



‘Laveren in een **moreel mijnenveld**’

Bij medische ethiek denk je al snel aan zeldzame beslissingen over leven en dood. Maar artsen staan elke dag voor ingewikkelde keuzes. ‘Een arts treft mensen op hun kwetsbaarst. Daarmee zorgvuldig omgaan is juist wat het doktersvak zo boeiend maakt.’ **Naomi Querido**

De patiënte heeft zich uitgetkleed. Met ontbloot bovenlijf wacht ze gespannen op haar borstonderzoek. Dan komt de specialist binnen, die jou vraagt iets op te zoeken in haar status. Je loopt naar je bureau en geeft de informatie aan de specialist. Jullie overleggen even, op zachte toon. Al die tijd zit de patiënte, inmiddels rillerig van de kou en spanning, te wachten. Halfnaakt, onzeker en ongemakkelijk. Was een doek of lakentje om haar borsten te bedekken, nou zoveel gevraagd? 'Bij medische ethiek wordt vaak gedacht aan abortus of euthanasie', vertelt Gert van Dijk, medisch ethicus van de KNMG en verbonden aan het Erasmus MC in Rotterdam. 'Maar aan deze alledaagse situaties zie je dat moreel verantwoord handelen ook deel uitmaakt van de gewone praktijk.'

'Als arts speel je een sleutelrol op scharnierpunten in iemands leven'

Om te leren omgaan met dit soort dagelijkse morele dilemma's, heb je 'morele sensitiviteit' nodig. Van Dijk: 'Als jonge arts moet je doorhebben wat er speelt en je verplaatsen in de ander. Dat zit soms in kleine dingen, zoals iemand in een ongemakkelijke situatie niet te lang laten wachten. Maar ook oog hebben voor bijvoorbeeld de achtergrond en cultuur van de patiënt en daar je taalgebruik en woordkeuze op afstemmen. Kies je woorden zo dat mensen je begrijpen, en hou rekening met hun kwetsbaarheid.'

Niet alleen beslissen

De zorg is een moreel mijnenveld, zegt Van Dijk: 'Je treft mensen op een moment dat ze het meest kwetsbaar zijn. Dat je ermee te maken krijgt is dus zeker, of je nu in het ziekenhuis, als huisarts of als onderzoeker gaat werken. Zorgvuldig omgaan met morele problematiek is ook wat het doktersvak juist zo uitdagend maakt. De belangrijkste vuistregel daarbij is: maak de afweging voor een complexe beslissing niet alleen.'

Zo houdt de neonatale ic van het Erasmus tweewekelijks medisch-ethische besprekingen met een multidisciplinair team. Van Dijk: 'Het gaat om pasgeborenen met ernstige afwijkingen. Denk aan een kind dat niet zal kunnen horen, zien of communiceren. Dat leidt tot dilemma's: medisch gezien is verder behandelen voor veel zorgverleners zinloos, maar de ouders willen soms nog doorgaan. Dan slaat de twijfel toe. Artsen zijn vaak geneigd om de relatie met de ouders goed te willen houden, en gaan dan soms langer door dan medisch verantwoord is.'

In de bespreking worden eerst de feiten op een rij gezet. Van Dijk: 'Vaak komen zorgverleners al met een mening

voordat alle informatie bekend is en ontstaan er misverstanden. Pas als alle kennis op tafel ligt, formuleren we de vraag waar we voor staan. Vervolgens brengen we gestructureerd alle argumenten in kaart. Daarbij kijken we niet alleen naar de medische situatie van het kind, maar ook naar de sociale en levensbeschouwelijke situatie van de ouders. Door op die manier van gedachten te wisselen komen we tot een zorgvuldig besluit. Een besluit nemen betekent overigens lang niet altijd dat er consensus over bestaat, wel dat de beslissing op begrip van het team mag rekenen en is uit te leggen aan ouders en collega's.'

Geen goed of fout

Een zorgvuldige beslissing heeft ook weinig te maken met 'goed' of 'fout'. 'Op de afdeling voortplantingsgeneeskunde krijgt de arts die ivf-verzoeken beoordeelt te maken met moeilijke casuïstiek: mensen die zwakbegaafd zijn of een geweldsverleden hebben. Of een vrouw met een donor die een infectie heeft gehad', geeft Van Dijk als voorbeeld. 'Willekeur, waarbij de ene arts iets anders besluit dan de andere, moet je zien te voorkomen. Het is belangrijk om een procedure te hebben waarmee je per individueel geval tot een afgewogen besluit kunt komen, op een transparante manier die je kunt uitleggen aan je patiënt én aan de maatschappij. In het Erasmus worden wensouders gescreend op risicofactoren. In een intakegesprek krijgen ze intieme vragen voorgelegd, bijvoorbeeld of iemand al kinderen heeft en daar nog contact mee heeft. Vervolgens gaat de arts in gesprek over dit soort risicofactoren. Die werkwijze geeft 'tools' om tot een weloverwogen beslissing te komen. En bij twijfel wordt de casus voorgelegd aan een beraadsgroep die speciaal hiervoor in het leven is geroepen.'

Sleutelrol

Overleg is ook cruciaal bij vraagstukken rond het levenseinde, een onderwerp waar Gert van Dijk onderwijs over geeft aan studenten, artsen in opleiding, en via bijscholing aan specialisten. 'In het ziekenhuis gaat het bijvoorbeeld om kinderen die zeer ernstig ziek zijn. Als huisarts krijg je te maken met stervensbegeleiding of verzoeken om euthanasie. Weer is het belangrijkste: je staat er niet alleen voor. Sterker nog, overleg met collega's. En kom je er niet uit, roep dan de ethische commissie bijeen. Zo'n bespreking geeft steun, bevestiging en zorgt voor een goed onderbouwde beslissing.'

Tot slot adviseert Van Dijk om vooral begeleiding te durven vragen. 'Euthanasie of palliatieve sedatie doe je de eerste keer niet alleen. Als arts speel je vaak een sleutelrol op scharnierpunten in iemands leven. Zo is het levenseinde van een naaste een moment dat nabestaanden jarenlang met zich meedragen. Denk ook hier weer aan morele sensitiviteit: besef dat jouw opvatting over goed sterven niet dezelfde hoeft te zijn als die van de patiënt. Jij vindt misschien dat mensen afscheid moeten nemen, maar niet iedereen wil dat. Een goede arts is zich daarvan bewust.' knm§