaat over morele beslissingen die hij neemt?

We hebben het hier dus over een speciale invulling van de term op moreel gebied en zullen van nu af spreken over Morele Professionele Autonomie (MPA). Het moge duidelijk zijn dat deze autonomie niet volledig zal zijn. De arts wordt door algemeen geldende morele en wettelijke principes ingeperkt, bijvoorbeeld door het 'niet-schaden' principe en wetgeving op het gebied van abortus, euthanasie enzovoort. Maar binnen en buiten dit soort algemene regels zit vaak nog speelruimte. De vraag is hoe we als maatschappij met die speelruimte moeten omgaan. Een optie is beperken. Die beperking kan bijvoorbeeld plaatsvinden door het maken van strakke protocollen of door elke afwijking van het gemiddelde via tuchtwetgeving in het gareel te dwingen. Een tweede mogelijkheid is om invulling te geven aan MPA.

De wenselijkheid van Morele Professionele Autonomie

Ik wil hier twee redenen geven waarom een zekere mate van MPA voor artsen noodzakelijk en gewenst is. De eerste reden is een mensenrechten argument. Een arts heeft een eigen morele opvatting. Die kan botsen met de morele opvattingen binnen de beroepsgroep of de maatschappij als geheel. Mogen wij nu verlangen van de professional dat hij zijn eigen privé mening in zijn beroepsmatige leven totaal terzijde stelt? Dit lijkt te botsen met de mensenrechten die iedere burger heeft. In de zin hiervoor staat 'totaal terzijde zetten' met de nadruk op totaal. Het lijkt mij dat de morele eisen die het beroep stelt en de privé eisen die het individu voor zichzelf stelt in evenwicht met elkaar moeten worden gebracht. Dit houdt in dat er ook binnen de beroepsuitoefening ten minste enige ruimte moet zijn om gevolg te geven aan privé opvattingen. De tweede reden heeft te maken met moraalontwikkeling binnen de beroepsgroep en binnen de maatschappij. Moraalontwikkeling vindt niet (alleen) plaats op theoretisch niveau achter de bureautjes van ethici of beleidsmakers. Ook niet (alleen) op het straatniveau van de media. Moraal ontwik-

kelt zich in de praktijk van de professe; interessante problemen en ontwikkelingen kom je tegen als je met je voeten in de klei aan het ploeteren bent in de alledaagse praktijk van de beroepsuitoefening. Hier kom je onverwachte dingen tegen en dat vraagt om eigen initiatief en creatief handelen. Hieruit komen dan vaak nieuwe inzichten die van belang zijn voor de moraalontwikkeling op beroeps- en maatschappij niveau. De essentie van deze gedachte is dat moraalontwikkeling niet alleen van boven naar beneden gaat maar ook (vooral?) van beneden naar boven. Dit lijkt niet alleen een feitelijke vaststelling maar ook een normatieve voorwaarde. In een liberale samenleving maken burgers hun eigen wetten en beroepsuitoefenaars hebben uit hoofde van hun praktische ervaring een belangrijke middenpositie hierin. Zij dienen in onderlinge discussie en in discussie met de rest van de maatschappij materiaal aan te leveren voor het maatschappelijke debat, dat bijvoorbeeld kan leiden tot breed aanvaarde principes, richtlijnen, wetten, enzovoort. Deze taak kunnen de beroepsbeoefenaars niet vervullen als zij in de praktijk te veel in hun handelen beknot worden. Een dergelijk proces van terugkoppeling naar de maatschappij vindt meestal plaats via het tussenstation van de beroepsgroep. In discussies binnen de beroepsgroep vindt een eerste schifting plaats op houdbaarheid, haalbaarheid et cetera, zodat niet elk wild idee in het publieke debat wordt gegooid. Bovendien kan de beroepsgroep zo een eerste controle uitoefenen op ongewenst gedrag. De tweede reden voor het wenselijk zijn van het toekennen van een zekere mate van MPA aan artsen is dus dat voor moraalontwikkeling binnen de beroepsgroep en binnen de maatschappij een gevarieerde input vanuit de praktijk vereist is en die je niet krijgt als je die praktijk te sterk reguleert.

De invulling van Morele Professionele Autonomie

Ik heb nu beredeneerd dat een zekere mate van MPA wenselijk is. De crux zit hem natuurlijk in die 'zekere

mate' ik pleit zeker niet voor een "carte blanche". Aan welke voorwaarden zouden de artsen nu moeten voldoen om MPA te verkrijgen en voldoen ze daaraan? Om met de eerste vraag te beginnen: in de literatuur (bijvoorbeeld Carr) worden een aantal voorwaarden genoemd. Ten eerste zouden artsen georganiseerd moeten zijn zodat er voor de maatschappij een aanspreekpunt is en een forum voor onderlinge discussie. Ten tweede zou er een code voor de beroepsgroep moeten bestaan, zodat de maatschappij inzicht heeft in de normen en waarden waaraan de beroepsgroep zich gebonden acht. Ten derde, er moet een tuchtwetgeving zijn, zodat de beroepsgroep haar eigen normen en waarden kan bewaken en handhaven. Het blijkt dus dat een beroepsorganisatie van groot belang is voor MPA: de toekenning van de MPA die op de werkvloer door individuele beroepsbeoefenaars wordt uitgeoefend loopt via de georganiseerde beroepsgroep. Een belangrijk deel van mijn pleidooi voor MPA voor artsen draait om de bijdrage die de arts moet leveren aan het publieke debat. Dit is een actieve bijdrage die verder gaat dan het verantwoorden van het eigen handelen. Bij verantwoorden ligt de nadruk op wat er gebeurt of gebeurd is terwijl de bijdrage waar ik op doel meer proactief en participerend is. Dit brengt ons tot een vierde voorwaarde voor het toekennen van MPA: de beroepsbeoefenaren moeten een 'ethische competentie' hebben. Dat wil zeggen dat zij in de praktijk van alledag een moreel probleem moeten kunnen herkennen en dat zij in staat zijn een dergelijk probleem te vertalen naar de publieke discussie.

Voldoen artsen nu aan de hierboven genoemde vier voorwaarden? Voor de eerste drie zou ik zeggen in principe wel, maar in de praktijk leidt organisatie, code en tuchtwetgeving vaak niet tot de gewenste situatie. (Te) veel artsen leven nog in een cultuur waarin verantwoording afleggen (een noodzakelijk deel van partici-

patie in het publieke debat) niet gewoon is. Dat is in de praktijk te zien aan de gebrekkige omgang met eigen fouten, aan een tekort aan onderlinge controle et cetera. Als u het nieuws de afgelopen tijd heeft gevolgd weet u waarover ik spreek. Er zijn door de beroepsgroep overigens allerlei initiatieven genomen om tot verbetering te komen, maar laten we zeggen dat dit soort initiatieven (foutmelding systemen, onderlinge beoordeling et cetera) slechts langzaam in de praktijk doordringt. De infrastructuur is er wel, maar de zelfregulatie blijft nog te veel in zelfbescherming steken. Dus als artsen vragen om meer (morele) professionele autonomie hebben ze wellicht een punt, maar dan ze moeten wel de hand in eigen boezem steken als het gaat over de voorwaarden waaronder ze die autonomie zouden kunnen verkrijgen! Ook op het gebied van de morele competentie valt er nog werk te doen. Gelukkig zit er in de geneeskunde curricula tegenwoordig een portie ethiek, dus zouden we in de toekomst verbetering moeten kunnen verwachten. Maar of ethiekonderwijs sterk (en goed) genoeg is om de heersende cultuur te doorbreken? Kortom, er zijn goede redenen om artsen een zekere mate van morele professionele autonomie te gunnen. De maatschappij als geheel kan daar beter van worden. Maar dat vereist dan wel dat de cultuur binnen de beroepsgroep verder verandert en dat artsen beter verantwoording gaan afleggen en zelfs proactief gaan participeren in het publieke debat. Dit laatste mogen ze niet doen, maar ze moeten het doen omdat het een vorm van professionele plicht is ten opzichte van de maatschappij.

Dr. F. Stafleu is werkzaam bij het Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht.

Literatuur

Carr, D, Professional education and professional ethics, Journal of Applied Philosophy, Vol 16, no 1, 1999

Column

Vleesslimmer

Monique Janssens

De vleeswijzer is uit. Slimme zet van Varkens in Nood. Sommige mensen denken dat goed gewoon goed is, en dat de wereld vanzelf beter wordt als iedereen dat goed nu maar consequent doet. Dat laatste blijf ik ook halsstarrig denken – of noem het geloven – maar wát goed is, is discutabel. Het grootste en onopgeloste probleem van de ethiek is dat belangen strijdig zijn. Collectanten voor patiëntenfondsen staan met hun oren te klapperen als ik zuchtend zeg dat ik liever niets geef omdat ik geen kijk heb op de dierproeven die er met het geld gedaan worden. De bij voorbaat dierminnende BN'ers die ik voor de Dierenbescherming test op concreet diervriendelijk gedrag zijn soms opmerkelijk naïef. Oh, boerenyoghurt, dat is toch goed? Oh, mijn leren bank, eigenlijk nooit bij nagedacht! Ja maar, ik heb een hele goede visboer hoor, die zou het echt niet verkopen als het niet goed was!

Het is kiezen of delen met de vleeswijzer, zag ik op tv. Vanaf mijn bank gezien leek dierenwelzijn zo ongeveer omgekeerd evenredig aan milieu, en dat verbaasde me niks. Dierenwelzijn is niet goed voor het milieu en in die zin ook niet duurzaam, het nieuwe toverwoord. Niet in letterlijke zin: dat de aarde met alles erop en eraan langer voortbestaat als we lief zijn voor dieren. Het is bepaald onduurzaam, qua milieu, om je dieren lekker buiten rond te laten kakken, maar de meeste dieren vinden het heerlijk.

Het probleem met duurzaamheid is dat het verheven lijkt tot het enige goede. Dat is niet terecht. Maatschappelijk verantwoord ondernemen, nog zo'n toverterm, betekent letterlijk dat je je als onderneming verantwoord gedraagt ten opzichte van de maatschappij – die je breed moet zien. Het begrip wordt net als het Amerikaanse equivalent Corporate Social Responsibility gekoppeld aan de drie P's: People, Profit, Planet. Maar waar blijven de dieren? Soortbehoud kan nog wel mee-

doen met de planeet, maar dierenwelzijn? Het hoort logischerwijs in hetzelfde rijtje thuis als menselijk welzijn, maar leg dat maar eens uit aan de fietsbelfabrikant. De econoom Masurel heeft in een dolle bui voorgesteld er een vierde P aan toe te voegen, voor Pets, maar geeft zelf toe dat zijn voorstel wringt, want hij bedoelt veel meer dieren, en juist het welzijn van de niet-pets kan nog wel wat aandacht gebruiken. Kortom, in de mvo- en duurzaamheidscultus is nog wel wat te doen voor dierethici.

's Morgens in de krant kan ik de vleeswijzer rustig bekijken. 1 Quorn, 2 tofu, 3 vegaburger, 4 Valess, 5 biologisch rundergehakt... Ha, daar pas begint het vlees, en dan zakken we langzaam het rood in. De schijnbaar strijdige belangen zijn verenigd in vegetarische alternatieven. En dat op een vleeswijzer! Daar kan de viswijzer nog wat van leren, want die bekommert zich totaal niet om vissenleed. Slimme jongens, daar bij Varkens in Nood.

Een interview per e-mail met Julian Baggini

Suzanne van de Vathorst

Julian Baggini was de buitenlandse spreker op het NVBe jubileumsymposium. Hij is bekend van boeken als *The Ethics Toolkit* (Blackwell, 2007), *The Pig That Wants to Be Eaten and 99 Other Thought Experiments* (Granta, 2005) en, meest recent, *The Duck That Won the Lottery and 99 Other Bad Arguments* (Granta, 2008). Omdat het die dag niet lukte hem te interviewen, en uiteindelijk ook de volgende dag niet, sprak ik af het interview per e-mail af te handelen. Hieronder kunt u ze lezen (in mijn eigen vertaling).

U stelt dat het belangrijk is dat ethische adviezen door een collectief (bijvoorbeeld een commissie) gegeven worden. Hoe zou u een instelling overtuigen van het nut van zo'n commissie? Hoewel wij ethici vaak vinden dat er veel ethische problemen zijn kan een instelling daar natuurlijk anders over denken.

Ongeacht wat je doet, je kunt er niet vanuit gaan dat je nuttig bezig bent als je dat zelf niet kan onderbouwen! De meesten van ons zijn zo gewend aan wat we dagelijks doen dat we er simpelweg vanuit gaan dat het wel zinnig zal zijn. We vinden het moeilijk om zelfs maar te overwegen dat dit ook wel eens niet zo zou kunnen zijn. Ik denk dus dat het heel goed is dat mensen af en toe gedwongen worden om anderen te overtuigen van de waarde van wat zij doen.

Er zijn principiële en er zijn pragmatische redenen om als organisatie ethiek serieus te nemen. Met betrekking tot de principiële: de meeste mensen, zelfs de meeste bedrijven, willen helemaal niet zo boosaardig mogelijk zijn. Verreweg de meeste mensen willen zich fatsoenlijk, zo niet als heiligen, gedragen. Het lijkt mij niet naïef om de noodzaak van een ethische commissie simpelweg te onderbouwen met de redenering dat het goed is na te denken over wat we doen zodat we goed kunnen doen.

Met de pragmatische onderbouwing krijg je echter zelfs de meest boosaardige baas om. Het is tegenwoordig heel belangrijk om je reputatie te bewaken; en de enige manier om er zeker van te zijn dat je de reputatie hebt je dat je je goed gedraagt, is je ook inderdaad goed gedragen. 'Doen alsof' is erg riskant en zeer contra-productief als het uitkomt: dan word je veroordeeld omdat je het fout deed maar ook nog eens voor het doen alsof dat niet zo was.

Steeds vaker willen zowel klanten als bedrijfsleiding dat bedrijven en organisaties bewonderenswaardig zijn. Mensen zijn immers loyaler aan een ethische organisatie.

Wat vindt u de toegevoegde waarde van ethisch advies?
Dat hangt natuurlijk nogal van de context af. In sommige gevallen kun je moeilijk van 'toegevoegde' waarde

spreken, want ethiek is niet iets dat je kunt doen of laten. Ik denk dat er altijd toegevoegde waarde zit in een geïnformeerd advies van derden. Ethiek kan erg moeilijk zijn en hoe meer en beter advies je dan krijgt, hoe beter. Maar zelfs als je zelf goed bent in ethiek dan kan je situaties verkeerd inschatten als het dichtbij speelt. Vandaar ook alle grappen over therapeuten die in hun eigen leven niet weten wat te doen. Ze kunnen best goede therapeuten zijn, maar dat betekent niet dat zij geen baat kunnen hebben bij onpartijdig advies.

Kan ethisch advies alleen door een ethicus gegeven worden, of door iedere willekeurige filosoof?

Als je bedoelt dat je om een ethicus te zijn een Master in de filosofie moet hebben, dan niet, zeker niet als het de taak van de ethicus is om erop toe te zien dat richtlijnen geïmplementeerd worden, in plaats van om de richtlijnen te doordenken. Maar iedereen die verstand van ethiek heeft, kan niet anders dan ook verstand van morele filosofie hebben, ook al hebben ze dat niet perse gestudeerd.

Vindt u dat een goede ethische commissie zichzelf overbodig moet maken?

Nee, Ethiek is geen natuurwetenschap, ik denk niet dat je ooit de situatie kan bereiken dat je klaar bent met ethisch denken. Dat is al helemaal waar in de medische context. En het zijn niet alleen de grote nieuwe ontwikkelingen die nieuwe problemen oproepen. Denk bijvoorbeeld ook aan kleine veranderingen in de prijs van een geneesmiddel, of nieuwe kennis over de effectiviteit van een middel, of verrassende en onvoorziene gevolgen van schijnbaar goede preventie programma's et cetera.

Misschien doel je met je vraag op het geloof dat ethiek niet bij een bepaalde aparte afdeling hoort, maar een integraal onderdeel van de hele organisatie moet zijn. Dat klopt denk ik wel, maar daaruit volgt niet dat je dan geen specialisten meer nodig hebt. Als je bijvoorbeeld goed personeelsbeleid in een organisatie hebt, zijn daarmee het nut en de noodzaak van een goede afdeling personeelszaken ook niet verdwenen.

Aankondigingen

20 januari 2010: Jaarvergadering NVBe: “Biologie van Moraal”

Darwin schreef in *The Descent of Man* dat ieder dier met duidelijke sociale instincten onvermijdelijk een moreel gevoel of geweten ontwikkelt, zodra de intellectuele vermogens die van de mens naderen. De biologie van moraal is vervolgens lang een terrein van omstrede en soms extreme visies geweest. Maar vandaag de dag is biologie opgenomen in een brede beweging om moraal als een empirisch verschijnsel te benaderen, een beweging waarin ook filosofie is betrokken; de bekende etholoog Frans de Waal is bij voorbeeld regelmatig in gesprek met filosofen.

Tegenwoordige biologen verwijzen naar Darwin en lijken naadloos op zijn werk voort te bouwen. Maar als het gaat om de vraag wat de moreel relevante instinc-

ten eigenlijk inhouden, zo laat Cor van der Weele (filosoof en bioloog) in haar pre-advies zien, zijn zowel Darwin als huidige evolutionaire denkers kinderen van hun tijd. Het pre-advies gaat in op verschillen tussen toen en nu, en betoogt dat Darwins visie in sommige opzichten beter dan huidige benaderingen aansluit bij bevindingen uit de sociale psychologie. Ook het idee dat liberale moraal rust op een versmalde conceptuele en empirische basis sluit aan bij deze overwegingen. Met dit pre-advies geeft Van der Weele een aanzet voor de discussie op de jaarvergadering van de NVBe op 20 januari 2010, vanaf 13.00 uur in het AMC, Amsterdam.

reserveer deze datum alvast in uw agenda!



De Verenigde Commissies Mensgebonden Onderzoek (VCMO) nodigt u graag uit voor haar lustrumsymposium

29 JANUARI 2010: “Biobank onvermijdelijk?!”

Locatie: Domus Medica te Utrecht

Het is de verwachting dat biobank onderzoek de komende jaren een grote vlucht gaat nemen. Met de resultaten van dit type onderzoek hoopt men meer te weten te komen over de oorzaken van ziektes, de behandeling van ziektes te kunnen individualiseren en te voorkomen dat patiënten onnodig aan de bijwerkingen van farmacologische en andere therapieën worden blootgesteld. Een fantastisch vooruitzicht! De overheid heeft dit ook onderkend en subsidieert een groot biobank initiatief van de universitair medische centra. Ook in niet academische centra zijn er initiatieven voor het oprichten van een biobank.

Er zijn echter ook vragen te stellen bij dit type onderzoek. Zo bestaat er (nog) geen wetgeving die medisch-ethische toetsing van biobank initiatieven mogelijk maakt. Hoe staat het met de privacy van de deelnemers? Wie is eigenaar van de weefsels en de patiënten gegevens en mogen deze verkocht worden aan derden? Wat is de rol en het belang van de overheid en het bedrijfsleven?

Al deze kwesties zullen aan de orde komen tijdens het symposium ‘Biobank onvermijdelijk?!’

U wordt van harte uitgenodigd deel te nemen aan dit symposium waarbij dit onderwerp vanuit verschillende invalshoeken belicht zal worden.

(voorinschrijving mogelijk via info@vcmo.nl)

Symposium Biobanken

Saskia de Weerd

Biobanken zijn verzamelingen van DNA en lichaamsmateriaal van patiënten en persoonsgegevens. Lichaamsmateriaal wordt steeds belangrijker voor individu en samenleving. De vraag naar lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek en mogelijkheden dit te verzamelen, op te slaan en er gevoelige informatie uit af te leiden is toegenomen. De technologische mogelijkheden om lichaamsmateriaal te bewerken en te gebruiken voor producten zijn ook toegenomen.

Het is de verwachting dat biobank-onderzoek de komende jaren een grote vlucht gaat nemen. Met de resultaten van dit type onderzoek hoopt men meer te weten te komen over de oorzaken van ziektes, de behandeling van ziektes te kunnen individualiseren en te voorkomen dat patiënten onnodig aan de bijwerkingen van farmacologische en andere therapieën worden blootgesteld. Een fantastisch vooruitzicht! De overheid heeft dit ook onderkend en subsidieert een groot biobank-initiatief van de universitair medische centra. Ook in niet academische centra zijn er initiatieven voor het oprichten van een biobank.

Er zijn echter ook veel vragen te stellen bij dit type onderzoek. Zo bestaat er (nog) geen wetgeving die medisch ethische toetsing van biobank initiatieven mogelijk maakt. De juridische status van lichaamsmateriaal is ook onduidelijk. Hoe staat het met de privacy van de deelnemers? Wie is eigenaar van de weefsels en de patiënten gegevens en mogen deze verkocht worden aan derden? Wat is de rol en het belang van de overheid en het bedrijfsleven?

In de praktijk is er op diverse terreinen veel onduidelijkheid over het omgaan met lichaamsmateriaal in ver-

band met wetenschappelijk onderzoek. Deze onduidelijkheid is de laatste tijd klemmender geworden, omdat Medisch Ethische Toetsingscommissies (METC's) steeds vaker worden benaderd met verzoeken om een reactie op voorstellen voor het afnemen en bewaren van lichaamsmateriaal. Het betreft dan lichaamsmateriaal wat wordt afgenomen voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek zonder dat daarvoor al een onderzoeksprotocol beschikbaar is. Eerder dit jaar is een rapport verschenen van het Rathenau Instituut over dit onderwerp¹. Daarnaast heeft de staatssecretaris van VWS een brief geschreven naar erkende Medisch Ethische Toetsingscommissies over lichaamsmateriaal. De discussie over dit onderwerp is nu dus actueel. De bescherming van de proefpersoon staat daarbij centraal. Al deze kwesties zullen aan de orde komen tijdens het symposium 'Biobank onvermijdelijk?!' U wordt van harte uitgenodigd deel te nemen aan dit symposium waarbij dit onderwerp vanuit verschillende invalshoeken, waaronder de ethische, belicht zal worden. Het Symposium wordt georganiseerd door de Verenigde Commissies Mensgebonden Onderzoek (VCMO) en vindt plaats op 29 januari 2010 te Utrecht. Meer informatie over de VCMO en dit symposium vindt u op de website www.vcmo.nl.

Start 5 januari 2010: Postacademische Beroepsopleiding Ethiek in de Zorgsector

Op 5 januari 2010 start voor de zeventiende maal de Postacademische Beroepsopleiding Ethiek in de Zorgsector onder verantwoordelijkheid van de sectie Ethiek Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde van de afdeling IQ Healthcare van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud, in samenwerking met de afdeling Health, Ethics and Society van de Universiteit Maastricht, de afdeling Metamedica van het Vrije Universiteit Medische Centrum en het Centrum voor Ethiek van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Ethiek in de Zorgsector richt zich op hoger opgeleiden (managers en professionals) werkzaam in de zorgsector die hun alledaagse concrete morele problemen in verband willen brengen met fundamentele normatieve vragen. De opleiding stelt hen in staat zich een ethisch vocabulaire eigen te maken, oefent hen in diverse ge-

sprekswijzen geschikt voor moreel beraad en ethische reflectie en biedt een basis aan theoretische bagage om in de eigen organisatie en beroepspraktijk vruchtbare reflectie en communicatie over de ethische kant van hun werk op gang te kunnen brengen. De opleiding beslaat 18 lesdagen, van 13.30 tot 20.45 uur.

Ethiek in de Zorgsector is voor 40 uur geaccrediteerd door de KNMG. Daarbinnen is accreditatie voor huisartsen(CAH), voor vele medisch specialisten (ABMS) en voor leden van Verenso en NVAVG. De VGVZ accreditteert de opleiding voor geestelijk verzorgers en de STADAP voor paramedici.

Module 1:

Ethische vragen rond begin en einde van het leven.

Hoofddocenten: prof. dr. J.J. van Delden en dr. L van der Scheer

(jan 5 en 19, feb 2, mrt 2 en 16 en 30, april 14)

Module 2:

Zorg en kwaliteit van leven bij chronische aandoeningen

Hoofddocenten: dr. C. Leget en dr. D.Touwen

(april 20, mei 11 en 18, juni 1 en 15 en 30)

Module 3:

Ethische problemen in beleid en management van de gezondheidszorg

Hoofddocenten: prof. dr. E.van Leeuwen en prof.

dr. G.Widdershoven (sept 7 en 21, okt 5, nov 2 en 16, december 14) (Wijzigingen voorbehouden)

De opleiding heeft een eigentijdse onderwijskundige stijl, met veel interactiviteit en veel zelfwerkzaamheid. Na iedere module is er toetsing. Na afloop van de opleiding is er eens in de twee jaar een terugkomdag, waarop actuele thema's in het verlengde van de opleiding aan de orde komen.

De kwaliteit van de opleiding wordt bewaakt door een Raad van Advies bestaande uit vertegenwoordigers van het afnemend veld.

Nadere informatie verkrijgbaar bij:

mw. drs. C.P.M. Bal, coördinator van de opleiding (024 361 7079).

Belangstellenden kunnen vanaf heden een gratis brochure met onder andere verhalen van deelnemers aanvragen bij Gerdie van Uden, Valesca Hulsman of Danielle Verhaar (024 361 5320).

Recensie

“Op het moment dat je dood wilt, bestaan er gewoon geen mensen meer”

Een tweede leven. Ware verhalen over zelfmoordpogingen. Monique Janssens & Jan Swinkels, Schiedam: Scriptum Publishers, 2008 (159 p.)

Isbn 9789055946174

“Op een grijze najaarsdag werd aan de rand van de stad het levenloze lichaam van Philip gevonden. Hij was elf dagen vermist geweest. De verslagenheid en het verdriet van de mensen in zijn omgeving waren enorm. Pogingen om het gebeurde te reconstrueren begonnen. Nog steeds zijn er veel vraagtekens, maar het lijkt erop dat Philip zelf een stap heeft genomen die hem fataal werd. Hij was de jongere broer van Monique Janssens partner en liefhebbende vader van een gezin. Monique had hem een keer ontmoet, toen ze met haar partner bij het gezin logeerde. Ze had erg naar dat moment uitgekeken, want haar partner sprak altijd met veel bewondering over zijn broer. De ontmoeting duurde een ontbijt lang. Daarna gaf Philip Monique een stevige hand, en sprak de wens uit haar op een ander moment beter te leren kennen. Bij dat ontbijt en die handdruk is het gebeven”, zo lezen we in het nawoord van *Een tweede leven. Ware verhalen over zelfmoordpogingen*. Naar aanleiding van deze gebeurtenis heeft Monique besloten om de verhalen op te tekenen van mensen die

een zelfmoordpoging hebben overleefd. Hoe zijn zij er toe gekomen? In welke toestand bevonden ze zich op dat moment? Op welke moment had er nog iemand kunnen ingrijpen? Hoe kijken ze terug op hun poging?

“Suicide is geen gangbaar gespreksonderwerp: er rust duidelijk een taboe op. Veel mensen zouden gebaat zijn bij het doorbreken van dat taboe. In de eerste plaats degenen die zelf rondlopen met gedachten aan zelfdoding en dringend deskundige hulp behoeven. En in de tweede plaats al diegenen die een dierbare verloren hebben door zelfdoding en die op zoek zijn naar een verklaring, een ‘verhaal’ waardoor ze het gebeurde enigszins kunnen begrijpen, om zo een begin te kunnen maken met het moeilijke verwerkingsproces”, aldus Oud-minister van Volksgezondheid dr. Els Borst-Eilers in haar voorwoord in het boek.

“Het verhaal achter de poging”, dat is precies wat journalist en communicatieadviseur drs. Monique Janssens

en psychiater en hoogleraar richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg prof. dr. Jan Swinkels, schetsen in hun in 2008 verschenen boek. Zij zijn daar mijn inziens bijzonder goed in geslaagd. In het boek hebben zij de verhalen van zestien overlevenden van een suïcidepoging vastgelegd. Het zijn aangrijpende verhalen, die inzicht geven in de ziekten en levensproblemen die tot een suïcidepoging kunnen leiden.

De auteurs hebben systematisch de aanloop tot de poging, de poging zelf, de psychische toestand van de betrokkene op het moment van de poging, de mogelijke keerpunten die hem of haar hadden kunnen weerhouden, de periode direct na de poging, de doodswens, de relatie met anderen ten tijde van de poging, en het huidige leven, in de levens van deze zestien mensen beschreven. Hierdoor ontstaat niet alleen een diepgaand en samenhangend inzicht in de situatie van elke persoon afzonderlijk, maar tevens gaandeweg steeds meer inzicht in de verbanden tussen deze levens. In het boek wordt een levensecht beeld geschetst van wat mensen doormaken en doorgemaakt hebben als zij besluiten hun leven te beëindigen. De auteurs weten hierdoor een grote betrokkenheid en compassie op te roepen. Na afloop ben je als lezer blij dat deze mensen nog leven en je zou ze graag eens ontmoeten.

In het vlot geschreven boek lichten diverse rode lijnen op. Ik noem er drie. Ten eerste, bijna iedereen had op het moment van de poging maar één wens: dit moet ophouden. Men wil dat het lijden stopt en men wil niet zozeer aandacht trekken, zoals ook wel wordt gedacht. De psychische toestand waarin men verkeert blijkt heel verschillend: sommigen zijn op het moment van de poging ten einde raad, in paniek of zwaar depressief; anderen juist heel kalm, helder en blij dat het einde in zicht is. Ten tweede, veel mensen denken op het moment van de poging niet aan anderen. "Op het moment dat je dood wilt, bestaan er geen andere mensen meer", aldus een overlevende. Soms is er wel over gepraat met familie, vrienden of hulpverleners, maar vindt men onvoldoende gehoor of wordt men niet serieus genomen ("mensen die erover praten, doen het niet"). Ten derde, mensen met suïcidegedachten krijgen niet altijd adequate hulp van hulpverleners. Zo zegt een vrouw: "Met artsen en verpleegkundigen kun je niet

over de dood praten. Het is een taboe. Ze doen net of er niks aan de hand is of je krijgt op je lazer omdat je iedereen zoveel last bezorgt. Die enorme frustratie die je voelt een paar dagen nadat je bent bijgekomen, daar kun je het met niemand over hebben. Daarin ligt volgens mij juist de beste voedingsbodem voor een volgende poging." En een ander: "Na mijn poging kwam ik in de psychiatrie terecht. Ik kreeg verdovende middelen om de depressie weg te drukken. De diagnose was een borderline stoornis. Over het waarom van mijn zelfmoordneigingen viel niet te praten. Ze zeiden: als je een beerput opentrekt, gaat het alleen maar meer stinken. Als ik vanaf de eerste dag van mijn opvang in de psychiatrie ook maar iets van warmte had gevoeld, en over mijn problemen had mogen praten, dan zou ik niet al die littekens op mijn armen hebben."

Jaarlijks doen naar schatting 94.000 mensen in ons land een zelfmoordpoging en nog eens 410.000 mensen hebben suïcidegedachten, zo lezen we in *Een tweede leven. Ware verhalen over zelfmoordpogingen*. Via gedachten over zelfmoord doet 7% een poging. En van de pogers pleegt uiteindelijk 10% suïcide 10 jaar na de eerste poging. Dit zijn zeer hoge cijfers en er is dan ook sprake van een sterk onderschat probleem, aldus Janssens & Swinkels.

Tot slot: op 4 november jl. stond in het Parool: Amsterdam wil het aantal suïcides, jaarlijks tegen de honderd, terugbrengen met vijf procent. De bovenste verdiepingen van gebouwen moeten ontoegankelijker worden gemaakt en beruchte plekken bij het spoor moeten met hekken worden afgeschermd. Huisartsen, onderwijzers en andere hulpverleners moeten worden opgeleid om signalen beter te herkennen. Ik hoop van harte dat de Gemeente Amsterdam voor hen allen dit bijzondere boek besteld. Het geeft hen niet alleen een uniek inzicht in wat mensen beweegt die een suïcidepoging doen, maar ook hoe suïcidale gedachten zijn te herkennen, wat de verschillende stadia van het proces zijn en welke hulp men kan bieden. De hoop van Els Borst-Eilers dat dit boek snel aan een tweede druk toe is, komt dan spoedig uit.

dr. Heleen van Luijn, senioronderzoeker Universiteit van Tilburg, Tilburgs Instituut voor Politiek en Bestuur (TSPB)

Lid worden?

Iedereen die op een of andere manier (op academisch niveau) betrokken is bij de 'levenswetenschappen' en de ethische reflectie daarop kan lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek.

Neem contact op met het secretariaat:

Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek
mw. Annemieke Brouwers
(bereikbaar op dinsdag, donderdag en vrijdag)
p/a Rijksuniversiteit Groningen
GWZ - Metamedica
Postbus 196
9700 AD Groningen
Tel: 050 3637818
E-mail: nvbe@med.umcg.nl.

COLOFON NVBE-NIEUWSBRIEF

De NVBe streeft naar: 1) stimulering van de bio-ethiek (humane, dier- en natuurethiek) in relevante sectoren; 2) contacten tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties; (3) erkenning van de waarden van een open discussie over bio-ethische problemen in wetenschap en samenleving; en (4) presentatie van de discussie in de bio-ethiek in Nederland.

De Nieuwsbrief van de vereniging draagt bij aan deze doelen door publicatie van bio-ethisch nieuws (van binnen en buiten de vereniging) en bondige voor een breed publiek toegankelijke interdisciplinaire bijdragen over bio-ethische kwesties, ter informatie én discussie.

De Nieuwsbrief verschijnt vier keer per jaar en wordt gratis toegezonden aan leden van de NVBe.

REDACTIEADRES

Secretariaat NVBe (mw. Annemieke Brouwers)
t.a.v. Nieuwsbrief-redactie
Postbus 196
9700 AD Groningen
e-mail: nvbe@med.umcg.nl

REDACTIE

Carla Bal, Marianne Boenink, Monique Janssens, Heleen van Luijn, Niels Nijsingh,
Lieke van der Scheer, Frans Stafleu, Baukje van der Zee.
Opmaak: Ger Palmboom

INSTRUCTIE VOOR BIJDAGEN

Bijdragen in overeenstemming met de doelstelling van de Nieuwsbrief zijn van harte welkom. Voor suggesties en vragen kunt u zich wenden tot de redactie via het e-mailadres. Artikelen bij voorkeur rond de 1000 woorden, boekbesprekingen en verslagen van congressen, conferenties, etc. maximaal 500 woorden. Bij voorkeur geen voetnoten en geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Bijdragen kunt u per e-mail of diskette sturen naar het redactieadres. De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren of in te korten.

BESTUUR NVBE

Dr. H. van de Belt, drs. M. de Bree (secretaris), mr. dr. L. Geldof van Doorn,
dr. L. van der Scheer, drs. M. Stolper, drs. M. Westerman (penningmeester),
prof.dr. D. Willems (voorzitter).