

Zoeken naar balans tussen hightech en verantwoorde zorg

Interview met Theo de Zwart, medisch ethicus

Door: drs. Benita Spronk*

Hij stelt kritische vragen, zet mensen aan het denken. Als medisch ethicus zoekt De Zwart in de vele gesprekken die hij heeft – al vragend – naar een goede balans tussen de technische mogelijkheden en de belangen van de patiënt en diens naasten. In zijn nieuwe functie, als medisch ethicus, zoekt De Zwart naar de grenzen van de zorg en maakt dit bespreekbaar. De Raad van Bestuur van de Alysis Zorggroep heeft hier formatie voor over. Omdat De Zwart ook eindredacteur is van het Tijdschrift Geestelijke Verzorging, leek het de redactie van TGV goed om in dit nummer, een jaar na zijn benoeming als medisch ethicus, met hem in gesprek te gaan.

Theo de Zwart, je bent in februari 2008 benoemd tot de eerste medisch ethicus in Nederland in dienst van een niet-academische Zorggroep, en wel in Ziekenhuis Rijnstate in Arnhem, Kliniek Velp en Ziekenhuis Zevenaar¹. Hoe is dit initiatief tot stand gekomen? Van wie ging het initiatief tot deze benoeming uit? Was er een concrete aanleiding?

De Raad van Bestuur wil in de komende jaren meer structurele aandacht besteden aan systematische ethische reflectie in Kliniek Velp en de twee ziekenhuizen. Ik kwam op een bepaald moment in gesprek met drs. Gert de Bey (lid van de Raad van Bestuur), omdat ik van plan was uit het ziekenhuis weg te gaan. We hebben toen gesproken over wat ik graag binnen de Alysis Zorggroep zou willen doen als ik zou blijven en ik heb toen aangegeven medische ethiek heel interessant te vinden. Aangezien de directeur uit persoonlijke interesse in 2007 mijn afstudeerscriptie van de Masteropleiding Zorg,

Ethiek en Beleid (aan de Universiteit van Tilburg) had gelezen, was dit voor hem niet verrassend. Mijn verlangen om meer structurele arbeidstijd aan de medische ethiek te besteden, paste dan ook goed in de ideeën die er al leefden en zo werd ik na enige tijd benaderd met de vraag of ik medisch ethicus wilde worden.

Gelukkig wordt hier niet nu pas de medische ethiek op de agenda gezet. We hebben in een goed functionerende Commissie Ethiek met als voorzitter mw. drs. Dorine Bauduin (filosoof en ethica), die ook landelijke bekendheid geniet. Maar om nog beter vorm te geven aan de inbedding van medische ethiek, zowel in het operationeel, tactisch en strategisch beleid als in de medische- en verpleegkundige zorgpraktijk (primaire zorgprocessen), is besloten een medisch ethicus – in vaste dienst – ten behoeve van alle locaties aan te stellen.



Foto: © VGVZ/TGV (Drs. Karin Seijdell), 2009

Is hier extra formatie voor vrijgekomen?

Ja, er zijn 12 arbeidsuren in de week voor vrijgekomen. Die arbeidsuren worden door de Raad van Bestuur betaald. Na de implementatiefase wordt gekeken of ze uitgebreid kunnen worden.

Welke voordelen zie je voor een algemeen ziekenhuis om een vaste medisch ethicus in dienst te hebben?

Een groot voordeel is bij acute ethische kwesties de snelle toegang in de primaire zorgprocessen (bijvoorbeeld op de Intensive Care Unit). Bij moeilijke beslissingen kan ik binnen korte tijd betrokken worden, om ook het ethische aspect goed te doordenken. Of er kan snel moreel beraad georganiseerd worden in samenspraak met de intensivist.

Een ander voordeel is dat ethiek een vaste plaats kan krijgen binnen de opleidingen die Alysis biedt. Natuurlijk kan dit ook door een extern aangetrokken ethicus gebeuren, maar die kent toch de organisatie en wat daar binnen speelt veel minder. De Alysis Zorggroep is verantwoordelijk voor een

veilig opleidingsklimaat voor artsen in opleiding tot specialist (AIOS), verpleegkundigen en andere zorgverleners in opleiding. Door ook in het opleidingsklimaat structurele aandacht te hebben voor medische ethiek in onderwijsmodulen en in klinische lessen kan een medisch ethicus – ook in een algemeen ziekenhuis – het belang van systematische en kritische reflectie stimuleren.

Een derde voordeel is dat de vaste medisch ethicus de centrale vraag bespreekbaar kan maken of de zorg die medisch specialisten, artsen in opleiding tot specialist, verpleegkundigen, doktersassistenten en alle andere zorgverleners binnen een algemeen ziekenhuis aanbieden aan patiënten, ook de zorg is die voor die specifieke patiënt het beste is.

Een belangrijk instrument om medewerkers te helpen systematische reflectie op gegeven zorg toe te passen is het moreel beraad. Door in een algemeen ziekenhuis structureel formatie vrij te maken, kan ook op diverse verpleegafdelingen en poliklinieken moreel beraad vast worden ingepland.

Moreel beraad is het spreken, binnen een multidisciplinaire setting, over goede zorg, en dat op een methodische manier, aan de hand van een concrete casus; de dilemma's van de zorgpraktijk van alledag versus de eigen normen en waarden van verplegend personeel en artsen over wat zij verstaan onder goede zorg. Het houden van structureel moreel beraad op verpleegafdelingen en poliklinieken kan – ook in een niet academisch ziekenhuis – leiden tot een verandering die de professionaliteit van alle zorgverleners ten goede komt en daarmee de patiëntveiligheid.

Door als medisch ethicus laagdrempelig aanwezig te zijn, is er tijd om eens rustig met elkaar van gedachten te wisselen. Vaak is daar door alle hectiek geen ruimte voor. En dan komen niet alleen zware thema's als palliatieve sedatie en abortus provocatus aan de orde, maar kan het ook gaan over seksistische opmerkingen tegenover een vrouwelijke arts of over een blanke patiënt die geen behandeling wil van een allochtone verpleegkundige.

Een voordeel dat ik ook nog wil noemen, is dat je ook medisch ethische onderwerpen die juist niet in een algemeen ziekenhuis spelen, zoals bijvoorbeeld embryoselectie (Preïmplantatie Genetische Diagnostiek, PGD) en andere landelijke ontwikkelingen op het gebied van de medische ethiek, ter sprake kunt brengen. Immers van de ethiek mag in het bijzonder worden verwacht dat zij in staat is op een reflectieve wijze na te denken over de gevolgen van de veranderde medische werkelijkheid. Met het veranderen van deze werkelijkheid veranderen ook onze morele opvattingen. Door hierover het gesprek aan te gaan wordt het ethisch handelen in een breder kader geplaatst. Met name de Raad van Bestuur, de Commissie Ethiek en de Medische Staf kunnen dit meenemen in het doordenken van beleid ten aanzien van ethisch handelen binnen de zorg.

Wat is jouw eigen motivatie om je zo voor ethische kwesties in te zetten?

Mijn eigen motivatie om mij zo voor ethische kwesties in te zetten, ligt in het feit dat ik mij – ook vanwege mijn achtergrond als verpleegkundige en geestelijk verzorger – op een professioneel niveau bezig wil houden met dilemma's in de zorg, waarbij dagelijks beslist moet worden over leven en dood. Ik wil een bijdrage leveren aan het vinden van een balans tussen de hightech en de menselijke factor in het ziekenhuis. In de medische wereld kan heel veel. Maar misschien moet een leven niet eindeloos gerekt worden. Je kunt nu eenmaal niet alles in de hand houden, is mijn mening. Mijn belangrijkste motivatie is om te voorkomen dat in de medische zorgpraktijk er louter op medische gronden een beslissing wordt genomen. Je moet ook kijken naar ethische, morele aspecten. Het geloof of levensbeschouwelijk perspectief en de eigen kijk op het leven van iedere zorgverlener mogen daarbij ook een rol spelen. Mijn stelling is dan ook: 'Alles is te behandelen, maar de vraag is, of het moreel gezien altijd goed is door te gaan. En daar moet je wel met elkaar over praten'.

Je bent ook nog geestelijk verzorger en cardiologieverpleegkundige. Oefen je deze drie functies naast elkaar uit? Hoe is dit voor jezelf om van rol te wisselen? Hoe kijken werknemers van het ziekenhuis daartegenaan? Mijn hoofdfunctie is (voorlopig) nog steeds die van geestelijk verzorger in het ziekenhuis in Arnhem. Zoals al mijn collega's in de Vakgroep Geestelijke Verzorging heb ook ik vaste verpleegafdelingen waar ik als geestelijk verzorger werk. Daarnaast heeft ook elke collega één of meerdere portefeuilles. Zo werk ik op de Intensieve Care Unit, High Care Unit, Medium Care Unit, buikchirurgie, Spoedeisende Hulp afdeling en op de Psychiatrische Medische Unit. Vanuit de vakgroep verzorg ik samen met mijn collega drs. Anne-Mieke Ripken de portefeuilles Onderzoek en Onderwijs. Voor de medische ethiek werk ik rechtstreeks voor de Raad van Bestuur. Vanuit de unit Alys Advies

(een kleine unit die opdrachten uitwerkt voor de Raad van Bestuur) heb ik een werkplan gemaakt voor de implementatiefase van mijn functie medisch ethicus.

Af en toe werk ik nog in de avonduren of weekenduren als cardiologieverpleegkundige op de Spoedeisende Hulp afdeling (SEH) van Ziekenhuis Rijnstate en op de Intensieve Care Unit (ICU) en Eerste Hart Hulp (EHH) van Ziekenhuis Zevenaar. Als verpleegkundige draag je een wit uniform. Het verschil is goed te zien. Er is in het afgelopen jaar veel intern aan PR gedaan. Ook de combinatie van mijn functies is hierin uitgelegd. Voordat ik medisch ethicus werd, combineerde ik ook al de functie van geestelijk verzorger met die van cardiologieverpleegkundige. Na het eerste jaar is dit geëvalueerd. Werknemers en de Raad van Bestuur hadden er geen moeite mee. Integendeel, zo hoor ik vaak, door toch nog regelmatig op de werkvloer te werken, blijf ik goed op de hoogte van de (medische en verpleegkundige) ontwikkelingen in de primaire zorgprocessen.

Welke ervaringen als geestelijk verzorger helpen je als medisch ethicus?

Ervaringen als goed luisteren, perspectiefwisseling toepassen en reflecteren op je handelen (ook na gesprekken) helpen mij als medisch ethicus.

Welke ervaringen als medisch ethicus helpen je als geestelijk verzorger?

Doordat ik op alle locaties kom en ook nog binnen alle lagen van de organisatie, kan ik bewust – en onbewust doordat medewerkers je ook associëren met de Vakgroep Geestelijke Verzorging – ook aandacht vragen voor de domeinen van geestelijke verzorging!

Je bent nu sinds februari 2008 als medisch ethicus aan de slag. Voor welke concrete kwesties ben je ingeschakeld? Wat zijn je eerste ervaringen?

Mijn ervaringen van het eerste jaar zijn erg positief. Op het niveau van de klinische ethiek word



Foto: © Alysis Zorggroep, (H. van Ommen), 2008

ik regelmatig spontaan gevraagd om een moreel beraad voor te zitten naar aanleiding van een acuut probleem. Zo ben ik bijvoorbeeld ingeschakeld ten behoeve van een situatie waarbij een jonge vrouw van 29 jaar oud via interventieradiologie medicatie (thrombolysen) in de hersenstam toegediend kreeg om de bloedstolsels (trombose) in de hersenstam op te lossen. De medische behandeling was geslaagd, maar na een paar weken bleek ze nog steeds bedlegerig te zijn en was tevens afhankelijk van sondevoeding en infuus. Een opgaande lijn was niet goed merkbaar. Zij kon alleen nog maar haar wimpers bewegen en was verder niet meer revalideerbaar. Na ruim een maand werd een aanvraag gedaan voor langdurige verpleeghuiszorg. Zowel de artsen als verpleegkundigen van de verpleegafdeling neurologie vroegen zich af, of ze wel goede zorg hadden geboden. Als de interventieradioloog niks had gedaan was de kans op overlijden 95% geweest. Na de interventieradiologie had deze vrouw een kans van 50% om te overleven. Achteraf kwam de vraag op, of alleen op basis van de procentuele kans om te overleven, beslist had moeten worden tot de behandeling. Doordat ik als medisch ethicus deze vraag hardop durfde uit te spreken, kwam er ruimte voor het uiten van gevoelens en reflectie.

Op een aantal verpleegafdelingen zijn we gestart om structureel moreel beraad in te plannen. Daarnaast zijn we hier ook begonnen om een module 'medische ethiek' aan te bieden aan de artsen in opleiding tot specialist. De module is praktijkgestuurd en gericht op het aanleren van en oefenen in ethische competenties. In het UMC St. Radboud te Nijmegen gebeurt dat al en was het ingebed in het Discipline Overstijgend Onderwijs (DOO). Nu dus hier! En dat is goed, want per jaar hebben we circa 130 artsen in opleiding. Verder ben ik in het afgelopen jaar lid geworden van een aantal commissies (onder andere de Oncologiecommissie en Orgaandonatiecommissie) en werkgroepen op het gebied van deskundigheidsbevordering. Sinds

december jl. ben ik ook toegelaten als (bijzonder) lid van de Medische Staf.

Ga je zelf op zoek naar ethische kwesties of krijg je ze aangereikt?

Beide. Doordat ik regelmatig zelf op stap ben in de organisatie 'ontdek' ik soms zelf waar moeilijke concrete casussen zich hebben afgespeeld of nog spelen. Anderzijds weten steeds meer medisch specialisten en verpleegkundigen mij ook te vinden om dilemma's waar zij tegen aanlopen met mij te bespreken.

De ervaring leert dat veel ethische problematiek in de koffiekamer blijft hangen. Hoe voorkom je dit? Hoe werk je aan je eigen PR?

Ik heb geen moeite om te werken aan mijn eigen PR. Ik werk hier al lang, zij het ook in verschillende functies, en veel medewerkers kennen mij en ik hen. Door steeds te wijzen op het belang van ethische reflectie, ook in goede samenwerking met de Commissie Ethiek (waar ik lid van ben geworden sinds mijn benoeming), blijft de ethische problematiek, zo is mijn ervaring van het eerste jaar, niet in de koffiekamer hangen. In het afgelopen jaar is er verder zowel intern als extern PR geweest voor wat betreft de benoeming als medisch ethicus. Daarnaast heb ik een paar keer mee mogen werken aan een radioprogramma van twee landelijke omroepen. Door hard, met plezier en doelgericht te werken, groeit het werk alleen maar door. Met deze luxe heb ik op dit moment te maken!

Je belangrijkste taak is om medewerkers te scholen op het gebied van de ethiek. Hoe ziet dit onderwijs er uit? Is het voor alle medewerkers?

Het onderwijs is dit jaar eerst gestart ten behoeve van het Discipline Overstijgend Onderwijs (DOO) voor artsen in opleiding tot specialist (AIOS). De module 'medische ethiek' is door ons Leerhuis dan ook aangewezen als kerncompetentie. We gaan in deze module in gesprek over wat goede zorg is. Daarnaast houden we een moreel beraad volgens

de Nijmeegse methode naar aanleiding van een ingebrachte casus gebaseerd op eigen ervaringen van een arts. Tevens zal een nieuwe scholingsmodule ontwikkeld worden voor verpleegkundigen op het gebied van de oncologische en palliatieve zorgverlening.

Een van je taken is ook het adviseren van de Raad van bestuur en de Zorggroepmanagers en het ontwikkelen van beleid met betrekking tot medische ethiek. Kun je daar een voorbeeld van geven? Hoe word je daarbij betrokken? Wat wordt er met je adviezen gedaan in de praktijk?

We zijn bezig om de hele oncologische en palliatieve zorg te reorganiseren in nieuwe ketenzorgstructuren. Dit is allemaal mooi, maar wordt de patiënt daar beter van? Door deze vraag ook concreet op tafel te leggen en bespreekbaar te maken, krijgt het een andere wending. Mijn inbreng wordt – zo ervaar ik – wel gewaardeerd, temeer omdat ik de dingen vanuit een ander perspectief op tafel kan leggen dan beleidsmakers en medisch specialisten. Ik kan gevraagd of ongevraagd (zo staat het in mijn functieprofiel) mij mengen in het ontwikkelen van beleid. Soms wordt je advies meegenomen en verwerkt. Soms ook niet, maar dan heb je al wel meegewerkt door te verhelderen welke vragen gesteld zouden moeten worden!

Hoe ga je om met de verwachting dat de ethicus het antwoord op de problemen zal geven?

In mijn werkzaamheden leg ik steeds uit dat ik als medisch ethicus niet zelf het antwoord geef. Ik begeleid het gesprek, zodat elke zorgverlener zijn of haar visie op tafel kan leggen.

Er zijn signalen dat de ethiek steeds meer een eigen specialisatie wordt die loskomt van de functie van geestelijk verzorger. Een voorbeeld hiervan is dat theologen, niet gepromoveerd in de ethiek, niet langer benoemd worden in een Ethische Toetsingscommissie, die wetenschappelijk onderzoek met mensen beoordeelt. Ook jij bent apart benoemd tot medisch ethicus, terwijl ethiek toch ook

staat genoemd als competentie in het beroepsprofiel van de geestelijk verzorger. In hoeverre is de ethiek volgens jou steeds losser aan het raken van de functie van geestelijk verzorger?

In de gezondheidszorg spelen vele complexe vragen, daarover bestaat geen twijfel. In steeds meer zorgorganisaties groeit de aandacht voor ethische vragen. De ethische reflectie komt naast de technische afwegingen, de coderingen van de zorg door protocollaire voorschriften en juridische inbeddingen. Doordat de medische zorgverlening zo complex geworden is, is er steeds meer deskundigheid nodig om professionals, medisch specialisten en managers te helpen om vooral zelf systematisch te reflecteren op hun praktijk; om zelf – begeleid door een medisch ethicus – in een onderling gesprek een antwoord te vinden op de vraag wat goede zorg in de bijzondere context van hun situaties en die van hun patiënten betekent.

Terecht wijs je erop dat ethiek ook genoemd wordt als competentie in het beroepsprofiel van de geestelijk verzorger. Maar omdat de complexiteit en daarmee de morele dilemma's in de zorgsector alleen maar toenemen, zal in de toekomst ook goede en gedegen deskundigheid geboden moeten worden op het gebied van de medische ethiek. Voor geestelijk verzorgers is het vaak één van de vele onderdelen van het werk. Met de toenemende complexiteit van de zorg kan dit eigenlijk niet meer. Beide disciplines specialiseren zich om zo elk op hun eigen terrein alle nieuwe uitdagingen aan te kunnen gaan. Ik denk dat de ethiek daardoor steeds losser gaat staan van de functie van geestelijk verzorger.

** Drs. Benita Spronk werkt als geestelijk verzorger in het VU medisch centrum te Amsterdam. Spronk is lid van de redactie van het Tijdschrift Geestelijke Verzorging en is rubrieksverantwoordelijke voor Inhoud. Reacties en of opmerkingen naar aanleiding van dit interview kunnen verzonden worden naar tdezwart@alYSIS.nl*

Noot

1. De Alysis Zorggroep is lid van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ).