

# HUMANISERING VAN DE GENEESKUNDE EN MEDICAL HUMANITIES

## Onderscheid en overeenkomsten

Door: Dr. S. Spinsanti\*

*Sandor Spinsanti, onafhankelijk ethicus en leider van een scholingsinstituut voor zorgprofessionals en managers, is kritisch over het project van de Camillianen. Hij vindt dat zij de term 'humanisering' te vrijblijvend en te religieus invullen. Spinsanti stelt voor om voor de humanisering van de zorg aan te sluiten bij een andere, niet exclusief Rooms-katholieke ontwikkeling: de beweging van de Medical Humanities.*

### Medemenselijkheid

Als we in de geneeskunde spreken over de noodzaak van *humanisering*, moeten we deze *humaniteit* allereerst verstaan als het geheel van morele kwaliteiten die zorgverleners eigen moet zijn. Een episode uit een boek van de Engelse schrijver Thomas de Quincey, *De laatste dagen van Immanuel Kant*, vormt een goede aanleiding om dit thema nader te onderzoeken. De Quincey steunt op wat Vasiansky vertelde over de laatste periode van het leven van Kant, die hij persoonlijk had meegemaakt. Hij verhaalt ons een bijzondere gebeurtenis. De oude Kant kon zich nog maar met veel moeite uitdrukken; Vasiansky moest de woorden die Kant brabbelde, verklaren. Toen de dokter bij Kant op bezoek kwam, vroeg deze of Kant wilde gaan zitten. Maar Kant bleef staan. De Quincey laat in zijn boek Vasiansky aan het woord:

*'Ondertussen bleef hij (Kant) staan, maar je kon zien dat hij elk ogenblik op de grond zou kunnen vallen. Ik gaf aan de arts te kennen - want daar was ik van over-*

*tuigd- dat Kant zolang zijn benen het uithielden, niet zou gaan zitten als zijn gasten nog niet gezeten waren. De arts twijfelde, maar Kant die gehoord had wat ik zei, bevestigde mijn verklaring van zijn gedrag en zei helder en duidelijk: 'God wil niet dat ik zó diep zou zinken en de plichten van de humaniteit zou vergeten.'*

In de term die Kant gebruikte, *Humanität*, zit ongetwijfeld de oude betekenis van hoffelijkheid en voorkomendheid, maar daarmee is niet alles gezegd. Er zit een verwijzing in naar de plichten van menselijkheid, ten opzichte van zichzelf en ten opzichte van de naaste. Er bestaat zoiets als plicht van medemenselijkheid.

### Een goede dokter

Waar men nadenkt over de plichten van de medicus, heeft men steeds deze plicht van medemenselijkheid meegenomen in de kenmerken van de goede geneeskundige.

---

We gaan uit van de Latijnse definitie van de medicus: *vir bonus, sanandi peritus*, een goed mens, bekwaam in het genezen. Maar over welke *bonitas*, goedheid, hebben we het dan? Verstaan we het in bijvoeglijke zin (een *goed arts*) of in predicatieve zin (een *goede arts*)?

De beweging van humanisering in de geneeskunde legt de nadruk op de predicatieve zin:

ze verlangt een *goede medicus*, die handelt zonder eigenbelang, aandacht heeft voor de problemen van de patiënten, in staat is een gesprek aan te gaan, empathie aan de dag legt. Deze verwachting worden vaak uitgedrukt in de term 'holistisch': een bepaalde manier van kijken naar de patiënt en omgaan met het ziektebeeld, op grond van de bekwaamheden en de deugden van de arts.

Van een *goed medicus* verwacht men iets anders: vooral wetenschappelijke competentie en een goede beheersing van de geneeskunde. Wetenschap gepaard aan geweten, zoals we dat van een goed medicus verwachten, heeft tegenwoordig een heel helder profiel: ze wordt *evidence based* gepraktiseerd. Vaste richtlijnen hebben de therapeutische vrijheid vervangen, die vroeger soms een synoniem waren van willekeur en ongemotiveerde keuzes. Slechte klinische geneeskunst kan niet ethisch zijn. Toch is klinische bekwaamheid niet voldoende om een goed arts te zijn. De nieuwe benadering is opgenomen in de meest recente beroepscode voor medici in Italië (december 2006). De professionele en managementkwaliteiten worden als volgt beschreven (art.6):

*De medicus handelt vanuit het beginsel van doelmatigheid van behandeling, met eerbied voor de autonomie van de persoon en houdt rekening met het juiste gebruik van hulpmiddelen. De medicus is eraan gehouden iedere vorm van discriminatie op het terrein van de gezondheidszorg tegen te gaan, om alle burgers dezelfde mogelijkheden van toegang, beschikbaarheid, gebruik en kwaliteit van de zorg te garanderen.*

Een goed medicus moet naast wetenschappelijke kennis eveneens communicatieve aardigheden hebben om de geneeskunde op *de juiste wijze* uit te oefenen, zoals de huidige cultuur dat vereist, die immers gericht is op eerbied voor de zelfbeschikking van ieder patiënt.

En hij/zij moet beschikken over managementkwaliteiten, overeenkomstig de eisen van de organisatie-ethiek. Kortom, een medicus moet niet alleen bekwaam zijn op biomedisch gebied, maar moet evenzeer competent zijn op het brede terrein van *Medical Humanities*.

### **De goede patiënt**

De plichten van medemenselijkheid betreffen ook, als in een spiegel, degenen die een beroep doen op de gezondheidszorg. Zonder vervulling van die plichten kun je geen 'goede patiënt' zijn. De *Humanität* van de oude Kant, die vertaald kan worden in termen van goede manieren en eerbied, is niet meer voldoende in de context van de zorg. Volgens Kant is 'de bevrijding uit onmondigheid die men aan zichzelf te wijten heeft' het doel van de Verlichting en de toegang tot de moderniteit. De Verlichting, zo geformuleerd, heeft de uitoefening van de geneeskunde grondig veranderd. Toen de verhouding tussen geneeskundige en patiënt in de gezondheidszorg getekend was door paternalisme, was de goede patiënt iemand die volgbaar en onderdanig was, die zich voegde naar de arts en zich aan hem toevertrouwde. De patiënt vertrouwdde op het onderscheidingsvermogen van de medicus en bemoeide zich zo min mogelijk met de beslissingen die deze nam.

Het is zeker niet verboden zich ook nu nog volgens dit model te gedragen, maar toch verwachten we dit eigenlijk niet meer van een 'goede patiënt'. Aan de nieuwe rechten van de patiënte beantwoorden ook nieuwe plichten en nieuwe verantwoordelijkheden. Hij/zij moet deelnemen aan het beslissings-traject, vooral door te zich te informeren en vragen te stellen. Die goede patiënt is niet degene die

---

zijn mond houdt. Integendeel! Door vragen te stellen wordt er een klinisch kader geschapen waarbinnen de patiënt en de medicus samen beslissen. De patiënt moet ook de beperkingen aanvaarden die de gezondheidszorg heeft. Niet alle gewenste diensten kunnen geleverd worden. Iemand die zich overgeeft aan vraatzucht en daarmee de gerechtvaardigde belangen van andere burgers schaadt, kan geen goede patiënt zijn. Dergelijke overwegingen zijn onderdeel van de *empowerment* om een goede patiënt te kunnen zijn. Dat is immers het ideaalmodel waarvoor de *Medical Humanities* zich sterk maken.

### Vorming en opleiding in Medical Humanities

We ruimen eerst een misverstand uit de weg: *Medical Humanities* is niet hetzelfde als de veel genoemde en geroemde 'humanisering van de geneeskunde'. Deze laatste betekent meestal niet meer dan een oproep aan professionals in de gezondheidszorg om rekening te houden met bepaalde gevoeligheden van patiënten. De waaier van gedragingen die *onmenselijk / inhumaan* worden genoemd, is heel breed. Het gaat van het gebrek aan respect dat men iedere persoon verschuldigd is tot aan de opvatting dat een patiënt een object is in plaats van een subject met wie men in verhouding treedt. Impliciet is de oproep tot 'humanisering van de geneeskunde' een beschuldiging van de onmenselijkheid ervan.

Vanuit retorisch oogpunt is het evident: dit soort waardeoordelen zet ons op het verkeerde been. De professional die het verwijt te horen krijgt ongevoelig en onmenselijk te zijn, schiet natuurlijk in de verdediging. De term 'humaniseren' is te vaag: de geneeskunde of de ziekenhuizen *humaniseren* kan van alles betekenen en is daarom niet goed bruikbaar.

Daarbij komt nog dat de term, in Italië, een religieuze connotatie heeft. Het zijn hier immers de zie-

kenhuiscongregaties als Camillianen en Broeders van St. Jan de Deo die onder de programmatisch vlag van 'humanisering' een veranderingsproces in de zorg ter sprake hebben gebracht. Ook buiten de religieuze context is er overigens sprake van 'humanisering' van de gezondheidszorg. De wettelijke bepalingen die het begin van de jaren '90 de gezondheidszorg in Italië herstructureerden, sturen aan op kwalitatieve meetinstrumenten om 'personalisering en humanisering van de hulpverlening' aan het licht te brengen.<sup>1</sup> Ik denk daarom dat we de term 'humanisering' moeten laten vallen, omdat die nu eenmaal dubbelzinnig en misleidend is.

*Medical Humanities* is iets anders. Het gaat hier om een dringende oproep om de geneeskunde te beoefenen met het hart, vanuit een basishouding van menslievendheid (fijngevoeligheid en liefde voor mensen zijn allerminst bijkomstigheden voor een goede geneeskunde!) en eerbied voor de rechten van een zieke. We kunnen de term beschouwen als een container waarin verschillende voorwaarden samenvloeien. Het feit dat we een onbekende Engelse term gebruiken kan een positief gevolg hebben. Immers, het veegt de vooronderstellingen van de term 'humanisering' weg en bepaalt ons bij de vraag waarover we precies spreken.

Meer dan een specifieke discipline verstaan we onder *Medical Humanities* een cluster van weten en handelen, kennis en praxis. Alle menswetenschappen die zich bezig houden met de mens in zijn zichtbare lichamelijkeheid, leveren er een bijdrage aan zowel de historisch-interpretatieve wetenschappen als ook de normatieve wetenschappen, bijvoorbeeld het recht en de ethiek.<sup>2</sup>

*Medical Humanities* worden ook gevoed door het taalspel van de kunsten: letterkunde, beeldende kunst, muziek en allerlei esthetische ervaring. Zodoende lijken ze meer op een continent dan op een eiland, ook al zijn de landstreken van dit continent zeer verschillend en vragen ze ieder afzonderlijk om een eigen wijze van benadering en onder-

zoek. In *Medical Humanities* hebben we te maken met een meerdere methodologiën. Het recht vraagt immers om een andere methode dan de culturele antropologie. Zo moet ook een roman heel anders benaderd worden dan een onderwerp uit de *narrative based Medicine*.

*Medical Humanities* zijn in veel gevallen een nieuwe en ongewone manier om de geneeskunde te verstaan. Maar dat komt vooral door de enge, positivistische opvatting van de geneeskunde in het Westen. In de grote, historische traditie van de geneeskunde en in andere culturen hebben *Medical Humanities* altijd recht van spreken gehad. De huidige aanhangers ervan verlangen naar een medicus die tevens humanist is. Daarmee is bedoeld een medicus die zijn kennis niet alleen put uit de wetenschap, maar ook uit de kunst en deze zelf eventueel als amateur (liefhebber) beoefent. Een veelzeggend citaat in dit verband: 'Wie alleen van geneeskunde verstand heeft, heeft geen verstand van geneeskunde.'<sup>3</sup> In dit licht kunnen we ook het langdurige debat over de 'twee culturen' te boven komen.<sup>4</sup>

### Keurmerk?

U zult zich nu wellicht afvragen: waaraan kan ik de professionele gezondheidswerker herkennen die zich de verworvenheden van de *Medical Humanities* eigen heeft gemaakt? Waarin onderscheidt zich bij voorbeeld een chirurg die zich hierop baseert? Zijn *Medical Humanities* hetzelfde als het in stelling brengen van affectieve intelligentie, het mobiliseren van empathische en communicatieve vermogens zodra een geneeskundige in aanraking komt met een patiënt die getekend is door ziekte of een mogelijk levenseinde? Mijn persoonlijk antwoord op deze vraag is eigenlijk negatief.

Ik denk dat het niet wenselijk is dat artsen en verpleegkundigen een M.H. aan hun naam toevoegen bij wijze van beroepstitel, zoals in de Angelsaksische wereld een PhD (doctor in de filosofie /

geesteswetenschappen) gecombineerd wordt met een MD (arts) of RN (verpleegkundige). Kwaliteit in de gezondheidszorg - professioneel, relationeel en organisatorisch - is een hoog ideaal, maar er bestaat geen garantiezegel waarop je blindelings kunt vertrouwen. Steeds opnieuw moet die kwaliteit worden beproefd en ze krijgt in elke context een specifiek gezicht. Het streven van *Medical Humanities* is niet een eigen 'merk' geneeskunde, maar goede geneeskunde zonder meer.

Tenslotte nog een concrete vraag. Hoe ziet een vormings- en opleidingstraject van *Medical Humanities* eruit? Bij wijze van voorbeeld noem ik een cursus van het Istituto Giannini in Rome voor artsen en verpleegkundigen betreffende richtlijnen over geanticipeerde beslissingen omtrent het levenseinde. Op grond van concrete situaties die door professionele gezondheidswerkers werden aangebracht, is men er bezig geweest op allerlei terreinen:

psychologie, sociologie, culturele antropologie, ethiek, recht. Aan bod kwamen vragen als:

- hoe kun je op betrouwbare manier de wensen die een patiënt uit, in kaart brengen?
- wat is de rol van familieleden bij informatie en beslissing?
- wat zijn de rollen van het gezin en de familie?
- wat is de inhoud van het begrip autonomie?
- wat is de waarde van voorafgaande wilsbesluiten: bindend of indicatief?

Bij het onderzoek naar deze vragen, stuitte de beroepskrachten op semantische problemen: niet iedereen verstond begrippen als *waarheid*, *hoop*, *waardigheid* op dezelfde manier. De narratieve benadering werd verduidelijkt aan de hand van verhalen die geschiedenis hebben gemaakt (Mary Ann Quinlan, Nancy Cruzan, Terry Schiavo), maar ook van voorbeelden die deelnemers zelf inbrachten. Bij wijze van conclusie heeft men methoden voorgesteld om in een vroeg stadium wensen en voorkeuren van patiënten te verzamelen en ze te communiceren aan alle professionals die bij het

therapeutisch proces betrokken zijn. Stukjes uit de televisieserie E.R. waarin geanticipeerde wilsuitingen van patiënten gedramatiseerd worden, hebben de ogen van de deelnemers geopend voor het thema van deze voorafgaande manieren om hun wil kenbaar te maken.

Zo verstaan zijn *Medical Humanities* niet alleen bedoeld om de ziel van de medicus te 'verfraaien', maar om zijn horizon te verbreden en daarmee zijn taak uit te voeren met alle eisen die daaraan gesteld mogen worden. En zodoende wordt de medische act als zodanig geïntegreerd.

(Uit het Italiaans vertaald door Han Akkermans)

\* Dr. S. Spinsanti is directeur van Istituto Giano, Instituut voor 'Medical Humanities' and management in de gezondheidszorg te Rome

#### Noten

- 1 D.Leg vo 502/1992, art.14.
- 2 Hiermee zijn bedoeld de *Humanwissenschaften* of *Geisteswissenschaften* zoals de Duitse historicus-filosoof W.Dilthey die onderscheidde van de *Naturwissenschaften*. De eerste houden zich bezig met het 'verstaan' van verschijnselen, de tweede richten zich op de 'verklaring' ervan.
- 3 Letamendi, een 19e eeuwse medisch-filosoof uit Spanje.
- 4 C.P.Snow, *The Two Cultures and the scientific Revolution*, 1960.

advertentie



## Retraite 'Herbronnen' voor geestelijk verzorgers

28 t/m 31 maart 2011

Uw kwaliteit als geestelijk verzorger is luisteren naar het verhaal van de ander. In deze retraite gaat het om uw verhaal. Wat zijn de bronnen die u voeden en inspireren. Stil worden, mediteren, wandelen, tot **rust** komen en weer nieuwe energie opdoen voor uw leven en werk.



De retraite is in het bijzondere **klooster in Chevetogne** - België, met zowel Latijnse als Byzantijnse vieringen. Je verwonderen over de prachtige iconen in de Byzantijnse kerk en genieten van het gezang van de monniken. De **begeleiding** is door Elisabeth Brouwer van Bureau BALANS, geestelijk verzorger i.o. en al jaren begeleider van pelgrimstochten en retraites en Ari van Buuren, gestalttherapeut en voormalig hoofd van de Dienst voor Levensoriëntatie en Geestelijke Verzorging in het UMC Utrecht.

Meer **informatie** op [www.bureaubalans.eu](http://www.bureaubalans.eu) of tel. 06 29353311

BALANS