

‘Weldoen’:

een ethisch principe belicht aan de hand van een sportgeneeskundige casus

Door: E. Schoots, I. van Hilvoorde

Inleiding

Tot het midden van de vorige eeuw voldeed de ethiek volgens de Hippocratische traditie, waarin de arts de deskundige is die medisch-technische en ethische afwegingen maakt en beslissingen neemt gericht op het bevorderen van de gezondheid van de patiënt. De arts laat zich hierbij leiden door het adagium ‘primum non nocere’: het medisch handelen moet schade aan de patiënt voorkomen. Voorts is het optreden van de arts primair gericht op ‘weldoen’, waarmee wordt bedoeld dat de handelingen van de arts het belang van de gezondheid van de patiënt moeten dienen. In de tweede helft van de twintigste eeuw wordt enorme vooruitgang geboekt in de medische wetenschap en techniek. Steeds meer dringt zich de vraag op of alles wat technisch mogelijk is ook daadwerkelijk bijdraagt aan de gezondheidsbeleving van de patiënt. In de 60-er jaren ontstaat toenemend aandacht voor de rol die de patiënt speelt bij het nemen van beslissingen ten aanzien van medische behandelingen. Respect voor autonomie van de patiënt wordt een derde principe in de medische ethiek. De arts krijgt een belangrijke taak in het informeren van de patiënt, zodat deze zelf een afweging kan maken in de keuzes in zorg en behandeling die in zijn specifieke situatie van toepassing zijn. Naast de principes ‘niet schaden’, ‘weldoen’ en ‘respect voor autonomie’ is met de toenemende schaarste in de zorg ook ‘rechtvaardigheid’ een belangrijk uitgangspunt geworden voor het nemen van medisch-ethische beslissingen.^{1,2}

Sportgeneeskunde vormt bij uitstek een relatief jonge medische praktijk waarin het medisch handelen op gespannen voet kan staan met tenminste één van vernoemde ethische principes. Medisch-ethische kwesties binnen de sportgeneeskunde houden vaak verband met de bijzondere relatie die er bestaat tussen sportarts en atleet/patiënt.³ Zo werkt de sportarts vaak niet alleen in

het belang van de sporter, maar ook in het belang van een team of organisatie waarvoor de sportarts in dienst is. Vaak is sprake van ‘return-to-play pressure’, externe druk op de sporter om snel weer ingezet te kunnen worden, waarbij het teambelang zwaarder zou kunnen wegen dan de gezondheid van de sporter zelf. In de niet-sportgeneeskundige zorg dienen arts en patiënt doorgaans hetzelfde doel, namelijk het verbeteren van de gezondheid van de patiënt. Binnen de sportgeneeskunde prevaleren soms de korte termijn prestaties ten koste van de lange termijn gezondheid van de sporter. Gesproken kan worden van het dilemma tussen ‘short-term gain’ versus ‘long-term risk’. Een derde verschil in de relatie tussen sportarts en patiënt betreft de privacy van de patiënt. Normaal gesproken bestaat er een vertrouwelijke relatie tussen arts en patiënt. In de sportgeneeskundige setting kan de privacy van de atleet/patiënt door diverse externe bronnen, zoals coaches, zaakwaarnemers en media worden bedreigd. De bijzondere relatie tussen sportarts en sporter kan aanleiding geven tot medisch-ethische vragen die met alle vier bovenbeschreven principes te maken kunnen hebben. Binnen de traditionele principe-ethiek gaat het om een nauwkeurige afweging van de eerder genoemde principes. In een serie van vier verschillende artikelen besteden we aandacht aan ieder van deze principes. In dit artikel gaan we aan de hand van een casus in op de betekenis van het principe ‘weldoen’ voor het sportmedisch handelen.

Casus

Een 22-jarige studente Nederlands meldt zich op het spreekuur van de sportarts met klachten van het rechter scheenbeen bij hardlopen. Deze klachten zijn ontstaan in een periode van intensivering van de hardlooptraining ter voorbereiding op haar eerste marathon later in het jaar. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek worden de klachten door de sportarts geïdentificeerd als pas-

send bij een insertietendinopathie van de m. tibialis posterior aan de dorsomediale tibia- rand. Bij onderzoek was het de sportarts opgevallen dat patiënte erg mager is. Bij navraag blijkt zij bij diverse hulpverleningsinstanties bekend te zijn met anorexia nervosa. Op dit moment is zij in verband hiermee nergens in behandeling. De loopster wil graag van de pijn in het scheenbeen af, maar is in eerste instantie niet van plan om concessies te doen aan haar trainingsschema.

Bespreking

Deze casus toont de ‘gelaagdheid’ van het principe ‘weldoen’. In eerste instantie conflicteert het principe van weldoen niet met de hulpvraag van de patiënte: hoe kom ik van mijn scheenbeenklachten af? Volgens de klassieke ethiek is er op basis van de geëxpliciteerde hulpvraag een gemeenschappelijk belang voor de sportarts en de patiënte: het behandelen van de scheenbeenklachten. Ingaand op deze hulpvraag betekent dit dat de sportarts adviezen zou kunnen geven op het gebied van belastbaarheidsverbetering, training, materiaal (schoeisel, inlays) en ondergrond, zodat patiënte later dit jaar haar voorgenomen marathon kan lopen. ‘Weldoen’ blijkt echter niet beperkt tot de medische klacht waarmee de patiënte zich meldt. De sportarts heeft ook oog voor de gehele mens en voor de betekenis die een specifieke blessure heeft binnen een groter geheel van welzijn. Deze meer holistische visie van de sportarts leidt tot spanningen tussen de klassieke ethische principes. Vanuit het principe ‘autonomie’ kan de patiënte min of meer ‘eisen’ dat het scheenbeen wordt behandeld. Het weldoen aan het been kan echter strijdig zijn met het weldoen aan de gehele persoon. Adviezen gericht op het continueren van de hardlooptraining kunnen bij deze anorexia-patiënte uiteindelijk leiden tot ernstige gezondheidsschade. Fysieke inspanning bij vrouwen met ondergewicht kan leiden tot het ‘Female Athlete Triad’. Te weinig beschikbare energie via de voeding kan hierbij aanleiding geven tot menstruatiestoornissen en veranderingen in de botdichtheid. Klinisch manifesteert zich dit in de triade van eetstoornissen, functionele hypothalamische amenorrhoe en osteoporose, mogelijk met ernstige secundaire interne en cardiale problematiek tot gevolg.⁴ Ook bij andere dilemma’s in de sportgeneeskunde, zoals die rond het sporten met pijnstillende medicatie, is de vraag wat kan worden verstaan onder ‘weldoen’. Op korte termijn zal de sporter doorgaans vooral winst zien. Het is echter de vraag of de gezondheid op de langere

termijn gebaat zal zijn bij een liberaal gebruik van analgetica om te kunnen blijven presteren. De principes weldoen en autonomie kunnen niet onafhankelijk van elkaar worden gezien, ze zijn met elkaar verweven. In de besproken casus lijken interventies gericht op het onderkennen en behandelen van de eetstoornis in het kader van ‘weldoen’ van groter belang voor de gezondheid van de loopster dan de maatregelen die uitsluitend gericht zijn op het behandelen van de scheenbeenklachten. Indien de patiënte er op zou staan dat haar blessure wordt behandeld dan is dat vanuit het principe ‘respect voor autonomie’ echter verdedigbaar. Geredeneerd vanuit de principe ethiek betekent autonomie dat de patiënt zelf beslissingen neemt zonder inmenging van anderen. Uitgangspunt hierbij is dat artsen en patiënten rechten en plichten hebben. De patiënt is deels onafhankelijk en ‘vrij’ in het nemen van een beslissing. Dit wordt ook wel ‘negatieve vrijheid’ genoemd: het gevrijwaard zijn van invloeden van buitenaf.

Naast de principe ethiek bestaan er ook andere ethische benaderingen met afwijkende interpretaties van de begrippen ‘vrijheid’ en ‘autonomie’.⁵ Inzichten over gezondheid en ‘weldoen’ vormen zich doordat beïnvloeding plaatsvindt vanuit een sociale context. Steun van hulpverleners kan juist leiden tot het verkrijgen van ‘positieve vrijheid’: een actieve zelfbepaling met behulp van ondersteuning van anderen. Bij een ‘fenomenologische benadering’ wordt bij de besluitvorming rond ethische vraagstukken rekening gehouden met de waarden die voor een specifieke patiënt van belang zijn bij het invullen van zijn of haar leven. In de narratieve ethiek gebeurt dit aan de hand van verhalen die de patiënt vertelt waarin tot uitdrukking wordt gebracht op welke manier hij/zij zijn/haar leven vorm geeft in relaties tot anderen.⁶

Het voert hier te ver om deze benaderingen in detail te bespreken, maar in algemene zin gaat het hierbij om het verkrijgen van inzicht in de fundamentele waarden die door de patiënt van belang worden gevonden. Voor voorbeelden van concrete toepassingen van een dergelijke benadering in diverse medische praktijken verwijzen we naar het recent verschenen themanummer ‘Moreel Be-raad’ van het Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek (2008, 18, nr. 2).

Uitgaande van het concept ‘positieve vrijheid’ komt het begrip ‘weldoen’ in een ander licht te staan. Terugkerend naar de sportmedische praktijk zou in traditionele zin

bijvoorbeeld gezegd kunnen worden dat het geven van pijnstillende medicatie ingaat tegen het principe wel-doen. Gerelateerd aan positieve vrijheid, na kennis te hebben genomen van iemands levensverhaal en sportieve ambities in relatie tot een 'narratieve identiteit', kan zo'n beslissing echter wel degelijk in overeenstemming zijn met wel-doen. Denk bijvoorbeeld aan een laatste, cruciale wedstrijd in een lange carrière. Deze benadering van positieve vrijheid geeft meer ruimte om in te gaan op de bredere betekenis die sport heeft binnen een levensverhaal. Dat kan zelfs betekenen dat het nemen van gezondheidsrisico's van waarde kan zijn voor iemands leven.

Hoewel ieder ethisch kader specifieke beperkingen kent, lijken deze benaderingen (gebaseerd op 'positieve vrijheid') meer op maat gesneden voor de morele eigenaardigheden van de sportgeneeskunde. Sportmedische handelingen en beslissingen kunnen onmogelijk worden begrepen wanneer er geen specialistische kennis bestaat over de betreffende ambities en achtergronden van de atleet in relatie tot de eisen die de sport stelt en het levensverhaal waarin deze sportbeoefening is opgenomen. De inhoud van het begrip 'wel-doen' is dan ook niet slechts te verwoorden of concretiseren door de arts (als leidsman of expert), maar is een begrip dat betekenis krijgt in de interactie tussen medicus en patiënt/atleet.

Beloop

In de besproken casus is door de sportarts ingegaan op de motieven van patiënte ten aanzien van haar wens om te blijven hardlopen. Angst voor gewichtstoename bleek een belangrijker drijfveer dan de wens om van de scheenbeenklachten te herstellen. In het gesprek werd door de sportarts inzicht verkregen in de verhoudingen tussen de waarde van het kunnen hardlopen en meer 'fundamentele waarden' (zoals gezondheidsperspectieven op de langere termijn). Dit leidde ertoe dat patiënte zich in overleg met de huisarts heeft aangemeld voor behandeling van de eetstoornis in een daartoe gespecialiseerd centrum. Zij is niet meer teruggezien op het spreekuur in verband met de scheenbeenklachten.

Conclusie

Aan de hand van een casus is gepoogd inzicht te geven in de manier waarop in de sportgeneeskundige praktijk het ethische principe 'wel-doen' vanuit verschillende ethische kaders kan worden geïnterpreteerd. Streven

naar 'wel-doen' lijkt een vanzelfsprekend moreel imperatief, maar is in de sportgeneeskunde nogal eens lastig invulling te geven, doordat onder dit principe door sporter en arts niet altijd hetzelfde wordt verstaan. Medisch beleid gericht op korte termijn sportief 'gewin' kan op langere termijn leiden tot gezondheidsschade bij de sporter. In dit opzicht kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de ethische vragen rond het sporten met pijnstillende medicatie. 'Wel-doen' in de zin van handelen gericht op het behoud of herstel van gezondheid van een sporter kan voorts conflicteren met het principe 'respect voor autonomie'. Nieuwe ethische benaderingen bieden de sportarts meer mogelijkheden om met dit dilemma om te gaan dan de traditionele medisch-ethische principetheorie.

Referenties

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 1994.
2. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ 1994; 309:184-188.
3. Bernstein J, Perlis C, Bartolozzi AR. Ethics in sports medicine. Clin Orthop Relat Res. 2000; 378: 50-60.
4. Nattiv A, Loucks AB, Manore MM et al American College of Sports Medicine Position Stand. The female athlete triad. Med Sci Sports Exerc. 2007 Oct;39(10):1867-82.
5. Widdershoven G. Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek. Amsterdam: Boom, 2002.
6. Ashcroft R., Lucassen A., Parker M., Verkerk M.A., Widdershoven G. (red.) Case Analysis in Clinical Ethics. Cambridge : Cambridge University Press, 2005.

vraag & antwoord casus

Geachte collegae,

Uw artikel is door onze redactie bestudeerd. Het artikel roept een aantal vragen op die we graag aan u willen voorleggen.

1. In de beschrijving van de anamnese wordt niet expliciet ingegaan op symptomen die passen bij anorexia nervosa en/of Female "Athlete Triad". Is dit een bewuste keuze geweest omdat dit mogelijk geen directe relatie met de klacht heeft en bent u van mening dat dit de autonomie te veel zou schaden?
2. Bij een vergelijkbare casus zou ook de diagnose stressfractuur gesteld kunnen worden. De 'Female Athlete Triad' kan dan een directe relatie hebben met de etiologie van de klacht. Hoe kijkt u dan aan tegen de begrippen autonomie en wel-doen?
3. Kunt u praktische adviezen en/of oplossingen geven aan (para)medici die met een vergelijkbare casus worden geconfronteerd?

Uw antwoord zal door ons bekeken worden en bij acceptatie in een kader bij het artikel worden geplaatst.

Hans Tol

Erik Witvrouw, hoofdredacteurs Sport en Geneeskunde

Geachte collegae,

Hartelijk dank voor uw reactie. Wij zullen in deze brief een antwoord formuleren op de door u gestelde vragen.

1. In deze casus werd door de sportarts tijdens de anamnese in eerste instantie niet ingegaan op symptomen passend bij een female athlete triad, later in het consult werd dit wel besproken. Bij beschreven surmenageproblematiek van de onderbenen bij vrouwelijke duurloopsters zou in principe altijd gedacht moeten worden aan een eventueel onderliggend female athlete triad. Het is afhankelijk van het verloop van het consult hoe en op welk moment vragen omtrent eventueel onderliggende eet- en menstruatiecyclusstoornissen aan de orde gesteld worden. Het opsporen van symptomen die de verdenking doen rijzen op een female athlete triad is van belang voor het therapeutisch beleid. Het is de taak van de sportarts om alle overwegingen, voor- en nadelen, die een rol spelen bij de behandelingsstrategie met de patiënte te bespreken. Alleen op deze manier kan zij goed geïnformeerd en weloverwogen een beslissing nemen over de behandeling die haar in haar situatie het beste lijkt (informed consent). Overigens is het in deze casus - uitgaande van het concept van 'positieve vrijheid' zoals in het artikel genoemd - wellicht beter om in plaats van 'informed consent' de term 'negotiated consent' te gebruiken. Bij negotiated consent is geen sprake van eenzijdige informatieverstrekking door de arts, maar wordt geprobeerd om in gezamenlijkheid, arts en patient, te bespreken wat in de gegeven omstandigheden de beste behandelingsstrategie is

voor deze patiënt (Widdershoven 2000). Het punt in het artikel is dat – vanuit het concept positieve autonomie – het vergroten van de kennis bij de patiënte in principe geen aanleiding geeft tot inperking van de autonomie. Integendeel, hoe groter de beschikbare informatie bij het nemen van een besluit des te autonomer kan dat besluit genomen worden. Dat geldt evengoed voor de sportarts, die een beter en meer weloverwogen besluit kan nemen wanneer er meer informatie beschikbaar is over de motieven en overwegingen van de patiënte. Dat neemt niet weg dat de beslissing van de patiënte tegen het advies van de arts in kan gaan. De verantwoordelijkheid blijft echter hetzelfde, informeren en behandelen, ook al gaat dat volgens de arts zelf vanuit een meer beperkte invulling van 'weldoen'. In iedere situatie/casus is natuurlijk ook een moment voor te stellen waarin de arts niet meer aan de wensen van de patiënte kan voldoen, wanneer het een al te grote en evidente inbreuk betekent op de gezondheid, waarna mogelijk het principe van 'niet schaden' zwaarder mee gaat wegen.

2. We denken dat we met het antwoord op uw eerste vraag ook deze vraag hebben beantwoord. In alle gevallen is het van belang dat de sportarts met de patiënt in gesprek komt over de factoren die een rol spelen bij het ontstaan en de behandeling van de blessure. Alle voor- en nadelen overwegende is het vervolgens aan de patiënte om uiteindelijk een beslissing te nemen over de behandelingsstrategie. De aard van de diagnose is niet van invloed op de autonomie die de patiënte heeft bij het nemen van een beslissing ten aanzien van de behandeling en daarmee samenhangend eventuele aanpassing van de sportactiviteiten. Wel is het zo dat het dilemma tussen 'weldoen' en 'respect voor autonomie' voor de arts mogelijk zwaarder zou wegen in het geval sprake is van een stressfractuur, en de patiënte niet zou willen stoppen met hardlopen.
3. Het is lastig om voor deze en soortgelijke casus een vaste oplossing te bieden. Van belang is om in alle gevallen te proberen - uitgaande van het concept 'positieve vrijheid' - met de patiënt in gesprek te komen over zijn drijfveren en de plaats die de sportactiviteiten in zijn leven innemen. Eigen aan morele dilemma's binnen het sportmedisch handelen is het ontbreken van eenduidige recepten of procedures. Het geven van informatie over gezondheid en risico's op de korte en lange termijn blijft cruciaal. Voor de sportarts is het voorts van belang om tegelijkertijd oog te houden en respect te tonen voor opvattingen die niet direct in overeenstemming te brengen zijn met een 'medisch perspectief' op gezondheid.

Wij hopen dat wij uw vragen hiermee voldoende te hebben toegelicht.
Met vriendelijke groet,

Esther Schoots, Ivo van Hilvoorde