

Opvallende emoties in de arts-patiëntrelatie

Euthanasie stelt unieke eisen

G.K. Kimsma, arts-filosoof,
VUmc, Amsterdam

C.C. Clark, filosoof, Union
College, Schenectady, NY

E. van Leeuwen, filosoof,
St Radboud Universitair
Medisch Centrum, Nijmegen

Correspondentieadres:
gk.kimsma@vumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Euthanasie is voor alle betrokkenen een zware beproeving, ook voor de arts die uiteindelijk het leven van zijn patiënt beëindigt. De professionele distantie en objectiviteit die het medisch handelen gewoonlijk kenmerken, staan onder verhoogde spanning.

Euthanasie is een dramatische handeling die is omgeven met heftige en tegenstrijdige emoties. Daarnaast verandert in het proces dat tot de levensbeëindiging leidt ook de relatie tussen arts en patiënt.

Een levensbeëindigende handeling is zelfs niet uit te voeren zonder dat zich tijdens dat proces een diepere persoonlijke relatie ontwikkelt.

Deze relaties gaan verder dan de gebruikelijke betrokkenheid bij mensen met een terminale of een chronisch invaliderende ziekte.

Juridisch wordt steeds duidelijker waar de grenzen liggen voor levensbeëindiging door artsen. Maar wat deze handeling betekent voor

artsen in persoonlijk en professioneel opzicht en waarom er zulke sterke emoties spelen wordt tot nu toe niet echt begrepen als een reactie met een bepaalde verklaring en een bepaalde structuur. Want

niet alleen het verdriet van patiënten en families speelt een rol, maar ook de kwetsbaarheid van artsen die zich op psychologisch en ethisch riskant terrein begeven, in een andere dan de gebruikelijke arts-patiëntrelatie.

Niet-normaal

De weg naar moreel en juridisch aanvaardbare levensbeëindiging in Nederland is de fasen van conflicten en acceptatie voorbij en bevindt zich in de fase van integratie en normalisatie.

Ondanks het juridisch niet-normale van deze handeling, vindt er een zekere normalisering plaats. Deze normalisering betreft bijvoorbeeld de instelling van instanties voor de wettelijk vereiste consultaties vooraf (SCEN) en Regionale Toetsingscommissies Euthanasie voor beoordeling van levensbeëindiging na de uitvoering, waardoor het niet-normale toch tot een zekere routine wordt.

Maar euthanasie wordt nooit normaal. Uit alle bij artsen verricht onderzoek naar de beleving van levensbeëindiging blijkt dat men deze handelingen als bijzonder emotioneel, belastend en ontwrichtend beleeft. In 1996 zijn deze emoties voor zowel artsen als families door ons voor het eerst beschreven en systematisch onderzocht.¹⁻⁴ De conclusie is: er is sprake van spanningen en onrust, van angsten en twijfels, onzekerheden en slapeloze nachten. Maar ook van opluchting en de zekerheid te hebben meegewerkt aan een in moreel opzicht intense, maar uiteindelijk juiste keuze. Die conclusies worden ook getrokken na recenter onderzoek bij kleine groepen huisartsen.⁵ Euthanasie is zwaar en het is zelfs een opluchting als de noodzaak weg is omdat de patiënt op een natuurlijke manier is overleden. Sommige artsen haken af en willen deze handeling nooit meer uitvoeren. Opmerkelijk genoeg hebben artsen na euthanasie meer last van problemen en behoefte aan steun dan na het beëindigen van het leven van een patiënt *zonder verzoek*.⁶ Waarom is dat zo?

*Het is een opluchting
als de patiënt op een
natuurlijke manier overlijdt*



Om iemands leven te kunnen beëindigen, moet men een wederkerige relatie hebben en dichtbij iemand staan.

beeld: Alamy

Uit vrijwel alle interviews met artsen blijkt hun behoefte aan een diepere persoonlijke relatie als een patiënt verzoekt om levensbeëindiging. Deze relatie gaat verder dan het persoonlijke in het normale contact tussen vooral huisartsen en hun patiënten.

Een euthanasieverzoek leidt tot meer aandacht voor de patiënt; een belangrijk gegeven zoals ook blijkt uit studies naar de effecten van levensbeëindiging op het rouwproces van nabestaanden.⁷

Gemeenschappelijkheid

Die behoefte aan een verdiepte relatie geldt ook voor patiënten. Zo'n relatie lijkt zelfs een voorwaarde om tot levensbeëindiging te kunnen overgaan. Alleen dan is het namelijk mogelijk om door emotionele weerstanden heen te gaan en tot een gemeenschappelijke besluit te komen dat leidt tot het beëindigen van het leven van de patiënt. Dit is bevestigd in onderzoek van de Amerikaanse antropologe Frances Norwood die tien Amsterdamse huisartsen volgde in hun contacten met terminale patiënten na een verzoek om levensbeëindiging. Haar conclusie is dat na een verzoek, ook zonder uitvoering, niet enkel de relatie tussen artsen en patiënten verdiept, maar ook die

tussen praktisch alle betrokken familieleden en vrienden.⁸

Het ontbreken van een dergelijke gemeenschappelijkheid of wederkerigheid is waarschijnlijk de reden waarom artsen weigeren om het leven van patiënten met een volledig ontwikkelde ziekte van Alzheimer te beëindigen, ondanks een wilsverklaring met een dergelijke strekking. Om iemands leven te kunnen beëindigen, moet men een wederkerige relatie hebben en dichtbij iemand staan. Maar omdat men dichtbij staat, is het conflict dat men beleeft intenser.

Psychologische bron

Dat artsen in een conflictsituatie terecht komen, blijkt uit de tegenstrijdige emoties die uit de interviews en verhalen zichtbaar worden. Er is een psychologische en een filosofisch-ethische bron voor dit conflict.

In psychologisch opzicht is de confrontatie met de eigen sterfelijkheid van invloed. Door de actieve rol bij levensbeëindiging is die confrontatie heviger dan bij de 'gewone' zorg voor stervende mensen.

De dood wordt door de medische technologie steeds verder uit ons blikveld verdreven.⁹ Freud stelt dat men weliswaar rationeel zijn

dood kan aanvaarden, maar dat 'het onbewuste' gedrag bevordert dat vasthoudt aan de idee van onsterfelijkheid. Deze spanning tussen bewust gedrag en onbewuste motieven geldt voor artsen en voor patiënten.

Maar artsen hebben op dit gebied toch een bijzondere, van priesters overgenomen, en thans aan hun professie inherente taak: zij worden

geacht patiënten te helpen bij het leren aanvaarden van hun dood. Onder meer de Amerikaanse auteurs Elisabeth Kübler-Ross, Ernest Becker en Avery Weisman en in Nederland Paul Sporken, Jan Buskes en Harry Kuitert, alle drie

niet toevallig theologen, hebben daarover gepubliceerd.¹⁰⁻¹⁵ In de beschrijving van die taak worstelen zij met de rol van de arts als begeleider die betrokken moet zijn, maar ook objectief moet blijven.

Die objectiviteit staat bij euthanasie meer onder druk dan bij het begeleiden van stervenden. Bij levensbeëindiging op verzoek worden artsen dieper geconfronteerd met hun eigen sterfelijkheid en met hun rol bij een naderende dood. Het conflict dat zij doormaken is een conflict tussen hun onbewuste persoonlijke en algemeen culturele motieven, met name in de geneeskunde, waarin het sterven en de dood

tot beheersbare entiteiten zijn gemaakt. Dat psychodynamische conflict wordt onvoldoende onderkend.

Stein beschrijft de hulpverlening in het algemeen, dus ook buiten de psycho-analyse, als een constant proces van overdracht en tegenoverdracht, van identificatie met eigen motieven en de motieven en wensen van patiënten.¹⁶ Dat vooral onbewuste proces wordt in een confrontatie met stervenden aangescherpt in tegengestelde belevingen, door persoonlijke angsten voor de dood, door motieven waarom men arts is geworden, door ervaringen met het sterven en door het ethos van het genezen van de moderne geneeskunde.

Sterven veroorzaakt angsten en hulpverleners gaan daarmee om door een zekere afstand te bewaren en 'objectiviteit' in acht te nemen. Die objectiviteit en die afstand worden door patiënten die om levensbeëindiging verzoeken, met één enkele vraag ondergraven. Zij confronteren en 'dwingen' een arts om zich te identificeren met het lijden van een patiënt over de grens van de eigen angsten, om ten slotte rationeel overtuigd te raken dat het lijden zodanig is dat levensbeëindiging aanvaardbaar wordt.

Principieel gebod

Ethisch en filosofisch is het probleem van levensbeëindiging dat men ingaat tegen een principieel gebod: Gij zult niet doden. In onze samenleving mag alleen de overheid iemand doden. Individuen mogen dat nooit. Deze regel geldt sinds Thomas van Aquino in de twaalfde eeuw de stelling poneerde dat het nemen van onschuldig leven in alle gevallen immoreel is.^{17 18}

Niemand mag dus het leven van een ander mens nemen. Indien er argumenten zouden zijn om hier wel toe over te gaan, dan erkennen we met deze argumenten dat een ziekte het welzijn en de waardigheid van de patiënt heeft ontnomen en dat een individu zijn recht op leven kan opgeven. Daarmee wordt de keuzevrijheid of de autonomie van een mens het basale argument ten gunste van de mogelijkheid van levensbeëindiging. Die keuzevrijheid wordt ook weerspiegeld in de Nederlandse definitie van euthanasie: het beëindigen van iemands leven op diens verzoek.

Het tweede argument komt voort uit compassie of mededogen. Dit is geen eigenschap van een individuele patiënt; compassie is een relationeel begrip. Om het principieel gebod te kunnen overtreden, moet er een identificatie met het lijden van de patiënt zijn en is een wederkerige relatie noodzakelijk om die stap te zetten.

Euthanasie confronteert artsen diep met hun eigen sterfelijkheid

Een relatie waarin mensen gezamenlijk één van de meest intieme perioden van het leven vormgeven, kan niet anders worden gekwalificeerd dan als vriendschap.



Stratenmaker

Als ik in 2019 in de trein stap naar mijn werk, ben ik 67 jaar oud. Dan denk ik elke dag dankbaar aan de Commissie Arbeidsparticipatie (de commissie-Bakker) die het langer doorwerken bespreekbaar heeft gemaakt.

Als ú op uw 67ste op de fiets stapt naar uw werk, kunt u ook uw zegeningen tellen. Want u bent hoogopgeleid en dus op hogere leeftijd gaan werken. Bovendien heeft u motiverend werk en een mooi inkomen.

De stratenmaker, de thuiszorgmedewerker en anderen in zware en 'slijtende' beroepen worden in het advies van de commissie niet geacht tot hun 67ste te werken. Zij zijn vaak jong gaan werken en lopen grote risico's op lichamelijke schade. Over hen schrijft de commissie dat ze extra aandacht verdienen, 'bijvoorbeeld door voor hen een aangepast uitkeringsregime te creëren.'

Dat klinkt logisch, maar ik krijg er toch een ongemakkelijk gevoel bij. Nergens in het advies staat namelijk dat we moeten voorkómen dat mensen in zware beroepen gezondheidsschade oplopen. Gezondheidsbescherming en verbetering van werkomstandigheden hebben bij de commissie geen prioriteit.

De commissie-Bakker schrijft liever over werknemers die langer doorwerken en flexibeler worden, individuele keuzes maken en hun 'employability' verbeteren met een persoonlijk werkbudget. Want 'de uitvoering van de voorstellen mag (...) geen zware belasting vormen voor kleine bedrijven'.

De commissie-Maasen heeft ook een advies. Laat ondernemers die zwaar en 'slijtend' werk geven, wat langer nadenken en flexibeler worden, verstandige keuzes maken en hun werkomstandigheden verbeteren. Dat vermindert de zware belasting van de stratenmaker en de thuiszorgmedewerker, maar ook de arbeidsongeschiktheidslasten van de kleine bedrijven.

Jan Maasen,
bedrijfsarts

SAMENVATTING

- We zoeken een verklaring voor de sterke, zowel negatieve als positieve, emoties die artsen beleven na een verzoek en vooral bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding.
- Patiënten die verzoeken en artsen die met dat verzoek meegaan hebben behoefte aan een verdiepte wederkerige relatie.
- Er zijn twee bronnen voor de conflictsituatie zoals artsen die beschrijven: een psychologische bron, door een heftiger confrontatie met de eigen sterfelijkheid en een filosofisch-ethische bron, door de overtreding van het fundamentele 'Gij zult niet doden'-gebod.
- De relaties die zich ontwikkelen in die context, zijn te kwalificeren als 'medische vriendschap'.

Maar past een dergelijke relatie binnen de gebruikelijke omschrijvingen van de arts-patiëntrelatie?

Vriendschap

In beschrijvingen van de arts-patiëntrelatie gaat het om de mate waarin men zich richt op een ziekte of op de patiënt als een mens met verlangens en behoeften. Dat geldt voor alle gehanteerde modellen van de arts-patiëntrelatie.¹⁹⁻²¹ In elk model blijft een arts een objectieve waarnemer die adviseert en handelingen uitvoert na het aftasten van de instemming. Volgens de definitie van palliatieve zorg van Wereldgezondheidsorganisatie WHO wordt bij stervende patiënten een grotere betrokkenheid vereist om ze te helpen hun naderende dood te aanvaarden en tegemoet te komen aan hun lichamelijke, geestelijke en existentiële behoeften.

Bij een verzoek om levensbeëindiging vindt er echter een drastische verandering plaats in de relatie en staat de professionele distantie onder druk. Psychologisch wordt een arts kwetsbaar, ethisch beschouwd begeeft hij zich op riskant terrein.

Patiënten beseffen heel goed dat een verzoek om levensbeëindiging voor een arts confronterend is. Ze zijn er zich doorgaans ook terdege van bewust dat levensbeëindiging op de grens ligt van wat mensen elkaar mogen vragen. Dat blijkt onder meer uit het respect dat patiënten tonen in het afwachten tot een arts overtuigd is dat de grens van ondraaglijk lijden is bereikt. In dit proces zijn twee mensen dus continu aan het aftasten of die grens is bereikt.

Een dergelijke relatie, waarin mensen gezamenlijk één van de meest intieme perioden van het leven vormgeven en er uiteindelijk een grensoverschrijdende, belastende handeling wordt uitgevoerd door de één ter wille van de ander, kan niet anders worden gekwalificeerd dan als vriendschap. Patiënten, familieleden en vrienden beseffen veelal het onbaatzuchtige van deze handeling. Vriendschap is voor een levensbeëindigende handeling ook geen romantische of naïeve kwalificatie: misschien is er zelfs sprake van het vormgeven van het best denkbare humane levenseinde tegen alle anonimiteit van en angst voor de dood in. Deze vriendschap is gebaseerd op respect en blijft binnen de professionele grenzen van intimiteit en vertrouwen. 



De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Carlucci-Ciesielski C. Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia. Kluwer Academic Publishers, 1998.
2. Carlucci C, Kimsma GK. The Impact of Reporting Cases of Euthanasia in Holland: A Patient and Family perspective, *Bioethics* 1994; 8: 151-8.
3. Clark CC, Kimsma GK. 'Medial friendships' in assisted dying, *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics* 2004; 13: 61-7.
4. Obstein KL, Kimsma GK, Chambers T. Practicing Euthanasia: the perspective of physicians. *Journal of Clinical Ethics* 2004; 15 (3): 223-32.
5. Van Marwijk H, Haverkate I, van Roven P, The AM. Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med* 2007; 21: 609-14.
6. Haverkate I, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B et al. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient, *The Medical Journal of Australia* 2001; 175: 519-22.
7. Swarte NB, Van der Lee ML, Van der Bom JG, Van den Bout J, Heintz APM. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 189-92.
8. Norwood F. Euthanasia Talk: Euthanasia discourse, general practice and end-of-life care in the Netherlands. San Francisco/Berkeley, University of California, proefschrift, 2005.
9. Gadamer HG, *The Enigma of Health* (vertaling van *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, 1993), Stanford University Press, 1996: 62ff.
10. Kübler-Ross, E. *On Death and Dying*, 1969. Nederlandse vertaling: *Lessen voor Levenden*, Amboeboeken, Bilthoven, 1970.
11. Becker E. *The Denial of Death*, 1973. Nederlandse vertaling: *De ontkenning van de dood*, Baarn, Amboeboeken, 1974.
12. Weisman A. *On Dying and Denying*, 1972. Nederlandse vertaling: *De dood nabij*, Bilthoven, Amboeboeken, 1972.
13. Sporken P. *Ethiek en Gezondheidszorg*, Ambo Bilthoven, 1985.
14. Buskes JJ. *Waarheid en Leugen aan het Ziekbed*. Ten Have, Baarn, 1964.
15. Kuitert H. *Een gewenste dood*, Ten Have, Baarn, 1981.
16. Stein H. *The Psychodynamics of Medical Practice. Unconscious factors in patient care*. Berkeley/Los Angeles/London, University of Chicago Press, 1985: 21ff.
17. Rachels J. *Leven en Sterven*, Spectrum, Utrecht, 1987: 21ff.
18. Leget CF. *Mag een mens doden?* Zoetermeer, Meinema, 2008: 66.
19. Veatch RM. Models for an ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Center Report* 1972; 2: 5-7.
20. Katz J. *The Silent world of Doctor and Patient*, New York, Free Press, 1984.
21. Brody H. *Transparency: Informed Consent in Primary Care*, *Hastings Center Report* 1989; 5: 5-9.