

## Medische bescheidenheid

In 1989 verscheen een interessant dubbelproefschrift getiteld *Ziek is het woord niet* van de hand van Annemarie Mol en Peter van Lieshout. Mol en Van Lieshout onderzochten het gedrag en het vocabulaire van huisartsen in de periode 1945-1985. Tijdens en kort na de oorlog was de huisartsenpraktijk geen plaats voor zeurpieten. Als je een degelijke kwaal had (variërend van oorontsteking, mazelen, en kinkhoest tot kanker, trombose of een zwak hart) was je bij de huisarts aan het goede adres. Als je lijden vooral een tusse-noers karakter had deed je beter daar zelf een oplossing voor te vinden. De huisarts was er niet om slechte huwelijken, moeilijk opvoedbare kinderen of lastige ouders bij te sturen.

Van lieverlee veranderde dit. In de jaren vijftig werd de zeurpiet omgedoopt tot een patiënt met psychosomatische klachten. Huisartsen maakten zich niet langer alleen druk over ziekten, zij bekommerden zich daarnaast om “relatiestoornissen van de patiënt met zijn milieu, afwijkingen in de psychische kwaliteiten en mogelijkheden, onvolgroeidheden in de persoonlijkheidsstructuur en onbevredigdheden van de mens over het functioneren van zichzelf”, zij voelden zich geroepen de “algemeen menselijke problematiek te lijf te gaan”. In de jaren zeventig keerde het tij opnieuw. Het besef brak door dat het medicaliseren van persoonlijk of maatschappelijk leed niets oplost en vaak zelfs contraproductief werkt. Inmiddels zijn we al weer jaren terug bij een beperkte taakopvatting: artsen zijn er primair voor ziekten en medische problemen. Voor zover artsen zich bemoeien met geestelijk leed moet het gaan om psychiatrische stoornissen (schizofrenie, depressies, dementie en dergelijke).

Ik vind dat wel een gunstige ontwikkeling; ik heb *Ziek is het woord niet* altijd een boek met een *happy end* gevonden. Artsen moeten hun patiënten natuurlijk niet beschouwen als disfunctionerende biologische organismen (‘die blindedarm op zaal 8’); het belang van fatsoenlijke omgangsvormen (*bedside manners*) kan niet genoeg benadrukt worden, maar een professie is gebaat bij een beperkte taakopvatting. Het moet duidelijk zijn waar je wel en niet ‘over gaat’. Een al te ruime taakomschrijving kan leiden tot zelfoverschatting en grootheidswaan, maar ook tot burn out verschijnselen (het lenigen van alle leed is immers een op voorhand onmogelijke opdracht). Bezien vanuit de maatschappij is een beperkte taakopvatting al evenzeer wenselijk; een duidelijke afbakening voorkomt machtsconcentratie en maakt duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en wie waar op kan worden aangesproken.

Uit een artikel van VU onderzoekster I. Haverkate en anderen in het januari-nummer van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* blijkt dat de meeste artsen ook een beperkte taakopvatting huldigen waar het gaat om beslissingen met betrekking tot euthanasie. Van alle verzoeken om euthanasie wordt ongeveer een derde uiteindelijk ingewilligd. (Een en ander verschilt overigens per artsengroep. Bij huisartsen wordt bijna de helft van de verzoeken wel gehonoreerd, klinisch specialisten en verpleeghuisartsen gaan zelden over tot het plegen van euthanasie.) Euthanasie mag in Nederland plaatsvinden als er sprake is van ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ en artsen lijken deze criteria serieus te nemen. Zij beoordelen of er nog perspectieven zijn, of er nog een zinvolle behandeling denkbaar is en zij proberen ook, zo goed en zo kwaad als het gaat, in te voelen of het lijden van de patiënt inderdaad ondraaglijk is. Voorafgaand aan die vraag of het lijden ondraaglijk is lijken artsen evenwel impliciet al een scheiding te maken tussen lijden dat wel en lijden dat geen directe zaak zou moeten zijn voor de medische professie. De onderzoekers schrijven: “In gevallen waarin een verzoek werd geweigerd, waren ‘levensmoeheid’ en ‘geen last voor de omgeving willen zijn’ belangrijke redenen voor het verzoek en verder waren depressieve klachten en andere psychiatrische symptomen vaker aanwezig (...)” Het lijkt aannemelijker dit te interpreteren als een teken dat

artsen vinden dat levensmoeheid niet behoort tot hun takenpakket dan dat zij levensmoeheid niet zouden willen beschouwen als ondraaglijk lijden.

Een belangrijke vraag is vervolgens wat wij, of preciezer: onze politieke vertegenwoordigers namens ons, van deze beperkte taakopvatting vinden. De parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding biedt hier wel enig, maar toch te weinig houvast. Aanvankelijk namen de verantwoordelijke bewindslieden een verschillend standpunt in. Minister Korthals van Justitie was voor een beperkte taakopvatting, terwijl minister Borst van VWS wel voelde voor een bredere visie (de minister: “Je kunt je afvragen of iemand die lichamelijk gezond is en die voorzover bekend ook psychisch gezond is, maar die toch het leven niet langer vol kan houden werkelijk wel gezond is. (...) Ik vind dat zo iemand niet echt ziek is, maar een reëel punt heeft. Daarvoor wil ik niet zomaar weglopen en zeggen: nooit helpen.”) Tegen het eind van de parlementaire behandeling heeft de Korthals opvatting ‘gewonnen’; zijn visie wordt als het kabinetsstandpunt gepresenteerd. Maar pogingen om die opvatting duidelijker in het wetsvoorstel te verwerken, bijvoorbeeld door het begrip patiënt te definiëren en in die definitie te refereren aan ‘ziekte’ mislukken. De patiënt is in het wetsvoorstel, althans voor de minister van VWS, de persoon die het verzoek om euthanasie doet en daarmee af. De tekst van de nieuwe wet en de parlementaire behandeling daarvan steunen dus de beperkte taakopvatting van artsen maar laten tegelijkertijd ruimte voor een taakopvatting die heel wat verder gaat. De politiek laat het definitieve antwoord over aan de rechters in het hof en de Hoge raad, die moeten oordelen in de zaak tegen de huisarts van Brongersma, de oud-senator die hulp bij zelfdoding zocht en kreeg vanwege voortdurende en ondraaglijke levensmoeheid. Ik ben er niet gerust op dat de rechters zich zullen uitspreken voor de beperkte taakopvatting.