

IDDG

IN DIENST DER GENEZING
MAART 2022

Ongeboren

Want U hebt mijn nieren geschapen, mij in de schoot van mijn moeder geweven.

Ik loof U omdat ik ontzagwekkend wonderlijk gemaakt ben;

wonderlijk zijn Uw werken - Psalm 139:13-14

IN DIENST DER GENEZING | NUMMER 1-2022

Tijdschrift van Christian Medical Fellowship Nederland

Jaargang 51
Kwartaaluitgave in oplage van 650 exemplaren
ISSN 1382-0656

Redactie

Willemien Smelt-Westerhuis (hoofdredacteur) -
Caroline van Lith-Hildering (eindredacteur) - Annet Bos -
Edward Groenenboom - Marije de Jong - Debora van Urk

Overige medewerkers

Maria Kloosterman - columnist
Wim Lammers - columnist

Sluitingdata kopij

Juninummer: 15 april | Septembernummer: 15 juli
Decembern timer: 15 oktober | Maartnummer: 15 januari

Kopij en opgave advertenties

Willemien Smelt-Westerhuis | E-mail: willemiensmelt@gmail.com

Fotocredits

lidia - AdobeStock (cover), Syda Productions - AdobeStock (pag. 3),
Prostock-studio - AdobeStock (pag. 4), Jacob Lund - AdobeStock
(pag. 7), Elnur - AdobeStock (pag. 9), Artem Maltsev - Unsplash
(pag. 10), Pixabay (pag. 12), KUBE - AdobeStock (pag. 14), Monster_
Design - AdobeStock (pag. 16), Isaac Quesada - Unsplash (pag.
18), Nick Fewings - Unsplash (pag. 23), hhach - Pixabay (pag. 24),
unlimit3d - AdobeStock (pag. 27), Andrii Yalanskyi - AdobeStock
(pag. 29), United States Public Health Service (pag. 30), AP (pag. 33)

Richtlijnen voor het inzenden van kopij

Aantal woorden per artikel in overleg met de redactie.
Aanleveren bij voorkeur als Word-bestand per e-mail. De
redactie behoudt zich te allen tijde het recht om ingezonden
artikelen te redigeren c.q. in te korten.

Vormgeving & druk

First Concept Communications | www.firstconcept.info

Grondslag, visie en missie van CMF Nederland

De grondslag van de vereniging is Gods openbaring in
Christus, zoals deze in de Bijbel tot ons komt. De visie van de
vereniging is, dat het geloof in Jezus Christus inspiratiebron
is voor de persoon en het werk van de arts. De missie van
de vereniging is haar leden door middel van onderlinge
ontmoeting, bezinning en verdieping toe te rusten om zowel
in hun beroep als daarbuiten aan haar visie inhoud te geven.
De vereniging ziet het ook als haar missie om te participeren
in de internationale christelijke medische gemeenschap.

CMF is naast een vereniging ook een netwerk. Mocht je door
persoonlijke omstandigheden behoefte hebben aan steun van een
medelid, kijk dan op <http://cmf-nederland.nl/artsen/steun>. We
zullen binnen het netwerk iemand proberen te vinden die je tot
steun kan en wil zijn.

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/
of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke
toestemming van de redactie.

Contact CMF Nederland

E-mail: info@cmf-nederland.nl | Internet: www.cmf-nederland.nl
Postadres: CMF Nederland / De Molen 24 / 3994 DB Houten

CMF Nederland financieel

Informatie over lidmaatschap via het secretariaat.
Bankgegevens: NL42 INGB 0000 0166 27
t.n.v. CMF Nederland te Houten.

Opzeggingen voor het volgende jaar dienen uiterlijk 30 november
van het lopende kalenderjaar bij het secretariaat binnen te zijn.
Losse nummers In Dienst Der Genezing € 7,50

DEBORA VAN URK



In Genesis 9 lezen we in Gods verbond met Noach: "Vergiet iemand het bloed van de mens, door de mens zal diens bloed vergoten worden; want naar het beeld van God heeft Hij de mens gemaakt"¹. Dit vers, soms gebruikt als argument tegen abortus, roept een hamvraag op: wanneer is een embryo of foetus een mens? Bij een bijvak ethiek kwam Michael Tooleys verdediging van zowel abortus als kindermoord eens langs, gebaseerd op zijn criteria voor 'menschzijn'. Een kind zou pas rond twee jaar echt mens zijn, en dus dan pas beschermwaardig. Consequent, nietwaar? Ik beschrijf het wat simplistisch, maar de hele collegezaal voelde de spanning aan bij het nadenken over een grens tussen 'cellen' en 'een kind'. De docent merkte glimlachend op: "*Conservatives have it easy, saying human life starts at conception*". In een historisch-filosofisch artikel neemt prof. Henk Jochemsen ons mee langs verschillende ideeën over de morele status van het embryo.

Hoewel er in de ethiek méér is dan abortus, leek het ons waardevol om met dit nummer als christenartsen en -studenten na te denken over dit verrassend actuele thema. In de VS is uw reactie op de kwestie Roe v. Wade weer een goede lakmoesproef voor deugen, en in Nederland is zojuist ingestemd met het afschaffen van de verplichte beraadtermijn. Aart van Wolfswinkel betoogt dat deze bedenktijd van vijf dagen nodig blijft, en redactielid Edward Groeneboom schrijft over het gesprek met een onbedoeld zwangere vrouw in de huisartspraktijk. Ten slotte bespreekt redactielid Caroline van Lith-Hildering de beschikbare literatuur over de 'omstreden spijtpil' die de laatste weken weer langskomt in de media.

Arianne Bouman beschrijft het leven van chirurg-generaal van de VS Everett Koop en zijn relatie tot abortus. We verwelkomen Nienke de Haan als nieuwe secretarieel medewerker van CMF en co-assistent Maria Kloosterman als nieuwe columnist. In dit nummer reflecteert columnist Wim Lammers op de tijd die hij met zijn gezin doorbracht in Australië. We bedanken hem voor de columns over zijn avonturen *down-under!*

We hopen dat dit nummer u toerust en helpt na te denken over abortus, en zijn benieuwd naar uw gedachten over de verschillende thema's die we aansnijden. ✓

1. Het chiasme in de eerste helft van het vers leest in het Hebreeuws nog mooier, door de woorden voor bloed (dam) en mens (adam): "Sjofeech dam ha'adam ba'adam damo yisjafeech".

Thema:

4



ONBEDOELDE ZWANGER- SCHAP IN DE SPREEKKAMER VAN DE HUIS- ARTS

*Edward
Groenenboom*

10



VIJF DAGEN BEDENKTIJD BLIJFT NODIG

*Aart
van Wolfswinkel*

14



ABORTUSPIL – REMMING

*Caroline
van Lith-Hildering*

24



HISTORISCHE NOTIES OMTRENT DE MORELE STATUS VAN HET EMBRYO

*Prof. Henk
Jochemsen*

Rubrieken:

13 Van de bestuurstafel

Coralien Vink - van Setten

20 Buitenlandcolumn – Australisch avontuur

Wim Lammers

22 Drijfveren – Geneeskundestudent op de grens Nederland-Duitsland

Van de redactie

29 Coassistentencolumn – Wikken en wegen

Maria Kloosterman

31 Historische artsen – Dr. C. Everett Koop

Arianne Bouman

Overig:

19 Even voorstellen – Secretarief medewerker

Nienke de Haan

34 Boekrecensies

- Het nieuwe brein van de dokter

Arianne Bouman

- The Bright Hour

Marjella Eijmael

- Eeuwenoude stilte

Antonette de Vetten-Smelt

- De engelen van Elisabeth

Robert van Kleef

36 Agenda



Onbedoelde zwangerschap

in de spreekkamer van
de huisarts



Wat is de betekenis van de huisarts

bij onbedoelde zwangerschap? Wat is dan zijn of haar rol, in het bijzonder als hij of zij bezwaren heeft tegen afbreken van een zwangerschap, vanwege geloofsovertuiging of om andere redenen? Tussen de vijftig en zestig procent van de abortussen in Nederland vindt plaats na verwijzing door de huisarts¹. De gemiddelde huisarts heeft echter slechts enkele malen per jaar met een abortusverzoek te maken. In dit artikel wil ik ingaan op datgene wat in een gesprek met een onbedoeld zwangere vrouw aan de orde moet komen conform de *Leidraad huisartsenzorg bij onbedoelde zwangerschap*. Daarnaast wil ik bespreken hoe een huisarts zou kunnen handelen als deze de waarde van het embryo of de foetus hoog wil achten. Een poging om professionaliteit te combineren met de overtuiging dat beginnend leven door God is geschapen en beschermwaardig is vanaf het begin².

LIJDENSDRUK EN TIJDSDRUK

Consulten rondom onbedoelde zwangerschap zijn doorgaans emotioneel erg geladen en vinden plaats onder druk; psychische druk vanwege de schrik door de zwangerschap, maar ook tijdsdruk. Vrouwen hebben een voor hen schokkende ontdekking gedaan en willen doorgaans snel een oplossing. Dat kan het gesprek lastig maken omdat het exploreren van de hulpvraag juist van groot belang is. Een dubbelconsult van 20 minuten lijkt het minimum voor een eerste gesprek. Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) bracht in 2015 samen met het Fiom (specialist bij ongewenste zwangerschap) een *Leidraad huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap* (verder: Leidraad) uit met adviezen en aandachtspunten voor een dergelijk gesprek³.

Uiteraard worden eerst de vragen gesteld die bij iedere (mogelijke) zwangerschap worden gesteld: is er een zwangerschapstest uitgevoerd? Wat is de datum van de laatste menstruatie? Bij twijfel over de duur van de zwangerschap kan eerst een termijnecho te worden aangevraagd. Er is alertheid en aandacht nodig voor

culturele en religieuze gevoeligheden. Ten slotte moet ook altijd rekening gehouden worden met de mogelijke aanwezigheid van dwang, misbruik en seksueel overdraagbare aandoeningen.

WAAROM ABORTUS?

Doorgaans geeft een combinatie van redenen de doorslag waarom vrouwen hun zwangerschap niet willen uitdragen. De helft van de vrouwen geeft aan dat het krijgen van een kind niet samengaat met werk of opleiding. Andere redenen die aangegeven worden zijn 'nu geen kindertijd' en 'geen goede woonruimte'. Volgens de *Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap* uit 2020 gaven in een fors deel van de gevallen financiële redenen de doorslag (29%)⁴. Het aantal respondenten was dat jaar echter laag (n=55). Bij de evaluatie in 2005 gaf bijna 50% bij een bijna zesmaal zo groot aantal respondenten (n=313) aan dat 'te weinig geld' hun besluit tot abortus mede bepaalde⁵. Financiën zijn dus een belangrijk onderwerp bij onbedoelde zwangerschap en dit verdient aandacht in een explorerend gesprek. >>



Edward Groenenboom

is huisarts in Sommeldijk en redactielid van IDDG

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap 2020, pag. 14

² Veel van dit artikel is in uitgebreider vorm terug te vinden in hoofdstuk 8 'Abortus en anticonceptie in de huisartsenpraktijk' in de bundel *Geboren, niet gemaakt, reflecties op het levensbegin* (red. Theo Boer e.a.) Buijten & Schipperheijn Motief, Amsterdam, 2020

³ NHG, Rutgers en Fiom, *Leidraad huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap*, <https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-06/Leidraad%20huisartsenzorg%20bij%20onbedoelde%20zwangerschap.pdf>

⁴ *Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap*, Den Haag: ZonMw, april 2020

⁵ M.R.M. Visser et al, *Evaluatie Wet afbreking Zwangerschap*, (Enschede: ZonMw, 2005), pag. 83



aanvankelijk besluit	uiteindelijk besluit; n (%)				totaal
	abortus	zwangerschap continueren en kind houden	zwangerschap continueren, daarna adoptie	miskraam	
abortus	474 (71,1)	34 (5,0)	1 (0,1)	23 (3,4)	532 (79,8)
zwangerschap continueren en kind houden	5 (0,7)	21 (3,1)	0 (0)	4 (0,6)	30 (4,5)
twijfelt	62 (9,3)	35 (5,2)	1 (0,1)	7 (1,0)	105 (15,7)
totaal	541 (81,1)	90 (13,5)	2 (0,3)	34 (5,1)	667 (100)

Tabel. Aanvankelijk en uiteindelijk besluit over de zwangerschap van 667 vrouwen die de huisarts bezochten vanwege een ongewenste zwangerschap⁶.

DRIE CATEGORIEËN

De Leidraad maakt een indeling in drie categorieën als het gaat over de houding van vrouwen met onbedoelde zwangerschap: een vrouw acht een zwangerschap *gewenst*, *ongewenst*, of de gevoelens zijn *ambivalent*. Belangrijk

“Nederlands onderzoek laat zien dat van een groep vrouwen die aanvankelijk een abortus wilden, 6,5% besloot de zwangerschap alsnog uit te dragen. Het gesprek met de huisarts is dus bepaald niet onbetekenend

voor de huisarts is om zich te realiseren dat vrouwen uiteindelijk soms een andere keuze maken dan waartoe men aanvankelijk neigde. Uit een Nederlands onderzoek uit 2014 (zie de tabel) bleek dat van een groep vrouwen die aanvankelijk een abortus wilden, 6,5% (35 van de 532) besloot de zwangerschap alsnog uit te dragen; van de vrouwen die aanvankelijk de zwangerschap wilden uitdragen, koos 17% (5 van de 30) alsnog voor een abortus; en van de vrouwen die aanvankelijk twijfelden, onderging uiteindelijk 59% (62 van de 105) een abortus⁶. Het gesprek met de huisarts is dus bepaald niet onbetekenend. Verandering van keuze komt vaker voor als de zwangerschap verder gevorderd is en als er meer overleg met de huisarts is.

Bij alle vrouwen, en dan met name bij degenen die de zwangerschap aanvankelijk ongewenst vinden (79,8%) en bij de groep die aanvankelijk twijfelt (15,7%), moet de anamnese dus verder worden uitgediept. Daarbij komen vragen aan de orde

als: is de partner op de hoogte? Is er sprake van een panieksituatie? Kan ze de tijd nemen voor haar besluit? Zijn alternatieven overwogen; afstand ter adoptie, pleegplaatsing? Is er meer hulpverlening nodig?

Bij het laatste punt, ‘meer hulpverlening’, kan gedacht worden aan maatschappelijk werk dat adviseert bij bijvoorbeeld financiële problemen en schuldenproblematiek. Bij seksueel geweld kan het Centrum Seksueel Geweld ingeschakeld worden. Een bijzondere categorie vormt de groep vrouwen die vragen hebben over een zwangerschapsafbreking vanwege aangetoonde congenitale afwijking. Omdat deze vragen doorgaans door de gynaecoloog worden besproken, laat ik die groep nu buiten beschouwing.

WAT TE DOEN BIJ AMBIVALENTIE?

Als er sprake is van ambivalentie en een vrouw dus twijfelt over het al dan niet uitdragen van de zwangerschap, dient een vervolggelsgesprek plaats te vinden. Ook kan verwezen worden naar organisaties die gespecialiseerd zijn in begeleiding van onbedoelde zwangerschap. Fiom wordt in de Leidraad ‘een neutrale keuzehulp’ genoemd. De stichting biedt een digitale keuzehulp aan op de website www.zwangerwatnu.nl. ‘Siriz beschermt het ongeboren kind’, zo meldt de Leidraad. Beide organisaties, Fiom en Siriz, leggen de nadruk op de keuze van de vrouw. Een organisatie als Schreeuw om Leven biedt ook hulp aan ongewenst zwangere vrouwen (www.erishulp.nl) en legt de nadruk veel explicieter op de beschermwaardigheid van het ongeboren leven.

Belangrijkste is dat de vrouw zich gehoord voelt en door de arts niet wordt gestuurd naar een keuze die ze niet wil maken. Deze terughoudendheid sluit goede voorlichting niet uit, maar veronderstelt deze juist. Om goed geïnformeerd te kunnen kiezen, moet genoemd worden dat abortus onomkeerbaar is en dat er sprake is van beginnend leven, ongeacht de status die iemand daaraan toekent.

⁶ M.S. Goenee et al, ‘Beslissen over een ongewenste zwangerschap: wat is de rol van de huisarts?’ Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (2014), 158 (A8243).



In het eerdergenoemde onderzoek uit 2014 bleek dat slechts 21% van de huisartsen alternatieven bespreekt⁶. Er is hierbij verschil tussen de vrouwen die twijfelen (41%) en zij die direct opteren voor abortus (16%). Huisartsen geven deze informatie vaak alleen als er ambivalentie is of als de vrouw erom vraagt. Deze lage percentages zijn in tegenspraak met de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) die verlangt *'dat de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap'* (Art. 5 lid 2a)⁷.

ALTERNATIEVEN

Als een vrouw, al of niet na gesprekken met zorgverleners, besluit om haar zwangerschap uit te dragen, maar zich niet in staat voelt om het kind op te voeden, kan zij besluiten om het af te staan. Bij een wens tot adoptie kan volgens een daartoe strekkend protocol een adoptieprocedure in gang worden gezet. Indien een vrouw voor pleegzorg kiest, wordt doorgaans verwezen naar een Centrum voor Jeugd en Gezin⁸. Zo nodig wordt Jeugdhulp betrokken bij het proces. De huisarts speelt hierin meestal slechts een bijrol. Het aantal vrouwen dat kiest voor deze opties is erg laag. Cijfers van Fiom uit 2016 geven aan dat het percentage onder de 0,001% ligt⁹. >>

⁷ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/2021-07-01>

⁸ <https://www.kinderbescherming.nl/voor-kind-en-ouder/ongewenst-zwanger/het-kind-laten-opvoeden-in-een-ander-gezin-pleegzorg-of-adoptie>

⁹ <https://fiom.nl/sites/default/files/fiom-factheet-ongewenste-zwangerschap-2016.pdf>



TOCH ABORTUS; WEL OF GEEN VERWIJSBRIEF?

Kiest een vrouw voor afbreking van de zwangerschap, dan staat de huisarts voor de keuze wel of geen verwijsbrief mee te geven voor de abortusarts. In een abortuskliniek geeft men de voorkeur aan verwijzing via de huisarts. In hoeverre is er bij het meegeven van een verwijsbrief sprake van meewerken aan een abortus? Dat is geen gemakkelijk te beantwoorden vraag. De Wafz (Art. 20) zegt het volgende:

- 1. Niemand is verplicht een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, te geven, dan wel daaraan medewerking te verlenen.*
- 2. Indien de arts gemoedsbezwaren koestert tegen het verrichten of doen verrichten van de behandeling, stelt hij de vrouw onverwijld nadat zij zich tot hem heeft gewend, daarvan in kennis.*

- 3. Het eerste lid ontheft een arts niet van de verplichting om desgevraagd en indien de vrouw daartoe toestemming heeft verleend inlichtingen omtrent de toestand van de vrouw te geven aan andere artsen.*

Het is duidelijk dat er enige spanning zit tussen lid 1 en lid 3. Enerzijds 'geen verplichting tot medewerking', anderzijds wel de verplichting tot het geven van informatie aan andere artsen. Er zijn in Nederland geen cijfers over hoe huisartsen met gewetensbezwaren bij abortus met dit dilemma omgaan. Het lijkt erop dat zij dit verschillend doen. Sommigen geven een verwijzing met vermelding dat het de keuze van de vrouw is om de zwangerschap af te breken. Anderen laten het initiatief bij de vrouw zelf. Het niet meegeven van een verwijsbrief is in ieder geval een helder signaal naar de vrouw en de kliniek dat abortus voor de betreffende huisarts geen gewone medische handeling is.



Bij de keuze wel of geen verwijsbrief, moeten drie zaken in het achterhoofd worden gehouden:

1. De nog altijd geldende wettelijke bedenktijd van vijf dagen. Als geen verwijsbrief wordt meegegeven gaat deze bedenktijd pas in vanaf het moment dat het eerste gesprek in de abortuskliniek plaatsvindt. Het niet meegeven van een verwijsbrief kan dus betekenen dat de abortus later plaatsvindt.
2. Het is zaak om met medegevoel voor de nood van de vrouw aan te geven waarom geen verwijzing meegegeven wordt. Met juiste woordkeus en toon blijkt dit goed uit te leggen. De huisarts kan eraan toevoegen dat de vrouw, ondanks het feit dat hij niet instemt met haar keuze, ook na de abortus als patiënte welkom blijft in de praktijk. Ook als zij achteraf moeite ervaart met het verwerken van de abortus, door bijvoorbeeld spijt of verdriet, moet hierover een gesprek mogelijk blijven.
3. Wat te doen als de vrouw op dat moment een andere medische behandeling ondergaat of medicatie gebruikt die van belang is voor de abortusingreep? De huisarts – tevens beheerder van het medische dossier – dient deze informatie aan de vrouw mee te geven om medische schade te voorkomen. Dit kan door een uittreksel van de voorgeschiedenis/episodelijst en een medicatielijst mee te geven. De schade aan het ongeboren leven mag immers niet worden uitgebreid met schade aan de vrouw.

NAZORG

Drie tot vier weken na een abortus dient een nacontrole plaats te vinden. In 2020 vond nacontrole in 63% van de gevallen bij de huisarts plaats¹⁰. Tijdens deze nacontrole wordt geïnformeerd naar bloedverlies en de psychische gevolgen van de gemaakte keuze. Ook de anticonceptie dient in een dergelijk gesprek te worden besproken. Een abortus is een ingrijpende gebeurtenis. Een deel van de vrouwen pakt het leven weer op zonder er gevolgen van te onderkennen, een ander deel krijgt vroeger of later te maken met spanningen, verdriet, depressie of gevoelens van spijt.

In hoeverre er een directe relatie is tussen abortus provocatus en psychische problematiek bij vrouwen, is onderwerp van debat. Nacontrole na een abortus hoeft niet als medewerking aan een abortus beschouwd te worden, maar kan gezien worden als voortgezette counseling van een ongewenste zwangerschap. Ook als later in het leven klachten van angst of depressie optreden, is het goed om als huisarts te realiseren dat er een relatie mogelijk is met een abortus in het verleden.

ABORTUSPIL BIJ DE HUISARTS?

Door het wetsvoorstel van de Kamerleden Ellemeet (GL) en Ploumen (PvdA) om het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts mogelijk te maken, is de abortusdiscussie in een nieuwe fase terecht gekomen. Op het moment van schrijven van dit artikel moet het debat in de Tweede Kamer hierover nog plaatsvinden. Als het voorstel wordt aangenomen zullen huisartsen een zwangerschap tot negen weken in hun eigen praktijk kunnen afbreken. Voorwaarden zijn wel dat een geaccrediteerde nascholing wordt gevolgd en er jaarlijkse registratie plaatsvindt bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd van het aantal abortussen dat wordt gedaan.

Om meerdere redenen is het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts niet wenselijk. Er zijn praktische redenen, zoals het in veel praktijken ontbreken van echoapparatuur die nodig is bij onduidelijkheid over de zwangerschapstermijn. Daarnaast wordt door de huisarts slechts zeer langzaam ervaring opgebouwd vanwege de lage frequentie van voorschrijven. En wat wordt de maatschappelijke uitstraling van abortus als het 'gewoon' bij de huisarts kan? De Wet afbreking zwangerschap uit 1984 kwam tot stand na een lange maatschappelijk discussie. Er is destijds gekozen voor een evenwicht tussen de mogelijkheid van zwangerschapsafbreking en de bescherming van het ongeboren leven. Door de laagdrempeligheid van de huisarts lijkt dat evenwicht te verschuiven naar het eerste, ten koste van het laatste. Dat is een stap in de verkeerde richting, ook al is de huisarts in het voorliggende wetsvoorstel niet verplicht de abortuspil voor te schrijven.

Dit wetsvoorstel, samen met de plannen tot de afschaffing van de vijfdagse beraadtermijn, maakt de positie van ongeboren kinderen nog kwetsbaarder dan zij al was. Dat is iets om de komende jaren als huisarts goed in gedachte te houden bij gesprekken over onbedoelde zwangerschap. ✓

“*Om geïnformeerd te kunnen kiezen, moet genoemd worden dat abortus onomkeerbaar is en dat er sprake is van beginnend leven, ongeacht de status die iemand daaraan toekent*”

¹⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap 2020*, pag. 19

Vijf dagen bedenktijd

blijft nodig



AART VAN WOLFSWINKEL

De vijf dagen
bedenktijd bij een

verzoek om abortus lijkt binnenkort te worden geschrapt uit de Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Vanwege de macht van het getal. Een meerderheid van de Tweede Kamer vindt deze paar dagen van bezinning niet wenselijk. Wat betekent dit voor de praktijk, voor de zorg voor vrouwen die onbedoeld zwanger zijn?

Met verbazing heb ik het debat in de Tweede Kamer over de beraadtermijn gevolgd op 27 januari 2022. Met recht een ‘veelal verhit gesprek, waarbij twee mensen tegen elkaar praten en naar zichzelf luisteren’, zoals dichter Kees Buddingh een debat typeert. Sterk ideologisch geladen, met weinig aandacht voor de inhoud. Tegenstemmen kregen beperkt ruimte. Abortus maakt veel los, raakt ons hart en die van de samenleving, het decor van de spreekkamer.

TIJD EN AANDACHT

Als dokter begrijp ik de gretigheid, waarmee onder andere D66 en PvdA dit wetsartikel willen schrappen, niet. Wat is er mis met een paar dagen van bezinning bij een verzoek om een abortus? In de spreekkamer ervaar ik de meerwaarde ervan. Veelal ziet de huisarts de vrouw kort nadat ze weet dat ze onbedoeld zwanger is. Een emotioneel geladen consult; vaak is sprake van een zekere ambivalentie. Op zo'n moment wil je als huisarts nabij zijn, tijd nemen en aandacht geven. Ruimte bieden aan de vrouw om haar eigen keuze te maken. In de verwarring is het lastig om de consequenties van bepaalde keuzes te overzien. Daarom is een pauze belangrijk. Bij de begeleiding van vrouwen met een onbedoelde zwangerschap dient de huisarts zich te houden aan de *Leidraad Onbedoelde Zwangerschap* van onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap¹. Citaat: “Het is belangrijk om de vrouw zo zorgvuldig mogelijk te begeleiden in het keuzeproces omtrent de onbedoelde zwangerschap.” De Leidraad adviseert “altijd te checken of de



Aart van Wolfswinkel
is huisarts in Hellevoetsluis

vrouw zeker is van haar besluit en of dit besluit weloverwogen genomen is.” Daarom is tijd nodig. In twee of meer gesprekken kan de huisarts stilstaan bij de sociale context, de aard van de nood van de vrouw, de rol van de partner en alternatieven. De beraadtermijn biedt een wettelijk kader en functioneert als vanzelfsprekende randvoorwaarde om dit proces zorgvuldig te doorlopen. Bij een abortus gaat het om een ingrijpende beslissing met onomkeerbare gevolgen.

MOTIVATIE

Er zijn meer argumenten om de beraadtermijn te behouden. Twee derde van de respondenten van de evaluatie Wafz 2020 bevestigt de stelling dat de beraadtermijn een impulsieve beslissing voorkomt². Eén op de zes vrouwen twijfelt over hun keuze bij hun eerste bezoek aan de huisarts, blijkt uit onderzoek uit 2014³. En van hen die aanvankelijk abortus willen kiest uiteindelijk 7% om toch de zwangerschap uit te dragen. Veelzeggende data. De evaluatie gaf ook inzicht in achtergronden van een abortusverzoek. Een compleet gezin, het ontbreken van kinderwens en het niet passen bij werk of opleiding werden het meest genoemd². >>

“ In de
verwarring is
het lastig om de
consequenties van
bepaalde keuzes te
overzien, daarom
is een pauze
belangrijk

¹ Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap, NHG en Fiom, 2020. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-06/Leidraad%20huisartsenzorg%20bij%20onbedoelde%20zwangerschap.pdf>

² Ploem MC et al. *Tweede Evaluatie Wet afbreking Zwangerschap*. Den Haag. 2020

³ Goenee MS et al. *Beslissen over een ongewenste zwangerschap: wat is de rol van de huisarts?* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2014, 158(A8243)



“Eén op de zes vrouwen twijfelt over hun keuze bij hun eerste bezoek aan de huisarts

Vooraf sociale omstandigheden waardoor de vrouw in een noodsituatie is beland. En wat te doen bij dwang en seksueel geweld? Laten we om deze vrouwen en hun partner heen staan. Het stimuleren van preventie en nazorg, met oog voor alternatieven, verdient meer aandacht in de spreekkamer en samenleving.

ONGEBOREN LEVEN

De autonomie van de vrouw met een abortuswens is leidend voor de inbrengers van het wetsvoorstel, zo bleek tijdens het debat. Tegenstemmers gaven stem aan het ongeboren leven. Als huisarts ervaar ik van dichtbij hoeveel waarde een vroege zwangerschap heeft. Pril leven wordt gekoesterd. Bij een abortus staat vooral het zelfbeschikingsrecht centraal. Met het afschaffen van de beraadtermijn wordt dit nog eens extra benadrukt. Een onwenselijke situatie gezien de onmondigheid van het ongeboren leven. De vrouw met een onbedoelde zwangerschap staat voor een onmogelijke keuze. Daarbij betreft ze de huisarts en neemt deze in vertrouwen. Dat verdient een open, integrale benadering, maar vereist ook een evenwichtige, zorgvuldige begeleiding. Ga de worsteling aan, durf tijd

te nemen en geef passende voorlichting. Met hart voor de nood van de vrouw én met oog voor het ongeboren leven.

IN ERE

Onlangs kwam ze op het spreekuur met haar zoonnetje van drie. In de kantlijn van het consult refereerde ze aan de zwangerschap toen. Onbedoeld, ongewenst. Ze wilde gelijk een verwijzing naar een abortuskliniek. Ik attendeerde haar op de bedenktijd. Als periode van bezinning, om stil te staan bij wat goed was voor haar in deze penibele situatie. Het had haar geholpen om een weloverwogen keuze te maken. Om bewust te kiezen voor het leven.

Wellicht stemt de Eerste Kamer in met het wetsvoorstel om de minimale vijf dagen beraadtermijn uit de wet te schrappen. Ik hoop dat we deze zorgvuldigheidswaarde echter behouden. Een vaste termijn schept duidelijkheid. En mocht die niet meer wettelijk verankerd zijn, laat hem dan onderdeel blijven van de professionele standaard. Zorginhoudelijk verandert er wat mij betreft weinig. De vijf dagen bedenktijd verdient het om in ere te worden gehouden! ✓

CORALIEN VINK-VAN SETTEN

Reflectie op een crisis

Zo luidde de titel van de najaarsconferentie die we in 2021 hielden. Toen we, ongeveer een jaar geleden, startten met de voorbereidingen voor die conferentie, dachten we dat we dan in het staartje van de pandemie zouden zitten. Maar niets bleek minder waar. En misschien was de conferentie juist daarom zo waardevol. Graag wil ik terugblikken op deze activiteit, al is het al weer even geleden. We waren erg dankbaar dat we met de juiste voorzorgen de conferentie *live* konden houden. Het was goed om elkaar weer te ontmoeten en uit te wisselen over de moeiten die we allemaal ervaren met deze hele coronacrisissituatie. Ook de grote groep aanwezige studenten en arts-assistenten toonde hun behoefte om elkaar weer fysiek te zien. In de gesprekken die we hadden, bleek dat haast iedereen wel iemand kende, soms van heel nabij, die vanwege het aanhangen van bijvoorbeeld complottheorieën niet gevaccineerd is of nog veel verder gaat. Dat levert vaak ingewikkelde situaties op bij ontmoetingen. En wat is het moeilijk om er in alle openheid een gesprek over aan te gaan. Allerlei argumenten blijken door elkaar te lopen en serieuze pogingen om die ander te begrijpen kosten vaak heel veel energie en lukken lang niet altijd. In workshops kregen we handvatten hoe dit te begrijpen en toch een weg hierin te kunnen vinden. Hoe fijn is het om juist dit met collegae te kunnen delen en elkaar te kunnen opbouwen!

In de afgelopen periode werden we ook door een lid benaderd om te reageren op een actueel medisch-

ethisch thema. We zijn altijd blij als leden op die manier hun betrokkenheid bij de vereniging en bij de maatschappij laten zien! Juist in de huidige, jonge, bestuursamenstelling is het soms moeilijk om vanuit voldoende expertise te reageren, maar met de kennis en kunde van alle leden proberen wij onze mogelijkheden uit te bouwen en voorbereid te zijn op toekomstige vragen over medisch-ethische onderwerpen. Benader ons dus gerust!

Inmiddels zijn de voorbereidingen voor de voorjaarsconferentie in volle gang. We willen ons bezig houden met de verbinding tussen roeping en de verschillende levensfasen. Als CMF-dokters bevinden we ons in verschillende fasen van onze carrière en in verschillende fasen van ons privéleven. En elke fase vraagt weer om bezinning en aandacht voor je roeping. Wat wil God dat ik doe? Wat moet nu en wat mag misschien later? Wat past bij mij? Maar ook: waar moet ik in deze fase op letten, wat zijn risico's? We hopen dat we door de conferentie wat later in het jaar te houden, opnieuw fysiek bijeen kunnen komen. *Save the date*: 21 mei 2022!

Ook voor de arts-assistenten zijn de voorbereidingen voor een ontmoetingsdag in volle gang. We mikken op de zomer, een tijd dat veel andere activiteiten stilliggen en dat er corona-technisch hopelijk wat meer mogelijk is. Als er meer bekend is, brengen we jullie direct op de hoogte dus *stay tuned!* ✓



Coralien Vink-van Setten is bestuurslid van CMF Nederland



Abortuspil

remming



CAROLINE VAN LITH-HILDERING

Afgelopen
jaar kwam het

meermaals in het nieuws: er zijn artsen in Nederland die een 'spijtpil' voorschrijven aan vrouwen die na inname van de eerste abortuspil spijt krijgen. Nieuwswaardig, want deze 'spijtpil' zou niet levensreddend zijn, maar levensgevaarlijk^{1,2,3}. Dit laatste werd door de media onderbouwd met een onderzoek uit 2019⁴. In het artikel staat beschreven dat het onderzoek vroegtijdig werd stopgezet wegens risico's voor deelnemende vrouwen. Maar in hoeverre onderbouwt het onderzoek de genoemde stelling over dit middel? En als het zo gevaarlijk is, waarom wordt het dan nog steeds voorgeschreven?



**Caroline van
Lith-Hildering**

is waarnemend huisarts
en eindredacteur
van IDDG

TABOE

Allereerst moet over dit onderwerp de taboe worden doorbroken. Ja, er zijn vrouwen die spijt krijgen na inname van de eerste abortuspil in de kliniek. Ja, er zijn vrouwen die zich onder druk gezet voelen bij de keus voor abortus. Dit soort casus is bekend. Los daarvan blijkt ook uit onderzoek naar de abortuspil dat een deel van de vrouwen na mislukte zwangerschapsafbreking ervoor kiest de zwangerschap uit te dragen, en dus van gedachte verandert^{5,6}. Bij meer dan 30.000 abortussen per jaar in Nederland, waarvan ongeveer een derde medicamenteus, is het vóórkomen van spijt zelfs statistisch niet vreemd⁷. Wat afschaffing van de verplichte bedenktijd van vijf dagen voor invloed heeft erop, is niet moeilijk te beredeneren.

Toch zijn er Dolle Mina's die bij het horen over de spijtpil nog wat doller worden en ontkennen dat spijt voorkomt⁸. Kennelijk raakt het een gevoelige snaar. Waarom lijkt het 'Baas in eigen buik'-principe op te houden ná de keus vóór abortus? Zelf beslissen of je zwanger wil blijven, ook als je hierin van gedachte verandert, past er – in theorie – volledig bij.

ABORTUSPILREMMING

Voor de theorie achter abortuspilremming is het van belang te weten hoe medicamenteuze abortus werkt. In veel landen, waaronder Nederland, is medicamenteuze abortus mogelijk tot een zwangerschapsduur van 9 weken en bestaat het uit inname van twee medicijnen⁹. >>

- ¹ De Stentor. Urker huisartsenpraktijk schrijft omstreden spijtpillen voor aan vrouwen die twijfelen over abortus. Maart 2021. [Internet] Beschikbaar via: www.destentor.nl/flevoland/urker-huisartsenpraktijk-schrijft-omstreden-spijtpillen-voor-aan-vrouwen-die-twijfelen-over-abortion~aca38381/ [pagina bezocht op 2-2-2022]
- ² Omroep Flevoland. 'Huisarts Urk schreef vrouwen in abortustraject omstreden spijtpil voor'. Maart 2021. [Internet] Beschikbaar via: www.omroepflevoland.nl/nieuws/222892/huisarts-urk-schreef-vrouwen-in-abortustraject-omstreden-spijtpil-voor [pagina bezocht op 2-2-2022]
- ³ BOOS studio SO6E14. Schreeuw om leven valt vrouwen bij abortusklinieken lastig met misinformatie. [Internet] Beschikbaar via: https://www.youtube.com/watch?v=w7wD0IPQqhg&list=PL2C9e_DU0USDJf_OZgdf2L2dkWTtBjBze&index=7 [pagina bezocht op 2-2-2022]
- ⁴ Creinin MD, Hou MY, Dalton L, Steward R, Chen MJ. Mifepristone Antagonization With Progesterone to Prevent Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2020 Jan;135(1):158-165
- ⁵ Hsia JK, Lohr PA, Taylor J, Creinin MD. Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64 and 70 days' gestation. *Contraception.* 2019 Sep;100(3):178-181
- ⁶ Aultman K, Cirucci CA, Harrison DJ, Beran BD, Lockwood MD, Seiler S. Deaths and Severe Adverse Events after the use of Mifepristone as an Abortifacient from September 2000 to February 2019. *Issues Law Med.* 2021 Spring;36(1):3-26
- ⁷ Fiom. Cijfers en feiten. [Internet] Beschikbaar via: <https://fiom.nl/kenniscollectie/abortus/cijfers-feiten> [pagina bezocht op 2-2-2022]
- ⁸ Reporters online. Na een abortuspil kun je een 'spijtpil' uit Urk krijgen om alsnog een baby te baren. [Internet] Beschikbaar via: <https://reportersonline.nl/na-een-abortion-pil-kun-je-een-spijtpil-uit-urk-slikken-om-alsnog-een-baby-te-baren/> [pagina bezocht op 2-2-2022]
- ⁹ Fiom. De abortusbehandeling. [Internet] Beschikbaar via: <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortus/abortusbehandeling> [pagina bezocht op 2-2-2022]



De eerste, mifepriston, is een tablet die onder toezicht in de abortuskliniek oraal wordt ingenomen. Dit middel blokkeert de progesteronreceptor, verhoogt de gevoeligheid van het myometrium van prostaglandinen, bevordert de synthese van prostaglandinen en remt tegelijkertijd het metabolisme ervan. Concreet

“*Als het zo gevaarlijk is, waarom wordt het dan nog steeds voorgeschreven?*”

leidt het tot een scheiden van decidua basalis met de trofoblast, waardoor de foetus zuurstof en voedingsstoffen wordt onttrokken¹⁰. Zou je het hierbij laten, dan varieert de kans op overleving van een foetus van 0 – 25%¹¹. Eén tot twee dagen later volgt daarom vaginaal inbrengen van een viertal tabletten misoprostol. Dit is een prostaglandine-analoog die de rijping van de cervix bevordert en contracties van de gladde spiervezels in het myometrium van de uterus opwekt.

In verschillende landen, waaronder de VS, is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk bij spijt na inname van mifepriston een behandeling te krijgen om bovenstaand proces te remmen¹². Dit berust op de theorie dat na inname van mifepriston, vóór toediening van misoprostol, het abortusproces stil gezet kan worden door gebruik van een hoge dosering progesteron. Omdat

mifepriston een competitieve progesteronreceptorantagonist is, is het idee erachter dat het verhogen van de concentratie agonist (progesteron) de werking van de antagonist (mifepriston) tegengaat¹⁰. Een aanwijzing hiervoor komt bijvoorbeeld uit onderzoek waaruit blijkt dat gebruik van de prikpil (medroxyprogesteron) op dezelfde dag als inname van mifepriston, de kans op in stand blijven van de zwangerschap significant vergroot (van 0,9% naar 3,6%)¹³.

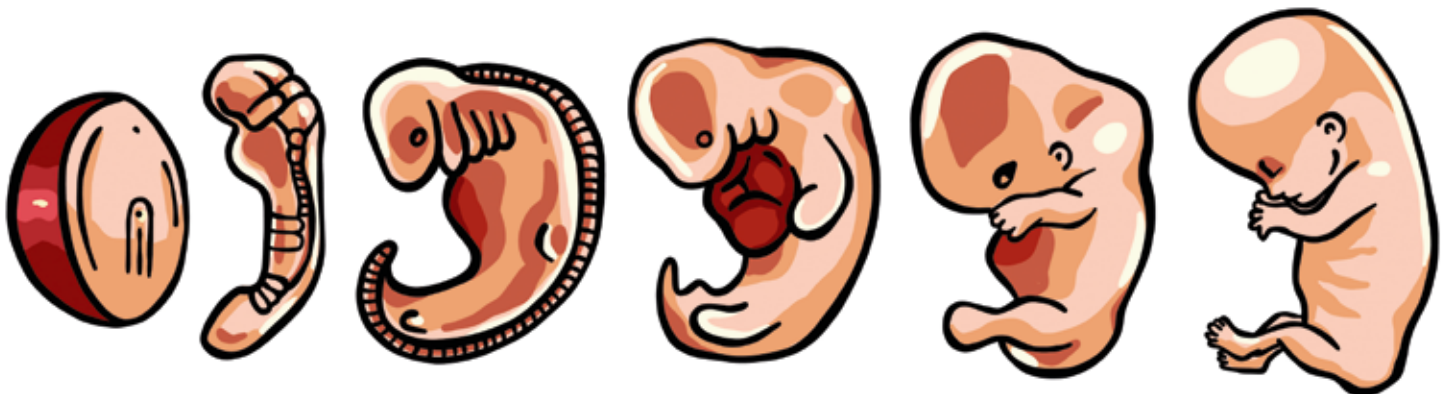
LEVENSGEVAARLIJK...

Het door de media aangehaalde onderzoek is een dubbelblind, placebo-gecontroleerde RCT van M.D. Creinin et al. gepubliceerd in 2020 in het tijdschrift *Obstetrics & Gynecology* (impact factor 7.66)⁴. Het doel van het onderzoek is het bepalen van de effectiviteit en veiligheid van hoge dosis orale progesteron na inname van mifepriston bij een zwangerschapsduur van 44-63 dagen. De progesterondosering betreft 400mg oraal tweemaal daags gedurende drie dagen, waarna eenmaal daags tot aan de geplande instrumentele abortus (14 tot 16 dagen later). De auteurs beschrijven na includeren van 12 patiënten de studie stopgezet te hebben, in verband met veiligheidsoverwegingen. Beide groepen bestonden uit zes patiënten, van wie twee vroegtijdig uitvielen.

De placebogroep

Uit de placebogroep viel één patiënte uit na verzoek tot

-
- ¹⁰ Delgado G, Condly SJ, Davenport M, Tinnakornsriruphap T, Mack J, Khau V, Zhou PS. A case series detailing the successful reversal of the effects of mifepristone using progesterone. *Issues Law Med.* 2018 Spring;33(1):21-31
 - ¹¹ Davenport M, Delgado G, Harrison MP, Khau V. Embryo Survival after Mifepristone: A Systematic Review of the Literature. *Issues Law Med.* 2017 Spring;32(1):3-18
 - ¹² Zie bijvoorbeeld: American Association of Pro-life Obstetricians & Gynecologists. Practice Bulletin No. 6: The reversal of the effects of mifepristone by progesterone. 2019 Nov
 - ¹³ Raymond EG, Weaver MA, Louie KS et al. Effects of Depot Medroxyprogesterone Acetate Injection Timing on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2016 Oct;128(4):739-45



curettage in verband met toenemende angst voor bloedverlies. Van de overgebleven vijf patiënten hadden twee een intacte zwangerschap na twee weken. Van de drie afgebroken zwangerschappen uit de placebogroep hebben twee patiënten de Spoedeisende Hulp bezocht; de eerste had hevig bloedverlies met een incomplete abortus waarvoor curettage plaatsvond, de tweede had hevig bloedverlies met transfusiebehoefte (één zak) en een nog intacte vruchtzak waarvoor curettage plaatsvond.

De progesterongroep

Uit de progesterongroep viel één patiënte uit na verzoek tot curettage in verband met toename van al bestaande hyperemesis waardoor zij infusiebehoefte werd. Van de overgebleven patiënten hadden vier van de vijf een intacte zwangerschap na twee weken. De afgebroken zwangerschap uit de progesterongroep betrof een patiënte die vanwege bloedverlies naar de Spoedeisende Hulp is gegaan, alwaar bleek dat zij reeds een complete abortus had gehad. Deze patiënte had geen aanvullende behandeling nodig.

De conclusie

De auteurs trekken vervolgens een tweetal conclusies. Ten eerste waren er geen ervaren bijwerkingen van de hoge dosis progesteron. Ten tweede de veiligheidsoverweging; patiënten zouden erop gewezen moeten worden dat inname van mifepriston zonder misoprostol kan leiden

tot hevig bloedverlies, ongeacht progesteronbehandeling. Vanwege dit potentiële gevaar zou progesteronbehandeling alleen in experimentele setting plaats moeten vinden.

Opvallend is dat er in *Obstetrics & Gynecology* een drietal ingezonden reacties zijn geplaatst^{14,15,16}. De strekking van deze reacties is dezelfde; het risico op hevige bloeding, waardoor de studie vroegtijdig stop is gezet, lijkt alleen te berusten op risico in de placebogroep, niet zoals de auteurs beweren *ongeacht* progesteronbehandeling. Tevens is het percentage intacte zwangerschappen met progesteronbehandeling (67% inclusief de patiënte die vroegtijdig uitviel) overeenkomend met eerdere *case reports*. De reactie hierop van Creinin et al. is dat vanwege het lage aantal patiënten niet kan worden beweerd dat de bevindingen consistent zijn met eerdere bevindingen¹⁷. De studie is daarvoor simpelweg te klein. In hun ogen is het duidelijk: progesteron is nooit bewezen effectief, dus moet het in de risicoafweging gelijk geschaard worden met placebo.

De auteurs

Van de vijf auteurs zijn er vier met een vermelde *financial disclosure*, waaronder werkzaamheden bij pro-abortus organisaties zoals *Planned Parenthood*⁴. De eerste auteur, M.D. Creinin, is consultant voor *Danco Laboratories*, een farmaceutisch bedrijf dat tot op heden alleen het medicijn mifepriston distribueert¹⁸. >>

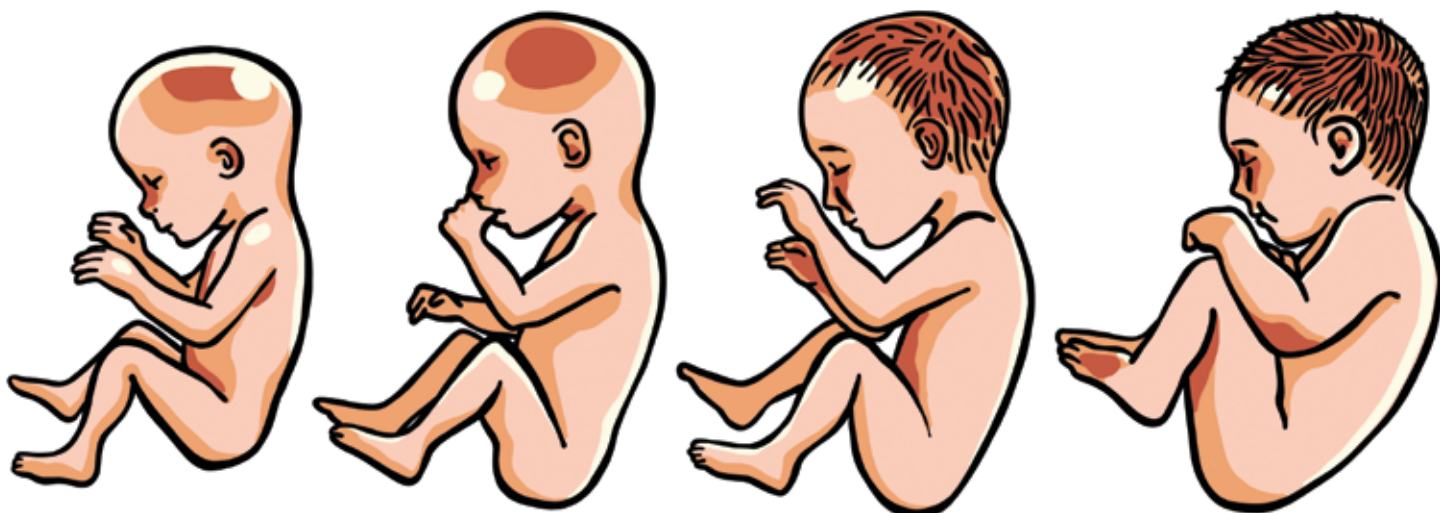
¹⁴ Delgado G, Davenport M, Harrison M. Mifepristone Antagonization With Progesterone to Prevent Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2020 Apr;135(4):969-970

¹⁵ Valley MT. Mifepristone Antagonization With Progesterone to Prevent Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2020 Apr;135(4):970

¹⁶ Butterfield-Kalk CR. Mifepristone Antagonization With Progesterone to Prevent Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2020 Apr;135(4):970

¹⁷ Creinin MD, Hou MY, Dalton L, Steward R, Chen MJ. In Reply. *Obstet Gynecol.* 2020 Apr;135(4):970-971

¹⁸ MPR. Danco Laboratories. [Internet] Beschikbaar via: www.empr.com/manufacture/danco-laboratories/ [pagina bezocht op 2-2-2022]





...OF LEVENSDREDDEND?

Duidelijk mag zijn dat de studie van Creinin et al. door vroegtijdig stopzetten niet bijdraagt aan wetenschappelijk bewijs ten faveure van progesteronbehandeling⁴. Welke studies zijn er nog meer? Een studie uit 1989 met zwangere ratten vergeleek drie groepen: mifepriston, placebo en mifepriston + progesteron¹⁹. Hieruit blijkt progesteron het effect van mifepriston tegen te gaan. In 2012 is de eerste *case series* gepubliceerd van zes patiënten, die mifepriston ingenomen hadden, van wie vier na progesteronbehandeling een gezonde baby kregen²⁰. De overige twee patiënten kregen binnen drie dagen na inname van mifepriston een miskraam. In 2016 volgde een kleine *case series* van drie patiënten, van wie twee na progesteronbehandeling een gezonde baby kregen²¹.

In 2018 publiceerde Delgado et al. een grotere *case series*¹⁰. In de periode juni 2012 tot juni 2016 zijn 1.668 verzoeken voor abortuspilremming geregistreerd in onder andere de Verenigde Staten. Hiervan is bij 745 vrouwen (45%) progesteronbehandeling gestart, met verschillende toedieningsmethodes (intramusculair, oraal, vaginaal). In totaal zijn 207 vrouwen (27%) geëxcludeerd op basis van a) start >72uur na inname mifepriston (38; 5%), b) alsnog keuze voor abortus (57; 8%) of c) onvolledige follow-up <20 weken zwangerschap (112; 15%).

De resultaten

Van de 547 vrouwen die overbleven voor analyse bleken 257 vrouwen (47%) na in stand gehouden zwangerschap te bevallen. Van een viertal vrouwen (0,7%) was na 20 weken zwangerschap geen follow-up meer bekend. Inclusief deze vier is de abortuspilremming in 48% van de gevallen geslaagd. Tegenover een verwacht maximaal percentage in stand gehouden zwangerschappen van 25% wanneer na mifepriston gedaan zou zijn, is 48% significant met $p < 0.001$ en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) van 0.44-0.52. Vervolgens bleken twee toedieningsmethodes er in slagingspercentage uit te springen; een hoge dosis

oraal progesteron (N=31, 68% slagingspercentage, $p < 0.001$, 95% BI 0.51-0.84) en intramusculaire injecties (N=125, 64% slagingspercentage, $p < 0.001$, 95% BI 0.56-0.72). Voor vaginale toediening is een splitsing gemaakt tussen orale capsules vaginaal (N=156, 39% slagingspercentage, $p < 0.001$, 95% BI 0.31-0.47) en vaginale zetpillen/gel (N=34, 32% slagingspercentage, $p = 0.161$, 95% BI 0.17-0.48). Daarnaast blijkt bij een verder gevorderde zwangerschap de slagingskans groter.

ABORTUSPILREMMING IN NEDERLAND

Vrouwen die spijt krijgen na inname van mifepriston kunnen na even googelen via *Er is hulp*, de hulpverleningsafdeling van stichting *Schreeuw om Leven*, in contact komen met een arts die samen met de vrouw kijkt of zij in aanmerking komt voor het traject met progesteronbehandeling (inclusief follow-up)²⁴. Eén van de voorwaarden is dat mifepriston minder dan 72 uur geleden is ingenomen. De behandeling bestaat uit gedurende drie dagen 2dd400mg utrogestan vaginaal (off-label), daarna gedurende de rest van het eerste trimester dagelijks 2dd200mg utrogestan vaginaal. Ter vergelijking: utrogestan is één van de middelen die na embryoplaatsing bij kunstmatige voortplantingstechnieken (ivf/ICSI) tot maximaal 12 weken zwangerschap dagelijks in een totale dagdosering van 600mg wordt gebruikt. Bij deze indicatie en dosering zijn er volgens het Farmacotherapeutisch Kompas geen aanwijzingen voor teratogenese.

Op de website van *Er is hulp* kan doorgeklikt worden naar een tweetal verhalen van vrouwen over hun ervaring met abortuspilremming – beiden nadien bevallen van een gezonde baby. Eén van hen heeft vorig jaar de media opgezocht na alle ophef, om dit tegengeluid te laten horen²⁵.



“*In hoeverre is het behalen van grote bewijskracht ethisch verantwoord mogelijk?*”

¹⁹ Yamabe S, Katayama K, Mochizuki M. [The effect of RU486 and progesterone on luteal function during pregnancy]. Nihon Naibunpi Gakkai Zasshi. 1989 May 20;65(5):497-511. Japanese

²⁰ Delgado G, Davenport ML. Progesterone use to reverse the effects of mifepristone. Ann Pharmacother. 2012 Dec;46(12):e36

²¹ Garratt D, Turner JV. Progesterone for preventing pregnancy termination after initiation of medical abortion with mifepristone. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017 Dec;22(6):472-475. Erratum in: Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017 Dec;22(6):1

Als secundaire uitkomstmaat was er geen verhoogde kans op afwijkingen bij de geboorte of vroeggeboorte.

De discussie

Delgado et al. geven in hun discussie weer dat, ook al was het percentage verlies aan follow-up niet hoog (15%), dit wel effect kan hebben gehad op de resultaten. Daar staat tegenover dat het werkelijke percentage in stand gehouden zwangerschappen na alleen mifepriston waarschijnlijk een stuk lager ligt dan de gebruikte 25%, met als gevolg een mogelijke onderschatting van het effect van progesteron. Een gemis in het artikel is dat de gebruikte doseringen van progesteron niet beschreven staan, al wordt er door de auteurs wel een tweetal concrete protocolvoorstellen gedaan.

De auteurs

In het artikel staat over de auteurs geen *financial disclosure* vermeld. Dr. George Delgado, de eerste auteur, is verbonden aan *Abortion Pill Rescue*, een programma van *Heartbeat International*, een pro-life organisatie die zich wereldwijd inzet tegen abortus²². Daarnaast is hij de oprichter en president van *The Steno Institute*, een non-profitorganisatie die zich richt op pro-life onderzoek, zoals abortuspilremming²³.

TOT SLOT

Een observationele studie als die van Delgado et al.¹⁰ heeft in de regel minder wetenschappelijke bewijskracht tegenover gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde onderzoeken zoals in opzet het onderzoek van Creinin et al.⁴. Desondanks geeft het wel richting. In hoeverre is het behalen van grote bewijskracht ethisch verantwoord mogelijk? Het gaat immers om ongebooren leven. Puur wetenschappelijk bekeken is er meer onderzoek nodig. Maar wat nu, anno 2022? Wat zou u een vrouw aanraden, die na inname van mifepriston het leven van haar ongebooren kind wil redden? ✓

²² Heartbeat International. [Internet] Beschikbaar via: <https://www.heartbeatinternational.org/> [pagina bezocht op 7-2-2022]

²³ Steno Institute. [Internet] Beschikbaar via: <https://stenoinstitute.org/> [pagina bezocht op 7-2-2022]

²⁴ Er is hulp. Abortuspil genomen en spijt? [Internet] Beschikbaar via: www.erishulp.nl [pagina bezocht op 2-2-2022]

²⁵ De Stentor. Baby Dana was nooit geboren als moeder Zeinab (36) haar abortus met omstreden 'spijtpil' niet had afgebroken. Maart 2021 [Internet] Beschikbaar via: <https://www.destentor.nl/urk/baby-dana-was-nooit-geboren-als-moeder-zeinab-36-haar-abortus-met-omstreden-spijtpil-niet-had-afgebroken-br~a955d337/> [pagina bezocht op 2-2-2022]



NIENKE DE HAAN

Graag stel ik me voor, als het nieuwe gezicht achter de mailtjes van CMF. Ik ben Nienke, student Communicatie aan de Christelijke Hogeschool Ede. Sinds oktober 2021 ben ik de nieuwe secretariele medewerker van CMF. In plaats van een verhaal over hoe ik CMF leerde kennen, heb ik vier leuke weetjes over mezelf.

Secretariele medewerker

Allereerst houd ik van dansen en zingen. Dit doe ik dan ook zo'n vijf uur per week – de zangmomenten onder de douche niet meegerekend. Daarnaast ben ik helemaal weg van Disneyfilms, van *The Lion King* tot *Frozen*. Ik heb ze (bijna) allemaal gezien. Een ander grappig weetje is dat ik altijd twee verschillende sokken draag, want ik ben graag net even anders en het maakt op deze manier niet uit als je een sok verliest in de was. Als laatste heb ik een grote pluk lichtgrijs haar. Die zit er al sinds mijn geboorte, dus het is geen teken van ouderdom. Zo heeft u iets meer beeld bij de persoon achter de mailtjes. ✓

WIM LAMMERS

In het midden van de COVID-19-crisis vertrokken wij voor een jaar naar Australië. De strubbelingen die wij ervoeren in het jaar van voorbereiding, de verplichte hotelquarantaine bij aankomst in Australië en de eerste fase van ons nieuwe leven *down-under* beschreef ik in columns te lezen in voorgaande nummers.



Australisch avontuur

W e woonden tegenover een botanische tuin met fraaie Eucalyptusbomen, een vlindertuin, bruggetjes, schaduwrijke grasvelden en een fantastische *playground* voor de kids. Nagenoeg elk weekend liepen we door de tuin, terwijl de kinderen met hun steps over de kronkelige paadjes tussen de bloemenperken reden.

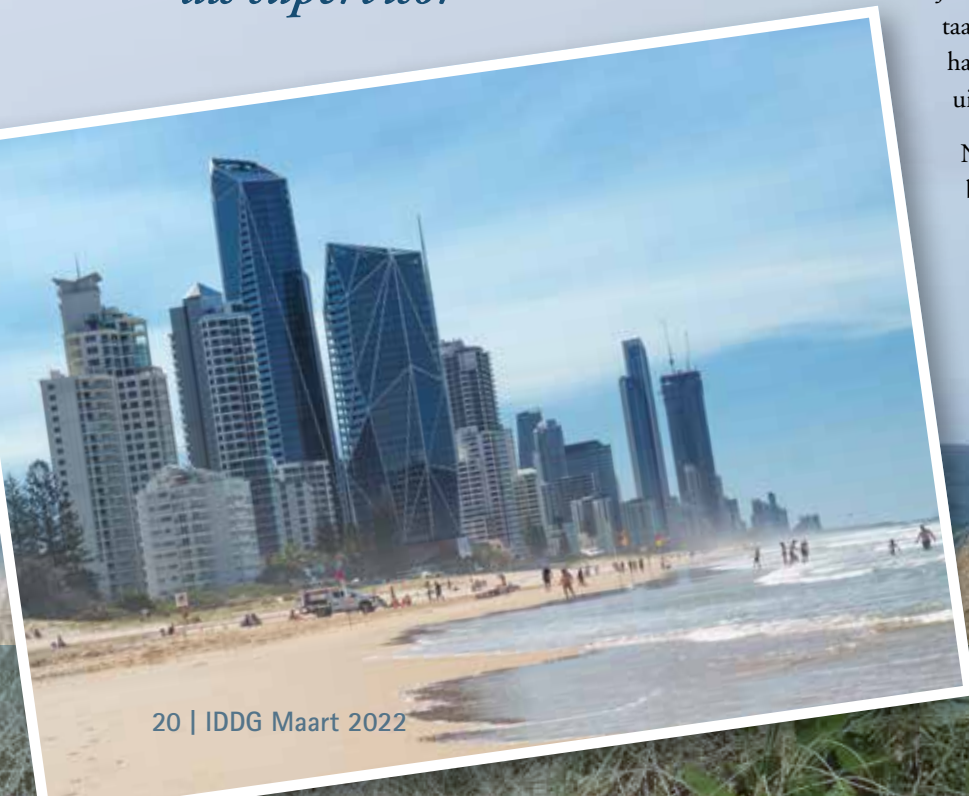
“*De manier waarop zij mij endoscopische skills aanleerden, gebruik ik nu als supervisor*”

We stopten een tijdje bij de speeltuin, gingen voetballen op het veldje of lieten de kids een avonturenpad lopen; een pad tussen het struikgewas door, een ondiep beekje passerend waar je van steen naar steen moest springen om de overkant te bereiken. Ik haalde een cappuccino bij het winkeltje en de anderen zochten een ijsje uit. We genoten van de

bijzondere fauna waaronder vele *Australian water dragons*, zwarte zwanen, zeldzame en typisch Australische vogels en vlinders. Heimwee hebben we naar deze kleine geluksmomenten.

Lucas, onze zesjarige zoon, genoot op school. Het wekelijkse huiswerk was een kleine terugkerende *struggle*, maar stond in geen verhouding met de vreugde waarmee hij naar school ging. De *Benowa State School* was groot, ruim 900 leerlingen, met rondom de school vele grasvelden. Hij voelde zich stoer in zijn schooluniform met verplichte zonnehoed. Tijdens het schooljaar werd er veel aan buitenonderwijs gedaan, waren er diverse maatschappelijke voorstellingen waar leerkrachten en leerlingen, vaak verkleed, in participeerden. Julie, onze driejarige dochter, ging twee dagen naar de *Kindy*. Waar Lucas binnen enkele maanden vloeiend Engels sprak (met een sterk Australisch accent), was dit voor Julie, die nog midden in haar Nederlandse taalontwikkeling zit, lastiger. Het belemmerde haar in het begin, maar ze volhardde en maakte uiteindelijk vriendjes en vriendinnetjes.

Natuurlijk hadden we meer willen reizen buiten Queensland. Helaas werden meerdere geplande vakanties kort van tevoren geannuleerd door acute grenssluitingen tussen staten, een *snap lockdown* of andere COVID-19-gerelateerde zaken. Het maakte ons flexibel. We genoten des te meer van



de schoonheden vlak bij huis, zoals de botanische tuin, de mooie stranden, oeroude regenwouden met wonder-schone watervallen en natuurparken met koala's en kangeroes. We lieten ons niet ontmoedigen door relatieve tegenslagen. Wat woonden we mooi.

In Mike en Griff had ik twee fantastische mentoren in het ziekenhuis. Terwijl ik de *advanced endoscopic* procedures uitvoerde, gaven zij mij *tips and tricks*. Door mij het vertrouwen te geven, kreeg ik de mogelijkheid veel soorten procedures uiteindelijk zelfstandig te doen en eventuele problemen of complicaties op te lossen. De manier waarop zij mij endoscopische *skills* aanleerden, gebruik ik nu als supervisor van aios die ik begeleid.

Nu we weer in Nederland zijn, moeten we het doen met de herinneringen. Dagelijks denken we terug aan deze bijzondere tijd en tijdens dagelijkse bezigheden gebeurt het regelmatig dat we refereren aan anekdotes van daar. Wat we zo terugkijkend geleerd hebben van deze tijd? Breng tijd door met je geliefden. Als gezin waren we sterk op elkaar aangewezen, ondanks dat we in de loop van de tijd ook kennissen en vrienden maakten. De tijd die we me elkaar doorbrachten en de dingen die we ondernamen, zijn de herinneringen waar wij en onze kinderen nu met weemoed aan terugdenken. We zien het bij terugkomst als een groot goed om *quality time* met elkaar te hebben en proberen hier ook rekening mee te houden in onze agenda. Onze ogen zijn opnieuw geopend voor het feit dat je nu eenmaal regie hebt over je eigen agenda. Natuurlijk lukt het ons de ene keer beter dan de andere keer, maar op z'n minst proberen we elkaar erop te wijzen. Als derde, wees blij dat Christus' kerk veel kleurrijker is dan we zelf soms denken. Kijk naar wat je bindt in Christus. Voor ons was deze periode een bevestiging dat Gods koninkrijk letterlijk wereldwijd vertegenwoordigd is. Het intrigerende vind ik dat deze zaken zo open-deur lijken. Echter, ze zijn waar.

Vaak hebben we ondertussen mensen horen zeggen dat ze ook weleens zoiets zouden willen doen, maar dat het er nog niet van gekomen is. Ik denk dat de meesten van hen nooit een serieuze poging hebben ondernomen. Mocht je het serieus overwegen, laat het niet bij dromen, maar begin.



Als MDL-arts specialiseert **Wim Lammers** zich in geavanceerde endoscopie, waarbij hij zich richt op endoscopische echografie (EUS), galwegbehandelingen (ERCP) en het verwijderen van vroege vormen van kanker uit het maagdarmsstelsel. Om meer ervaring op te doen trok hij samen met zijn vrouw Caroline en zijn twee kinderen Lucas (5 jaar) en Julie (3 jaar) naar Australië voor een fellowship *advanced endoscopy*

Maak gebruik van connecties en ervaringen van anderen. Ik moet de eerste nog tegenkomen die niet enthousiast zal reageren en je niet op weg wil helpen. Het aangaan van zo'n uitdaging is het echte leven in een notendop; dingen zitten mee en tegen. Gelukkig kan je vooraf niet alles overzien. Achteraf heb je fantastische verhalen en herinneringen. Bewaar je herinneringen goed, want meestal beleef je ze niet opnieuw. ✓



Drijfveren

VAN DE REDACTIE

Voor deze uitgave van IDDG ontvingen wij het persoonlijke verhaal van Lotti (Lieselotte), een geneeskundestudente uit Aken, Duitsland. Zij vertelt over haar studie, haar betrokkenheid bij de christelijke artsenvereniging ACM in Duitsland en hoe de gezondheidszorg ervoor staat. Ook in Duitsland zijn personeelstekorten nijpend en is de werkdruk hoog. Toch is zij gemotiveerd zich als arts 'in dienst der geneezing' te stellen.



Geneeskundestudent op de grens Nederland-Duitsland



Mijn naam is **Lotti Zint**. Ik studeer geneeskunde in Aken, Duitsland. Sinds twee jaar woon ik in Vaals, direct aan het drielandenpunt (het hoogste punt van Nederland). Ik begin in april aan mijn achtste semester en ben lid van het coördinatieteam van de studentenvereniging ACM (*Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner*), onderdeel van de SMD (*Studenten Mission Deutschland*).

WAT IS JE MOTIVATIE OM GENEESKUNDE TE STUDEREN?

Zolang ik mij heugen kan wilde ik kinderarts worden. Daarom begon ik in 2018, na mijn schooltijd en een tussenjaar op een zendingspost in Kenia, aan mijn geneeskundestudie. In Aken volg ik een opleidingsprogramma in een nieuwe stijl waarbij studenten al in een vroeg stadium patiëntencontact en praktijkervaring opdoen. Het traditionele onderwijsprogramma betond uit voorbereidende theoretische natuurwetenschappen gevolgd door klinische toegepaste geneeskunde, maar dit is in mijn opleiding

“*Het is mijn wens om een gedreven en voor de patiënt toegewijde arts te worden*”

heel anders. We leren anatomie, fysiologie en pathologie maar ook praktijkgericht onderwijs naar orgaansystemen. Bijvoorbeeld het orgaanblok kransslagader of het blok immunologie. Een verpleegstage van drie maanden, vier maanden praktijkstage in de kliniek en verschillende practica per specialisme geven een inkijk in de disciplines waarin je na de studie kan gaan werken.

WAT VOOR SOORT DOKTER WIL JE IN DE TOEKOMST ZIJN?

Het is mijn wens om een gedreven en voor de patiënt toegewijde arts te worden die met plezier en met hulp van God goed werk mag doen. Mijn voorkeursspecialisatie is nu plastische chirurgie. Ik vind de diversiteit van het vakgebied fascinerend, van borstoperaties tot reconstructieve chirurgie na brandwonden; het is zeer gevarieerd. Ik werk graag met mijn handen en chirurgie is daarvoor het juiste vakgebied.

WAT KUN JE ONS VERTELLEN OVER DE ACM DUITSLAND?

ACM Duitsland heeft 520 leden waarvan 150 studenten. Ieder voorjaar is er een grote conferentie en ieder najaar een kleine. Ook is er een ontmoeting voor beginnende artsen en activiteiten voor studenten. Elke twee maanden komt er een magazine uit en sinds de coronapandemie wordt er ook een quarantaine-nieuwsbrief uitgegeven waarin men elke dag thuis een Bijbelvers en bemoediging ontvangt. Het is onze wens een actief nationaal en internationaal netwerk te onderhouden voor christelijke studerende artsen met als doel bemoediging en begeleiding. Daarvoor hebben we een app ontwikkeld die sinds december 2021 in de appstore te vinden is.

HOE IS MOMENTEEL DE SITUATIE IN DE GEZONDHEIDSZORG IN DUITSLAND?

Een groot probleem van de gezondheidszorg in Duitsland is personeelstekort. Zowel in de verpleegzorg als in de medisch specialistische zorg. Door de extra werkdruk vanwege COVID-19 is dit nog meer merkbaar. Dit tekort leidt ertoe dat er te weinig tijd en aandacht voor de patiënt is op het persoonlijke vlak. Daar is in ieder geval dringend verbetering nodig. Tegelijkertijd is een afname van de werkdruk ook belangrijk voor de arts, zodat deze naast zijn/haar beroep nog tijd vindt voor familie, vrienden en sociale activiteiten. Ook zou het goed zijn als de hiërarchische verschillen kleiner worden, betere communicatie en samenwerking zullen leiden tot een aangename werkklimaat.

Het christelijke geloof kan een grote bijdrage aan de 'menselijkheid' van de gezondheidszorg leveren, omdat



Het christelijke geloof kan een grote bijdrage aan de 'menselijkheid' van de gezondheidszorg leveren

wij oog kunnen hebben voor de geestelijke noden van onze patiënten. Omdat wij hen mogen zien als door God geschapen en geliefde mensen en hen daarom niet als 'klanten' behandelen maar kans zien om 'naasteliefde' praktisch uit te voeren.

DIT THEMANUMMER GAAT OVER HET ONGEBOREN KIND EN ZWANGERSCHAPS-BEËINDIGING, HOE KIJKT MEN IN DUITSLAND TEGEN DAT ONDERWERP AAN?

Als een vrouw in Duitsland een abortus wil ondergaan, moet ze eerst advies inwinnen bij een officieel adviescentrum. Volgens een veelbesproken paragraaf in de regelgeving mogen artsen momenteel geen openbare voorlichting geven over abortus. Sinds een hervorming in 2019 mogen ze vermelden dat abortus deel uitmaakt van hun praktische dienstverlening, maar meer ook niet. Een abortus na counseling is niet strafbaar tot en met de 14^e week van de zwangerschap, de kosten zijn voor eigen rekening als er geen medische indicatie is. Na de 14^e week van de zwangerschap is een abortus nog mogelijk, deze beoordeling hangt echter af van de gynaecologisch specialist.

Over het algemeen is het onderwerp abortus zeer controversieel en zijn er veel verschillende meningen, zowel in de politiek als binnen christelijke groeperingen. ✓

Historische noties

omtrent de morele
status van het embryo



PROF. HENK JOCHEMSEN

Dit artikel is in belangrijke mate gebaseerd op *Wijsgerig-antropologische*

overwegingen over het levensbegin, geschreven door Henk Jochemsen en Elisa Garcia¹.

VRUCHTBAARHEID ALS ZEGEN

Het voortbestaan van de eigen familie, stam, volk en van de mensheid is afhankelijk van vruchtbaarheid. Dit wil zeggen van de mogelijkheid kinderen voort te brengen. In de geschiedenis is de mens altijd bezig geweest met vruchtbaarheid. Vaak om de kans op zwangerschap te vergroten, soms om zwangerschap te vermijden.

In de oudste, veelal religieus gestempelde, vaak animistische culturen (en in sommige nog steeds) werden zwangerschap en geboorte vaak nauw verbonden geacht met de geestelijke, goddelijke wereld, vooral met een moedergodin². Het leven werd gezien als een mysterie, iets wat mensen toeviel; de levensstroom die als het ware door de geslachten heenloopt, was voorwaarde voor het bestaan en voortbestaan als mensheid. Daarin vervulde de vrouw als drager en schenkster van het leven de hoofdrol. Tussen omstreeks 5000 en 4000 voor Christus, ging men meer nadruk leggen op de rol van de man als verwekker. Ook in het oude Israël heerste een sterk religieuze beleving van vruchtbaarheid. Deze werd beloofd als zegen op het leven in het verbond met hun God (Deuteronomium 7 en 28). In de praktijk viel Israël vaak voor de verleiding van de cultus van de vruchtbaarheidsgoden en godinnen van de omringende volken, Baäl en Astarte. De nadruk op de verwekker kwam vooral naar voren in de Griekse filosofie die doorwerkte in de Middeleeuwen en de Europese cultuur tot op vandaag heeft beïnvloed.

GRIEKSE OUDHEID

Het krijgen van kinderen werd in de Griekse oudheid in de eerste plaats gezien als een taak van ouders in het belang van de samenleving. Griekse filosofen hielden zich bezig met de vraag naar de waarde van beginnend leven, en wanneer vruchtafdrijving (abortus provocatus) toelaatbaar was. Daarbij keken ze met name naar



Prof. **Henk Jochemsen** was directeur van het Lindeboom Instituut van 1987- 2009 en bijzonder hoogleraar op de Lindeboomleerstoel aan het VUmc van 1998-2009. Hij is met pensioen maar vervult een interimpositie als bijzonder onderzoekshoogleraar op de Lindeboomleerstoel aan de Theologische Universiteit Kampen/Utrecht en schreef recent mee aan *Geboren, niet gemaakt – reflecties op het levensbegin*¹.

het moment in de ontwikkeling waarop het embryo als mens kon worden beschouwd, en wat de redenen konden zijn die een abortus zouden kunnen rechtvaardigen. Hun denken heeft de discussie over de status en beschermwaardigheid van het embryo tot op de huidige dag beïnvloed.

In het algemeen werd onder Griekse filosofen aangenomen dat de fysieke groei van het embryo gelijk opliep met de groei in menswaardigheid. De beschermwaardigheid van het embryo werd gekoppeld aan het verkrijgen van een voor de mens kenmerkende rationele ziel, waarvan men veronderstelde dat die van buitenaf in het embryo kwam.

Voor Hippocrates was het onmogelijk te bepalen wanneer het embryo de vereiste mate van ontwikkeling zou hebben om een rationele ziel te ontvangen³. Daarom achtte hij abortus altijd ontoelaatbaar, zoals blijkt uit de hippocratische eed: 'Nooit zal ik een vrouw een instrument voorschrijven om een miskraam op te wekken.' Aristoteles daarentegen accepteerde abortus om de overbevolking tegen te gaan en de geboorte van gehandicapte kinderen te voorkomen, in het belang van de samenleving en de broers en zusters in hetzelfde gezin. >>

“*Zij waren van mening dat het embryo, hoewel nog niet beziel, gedurende het hele proces van ontwikkeling een aanleg daartoe bezat*”

¹ In: Boer T, Hoek-Burgerhart E, Mul D. *Geboren, niet gemaakt. Reflecties op het levensbegin*. Lindeboomreeks dl. 21. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn; 2020.

² Verhoeven M. *Boreling en beginner. Nataliteit bij Hannah Arendt*. Zoetermeer: Boekencentrum; 2003.

³ Hippocrates. *Du foetus de sept mois*. T. 7. Parijs: E. Littré; 1851.



VROEGE CHRISTENDOM

De vroege kerk beschouwde het embryo als mens. Zo staat in een leerboek uit die tijd, de Didachè: “Je zult een kind niet vermoorden door abortus.”⁴ De kerkvader Tertullianus heeft gesteld: “Het is al een mens, die het zal worden (homo et qui est futurus)”. Verder verdedigde hij dat het leven van een mens begint bij conceptie omdat ook de ziel begint bij conceptie⁵. Dit werd algemeen verdedigd door de Griekse kerkvaders.

MIDDELEEUWEN

In de middeleeuwen is in de kerk van Rome discussie over de vraag wanneer de ziel wordt ingestort in de foetus. Vóór de instorting van de ziel is volgens sommige theologen abortus geen moord. Ongeacht de visie hierop heeft de kerk abortus provocatus altijd sterk

“*De ethische discussie heeft zich vooral gericht op het zoeken naar duidelijke indicatoren voor het mogelijke persoon-zijn van het embryo*”

veroordeeld⁶. Toen de werken van Aristoteles aan het begin van de dertiende eeuw in het Latijn werden vertaald, werden zijn filosofische opvattingen over de embryogenese de basis voor de filosofische reflectie over de beschermwaardigheid van beginnend menselijk leven. In die visie doorloopt het embryo stapsgewijs eerst een plantaardige en daarna een sensitieve fase om uiteindelijk de menselijke vorm aan te nemen. De meeste auteurs in die tijd dachten dat het embryo pas een aantal dagen na de bevruchting de menselijke ziel verkreeg. Met name Thomas van Aquino

(1221-1274) volgde Aristoteles in zijn opvatting dat het embryo de rationale ziel op de veertigste dag na de conceptie ontving, na de aanleg van structuren die rationale activiteit mogelijk maken. Albertus de Grote (circa

1200-1280) was daarentegen van mening dat vanaf het moment van de conceptie de vegetatieve, sensitieve en rationale principes aanwezig waren in het embryo.

Het is belangrijk op te merken dat ook door auteurs als Thomas van Aquino het menselijk embryo beschermd werd geacht vanaf het moment van zijn ontstaan (conceptie). Zij waren van mening dat het embryo, hoewel nog niet bezielde, gedurende het hele proces van ontwikkeling een aanleg daartoe bezat. Abortus werd afgekeurd omdat het een natuurlijk proces onderbrak dat tot het ontstaan van een menselijk individu leidde. Middeleeuwse auteurs maakten geen onderscheid tussen mens en persoon. Persoon-zijn werd gezien als een essentieel kenmerk van het menszijn: geen persoon, dan ook geen mens. Vanaf het moment waarop het embryo door ontvangst van de rationale ziel de menselijk natuur aanneemt, werd het door hen als een persoon gezien. De beschermwaardigheid is dus in Thomas' visie niet gebaseerd op biologische eigenschappen die op een bepaald moment waarneembaar zijn, maar op de aard en bestemming van het embryo die berusten op zijn persoonlijke natuur. Dit zal in de moderne tijd veranderen.

MODERNE TIJD

In de loop van de moderniteit (vanaf begin zestiende eeuw) kwam de metafysische en morele basis voor de afwijzing van abortus provocatus grotendeels te vervallen. Maar door de invloed van de kerk op moraal en wetgeving en door het ethos van artsen dat mede gevormd was door opvattingen uit de gekerstende hippocratische traditie, bleef de afwijzing van abortus toch vrij algemeen⁷. In de loop van de negentiende eeuw kwam, mede onder invloed van het darwinisme, een biologisch mensbeeld op (de mens als slechts biologisch organisme). Dit leidde in de opkomende discipline van de genetica tot een eugenetische visie op mens en samenleving. In verscheidene landen resulteerde dit in vormen van discriminatie en bevolkingspolitiek waarin ook abortus een plaats kreeg⁸.

⁴ Didachè 2.2. De ondertitel van Didachè luidt 'Het onderwijs van de twaalf apostelen'. Vermoedelijk door meerdere auteurs geschreven voor 120 n. Chr. Bevat instructies ter voorbereiding op de doop en op christelijke godsdienstige praktijken (vgl Kerkorde). [Internet] Beschikbaar via: <https://www.lucepedia.nl/dossieritem/didache/de-didache-ca-120> [geraadpleegd 5 januari 2022]

⁵ Boer T, Groenewoud S. Vroegchristelijke denkers en hedendaagse morele zorgdilemma's. Den Haag: ZonMw; 2011 [Internet] Beschikbaar via: https://www.pthu.nl/over-pthu/organisatie/medewerkers/t.a.boer/downloads/Boer_2011_Groenewoud_ZonMw_Kerkvaders.pdf. [geraadpleegd 5 januari 2022]

⁶ Eijk W. Embryo en christelijke mensvisie, wanneer wordt het embryo een menselijke persoon? PVH. 1994;1(3):107-116.

⁷ Macer D. Medical Ethics, History and Culture. Shaping Genes: Ethics, Law and Science of Using New Genetic Technology in Medicine and Agriculture [Internet]. Eubios Ethics Institute; 1990. [Internet] Beschikbaar via: <https://www.eubios.info/SG/SG4.htm> [geraadpleegd 26 augustus 2020]

⁸ Kevles D. In the name of eugenics. Genetics and the uses of human heredity. London; 1995.



“Het is al een mens, die het zal worden

Toch werden abortus provocatus en de status van het menselijke embryo pas in de tweede helft van de twintigste eeuw onderwerp van bredere professionele en publieke discussies. Maatschappelijke ontwikkelingen als de seksuele revolutie en de opkomst van anticonceptie, de emancipatie van de vrouw en de opkomst van patiëntrechten, hebben de discussie over de beschermwaardigheid van de menselijke vrucht, gerelateerd aan de aanvaardbaarheid van abortus provocatus, een nieuwe wending gegeven. Dit heeft geresulteerd in legalisering van abortus in de meeste westerse landen. Daarnaast, en in aansluiting daarop, hebben ontwikkelingen van kunstmatige voortplantingstechnieken een extra impuls gegeven aan discussies over de status van het vroege embryo. Door ivf kwamen restembryo's ter beschikking en deed zich de vraag voor naar de aanvaardbaarheid van het gebruik en het vernietigen van embryo's voor wetenschappelijke en therapeutische doeleinden. Een centraal thema daarin was de vraag naar de morele status van het embryo. In de bespreking van deze vraag werd door filosofen nogal eens de vraag naar de persoonsstatus van het embryo aan de orde gesteld.

DE MORELE STATUS VAN HET EMBRYO

In de discussies over de beschermwaardigheid van het vroege (in vitro) embryo, gaat het vaak over enerzijds de essentiële biologische eigenschappen die het embryo tot een individu van de soort *homo sapiens* maken, en anderzijds de eigenschappen die het moet verkrijgen

(of ontwikkelen) om in morele zin de status van persoon te verkrijgen. Alleen met persoonsstatus kan, in deze visie, het embryo beschouwd worden als lid van de morele gemeenschap, met het onverkorte recht op leven. De ethische discussie heeft zich vooral gericht op het zoeken naar duidelijke indicatoren voor het mogelijke persoon-zijn van het embryo. Twee ervan zijn de vorming van de primitiefstreep, omstreeks 14 dagen na de bevruchting, en de aanleg van hersenstructuren. In veel internationale regelgeving, ook in de Nederlandse embryowet, is de 14-dagen grens vastgelegd als uiterste termijn voor het kweken van embryo's in vitro.

Toonaangevende auteurs in de beginfase van de moderne bio-ethiek, zoals Donceel, Fletcher en Pasnau, beweren dat het embryo geen persoon kan zijn zolang de structuren die hersenactiviteit ofwel intellectuele kennis mogelijk maken, niet zijn aangelegd.

De wetgeving in Nederland gaat uit van de toenemende beschermwaardigheid zoals in de hoofdstroom van hedendaagse academische bio-ethiek wordt verdedigd. Deze visie staat onder bepaalde voorwaarden onderzoek met embryo's toe. In Nederland is dat tot nu toe alleen onderzoek met embryo's die over zijn van ivf-procedures, zogenaamde overtollige embryo's. De derde evaluatie van de embryowet pleit er onder meer voor om ook in Nederland het kweken van embryo's ten behoeve van onderzoek toe te staan⁹. >>

⁹ Dondorp WJ, Ploem MC, Wert GMWR de, Vries MC de, Gevers JKM. Derde evaluatie Embryowet, Reeks evaluatie regelgeving: deel 50. Den Haag: ZonMw, februari 2021.



DISCUSSIE

Ik wijs deze benadering af. Er is geen twijfel over mogelijk dat vanaf de conceptie sprake is van een beginnend mensenleven dat onder normale omstandigheden een voor de menselijke soort kenmerkende ontwikkeling zal doormaken. Daarin is de geboorte in juridisch en sociaal opzicht een cruciaal moment, maar niet per se wat betreft morele status. Biologisch gezien is het embryo een exemplaar van de menselijke soort dat als individu gezien kan worden. Dat het embryo zich in een bepaalde fase nog tot een tweeling kan splitsen, hoeft daarmee niet in strijd te zijn. Tweelingvorming kan als een vorm van ongeslachtelijke voortplanting worden gezien, die aan de menselijke status van het

embryo niet hoeft af te doen.

Ook het gegeven dat in de natuurlijke situatie een deel van de embryo's vroeg sterft, is niet in strijd met de idee dat het om een ontkiemend mensenleven ging. Een afwijkende gang van zaken in de natuur vormt op zichzelf geen ethisch argument.

Naar mijn mening is de mens meer dan zijn cellen. In vele culturen door de eeuwen heen hebben mensen vruchtbaarheid en geboorte ervaren als iets dat hen uit een 'andere wereld' toeviel. Ze hebben een spirituele dimensie, er vindt iets plaats wat in de discussie

wel wordt verwoord als 'bezieling' (achter deze terminologie lijkt echter een substantie-dualisme te schuilen dat ik liever vermijd). Die spirituele dimensie is zo nauw met het lichamelijke verweven dat ze er vanaf het begin moet zijn geweest, of in elk geval op moet zijn aangelegd, en niet in een latere fase wordt toegevoegd.

Ik ga dus uit van een dualiteit, niet van een dualisme. Het menselijke embryo is een zich belichamend mens dat zich dus als mens ontwikkelt, niet een menselijk organisme dat zich tot een mens ontwikkelt¹⁰. Anders gezegd, het menszijn komt niet op (emergeert) vanuit

het zich ontwikkelende embryo, maar andersom: de embryonale ontwikkeling volgt uit het menszijn¹¹. We erkennen dat we in het begin van de zwangerschap (of bij een in vitro embryo) minder moeite doen om het embryo in leven te houden dan later. We ervaren kennelijk een grotere verantwoordelijkheid voor de vrucht naarmate deze zich ontwikkelt. Het is hier goed onderscheid te maken tussen de *beschermwaardigheid* en de *mate van bescherming* die we kunnen bieden in bepaalde omstandigheden. Met de ontwikkeling neemt ons inziens niet de *beschermwaardigheid* toe (zoals velen menen), maar de mogelijkheden en proportionaliteit van *bescherming* veranderen wel. Om aan dit onderscheid recht te doen, kunnen we onze positie wellicht het beste aanduiden als *volledige beschermwaardigheid met proportionele bescherming*. Dat veel kinderen in arme gebieden van deze wereld sterven in hun eerste levensjaar, zegt niets over hun principiële beschermwaardigheid, maar roept de vraag op wat we kunnen en willen doen om hen in leven te houden.

We zijn dan ook van mening dat elk individu van de menselijke soort een volledig beschermwaardige gestalte van menszijn representeert, ook al zijn de persoonskenmerken (nog) latent. Anders gezegd: ieder embryo vertegenwoordigt een unieke vorm van mens-zijn die we ook in die allereerste fase niet mogen instrumentaliseren en opzettelijk vernietigen. Deze status geldt voor alle entiteiten die de voor de soort kenmerkende ontwikkeling kunnen doormaken, ongeacht het biologische begin. Voor de beschermwaardigheid van een menselijk embryo is ons inziens niet de vraag doorslaggevend hoe het is ontstaan – wel of niet door een gewone bevruchting, door klonen of via ivf, of door kweken van stamcellen in vitro – maar of er sprake is van een levensvatbaar exemplaar van de soort *homo sapiens*. In deze visie worden de biologische gegevens omtrent het begin van een mensenleven volledig serieus genomen. Deze krijgen echter een andere interpretatie dan binnen de dominante visie van toenemende beschermwaardigheid. Beide visies zijn uiteindelijk levensbeschouwelijk bepaald. Naar ons inzicht doet onze visie meer recht aan de volle menselijke ervaring en is ze consistent ten aanzien van de bescherming van het leven van allen die behoren tot de menselijke soort. ✓

“*Het menselijke embryo is een zich belichamend mens dat zich dus als mens ontwikkelt, niet een menselijk organisme dat zich tot een mens ontwikkelt*”

¹⁰ Deze visie wordt kernachtig verwoord in een gedicht van de Perzische dichter en filosoof Jalal al-Din Rumi (1207-1273): *The body developed / out of us / not we from it. / We are bees, / and our body is a honeycomb. / We made the body, / cell by cell we made it.* [Internet] Beschikbaar via: <https://www.poemhunter.com/poem/when-grapes-turn-to-wine/> [geraadpleegd 26 augustus 2020]

¹¹ Wal J. van der. The Embryo in Us: A Phenomenological Search for Soul and Consciousness in the Prenatal Body. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 2013;27(3).



MARIA KLOOSTERMAN

Ha allemaal, mijn naam is Maria Kloosterman, ik

ben 23 jaar, zesdejaars geneeskundestudent en lid van het studentenbestuur van CMF Nijmegen. Als tweejarige coassistent heb ik inmiddels ondervonden dat je heel wat meemaakt in de wereld van witte jassen en lange ziekenhuisgangen. Ik kijk ernaar uit om hierover het één en ander met u te delen komend jaar.



Maria Kloosterman is zesdejaars geneeskundestudent en bestuurslid van de stedengroep in Nijmegen. Daarnaast doet ze onderzoek

naar de zorg voor dakloze mensen in Nederland en geniet ze van pianospelen, koken en het samenzijn met vrienden en familie.

Wikken en wegen

W e zaten rondom de tafel: een jonge vrouw, haar partner, de gynaecoloog en ik. De bevalling zou niet lang meer op zich laten wachten. Op de valreep moest echter een moeilijke beslissing genomen worden. Patiënte had een ernstige klepinsufficiëntie. Het risico op ritmestoornissen en overlijden tijdens de bevalling was reëel. De cardioloog had besloten. De bevalling moest plaatsvinden in het ziekenhuis, met patiënte aan de monitoring, een epiduraal voor pijnreductie en hulpdiensten paraat. Maar nare ziekenhuiservaringen en wittejassenvrees door een ernstige ziekte in het verleden, maakten dat de moeder-in-wording thuis wilde bevallen. Veilig in haar eigen vertrouwde omgeving. En daar zat de gynaecoloog, hij luisterde. Ik zag hem schipperen tussen de autonomie van een patiënt met een ziekenhuistrauma en de teamvisie vanuit de cardiologie. En ik, stille getuige van dit gesprek, voelde het dilemma. De toverwoorden *'shared decision making'* rezen op in mijn hoofd.

Met dit begrip werden we namelijk bekogeld tijdens de communicatielessen. Samen met de patiënt komen tot een beleid dat het beste past bij patiënt. We leerden de verschillen tussen vroeger en nu: paternalisme versus autonomie van de patiënt. De casussen tijdens oefengesprekken waren vaak overduidelijk, nogal zwart-wit. Het was vooral de kunst om het niet te laten escaleren in een u-vraagt-wij-draaien gesprek. Maar de te maken keuzes zijn zelden zwart-wit, zo bleek ook nu. De voor- en nadelen, de risico's, het patiëntperspectief, de adviezen vanuit de cardiologie, de feiten uit de literatuur. Wikken en wegen.

De gynaecoloog ging met haar in gesprek. Hij ging op verkenningstocht naar haar cognities en emoties en gaf haar de relevante informatie. Immers, een mens weet niet wat hij niet weet. En een goed geïnformeerde patiënt blijkt doorgaans minder risico te nemen dan artsen denken. Toen ging hij op zoek naar de beste middenweg. Risicoreductie met daarbij de waarden van patiënte in ogenschouw genomen. Hij zette alle mogelijkheden en overwegingen op een rijtje voor patiënte, schepte overzicht. Zo kon ze een weloverwogen keuze maken.

Gezamenlijke besluitvorming geeft u misschien stress. Informatie geven kan immers ingewikkeld zijn, het onderwerp heeft een emotionele lading, of u weet er niet alles van. We zijn 'gewend' om in korte tijd naar een beslissing toe te werken. Andere barrières zijn mogelijk de cognitieve of communicatieve verschillen tussen u en de patiënt. Daar komt bij dat een neutrale houding zonder een waardeoordeel te geven een vak apart is. Betrek patiënt er vanaf het begin af aan bij, zodat niet pas op het laatst naar hun mening wordt gevraagd. Gezamenlijke besluitvorming kan pas tot stand komen wanneer in een gesprek de inbreng van beide gesprekspartners als even waardevol wordt gezien.

Een poosje later sprak ik de gynaecoloog weer. De bevalling had plaatsgevonden in het ziekenhuis met haar eigen verloskundige. Andere zorgverleners hielden zich zoveel mogelijk op de achtergrond. Het ging goed met moeder en kind. Het was gelukt, ze hadden de beste middenweg gevonden. ✓





ARIANNE BOUMAN

Met zijn grijze baard, robuuste uiterlijk en goud-donkerblauwe uniform sprak dr. C. Everett Koop met staalharde helderheid. Zijn positie was midden in het politiek debat over publieke gezondheidszorg. Daar stond hij met grote vastberadenheid, en moed.

Arianne Bouman is arts-promovendus bij de Klinische Genetica in het Radboudumc. Haar onderzoek is gericht op kinderen met zeldzame ontwikkelingsstoornissen.



Dr. C. Everett Koop

The Nation's Doctor

In de jaren tachtig van de vorige eeuw veranderde Koop zijn baan van professor kinderchirurgie naar het bureau van de chirurg-generaal (*Surgeon General*) van de Verenigde Staten. Koop werd hiermee het hoofd van de publieke gezondheidszorg in de VS en had als taak rapporten op te stellen om het Witte Huis te adviseren over het gezondheidsbeleid. Hij begaf zich in een gezaghebbende positie.

CHIRURG-GENERAAL

In 1980 werd Koop door president Reagan gekozen als chirurg-generaal. Echter, het bevestigingsproces bleek bitter. De conservatieven steunden hem, met de verwachting dat hij zijn ambt zou gebruiken om een anti-abortus agenda te promoten. Progressieven, vrouwenrechtengroeperingen en een groot aantal gezondheidsorganisaties uitten heftige kritiek. De seculiere pers stond na de benoeming van deze 'rechtse, religieuze gek' op haar achterste benen. Toch begon Koop na zijn benoeming ook de critici voor hem te winnen, mede omdat hij een autoriteit had die de aandacht afdwong en hij de waarheid sprak tegen mensen met macht.

Zijn werkkamer had zijn preekstoel kunnen zijn, als hij zich daar zelf niet tegen verzet zou hebben. Hij bleef zijn mening over abortus uitten voor pro-life en evangelisch religieuze groepen, maar vermeed deze kwestie in zijn officiële functie. Hij weigerde een officieel standpunt in te nemen over abortus. Hij zag abortus niet als een volksgezondheidskwestie, maar juist als een morele kwestie.

THUIS DIEREN OPEREREN

De vorming van Koops anti-abortusstandpunten kwam voort uit zijn medische profesie als kinderchirurg. In 1916 werd Charles Everett Koop geboren in Brooklyn. Vanaf zesjarige leeftijd wilde hij al chirurg worden. Om als kind wat te oefenen, gebruikte hij elke hand afwisselend om knopen te leggen of om plaatjes uit tijdschriften te knippen. Hij opereerde thuis konijnen, ratten en zwerfkatten in de kelder, die zijn moeder voor hem onder narcose had gebracht.

Op oudere leeftijd gaf hij richting aan zijn kinderverlangens. Hij voltooide zijn medische opleiding aan de universiteit van Pennsylvania en kreeg een baan aangeboden in het kinderziekenhuis aldaar. Dagen achtereen bracht hij in de operatiekamer door en later in zijn leven noemde hij dit 'de gelukkigste uren'.

DRIJFKRACHT

De volgende drie decennia droeg Koop eraan bij om het vak kinderchirurgie tot stand te brengen. Zijn idee dat het lichaam van een kind geen volwassen lichaam in >>

“ *We zijn binnen één generatie overgestapt van een hoge kijk op het leven naar een zeer lage*

Zij schreven *His story*
Inspirerende christenartsen uit het verleden

Beste werkgever in de ggz zoekt een ANIOS

Kom jij het team bij De Hoop in Dordrecht versterken?

Over de functie

Jij gaat aan de slag op de huisartsenpost en bent de kapitein op dit schip. Als ANIOS verleen jij somatische zorg aan 120 inwonende cliënten. Je informeert, consulteert, onderzoekt en behandelt hun gezondheidsklachten. Een praktijkhoudende huisarts in de buurt van De Hoop wordt jouw supervisor en ziet ernaar uit jou te gaan begeleiden. Kortom, run jij zelfstandig de huisartsenpost en heb je jouw supervisor om op terug te vallen.

De Hoop als beste werkgever binnen de ggz

De Hoop is uitgeroepen tot beste werkgever binnen de ggz! Dit komt door de goede sfeer en cultuur van de organisatie. Het management luistert en doet iets met de feedback en ideeën van medewerkers. De organisatie handelt en beweegt vanuit het christelijk geloof. Dit zorgt voor een sterke verbintenis tussen collega's.

Wat krijg je?

€3935 - €5280 (obv fulltime)
Contract tussen 16 - 36 uur

Wat heb je nodig?

Opleiding Geneeskunde
BIG-registratie

Wil je huisarts
worden? Doe hier
ervaring op!

Wij hebben
opleidingsplekken tot
verslavingsarts

Prettige en
laagdrempelige
supervisie van huisarts

Regelmatige
dagdiensten

Geïnteresseerd?

Neem contact op met Nancy
Barendregt.

☎ 06-23275982

✉ nancybarendregt@eer.nu

De Hoop ggz

Christelijke ggz en verslavingszorg
Provincialeweg 70
3329 KP Dordrecht

het klein is, en dus speciale chirurgische procedures vereist, was zijn drijfkracht. Toen hij begon als kinderchirurg zag hij dat 95-100% van de te vroeg geboren baby's overleed. "Mijn geloof dat elk leven waardevol is, stimuleerde me om het leven van deze kinderen te redden."

Hij voerde duizenden operaties uit om congenitale afwijkingen te verhelpen. Daarnaast ontwikkelde hij nieuwe operaties, onder andere voor het verhelpen van slokdarmatresie en hernia diafragmatica. In 1977 kreeg hij internationaal aandacht toen hij de eerste chirurg was die een Siamese tweeling scheidde van wie het hart was vergroeid. Eén van hen overleefde.

LEGALISATIE VAN ABORTUS

Zijn professionele toewijding aan het redden van pasgeborenen en zijn bekendheid als empathisch arts, leidden voor Koop ertoe om zijn christelijk geloof en de ethische implicaties hiervan nog eens onder de loep te nemen. Voordat Koop chirurg-generaal werd, en het Hoogerechtshof in 1973 besloot dat abortus werd gelegaliseerd, kon hij niet anders dan zich hier publiekelijk tegen uitspreken. Hij vreesde dat abortus het menselijk leven devalueerde en dat legalisatie zou bijdragen aan het versoepelen van de morele regels. Daarnaast was zijn zorg dat legalisatie van abortus de eerste stap was in verandering van morele regels voor pasgeborenen met congenitale afwijkingen, gehandicapten, bejaarden en andere zorgafhankelijke leden van de samenleving. Hij uitte zijn bezorgdheid in twee boeken; *The Right to Live, The Right to Die* en *Whatever Happened to the Human Race?*

VERANDERING VAN MAATSCHAPPELIJKE VISIE

Koop zette zich als chirurg-generaal in om burgers te beschermen tegen verwaarlozing en discriminatie, ongeacht hun leeftijd. Zijn visie was gestoeld op Bijbelse waarden: "Elk menselijk leven is uniek, het moet beschermd en geleefd worden, omdat elk individu een schepsel is naar het beeld van God." Koop maakte zich drastisch zorgen over de verandering van de maatschappelijke visie op menselijk leven: "We zijn binnen één



generatie overgestapt van een hoge kijk op het leven naar een zeer lage." Koop heeft een verklaring voor de verandering van deze visie, namelijk: "overtuiging in de samenleving is niet langer gebaseerd op het christendom, maar op het humanisme, de mens is de maat voor alle dingen geworden."

"Waarheid is wat de meerderheid vindt." Waarheid wordt bepaald door de mens, en Koop zag dat de mens veranderde, van religieus naar humanistisch. Koop heeft een vechtend leven gekend. Hij heeft grote invloed gehad met zijn visie tegen abortus, maar niet minder met zijn antirookcampagnes. Daarnaast heeft hij altijd het verspreiden van de juiste gezondheidsinformatie gepromoot, zeker tijdens de aidsepidemie, die opkwam in het begin van zijn ambtsjaren.

In 2013 overleed dr. Koop op 96-jarige leeftijd. Hij heeft een leven gekend vol toewijding aan dienstverlening, loyaliteit aan de wetenschap en passie voor de gezondheidszorg. Voor hem was het van belang dat medische integriteit boven persoonlijke waardeordenen werd gesteld. Met beide benen stond hij in een wereld vol kritiek op zijn uitingen, maar Koop beschrijft dat hij altijd rust heeft gevonden in zijn geloof dat "toekomst, evenals verleden, vastliggen in de handen van God". ✓

“De mens is de maat voor alle dingen geworden”

BRONNEN

- Noble H. C. Everett Koop, Forceful Surgeon General, Dies at 96. The New York Times. 2013 [Internet] Beschikbaar via: <https://www-nytimes-com.eur.idm.oclc.org/2013/02/26/us/c-everett-koop-forceful-surgeon-general-dies-at-96.html> [geraadpleegd 5 februari 2022]
- Kessler D, Nesbit J, Westmoreland T, Albright M. A tribute to C. Everett Koop. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2013;110(18):7108-7109
- Biographical Overview. C. Everett Koop - Profiles in Science. 2022 [Internet] Beschikbaar via: <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/qq/feature/biographical-overview> [geraadpleegd 5 februari 2022]
- Van den Dikkenberg B. Topchirurg tegen abortus. Reformatorisch Dagblad. 2016 [Internet] Beschikbaar via: https://www.digibron.nl/viewer/collectie/Digibron/id/tag:RD.nl,20161014:newsm1_3efba23e5c2d7aef168e8cf97865f324 [geraadpleegd 5 februari 2022]

Het nieuwe brein van de dokter



ARIANNE BOUMAN

DE SCHRIJVER

Erik-Jan Vlieger (Amsterdam, 1971) is arts en ondernemer. Hij is afgestudeerd als fysisus en medicus. Hij begon zijn carrière als fysisus in de radiotherapie en promoveerde daarna in de radiologie. Sinds 2004 is hij ondernemer in de zorg.

DE THEMATIEK

Het artseneroep verandert sterk. Er komt jaarlijks, zelfs dagelijks, enorm veel nieuwe kennis bij en er is nog steeds een exponentiële groei van het aantal publicaties. Een overload? En met de komst van *big data* een nog grotere overload? Nu lijkt dat zo te zijn, want het duurt gemiddeld 17 jaar voor kennis is verwerkt in het klinisch handelen. Erik-Jan Vlieger laat echter zien dat het ook anders kan; hij oppert reële mogelijkheden voor directe kennistoepassing.

INHOUD

Er wordt veel onderzoek gedaan en veel nieuwe kennis verzameld. Gegevens van elke patiënt kunnen, met behulp van *big data*, in onderzoek gebruikt worden. Op deze manier krijgen veel hypothesen vorm die met vervolgonderzoek bevestigd moeten worden. Richtlijnen van enkele jaren geleden bevatten kennis die alweer verouderd is. Erik-Jan Vlieger ziet in dat het artseneroep zich aan moet passen. Hij pleit voor: 1) het belang van het werken in klinische netwerken, wat meer gedaan moet worden en waarin richtlijnen voortdurend up-to-date gehouden moeten worden; 2) het specialiseren rondom de patiënt en zijn

aandoening, waardoor multidisciplinair werken minder nodig wordt; en 3) anders opleiden - omdat de feiten steeds veranderen, hebben we niets aan veel 'stampen', we moeten ons richten op het effectief leren werken in klinische netwerken.

WAAROM WEL LEZEN

De boodschap van dit boek is duidelijk en compact verwoord. Naar mijn zin echter te compact, waardoor het soms leest als een onderwijzing. De inhoud wordt ondersteund door duidelijke filmpjes op de bijbehorende website. Het biedt kansen, voor zowel onderzoekers, klinische artsen en opleiders. Hopelijk wordt dit boek niet pas na 17 jaar ontdekt.

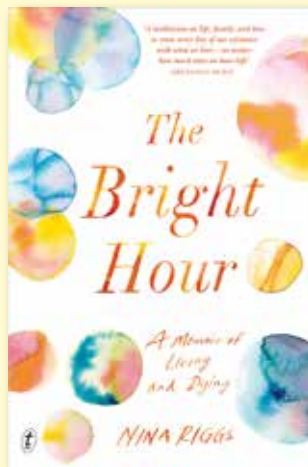
Het nieuwe brein van de dokter

Erik-Jan Vlieger



Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum | 2017
165 pagina's | ISBN 9789036820004
€ 30,95

The Bright Hour A Memoir of Living and Dying



MARJELLA EIJMAEL

DE SCHRIJVER & THEMATIEK

The Bright hour, of de Nederlandse vertaling *In het oranje ochtendlicht*, is een boek dat je enerzijds wel, anderzijds niet wil lezen. In het boek schrijft Nina Riggs over haar eigen leven als 38-jarige moeder met twee jonge kinderen, een partner én gemetastaseerde borstkanker. Alsof dat nog niet genoeg verdriet is, lees je ook over

haar moeder en goede vriendin die overlijden aan kanker. Riggs beschrijft het loslaten van alle geliefden en het leven zo intens en warm dat je het gevoel krijgt dat je erbij bent en niet wil weten hoe het afloopt. Tegelijkertijd schrijft ze met zoveel humor en sarcasme dat je toch volhoudt om door te gaan tot je uiteindelijk het boek met een brok in je keel weglegt.

HET VERHAAL

Het verhaal begint met het horen van de diagnose borstkanker waarna ze met haar partner John in bed ligt. John hoopt dat het leven snel weer normaal wordt, waarop Nina antwoordt dat ze ook van deze dagen houdt, mede omdat ze niet weet of het ooit weer normaal zal worden. John fluistert terug: *'I'm so afraid I can't breathe'*. En hoe leg je jonge kinderen uit dat het feit dat je niet meer naar het ziekenhuis hoeft voor chemotherapie niet betekent dat je beter bent maar juist het tegenovergestelde? En dat de eerste dag dat je niet meer naar het ziekenhuis hoeft juist geen overwinning is, omdat je tot die dag nog hoop had dat de behandeling zou werken? Als rode draad door het boek heen gebruikt Riggs essays van Montaigne en Emerson die het boek een extra filosofische lading geven. De essays worden vervolgens weer snel afgewisseld met kleine momenten uit het dagelijks leven van Riggs en haar gezin.

WAAROM WEL LEZEN

Omdat het soms goed is om bij de sterfelijkheid van ons bestaan stil te staan. Om te lezen waarom de tekst *'God only gives us what we can handle'* niet altijd de juiste tekst is. Om door Riggs overtuigd te worden: *"We are certain only that there is so much of which we are not certain."* Een boodschap die voor iedereen geldt, niet alleen voor mensen met een slechte diagnose. Iets wat ook blijkt uit het voorbeeld dat ze gebruikt; we lopen allemaal over een dun touwtje door het leven, maar vooral mensen met een slechte prognose lijken dat te beseffen omdat de mist even optrekt waardoor ze recht naar beneden kunnen kijken.

The Bright Hour:

A Memoir of Living and Dying

Nina Riggs



The Text Publishing Company | 2017
310 pagina's | ISBN 9781501169373
€ 17,99

Eeuwenoude stilte



ANTONETTE DE VETTEN-SMELT

DE SCHRIJVER

Mirjam van der Vegt is trainer, spreker en auteur. Na een burn-out ontdekte ze de kracht van rust en stilte. Ze ontwikkelt retraites, geeft trainingen en schrijft boeken over wat zij noemt 'de reis naar het hart'. Haar wens is dat mensen leren leven met zin en vreugde. Zelf leeft en werkt ze vanuit haar geloof in God maar haar trainingen, retraites en boeken richten zich ook op niet-christelijk publiek¹.

DE THEMATIEK

De schrijver nodigt je uit om rust te vinden in de vier treden van stilte. Eerst de trede van herademmen waarin de stilte weldadig aanvoelt. Dan de trede van struikeling waarin je onrustig wordt en de diepere lagen van je behoeftes helder worden. Daarna de fase van beminning waarin je je overgeeft aan iets dat groter is dan jezelf. En tenslotte de fase van uitreiken waarin je wil creëren om uiting te geven aan diepe dankbaarheid.

VORMGEVING

Het boek heeft een groot formaat en is bedoeld als 'salontafelboek'. De vier treden van stilte worden kort ingeleid en daarna volgen foto's van landschappen, kerken en kunstwerken met daarnaast vaak een korte toelichting, een gedicht of citaat. Verder kom je korte teksten en reflectievragen tegen van de hand van de auteur.

WAAROM NIET LEZEN

Als je graag meer wil lezen over wat stilte en rust met je kan doen of als je op zoek bent naar een boek met praktische tips op dit gebied, kan je beter één van de andere boeken van Mirjam van der Vegt lezen zoals *Koester je hart* of *De kracht van rust*.

WAAROM WEL LEZEN

Je kan dit boek van voor naar achter bekijken en de reis langs de vier treden van stilte maken, maar het ook gebruiken als om af en toe eens in te bladeren en te genieten van de mooie kunst. Het is ook zeer geschikt om in de wachtkamer neer te leggen ter inspiratie voor je patiënten.

Eeuwenoude stilte
Mirjam van der Vegt



Uitgeverij Kok | 2021 | 223 pagina's
ISBN 9789043534994 | € 39,99

¹ Mirjam van der Vegt. *Over Mirjam*. [Internet] beschikbaar via: www.mirjamvandervegt.nl/op-de-bank/

De engelen van Elisabeth



ROBERT VAN KLEEF

DE SCHRIJVER

Els Florijn won in 2002 de verhalenwedstrijd uitgeschreven door Uitgeverij Kok en het Reformatorisch Dagblad. Een jaar later debuteerde ze met haar eerste roman *Laatste nacht*. Sindsdien komt Florijn regelmatig met een nieuw boek. Dit leidde in 2011 zelfs tot de Publieksprijs voor het Christelijke Boek met *Het meisje dat verdween*. In 2018 ontving Florijn een werkbeurs van het Nederlands Letterenfonds wat uitmondde in haar nieuwste roman: *De engelen van Elisabeth*.

DE THEMATIEK

De 23-jarige Elisabeth wordt verdacht van moord op haar twee kinderen. Wegens gebrek aan bewijs belandt ze zonder enig proces in het gesticht, we schrijven eind negentiende eeuw. Vanaf dat moment gaan twee verhaallijnen elkaar afwisselen. Allereerst leren we de Elisabeth kennen die zorgt voor haar zieke moeder en haar vader moet ontwijken. Daarnaast is er ook de Elisabeth in het gesticht, voorzichtig contact makend met de andere vrouwen en overgeleverd aan de onberekenbaarheid van de oppassers. Regelmatig vraag je je als lezer af welke omgeving killer is.

WAAROM WEL LEZEN

Door het heden en verleden leer je Elisabeth steeds beter kennen. Toch blijft lange tijd onduidelijk wat er zich heeft afgespeeld voordat ze opgenomen werd. De vraag dringt zich op of hiermee het beeld van Elisabeth radicaal zal veranderen. Is ze, als het erop aankomt, een onberekenbare moordenaar of is ze ergens ingeluisd?

WAAROM NIET LEZEN

Soms mis je als lezer de scherpte of ruwheid die je verwacht in een gesticht. Uiteraard houdt Florijn hierbij rekening met haar, overwegend christelijk, publiek. Toch doet dit iets met de geloofwaardigheid van het verhaal. Daarnaast duurt het erg lang voordat de hoofdpersoon een meer gelaagd karakter krijgt, vanaf dan wordt het eigenlijk pas boeiend.

De engelen van Elisabeth
Els Florijn



Uitgeverij Mozaiek Utrecht | oktober 2020
252 pagina's | ISBN 9789023960225
€ 21,99



Agenda

5-10 april 2022

Interserve retraite

Locatie: De Hooge Berkt

Informatie: www.interserve.nl

1-4 mei 2022

Internationaal congres APS

Thema: Wenn Angst und Polarisierung auf
Hoffnung und Liebe treffen

Locatie: Würzburg, Duitsland

Informatie: www.aps-kongress.de

7 mei 2022

NKZN voorjaarsbijeenkomst

Thema: Vruchtbaarheid en begin van het leven

Locatie: Hilversum

Informatie: <https://nkzn.medische-ethiek.nl>

21 mei 2022

CMF voorjaarsconferentie

Thema: volgt

Locatie: volgt

Informatie: www.cmf-nederland.nl

8 juni 2022

NPV lezing

Thema: volgt

Locatie: volgt

Informatie: www.npvzorg.nl

8 oktober 2022

NKZN lustrumsymposium

Thema: volgt

Locatie: Ede

Informatie: <https://nkzn.medische-ethiek.nl>

20-25 juni 2023

ICMDA World Congress 2023

Locatie: Arusha, Tanzania

Informatie: www.icmda.net

Bovengenoemde data zijn onder
voorbehoud, Deo volente.

Voor meer informatie of
activiteiten in Nederland, zie:
www.cmf-nederland.nl

Voor overige internationale
conferenties, zie:
www.icmda.net