

KOMT EEN 'PERSOON' BIJ DE DOKTER

Jenny Slatman

INLEIDING

In haar boek *Waar Was Ik Toen Ik Er Niet Was?* betoogt Monica Meijsing dat er geen metafysisch fundament is voor de 'persoon'.¹ Zij stelt aldus dat er niet een bepaald 'iets' is, niet een specifiek psychologisch of neurologisch kenmerk of substraat dat de kern vormt voor ons persoon-zijn. Dat klinkt wellicht verontrustend omdat persoon-zijn toch meestal wordt opgevat als iets dat cruciaal is voor ons menselijk bestaan. Zo schrijft de Amerikaanse filosoof Harry Frankfurt bijvoorbeeld: "The criteria for being a person [...] are designed to capture those attributes which are the subject of our most humane concern with ourselves and the source of what we regard as most important and most problematical in our lives."² Wij zijn wezens die bewust zijn van onszelf, die kunnen nadenken over onszelf, die bepaalde zaken belangrijk vinden in het leven, die een bepaald levensverhaal hebben, en die zichzelf als een 'ik' of 'zelf' opvatten en die dat blijven doen ook als ze door de tijd heen steeds veranderen. Door al deze eigenschappen, zo wordt vaak gezegd, onderscheiden we ons van andere levende organismes. Een mens is niet enkel een lichaam maar ook een persoon. Nu is het niet zo dat Monica dit ontkent, maar zij stelt dat er niet iets

¹ Meijsing (2018).

² Frankfurt (1971): 6.

in een individu is dat het persoon-zijn van dit individu vormt. We worden geen persoon omdat er iets in onszelf zit dat daarvoor zorgt. Nee, we worden personen door andere personen, zegt Monica.³ We worden of zijn personen omdat anderen ons als personen herkennen en erkennen.

Als er nu ergens een praktijk is waarin men zich vaak heel veel moeite getroost om anderen zoveel mogelijk als persoon te bejegenen, en in de opvatting van Monica dus zoveel mogelijk tot persoon te maken, dan is dat de hedendaagse gezondheidszorg. In de gezondheidszorg strooit men graag met termen als 'persoonsgericht' of 'menslievend'. Dat is eigenlijk best gek. Want het is toch duidelijk dat het in medische praktijken altijd draait om mensen en dus om personen. We zouden het vast heel raar vinden als we andere menselijke praktijken 'menslievend' gaan noemen. Menslievend winkelen, onderwijs of verkeer? Dat men in de gezondheidszorg vaak op heel expliciete wijze spreekt van 'menslievend' of 'persoonsgerichte zorg' heeft alles te maken met het gegeven dat patiënten in de hedendaagse gezondheidszorg (sinds de negentiende eeuw) vaak gereduceerd worden tot hun ziekte, tot (de meetbare symptomen in) hun lichaam.⁴ Slogans als 'je moet de patiënt behandelen, niet de ziekte' worden nogal eens herhaald in medische opleidingen. Dokters en andere medische professionals moeten blijkbaar extra hun best doen om hun patiënten als personen te bejegenen omdat de reductie tot een pakketje anatomie altijd op de loer ligt. Door de sterke neiging tot anatomisering en pathologisering lijkt de 'persoon' nogal eens uit het zicht te raken in de hedendaagse geneeskunde.

In dit artikel wil ik analyseren op welke verschillende manieren de 'persoon' verschijnt in de theorie en praktijk van de hedendaagse

³ Meijsing (2018): 234.

⁴ Voor een filosofisch-historische analyse van deze tendens tot anatomiseren en pathologiseren, welke de geboorte van de hedendaagse geneeskunde markeert, zie het boek *Naissance de la clinique* van Foucault (1963).

gezondheidszorg. Hiervoor zal ik eerst beschrijven wat er onder 'gepersonaliseerde geneeskunde' wordt verstaan, en aangeven dat deze vorm van geneeskunde pas persoonsgericht kan worden wanneer er voldoende aandacht wordt besteed aan de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. Vervolgens zal ik bespreken waarom het voor dokters vaak zo ingewikkeld is om recht te doen aan deze persoonlijke voorkeuren. Of persoonlijke voorkeuren daadwerkelijk gerespecteerd worden, of er daadwerkelijk recht wordt gedaan aan wat de persoon in kwestie wil, hangt af van de manier waarop de dokter vormgeeft aan de arts-patiënt relatie, hoe de arts communiceert met de patiënt. In het laatste stuk van mijn betoog zal ik laten zien dat goede communicatie alleen niet voldoende is om recht te kunnen doen aan de 'persoon' van de patiënt. Dit zal ik doen aan de hand van het geval waarin geen communicatie mogelijk is met de patiënt: de bewusteloze patiënt op de operatietafel. Van zo'n bewusteloos pakketje botten, spieren en ingewanden kan de 'persoon' makkelijk onder de handen van de chirurg wegglijpen. Toch hoeft dat niet. Op grond van Monica's opvatting van persoon als 'tweede persoon' kunnen we zeggen dat er ook in die gevallen altijd nog een 'persoon' bij de dokter aanwezig is.

PERSONALISEREN VAN MEDISCHE BEHANDELINGEN

Als je van een vreemde planeet afkomstig zou zijn en vanuit een dergelijk extern perspectief naar onze geneeskunde en gezondheidszorg zou kijken dan zou je vast en zeker de indruk krijgen dat de 'persoon' belangrijk is. De laatste vijftien jaar is *'personalized medicine'* – gepersonaliseerde geneeskunde – immers het toverwoord geworden in de gezondheidszorg. Deze opvatting van 'gepersonaliseerd' lijkt echter weinig te maken te hebben met wat filosofisch aangeduid wordt met persoon-zijn. Een karakteristieke uitspraak voor wat er verstaan wordt onder 'gepersonaliseerd' is die van Francis S. Collins: 'When

genes go wrong, it gets personal.⁵ Onze individuele genetische make-up zorgt voor 'persoonlijke' ziektes en vraagt om een 'gepersonaliseerde' aanpak. Als directeur van het *National Human Genome Research Institute* was Collins de leider van het *Human Genome* project (1990-2003), en hij was ook degene die in 2000 samen met toenmalige VS-president Bill Clinton en VK-premier Tony Blair wereldkundig maakte dat ze het 'instructieboek' van menselijk leven grotendeels ontrafeld hadden. Clinton was voornamelijk verheugd om te leren dat mensen allemaal hetzelfde zijn, dat 99,9 % van het menselijk DNA voor ieder mens hetzelfde is ongeacht ras of etniciteit, en dat er dus geen genetische fundering voor racisme is. 'The most important fact of life on this earth is our common humanity', zo zei hij.⁶ Wat hem betreft viert de genetica het feest van gemeenschappelijkheid en niet dat van individuele personen. Voor de medische praktijk ligt dat natuurlijk anders. Onderzoekers en klinici zijn juist erg blij met de mogelijkheid van het uitlezen (sequensen) van DNA omdat er zo genetische defecten opgespoord kunnen worden, waardoor ziektes beter gediagnosticeerd, behandeld en voorkomen kunnen worden.

Wetenschappelijke doorbraken in de genetica hebben er onder andere toe geleid dat er veel meer inzicht is gekomen in de verschillende vormen van borstkanker. Zo is er bijvoorbeeld ontdekt dat ongeveer dertig procent van de gevallen van borstkanker samengaat met een zogenaamde over-expressie van het Her2/neu-gen. Deze vorm van borstkanker is meestal erg agressief. Echter door het ontwikkelen van het medicijn Herceptin dat direct ingrijpt op de genetische over-expressie is deze ziekte nu juist heel goed behandelbaar geworden.⁷ Ook werden er in de loop van de jaren 1990 twee genen geïdentificeerd welke verantwoordelijk zijn voor erfelijke borstkanker: BRCA1 en BRCA2. Een defect van een van deze twee genen vergroot de kans op het

⁵ Collins (2010): 23)

⁶ Clinton (2000).

⁷ Bazell (1998).

krijgen
genetis
ampute
binnen
onlang
aangev
van de
overbe
borsttu
recidie
dat ge
behand
toeges

geschi
zorg is
ik zo o
hetzel
iedere
patiën
willen
weten
die ee
gezon
gerela
en gro
interv

⁸ Van o

krijgen van borstkanker enorm. Wanneer een vrouw drager is van een dergelijk genetisch defect kan ze overwegen om haar borsten preventief te laten amputeren, zodat ze de ziekte nooit zal krijgen. Een recenter ontwikkeling binnen de borstkankercare is de introductie van de MammaPrint®. Deze onlangs goedgekeurde weefseltest kan op basis van genetisch onderzoek aangeven in welke gevallen het niet nodig is om een patiënt na het verwijderen van de borsttumor ook nog te behandelen met chemokuren, en kan zo dus overbehandeling voorkomen.⁸ Voorheen was het zo dat alle patiënten met een borsttumor van een bepaalde grootte standaard chemokuren kregen om recidieven of uitzaaiingen te voorkomen. Wat deze voorbeelden laten zien, is dat genetica het mogelijk maakt om veel gericht te onderzoeken en te behandelen. Daar waar mogelijk, worden behandelingen zoveel mogelijk toegesneden op het genetische pakket van een individu.

Nu zal iedereen denken: het is toch logisch dat artsen altijd de meest geschikte behandeling geven aan iedere individuele patiënt. Individu-gerichte zorg is uiteraard van belang voor zorg die op de persoon gericht is. Maar zoals ik zo dadelijk zal uitleggen, is individu-gericht en persoonsgericht niet zomaar hetzelfde. Om recht te kunnen doen aan de individuele (en unieke) situatie van iedere patiënt wordt geneeskundestudenten geleerd dat de situatie van de patiënt in de behandelkamer altijd een 'N = 1' situatie is. Hedendaagse dokters willen nogal eens statistiek gebruiken om hun klinische slagvaardigheid wetenschappelijk te onderbouwen. Dat is niet voor niets. Vergeleken met al die eeuwen daarvoor heeft de twintigste-eeuwse gezondheidszorg enorm veel gezondheidswinst geboekt. En dat is voornamelijk te danken aan populatie-gerelateerd onderzoek en behandeling: grootschalige vaccinatieprogramma's en grootschalige studies naar het voorkomen van ziektes en de effectiviteit van interventies. Voor deze benadering is statistiek uiteraard cruciaal. Sinds de

⁸ Van der Hoeven (2017).

jaren 1990 is statistiek nog belangrijker geworden door de komst van *Evidence Based Medicine* (EBM). Volgens EBM-maatstaven is een (nieuw) medicijn (of interventie) effectief als, op basis van een gerandomiseerde klinische studie met een grote steekproef, kan worden vastgesteld dat er een statistisch significant verschil is tussen de effecten in de studiegroep en die van de controlegroep. Dit is natuurlijk een prachtige manier om de effectiviteit van een medicijn te meten, maar het helpt de dokter maar matig met haar of zijn 'N = 1 geval'. Een grote klinische studie mag dan wel hebben vastgesteld dat een bepaald medicijn effectief is, het is maar zeer de vraag of dat medicijn ook daadwerkelijk werkt bij die ene patiënt in jouw behandelkamer. Omdat de proefpersonen die meedoen aan klinische studies patiënten zijn die (meestal binnen een bepaalde leeftijdsgroep) geselecteerd worden op een enkele aandoening (waarvoor het te testen medicijn is ontworpen) is het niet zo waarschijnlijk dat patiënten "in het wild" die dikwijls meer dan één specifiek gezondheidsprobleem hebben overeenstemmen met de gemiddelde patiënt uit de studie. Met dit in ons achterhoofd kunnen we zeggen dat gepersonaliseerde geneeskunde een bijzonder goede aanvulling is op de populatie-gerelateerde EBM. Toch is het de vraag in hoeverre gepersonaliseerde geneeskunde nu echt afwijkt van EBM. Je kunt natuurlijk ook zeggen dat het enkel om het verkleinen van populaties gaat: van de populatie van vrouwen met borstkanker naar bijvoorbeeld de populatie van vrouwen met borstkanker met Her2/neu overexpressie.

De Engels-Amerikaanse filosoof Donna Dickenson stelt dat we niet te lichtvaardig moeten denken over de huidige verschuiving van behandeling en onderzoek van grote populaties (wat zij 'we-medicine' noemt) naar behandelingen specifiek gericht op genetische verschillen (wat zij 'me-medicine' noemt).⁹ Zij ontkent geenszins dat gepersonaliseerde geneeskunde

⁹ Dickenson (2013).

gezond
is haar
gezond
vaccina
of zon
algeme
van m
genetis
kostba
worder
gemoti
en n
gepers
person
I
enkel
hier in
bent n
andere
amput
inform
welke
vindt
toeges
dokter
voork

gezondheidswinst heeft opgeleverd door specifiekere medicijnen. Maar, en dat is haar belangrijkste punt, het is de vraag hoe eerlijk en rechtvaardig die gezondheidswinst gedeeld wordt. Bij populatie-interventies zoals nationale vaccinatie- of screeningprogramma's kan de hele bevolking – arm of rijk, met of zonder immigratiegeschiedenis – hier in beginsel van profiteren. Het algemeen belang (*common good*) is echter niet altijd gediend bij het ontwikkelen van medicijnen die enkel effectief zijn voor mensen met een bepaalde genetische constitutie. Omdat het ontwikkelen van medicijnen bijzonder kostbaar is, kan er niet voor iedere kleine groep een medicijn ontwikkeld worden en moeten er dus keuzes gemaakt worden. Veelal worden die keuzes gemotiveerd door de (commerciële) belangen van de farmaceutische industrie, en niet door de belangen van patiëntengroepen. Zogenaamde gepersonaliseerde geneeskunde pakt dus niet zomaar voor alle individuen, alle personen even goed uit.

Daarnaast zou je kunnen zeggen dat gepersonaliseerde geneeskunde enkel kijkt naar *wat* je bent, en niet naar *wie* je bent. Gepersonaliseerd betekent hier inderdaad niets anders dan geïndividualiseerde biologie. Wanneer je belast bent met een afwijking van het BRCA1 of BRCA2 gen kun je kiezen tussen, onder andere, het telkens laten controleren van je borsten, het preventief laten amputeren van je borsten, of niks doen. Natuurlijk zal de geïndividualiseerde informatie over je ziekte je kunnen helpen bij het maken van een keuze, maar welke keuze je uiteindelijk maakt, heeft toch te maken met wat *jij* belangrijk vindt in *jouw* leven. Wil de dokter ervoor zorgen dat de zorg echt wordt toegesneden op jouw persoon, dan is een genetische test niet voldoende. De dokter zal moeten uitvissen wat jij belangrijk vindt, wat jouw persoonlijke voorkeuren zijn.

RECHT DOEN AAN PERSOONLIJKE VOORKEUREN

Het belangrijkste instrument voor de 'diagnose' van patiënten-voorkeuren is de communicatie tussen dokter en patiënt. Omdat iedere arts en iedere patiënt anders is, kun je niet zomaar zeggen wat nu de beste manier van communiceren is. In navolging van de maatschappelijke tendens vanaf de jaren 1960 waarbij er een steeds grotere nadruk op individuele autonomie wordt gelegd, is men het er tegenwoordig wel over eens dat dokters niet zomaar kunnen beslissen voor hun patiënten. Dit is in Nederland wettelijk vastgelegd in de WGBO – de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst uit 1995. In deze wet wordt onder andere aangegeven dat een arts alleen tot een behandeling mag overgaan wanneer de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven en dat patiënten altijd een *second opinion* kunnen aanvragen en een behandeling ook altijd kunnen weigeren. Wanneer er verschillende behandelingen mogelijk zijn bij een bepaalde aandoening, dan moet de arts alle alternatieven benoemen (ook het alternatief om niks te doen), van ieder alternatief aangeven wat de voor- en nadelen zijn, en vervolgens moet de patiënt een keuze maken. Hier, zou je kunnen zeggen, kan de patiënt zijn of haar persoonlijke voorkeuren naar voren brengen.

Toch is dat allemaal makkelijker gezegd dan gedaan. Voor veel mensen – en zeker voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden – is het maken van dergelijke keuzes helemaal niet evident en al helemaal niet als het om complexe behandeltrajecten gaat. Daarnaast kan het zo zijn dat artsen goedbedoeld en ongemerkt hun eigen persoonlijke voorkeuren voordragen ('als ik u was, zou ik...'), of weinig moeite doen om er werkelijk achter te komen wat de voorkeuren van hun patiënten zijn. Als we nog even teruggaan naar het voorbeeld van borstkanker: een studie heeft laten zien dat artsen denken dat 71% van vrouwen met borstkanker het heel belangrijk vindt om hun borst(en) te kunnen behouden en dus als het even kan zullen kiezen voor

een bo
dit ech
patiënt
makke
dien.¹⁰
toppri
in je s
omdat

wil zeg
is doc
gedaar
doet v
Alleer
ander
bover
behar
was v
geïmp
huisa
dus h
het k
dan t
laten
al ve

¹⁰ Mul
¹¹ Bij l
kan er
de tur
borsts

een borstsparende ingreep, terwijl slechts 7% van vrouwen met borstkanker dit echt belangrijk vindt. Een dergelijk verschil in wat een arts denkt dat de patiënt belangrijk zal vinden en wat een patiënt zelf belangrijk vindt, leidt makkelijk tot een 'foutieve diagnose van preferenties' met alle gevolgen van dien.¹⁰ Als jouw arts er zo van overtuigd is dat het sparen van de borst(en) topprioriteit voor de meeste vrouwen is, dan moet je als patiënt wel heel stevig in je schoenen staan, wil je kiezen voor een behandeling met borstamputatie omdat je bijvoorbeeld geen radiotherapie wilt.¹¹

Wanneer een patiënt geïnformeerde toestemming heeft gegeven – dat wil zeggen toestemming heeft gegeven nadat hij of zij voldoende geïnformeerd is door de arts – zou de arts ervan uit kunnen gaan dat hij of zij recht heeft gedaan aan de persoon. Nu is het natuurlijk erg belangrijk dat een arts niets doet wat een patiënt niet wil. Een patiënt kan een behandeling altijd weigeren. Alleen in extreme gevallen (wanneer iemand een gevaar voor zichzelf of anderen wordt) kan een dwangbehandeling opgelegd worden. Maar zoals boven aangegeven, wordt er in de praktijk best wel vaak overgegaan tot een behandeling waarvan de patiënt (achteraf) niet altijd het idee had dat dat iets was wat hij of zij echt wilde. Vaak wordt er gehandeld op grond van wat je geïmpliceerde toestemming kunt noemen. Wanneer ik met een wratje naar de huisarts ga, gaat deze ervan uit dat ik wil dat dit wratje weggehaald wordt en dus haalt hij het weg zonder daar veel woorden aan vuil te maken. Toch zou het kunnen zijn dat ik enkel naar hem toega om te vragen wat het is, en als ik dan te horen krijg dat het totaal onschuldig is, dat ik het dan misschien wel wil laten zitten. Maar voordat ik dat allemaal voor mezelf helder heb, is mijn wratje al verdwenen. Natuurlijk is het verwijderen van een wratje een kleinigheid,

¹⁰ Mulley, Trimbe & Elwyn (2012).

¹¹ Bij bepaalde vormen van borstkanker – meestal bij een kleine, niet-agressieve tumor – kan er gekozen worden tussen een borstamputatie en een borstsparende operatie. Omdat de tumor nog klein is, hoeft er na amputatie geen radiotherapie gegeven te worden. Een borstsparende operatie gaat daarentegen altijd samen met radiotherapie.

maar in feite geldt de optie 'liever niks doen' voor vrijwel alle ziektes en aandoeningen. In de ogen van menig arts, die graag wil helpen door iets te doen, is de optie 'niets doen' niet altijd goed voorstelbaar. Zo schrijft arts-filosoof Bert Keizer treffend: 'Het is onfortuinlijk (maar valt niet anders te regelen) dat tachtigers door veertigers bediend worden in een ziekenhuis [...] Er liggen heel wat tachtigers op de IC [intensive care, JS] omdat veertigers niet dood willen.'¹²

Een huidige tendens binnen de arts-patiënt communicatie die erop gericht is om besluitvorming voor medisch handelen zoveel mogelijk te laten aansluiten bij wat een patiënt echt wil, en die er dus op gericht is om de hierboven beschreven discrepantie tussen het perspectief van de arts en het perspectief van de patiënt zoveel mogelijk te reduceren, is de zogenaamde gedeelde besluitvorming (*shared decision making*, SDM). Belangrijke pijlers voor SDM vormen het aanbieden van zo duidelijk mogelijke informatie omtrent mogelijke behandelingen, ervoor zorgen dat de patiënt zich betrokken voelt bij de besluitvorming, maar tegelijkertijd niet de gehele verantwoordelijkheid voor de beslissing bij de patiënt leggen.¹³ In de praktijk leidt dit tot de ontwikkeling van steeds meer en vaak ook betere informatie, meestal in de vorm van digitale keuzehulpen.

Dit is natuurlijk allemaal toe te juichen. Maar, zoals ik elders heb uitgelegd, is het naast al deze verbetering in informatievoorziening wel cruciaal dat de arts *samen* met de patiënt verkent wat nu eigenlijk precies de voorkeuren van de patiënt zijn.¹⁴ Het is namelijk helemaal niet zo dat wat mensen voor zichzelf belangrijk vinden ook altijd voor henzelf helemaal duidelijk is. Vrouwen bij wie borstkanker is geconstateerd hebben voor die diagnose meestal nog nooit nagedacht over de manier waarop hun borsten wel of niet

¹² Keizer (2010): 31.

¹³ Pieterse, Brand, Basoski & Siggelbout (2017).

¹⁴ Slatman (2015).

belangrijk zijn voor henzelf. Dokters gaan er vaak vanuit dat cosmetische overwegingen – dus hoe het lichaam eruit zal zien na de behandeling – doorslaggevend zijn. Uit mijn eigen onderzoek kwam naar voren dat dit niet zomaar voor alle vrouwen geldt. Ook hoe het lichaam en de borst aanvoelen, is voor veel vrouwen belangrijk.¹⁵ In het geval van borstkanker waarbij verschillende behandelingen mogelijk zijn, kan de dokter helpen om de voorkeuren van de patiënt boven water te krijgen door bijvoorbeeld de volgende vragen te stellen: ‘Kunt u zichzelf voorstellen met één borst?’, ‘Vindt u het belangrijk om een symmetrisch lichaam te hebben?’, ‘Hoe zou u het vinden als anderen kunnen zien dat u een borstoperatie heeft gehad?’, ‘Kunt u zich voorstellen dat uw borst na de behandeling mogelijk heel anders aanvoelt, en hoe zou u dat vinden?’¹⁶ Dit is niet het soort vragen die dokters stellen, maar dat zouden ze natuurlijk best kunnen aanleren.

Goede communicatie is dus meer dan het verstrekken van duidelijke informatie. De Tilburgse neuroloog Leo Visser merkt op dat vrijwel alle dokters van mening zijn dat goede communicatie belangrijk is, maar dat vrijwel geen enkele arts ook maar een beetje getraind is in communicatievaardigheden. Tijdens de jarenlange opleiding tot arts is meestal maar een handjevol uren gereserveerd voor het trainen van communicatievaardigheden. Bovendien is het zo dat studenten na hun basisdiploma verder opgeleid worden door andere artsen, die zelf ook niet echt (en vaak nog minder) zijn getraind in communicatievaardigheden. Dokters die goede communicatie belangrijk vinden, denken vaak dat zij (van nature) al heel goed zijn in communicatie en verder geen scholing nodig hebben.¹⁷ Dat een beetje training toch wel op z'n plek zou zijn laat Visser duidelijk zien in zijn beschrijving van vele gevallen waarin het akelig misging. Een voorbeeld wat veelzeggend is, is de (bijna)

¹⁵ De Boer, Van der Hulst & Slatman (2015); Slatman, Halsema & Meershoek (2015).

¹⁶ Slatman (2015): 71

¹⁷ Visser (2017): 101-106.

stelselmatige onheuse bejegening van patiënten met obesitas door dokters. Er worden dikwijls grappen gemaakt over dikke mensen en klachten van dikke mensen worden vaak niet serieus genomen omdat veel artsen er (geheel ten onrechte) vanuit gaan dat al die klachten veroorzaakt worden door het overgewicht en dat deze mensen dan eerst maar eens flink moeten afvallen, wil de dokter ze een blik waardig gunnen.¹⁸ Er zijn dus vele 'personen' te redden wanneer dokters niet alleen geschoold worden in anatomie en pathologie, maar ook in communicatie.

RESPECT VOOR DE PERSOON

Goede communicatie is cruciaal om recht te kunnen doen aan de patiënt als persoon. Maar wat nu als de patiënt niet in staat is om te communiceren, bijvoorbeeld wanneer hij of zij onder narcose is? Voor een chirurg is het vast heel erg verleidelijk om ervan uit te gaan dat een mens zonder bewustzijn geen persoon is en dat je dit pakketje organen dan ook niet als zodanig hoeft te bejegenen. Dat een dergelijke opvatting tot moreel dubieuze praktijken kan leiden, wordt duidelijk uit het geval Bramhall. Eind 2017 werd de Britse chirurg Simon Bramhall op staande voet ontslagen uit het *Queens* ziekenhuis in Birmingham nadat hij had toegegeven dat hij in 2013 bij twee patiënten zijn initialen, SB, in hun lever had gebrand met het chirurgische schroei-apparaat. In januari 2018 werd Bramhall een boete van 10.000 pond en een taakstraf opgelegd door de rechter.¹⁹ De patiënten in kwestie hebben zelf niets gemerkt van deze merkwaardige medische signatuur. Er was geen anatomische of functionele schade aangericht; het gebrande vlees was snel geheeld. Dat wist

¹⁸ Visser (2017): 141-147. Visser geeft overigens ruitelijk toe dat hij zelf ook eens de fout in was gegaan doordat hij hardop had gezegd 'ook dit lukt niet' bij het willen uitvoeren van een bepaalde test bij een zeer zwaarlijvige vrouw, waarbij eerdere ingrepen moeilijk waren verlopen omdat de apparatuur niet berekend was op een zo'n groot lichaam (p. 144). Hij heeft dit achteraf recht gezet door zijn excuses aan te bieden.

¹⁹ BBC (2018).

Bramhall van tevoren natuurlijk ook wel – hij wilde ook helemaal geen schade berokkenen.

Primum non nocere, allereerst niet schaden, zo luidt het belangrijkste beginsel van de Hippocratische artseneed.²⁰ Er is geen lichamelijke schade berokkend door Bramhall, maar toch vinden we wat hij deed moreel verwerpelijk, en vinden we het terecht dat hij gestraft is. Bij zijn veroordeling werd hem voornamelijk arrogantie en machtsmisbruik verweten. Het voorval kwam eigenlijk toevallig aan het licht, omdat een van de patiënten later nog eens aan de lever geopereerd moest worden. Op de vraag waarom hij dit gedaan had, antwoordde Bramhall dat dit soort operaties erg lang duren, en dat een grapje zoals dit een beetje ontspannend werkt. Nu is wel algemeen bekend dat chirurgen graag grappen maken of anders naar harde rockmuziek luisteren terwijl ze opereren om zo een prettig werkbare sfeer te creëren. Het branden van eigen initialen in inwendige organen lijkt echter toch van een andere orde. Een van zijn slachtoffers gaf zelfs aan dat toen zij hoorde wat er bij haar gebeurd was, dat ze zich misbruikt, verkracht voelde.²¹ Dit is goed voorstelbaar. Iemand heeft immers iets met haar lichaam gedaan waarvoor ze geen toestemming heeft gegeven. Het is duidelijk dat hier sprake is van inbreuk op haar lichamelijke integriteit. Maar hoe zat het met de ‘persoon’ van deze patiënt?

Als (zelf)bewustzijn en herinnering een voorwaarde is voor ‘persoon’ zijn, zoals Locke en vele filosofen met hem stellen, dan zou je kunnen zeggen dat er helemaal geen ‘persoon’ aanwezig was tijdens de operatie en dat het dus logisch is dat een arts zo’n slapend lijf niet bejegend als een persoon. Ook later

²⁰ Bij het krijgen van hun artsenbul spreken afgestudeerde artsen een artseneed uit. In de hedendaagse Nederlandse versie van deze eed (uit 2003) staat het Hippocratische voorschrift als volgt: ‘Ik zal aan de patiënt geen schade doen’. De gehele tekst van de eed is te vinden op de website van de *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (KNMG): www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/artseneed.htm.

²¹ BBC (2018).

heeft deze patiënt niets van deze misstap ervaren. Ze heeft er geen herinnering aan, niets. We zouden daarom kunnen zeggen dat filosofen die ervan uit gaan dat persoon-zijn van een individu wordt gevormd door het gegeven dat dit individu van zichzelf bewust is en herinneringen van zichzelf heeft, dokters een vrijbrief geven om hun patiënten onder narcose niet meer als personen te zien. Monica Meijings²² analyse van persoon-zijn geeft nu juist (morele) handvaten om ook bewusteloze patiënten binnen de gemeenschap van personen te houden. Zoals hierboven al kort opgemerkt stelt Monica dat mensen personen zijn of worden, omdat anderen ze als zodanig herkennen en erkennen. Of iemand een persoon is, wordt dus bepaald door de bereidheid van anderen om dit individu als persoon te bejegenen. Met een verwijzing naar Annette Baier, stelt Monica dat we eigenlijk altijd 'tweede personen' zijn.²³ Dat een bewusteloze patiënt zijn of haar persoon-zijn verliest, komt dus niet door het (tijdelijke) verlies van bewustzijn, maar doordat een chirurg – zoals Bramhall – het persoon-zijn niet erkent.²⁴

Nu is het natuurlijk zo dat een chirurg die aan het opereren is zich moet concentreren op de specifieke anatomische structuren die voor hem of haar op de tafel liggen. En daarom zal het ongetwijfeld goed zijn dat chirurgen hun patiënten tot hun lichaam te reduceren, maar we mogen hopen dat ze hun patiënten ook altijd als personen blijven herkennen en erkennen. Dokters kunnen dit leren door snijzaalpractica. Dit soort practica helpen niet enkel bij het verwerven van anatomische kennis, maar dit onderwijs met echte dode

²² Meijings (2018).

²³ Meijings (2018): 237.

²⁴ Naast de patiënt onder narcose vormt ook de patiënt met dementie een uitdaging voor filosofische theorieën welke het 'persoon-zijn' funderen in zelfbewustzijn en persoonlijke herinneringen. In een ander artikel hebben Monica Meijings en ik samen de casus van dementie geanalyseerd en betoogd dat het persoon-zijn van iemand met dementie zolang geborgd is als deze individu door anderen wordt opgenomen in de gemeenschap van personen (Meijings & Slatman, 2018). Vaak wordt het als heel erg beschouwd als iemand met dementie een naaste niet meer als zodanig herkent. Wellicht is het belangrijker om als naaste degene met dementie te blijven herkennen en erkennen (Taylor, 2008).

lichamel
ze op r
dode lic
zoals ee
persoon
unbeimis
en licha
mijn eig
gepruts
halen h
grappig
waardo
maag.²⁷
geneesl
opleidi
dokters
te redu
die heb

TOT BE
In dit a
persoo
in de g

²⁵ Slatm

²⁶ Prent

²⁷ Voor

optione

enkel ar

om de 6

²⁸ Slatm

lichamen (in plaats van simulatiemodellen) traint artsen in opleiding ook hoe ze op respectvolle wijze met bewusteloze lichamen om kunnen gaan.²⁵ Ook dode lichamen in de snijzaal dragen nog de sporen van een persoonlijk leven, zoals een tattoo of het spoor van een trouwring.²⁶ Het herkennen van dit persoonlijke in het dode lichaam maakt het bezoek aan de snijzaal ook zo'n *unheimisch* gebeuren. Het is veel makkelijker om met onpersoonlijke lichamen en lichaamsdelen om te gaan (of met een simulatiemodel). Zo kan ik me van mijn eigen eerste snijzaalbezoek eind jaren tachtig nog goed herinneren dat het gepruts met al geanalyseerde anatomische preparaten die je uit bakken moest halen helemaal niet eng of vervelend was. Maar toen een medestudent, die grappig wilde zijn, het groene laken van een nieuw en intact lijk wegtrok, waardoor er opeens een mens lag, kreeg ik toch wel een enorme knoop in mijn maag.²⁷ En ik was niet de enige. Een dergelijk *unheimisch* gevoel kan zeker voor geneeskundestudenten in het algemeen, en specifiek voor chirurgen in opleiding, een belangrijke morele waarde hebben, omdat het de aankomende dokters leert dat, hoe erg je ook je best doet om het lichaam op de operatietafel te reduceren tot een object, er weldegelijk ook een persoon op de tafel ligt en die heb je als arts te respecteren.²⁸

TOT BESLUIT

In dit artikel heb ik laten zien dat wanneer dokters recht willen doen aan de persoon van de patiënt, dat ze dan op grond van hedendaagse ontwikkelingen in de genetica allereerst recht zullen willen doen aan de individuele biologie

²⁵ Slatman & Flipse (2019): 216.

²⁶ Prentice (2012): 43.

²⁷ Voor mij als student fysiotherapie was het bezoek aan de snijzaal niet verplicht maar optioneel. Anders dan geneeskundestudenten mochten wij zelf niet snijden. Wij mochten enkel anatomische preparaten observeren, betasten en aan structuren (zoals pezen) trekken om de 'mechanica' van het 'bewegingsapparaat' beter te leren doorgronden.

²⁸ Slatman (2014).

van de patiënt in kwestie. Dat is wat *personalized medicine* nastreeft. Maar een individu is niet hetzelfde als een persoon. Rechtdoen aan de persoon impliceert dat je rechtdoet aan iemands persoonlijke voorkeuren. Hiervoor is goede communicatie vereist. Een ander punt dat ik heb aangestipt, en dat veel minder voor de hand ligt dan de observatie dat goede communicatie belangrijk is, is dat objectivering van de patiënt niet noodzakelijkerwijs samengaat met de-personalisering.

Artsen moeten vaak allerlei handelingen verrichten aan of in (verdoofde en niet-verdoofde) lichamen. Bij dit soort handelingen zal de dokter het lichaam van de patiënt toch vooral als een (anatomisch) ding of object benaderen. Hierdoor lijkt de persoon van de patiënt naar de achtergrond verdwenen te zijn, maar dat hoeft helemaal niet. Zolang de dokter bij deze objectiverende benadering niet uit het oog verliest wat voor de patiënt in kwestie belangrijk is en dat ook respecteert, blijft er respect voor de persoon bestaan. Er zijn zelfs momenten waarop een objectiverende benadering de relatie en de communicatie tussen dokter en patiënt kan verstevigen. Een objectiverende benadering kan helpen om een zekere afstand tot het eigen lichaam te creëren, en een dergelijke afstand kan op sommige momenten heel heilzaam zijn. Een mooi voorbeeld wordt gegeven door Rachel Prentice die observeerde dat een chirurg voor een armoperatie tegen een patiënt zei: 'I am just borrowing your arm for a bit, but don't worry, I'll give it back.'²⁹ Door deze uitspraak wordt de arm gereduceerd tot een ding, en door te suggereren dat dit ding losgemaakt wordt van de persoon met de belofte dat er goed voor gezorgd zal worden en ook weer teruggeven zal worden, wil de chirurg de patiënt geruststellen. Omdat de chirurg de metafoor van lenen gebruikt, spreekt zij de patiënt direct als persoon aan. Alleen een persoon kan iets van zichzelf uitlenen. Tegelijkertijd wordt er aangegeven dat het lichaam(sdeel) met

²⁹ Prentice (2012): 63.

respect beh
uitleent. W
patiënten d
het vast we

REFERENTIE

- Bazell, R. (19
York,
BBC. (2018).
<https://www.bbc.com/health/2018/08/180821-personalised-medicine>
Clinton, B. (2018). *Personalized Medicine*. New York: HarperCollins.
Collins, F. S. (2018). *Personalized Medicine*. New York: HarperCollins.
Boer, M. de, & van den Broek, P. J. (2018). A lo
recon
Dickenson, I. (2018). *Personalized Medicine*. New York: HarperCollins.
Foucault, M. (1976). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Frankfurt, H. & W. Schöningh.
Hoeven, J. J. (2018). *Philosophy of Medicine*. Result.
Keizer, B. (2018). *Tijdschrift voor Filosofie*.
Nerde
Meijsing, M. (2018). *Nijmegen*.
Meijsing, M., & van den Broek, P. J. (2018). *voor W*.
Mulley, A. C. (2018). *prefer*.
Pieterse, A., & van den Broek, P. J. (2018). *gedee*.
Prentice, R. (2012). *Contact*.
& Lo

respect behandeld zal worden, zoals je kunt verwachten van zaken die je uitleent. We mogen hopen dat chirurgen er een gewoonte van maken om patiënten dergelijke op objectivering gestoelde beloftes te doen. Dan laten ze het vast wel uit hun hoofd om hun initialen in organen te branden.

REFERENTIES

- Bazell, R. (1998). *Her-2: The making of herceptin, a revolutionary treatment for breast cancer*. New York, NY: Random House.
- BBC. (2018). 'Liver branding' surgeon Simon Bramhall fined £10,000. (12 January 2018), <https://www.bbc.com/news/uk-england-birmingham-42663518>.
- Clinton, B. (2000). Text of the White House Statements on the Human Genome Project. *New York Times* (June 26, 2000), <https://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/library/national/science/062700sci-genome-text.html>.
- Collins, F. S. (2010). *The language of life: DNA and the revolution in personalized medicine*. New York, NY & London, UK: Harper Perennial.
- Boer, M. de, van der Hulst, R., & Slatman, J. (2015). The surprise of a breast reconstruction: A longitudinal phenomenological study to women's expectations about reconstructive surgery. *Human Studies*, 38(3), 409-430.
- Dickenson, D. (2013). *Me medicine vs we medicine: Reclaiming biotechnology for the common good*. New York, NY: Columbia University Press.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris, France: PUF.
- Frankfurt, H. G. (1971). Freedom of the Will and the Concept of a Person. *The Journal of Philosophy*, 86(1), 5-20.
- Hoeven, J. J. M. van der (2017). Met MammaPrint minder vaak adjuvante chemotherapie. Resultaten van de MINDACT-studie bij vrouwen met borstkanker. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 161, D1369.
- Keizer, B. (2010). *Onverklaarbaar bevoond. Het wonderlijke domein van de hersenen*. Amsterdam, Nederland: Balans.
- Meijnsing, M. (2018). *Waar was ik toen ik er niet was? Een filosofie van persoon en identiteit*. Nijmegen, Nederland: Vantilt.
- Meijnsing, M., & Slatman, J. (2018). De persoon met dementie. *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte*, 110(3), 249-271.
- Mulley, A. G., Trimble, C., & Elwyn, G. (2012). Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *British Medical Journal BMJ*, 345, e6572.
- Pieterse, A., Brand, P., Basoski, N., & Siggelbout, A. (2017). Alles wat u moet weten over gedeelde besluitvorming: Een investering van arts en patiënt in betere zorg. *Medisch Contact*, 12, 34-36.
- Prentice, R. (2012). *Bodies in formation: An ethnography of anatomy and surgery education*. Durham & London, UK: Duke Press.

- Slatman, J. (2014). Ethiek belichaamd door de chirurg. *Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde*, 23(6), 50.
- Slatman, J. (2015). Zelf beschikken, samen beslissen over het eigen lichaam In T. Wobbes & M. Van den Muijsenbergh (Red.), *Baas over eigen lichaam? Dilemma's rond zelfbeschikking en gezondheid* (pp. 59-74). Nijmegen, Nederland: Valkhof Pers.
- Slatman, J., & Flipse, A. (2019). Lichaamsbeelden in de gezondheidszorg. In T. Pieterse & G. Widdershoven (Red.), *Basisboek filosofie & geschiedenis van de gezondheidszorg* (pp. 199-218). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Slatman, J., Halsema, A., & Meershoek, A. (2015). Responding to scars after breast surgery. *Qualitative Health Research*, 26(12), 1614-1626.
- Taylor, J. S. (2008). On recognition, caring, and dementia. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 313-335.
- Visser, L. (2017). *Menselijkheid in de zorg: De arts-patiëntrelatie*. Amsterdam, Nederland: SWP.

HIER BEN IK
Liber amicorum voor Monica Meijsing

Hans Dooremalen
redactie

Tilburg, 2020
Departement Filosofie Tilburg University