

Euthanasie en emotionele belasting: een structuur voor ondersteuning gewenst?

Gerrit Kimsma

In de Wet toetsing levensbeëindiging, in werking sinds 1 april 2002, staan de juridische voorwaarden voor levensbeëindigend handelen. Het wordt tijd daaraan de medisch-professionele voorwaarden toe te voegen.

Medisch-ethisch gezien geldt in het algemeen dat een medische handeling een rechtvaardiging behoeft die in het belang is van de patiënt. Sommige medische handelingen brengen echter een risico van verkorting van het leven met zich mee, waarbij de doorslaggevend rechtvaardiging ligt in het verlichten van lijden dat op geen andere manier mogelijk was. Dergelijke handelingen kunnen worden beleefd als moeilijk en belastend, maar behoren tot de kern van het arts zijn: in beginsel gericht op de bescherming van leven of het opheffen van lijden. Van artsen mag worden verwacht dat men daardoor niet zodanig belast wordt dat het normaal medisch handelen erdoor wordt beïnvloed.

Hoe anders ligt dat in geval van levensbeëindigend handelen op verzoek van een patiënt. Dan is er geen sprake van 'normaal medisch handelen'. Dan worden gevoelens zichtbaar van een 'moeilijk te verwerken handeling die als een trauma wordt ondergaan, eenzaamheid, gemengde gevoelens en tegenstrijdige emoties, ook heroïsche gevoelens, spijt, schuldgevoelens, gemanipuleerd zijn door families, opluchting en voldoening'. Daarnaast is er sprake van een beleving van rolconflicten, zoals de gekwelde vergelijking met het werk van een beul bij de doodstraf of een gevoel min of meer te worden verplicht om euthanasie uit te voeren.

Voor sommigen leiden deze belevingen tot een afscheid van euthanasie of tot zelfbescherming in een meer terughoudende opstelling. Men dient zich dus te realiseren dat dergelijk handelen schadelijk kan zijn voor artsen als persoon en als functionaris, en om die reden extra zorgvuldig moet worden begeleid en gestructureerd.

Auteursgegevens

Vrije Universiteit Amsterdam, Medisch Centrum, afdeling Metamedica, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam: G.K. Kimsma, arts-filosof, universitair docent.

Correspondentie: gk.kimsma@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een dubbelpublicatie met *Huisarts NU*.

Voor het mogen uitvoeren van medische handelingen gelden twee voorwaarden: men dient bevoegd en bekwaam te zijn. De bevoegdheid om levensbeëindigende handelingen uit te voeren is in de wet voorbehouden aan artsen die zijn ingeschreven in een van de registers. Dat is dus niet het probleem.

Het probleem zit vooral in ontbrekende bekwaamheid. Bekwaamheid op dit terrein bouw je heel langzaam op, vaak met horten en stoten en vallen en opstaan. Het is de vraag of aan de eis van bekwaamheid wordt voldaan. Want iedere medische handeling die traumatiserend en destabiliserend kan zijn, met tegenstrijdige emoties gepaard gaat, met schuldgevoel of gevoelens van manipulatie, kent doorgaans een gedetailleerde voorbereiding in een universitair of postacademisch leertraject. Dat er tot nu toe, ook buiten het officiële leertraject, geen plaats schijnt te zijn voor systematische voorbereiding en structurering voor euthanasie of hulp bij zelfdoding, is een ernstig manco dat de beroepsgroep mag worden aangerekend.

1. Er moet een uitgebreid leerprogramma komen om euthanasie in de beroepsopleidingen aan de orde te stellen, voor zover dat al niet (gedeeltelijk) gebeurt. Daarin behoren elementen van euthanasie aan de orde te komen als het proces en de uiteindelijke handeling, de rol van artsen, patiënten en families, de emotionele aspecten van levensbeëindigend handelen en de feitelijke aspecten van procedures en middelen. Maar ook, en misschien wel vooral, de persoonlijke opvattingen en betekenis van euthanasie voor elke arts afzonderlijk. Ieder maakt daarin een eigen proces door. In het algemeen geldt dat men arts wordt om 'goed te doen', om 'het leven te beschermen', passend bij het 'ethos' van de geneeskunde. Motieven om arts te worden hebben vaak te maken met traumatische ervaringen van eigen ziekten of ziekten van anderen, als antwoord op de beleefde onmacht of op verdriet. Mijn ervaring als huisartsbegeleider is dat opvattingen van aios omtrent sterven en stervenshulp grotendeels worden bepaald door dergelijke eigen diepe en soms weggestopte ervaringen.
2. Een ondersteuningsprogramma voor jonge, onervaren artsen is nodig. Als een wat oppervlakkig gekozen parafraze: je kunt nog zoveel leren van een beschrijving en bespreking van hoe je moet fietsen, fietsen leer je vooral door het te doen, met steun van ervaren mensen. Medische handelingen moeten worden geleerd door kennis en begeleiding, vooral de risicovolle handelingen. Jonge artsen moeten niet steeds 'het wiel hoeven uit te vinden' of het gevoel krijgen 'in het diepe te worden gegooid'. Dat levert existentiële eenzaamheid op en

een gevoel van leegte, waardoor artsen onnodig een afwijzende houding kunnen ontwikkelen. Huisartsen zijn hierin vaak in het nadeel omdat ze doorgaans nog solistisch werken, ook al werkt men in een groepsetting. In ziekenhuizen is er vaak het voordeel van een teambespreking, soms vereist in een steeds vaker aanwezig 'euthanasieprotocol'.

3. Daaruit volgt een aantal bijna vanzelfsprekende adviezen:

- ▶ Begeef je tenminste de eerste keren niet op het pad van euthanasie zonder intervisie van een oudere, ervaren collega. Kies deze collega zorgvuldig uit. Maak er een gewoonte van of misschien moet dit wel een gewoonte worden: het delen van belastende ervaringen.
- ▶ Bespreek de ontwikkelingen van het proces in medische zin, de interacties met patiënt en familie en wat er met je als persoon gebeurt.
- ▶ Neem de fasen die tot euthanasie leiden zorgvuldig door: de behandelingen, de ontwikkeling naar het 'ondraaglijk lijden', de besluitvorming, de eisen van de wet, het con-

sult en de uiteindelijke uitvoering. Realiseer je dat er, om euthanasie te kunnen uitvoeren, een balans moet zijn tussen het verzoek van een patiënt en je eigen oordeel, op basis van een opgebouwde relatie.

- ▶ Ga niet alleen op pad voor de uitvoering, maar doe dit gemeenschappelijk en bereid je tot in detail voor.
- ▶ Realiseer je dat het beëindigen van iemands leven altijd een schok teweegbrengt, die een diepe echo van allerlei tegenstrijdige gevoelens oproept. Bespreek deze in een nagesprek met je intervisor/collega.

Misschien is het grootste leerpunt wel dat de gang naar euthanasie en de uitvoering van de laatste handeling nooit 'normaal' zal of mag worden. Waarschijnlijk is dat maar goed ook. Aan euthanasie mag je eigenlijk niet wennen. Hoe men er ook over spreekt: het moet een schok blijven, maar je moet er niet door gaan disfunctioneren. Een goede voorbereiding en ondersteuning is dus geen overbodige luxe.

Onderzoek

De impact van euthanasie op Nederlandse huisartsen

Harm van Marwijk, Ilinka Haverkate, Paul van Royen, Anne-Mei The

Introductie

Een langdurige ziekte, waarvan de patiënt weet dat er een fatale afloop zal zijn, kan pijn en vernedering veroorzaken. Dat is echter niet het enige perspectief: de patiënt krijgt de gelegenheid om na te denken over zijn leven en over 'onafgewerkte zaken'. De arts kan daarbij een sleutelfiguur worden die de patiënt helpt bij het in het reine komen met zijn leven. Veel terminale patiënten gaan nadenken over de zin van het leven. Zij kunnen dan voordeel hebben van een goede relatie met hun huisarts, die voor velen het laatste aanspreekpunt is in de zorg.

Er zijn echter veel moeilijkheden die een rol kunnen spelen, zoals een lastige communicatie met dementerende ouderen en - zoals dat soms bij longkanker gebeurt - vermijdingsgedrag van artsen die nalaten de terminale ziekte een naam te geven.^{1,2}

Voor artsen zelf kan het ondersteunen van stervende patiënten een van de meest verrijkende elementen zijn van hun dagelijks werk. Adequate zorg bieden bij het levenseinde is bovendien essentieel in de opbouw van een goede relatie met de familie van patiënten en met de gemeenschap in het algemeen. Nu het begin van het leven, de verloskunde, niet langer een taak is van huisartsen, kan de zorg aan het levenseinde veel bijdragen aan hun tevredenheid over hun werk.

Beslissingen bij het levenseinde kunnen niettemin erg moeilijk zijn en betrokken worden bij een euthanasie kan een zeer grote impact hebben op huisartsen.³ Bij artsen werden emotionele (28%) en belastende (25%) gevoelens gerapporteerd, en een algemeen onlustgevoel bij 42% van alle gevallen van levensbeëindiging, en zeker bij euthanasie (75%).^{3,4} Vier soorten beslissingsvelden worden omschreven, in volgorde van toenemende onlustgevoelens: verlichting van symptomen, ongevraagde levensbeëindiging, hulp bij zelfdoding en euthanasie.

Op 1 april 2002 werden euthanasie en hulp van artsen bij zelfdoding legaal in Nederland. Onder de Nederlandse wetgeving zijn artsen niet langer strafbaar mits zij een uitgebreide aangifteprocedure volgen en de statutaire vereisten van zorgvuldig handelen in acht nemen. Zie voor meer informatie:

www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/faq-euth-2008-en-geupdate-020408-eng.pdf.

Omdat er maar weinig, laat staan goed gedetailleerde, informatie bestaat over de *emotionele impact* die beslissingen over het levenseinde hebben op Nederlandse huisartsen,⁵⁻¹⁰ was ons doel hierover kwalitatieve inzichten te verwerven, mede om die in het onderwijs aan aios huisartsgeneeskunde te kunnen gebruiken.