

# Voor wie heeft het lijden zin? De patiënt, het lijden en de dokter

Rob Jonquière

Hoewel het zelfbeschikkingsrecht een van de belangrijke uitgangspunten was in de bijna dertigjarige discussie die aan de legalisering van levensbeëindigend handelen voorafging, vinden veel mensen de wet *Toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding* een artsenwet. Het is immers de arts die moet handelen; het is de arts die zich (achteraf) moet verantwoorden en die als er iets fout gaat, ook het risico van vervolging loopt. De beleving van de patiënt lijkt met zulke rationele argumenten onder tafel geveegd te worden: het is toch zijn leven en dus zijn dood; hij mag toch zelf bepalen wanneer aan dat leven (of liever lijden) een eind mag worden gemaakt?

De patiënt blijft voor euthanasie of hulp bij zelfdoding ook na de wet afhankelijk van het oordeel van zijn arts. Dat is vele patiënten een doorn in het oog. Is mijn arts wel bereid de gevraagde hulp te verlenen? En wanneer moet ik, mag ik hem daarnaar vragen?

De houding van de individuele arts ten opzichte van een verzoek tot levensbeëindigend handelen van een patiënt blijft belangrijk voor de effectuering van dat verzoek. Dat is nu ook weer aangetoond in het onderzoek van Witsenburg et al. (pagina 427)

Anders dan bij een gesprek over euthanasie uit voorzorg<sup>1</sup> ontstaat er al gauw een communicatiebreuk tussen arts en patiënt op het moment dat spreken over het naderende levenseinde nauwelijks meer valt te ontwijken. De patiënt vraagt vanuit een angst voor het moment van overlijden zelf en spreekt dus alleen daarover. Zijn ideeën en angsten worden vaak ook nog gevoed door (slechte) herinneringen aan sterfbedden van anderen. Het denk kader van de arts daarentegen wordt vooral bepaald door het stervensproces: de lijdensweg die aan dat overlijden voorafgaat.

Witsenburg et al. kennen nogal wat invloed toe aan de levens- of professionele opvatting van de arts op het oordeel over de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. Ter discussie staat hier wat mij betreft niet die levensopvatting op zichzelf, maar wel het idee dat een arts zich kennelijk een oordeel aanmeet ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden van zijn patiënt. Het is toch niet de arts die het lijden moet dragen, dus ook niet de arts die kan bepalen of betrokkene die draagkracht (nog) heeft? Natuurlijk, de patiënt wil eigenlijk liever niet sterven, maar voor-

al niet met dit lijden dóórleven. De arts wil liever geen leven beëindigen, zeker als het lijden naar zijn opvatting nog goed palliatief kan worden behandeld.

Welke dimensies krijgt een discussie tussen een patiënt die aan geeft een situatie niet meer te willen/kunnen dragen en een arts die op grond van zijn levensvisie aan datzelfde lijden zin denkt te kunnen geven? Zingeving, lange tijd alleen onderdeel van de christelijke moraal, lijkt ineens ook in de palliatieve zorgopvatting een rol van betekenis te gaan spelen, een reden waarom mogelijk ook bij die groep palliatief geschoolde artsen vaker de ondraaglijkheid van het lijden als punt van discussie wordt meegenomen. Want dat was nou toch juist waar het bij zingeving om ging? De toch al gevoelige, want emotioneel beladen gesprekken zullen in zulke situaties bijna per definitie tot niets anders leiden dan een opeenstapeling van misverstanden.

De door Witsenburg et al. gevonden verschillen in opvattingen van de onderzochte groepen huisartsen onderstrepen het belang van een tijdig gesprek zonder druk van een dreigende situatie van ondraaglijkheid. Dan kan blijken dat de levens- of professionele opvatting van de een niet past bij die van de ander. Dat hoeft op zich zelf geen ramp te zijn, op voorwaarde dat beiden elkaar respecteren. Op dat moment kan de patiënt bijvoorbeeld besluiten een andere arts te zoeken, wiens opvattingen meer in overeenstemming zijn met de zijne. Zo'n selectie vindt ook nu al plaats, ook zonder gesprekken over levensbeëindiging. Een arts krijgt immers de praktijk die bij hem past? Dat is zeker een van de verklaringen waarom antroposofische artsen veel minder dan andere artsen te maken krijgen met euthanasieverzoeken. Zo zou in de toekomst mogelijk ook voor artsen met een grote affiniteit voor palliatieve zorg een natuurlijke selectie in hun populatie kunnen gaan optreden. Ten onrechte zou dat als een bevestiging kunnen worden opgevat voor de stelling dat palliatieve zorg euthanasie overbodig maakt.

## Literatuur

1 Boorsma M. Wilsverklaringen in de huisartspraktijk: een voorschot op de toekomst. *Huisarts Wet* 2002;45:245-7.

## Auteursgegevens

NVVE, Postbus 75331, 1070 AH Amsterdam: drs. R. Jonquière, arts, directeur.

Correspondentie: r.jonquiere@nvve.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.