

Reanimatie

**Een sociologische analyse van een modern ritueel
rondom de dood**

Hugo van der Wedden

Inhoudsopgave

4	Voorwoord
6	Inleiding
7	De realiteit van de reanimatiepraktijk
8	Reanimatie als zinloos ritueel rondom de dood
9	Reanimatie als zinvol ritueel rondom de dood
9	Vijf latente functies van de reanimatiepraktijk
10	Hoofdstukindeling en methodologie
11	Medicalisering van het hedendaagse sterfproces
11	De reanimatiepraktijk
12	Tot slot
13	Hoofdstuk 1: Omgaan met sterven door de eeuwen heen
13	De plotselinge dood als oudste vorm van sterven
14	Boerennederzettingen en het ontstaan van de goede dood
15	De getemde dood van Ariès
16	Veranderingen die leiden tot een geleidelijk, gemedicaliseerd sterven achter de coulissen van de samenleving
16	Philippe Ariès
17	Allen Kellehear
18	Norbert Elias
20	De opkomst van de verzorgingsstaat
21	Aan het sterfbed
21	Terugblik
23	Hoofdstuk 2: Medicalisering van het sterfproces in de hedendaagse praktijk
24	Het sterfproces
26	Symboliek en rituelen rond <i>the awareness of dying</i>
28	Het daadwerkelijke sterven
30	Hoofdstuk 3: Reanimatie als levensreddende handeling
30	De plotselinge dood
30	Het reanimatieprotocol in de praktijk
32	AED
32	<i>Advanced life support</i>
33	Nazorg
33	Reanimatie binnen het ziekenhuis
35	Beslissen om niet te reanimeren
36	Reanimeren uit angst voor juridische consequenties
38	Sabotage van een reanimatie
39	Terugblik
40	Hoofdstuk 4: De latente functies van de reanimatiepraktijk
40	Het kanaliseren van emoties
41	De omstanders in de publieke ruimte
42	Achter de coulissen
42	Paniek

43	Sociale waarde
44	Het onderdrukken van schuldgevoelens
45	In het ziekenhuis
47	Terugblik
47	De geleidelijke dood
47	De feiten
49	Geleidelijk, gemedicaliseerd en achter de coulissen van het maatschappelijk leven
51	Conclusie
52	Bronnen en literatuur

Voorwoord

Het ontstaan van deze Bachelorscriptie is het gevolg van een toevallige samenloop van omstandigheden. In 2002 ben ik na vier moeizame jaren gestopt met mijn studie sociologie en teruggekeerd naar het ziekenhuis om daar mijn verpleegkunde opleiding af te ronden. Twee jaar later stond ik op het punt om te beginnen aan mijn eindwerkstuk. Nog even en ik zou eindelijk echt verpleegkundige zijn! Mijn paper zou aanvankelijk gaan over de zorg voor patiënten met een Islamitische achtergrond, een thema dat ik toen hoogst interessant vond. Tot ik tijdens een nachtdienst voor het eerst in mijn ziekenhuiscarrière werd geconfronteerd met een reanimatiesituatie.

Een 80 jarige vrouw kreeg in mijn bijzijn een hartstilstand waarna ik meteen tot handelen overging. Ik kreeg van de arts en collega's complimenten voor mijn optreden, maar de oude vrouw overleed een dag later op de *intensive care*.

Deze situatie riep achteraf veel vragen bij mij op. Waarom was iedereen zo tevreden terwijl de vrouw overleden was? Had de reanimatie überhaupt kans van slagen gehad? Was de reanimatie een bewuste keus van deze vrouw of had ze geen idee wat er zou gebeuren mocht ze onverhoopt een hartstilstand krijgen?

Het fenomeen reanimatie heeft mij sindsdien niet meer losgelaten. Mijn eindwerkstuk voor de verpleegopleiding heb ik geschreven over het reanimatiebeleid in het ziekenhuis. Over mijn sociologische ideeën, die ik niet kwijt kon in dit werkstuk, mailde ik een essay naar de sociologiedocent Bart van Heerikhuizen, met wie ik tijdens mijn eerste studiejaren altijd goed contact heb gehad. Er ontstond een interessante correspondentie. Hij stimuleerde mij om terug te keren naar de Universiteit.

Het doet mij daarom deugd dat ik vier jaar na mijn eerste reanimatie, uitgerekend onder zijn begeleiding, deze scriptie heb geschreven. Zijn enthousiasme, vertrouwen en kritische houding zijn voor mij zeer belangrijk geweest, net als de literatuursuggesties die hij mij heeft gedaan. Bart, ik dank je hartelijk!

Naast Bart van Heerikhuizen zijn er nog een aantal mensen die ik dank verschuldigd ben. Ineke Teijmant bijvoorbeeld, coördinator van het bacheloronderzoek aan de faculteit Sociologie en mijn tweede begeleider. Zij heeft mij toestemming gegeven om op eigen wijze invulling te geven aan mijn Bachelorscriptie. Ineke, dank je wel voor het vertrouwen in een goede afloop. Daarnaast wil ik mijn ouders, Dirk van der Wedden en Ria van Hes, danken voor het kritisch meelesen en het op orde maken van de literatuurlijst. Ook Ilse van der Zee wil ik om dezelfde reden in het zonnetje zetten. Met een rode pen heeft ze mij gewezen op alle schrijffouten, slecht lopende zinnen en overbodige spaties. Top Ilse! Verder krijgt Sander Weisman een dikke pluim. Dat deze scriptie een mooi boekwerk is geworden is zijn verdienste en het is niet de eerste keer dat hij mijn werk van een mooi jasje heeft voorzien.

Tot slot wil ik Gerhard Nijhof bedanken. Deze professor in de Medische Sociologie, die inmiddels met emeritaat is, heeft mij tijdens de eerste jaren van mijn studie geleerd hoe je op een creatieve manier medische praktijken kunt analyseren en, belangrijker nog, dat je niet te snel een waardeoordeel moet toekennen aan gedragingen van mensen. Dat leidt er alleen maar toe dat je dingen niet ziet die er wel zijn.

Deze wijze les van Gerhard Nijhof heb ik proberen mee te nemen in deze Bachelorscriptie en ik draag hem daarom op aan hem. Professor Nijhof, ik dank u wel.

Voor Gerhard Nijhof,

Inleiding

Je kunt met recht zeggen dat het snel gegaan is met de integratie van de reanimatietechniek in de hedendaagse samenleving. In 1960 verscheen het eerste wetenschappelijke artikel over de toen nog experimentele combinatie van mond op mondbeademing en borstcompressie.¹ Inmiddels, nog geen vijftig jaar later, is het vrijwel onmogelijk geworden te sterven in de publieke ruimte zonder dat er een reanimatie wordt opgestart. In Nederland worden jaarlijks ongeveer 25.000 mensen gereanimeerd, waarvan circa 7.000 buiten het ziekenhuis.² Steeds vaker zijn het omstanders die niet alleen 112 bellen maar, in afwachting van de ambulance, zelf al beginnen met borstcompressie en mond op mondbeademing.³

Dat de reanimatiepraktijk zo snel een vanzelfsprekend onderdeel is geworden van de Nederlandse cultuur is het resultaat van succesvol beleid. De Hartstichting is met steun van de overheid al sinds 1974 zeer actief om zoveel mogelijk mensen te bekwamen in de basisvaardigheden.⁴ Een goede organisatie heeft er volgens de stichting zelf toe geleid dat een derde van de volwassen Nederlanders inmiddels een cursus heeft gehad in mond op mondbeademing en hartmassage.⁵ Het effect daarvan is terug te zien in de cijfers. Meer dan 50% van alle reanimaties buiten het ziekenhuis wordt door omstanders opgestart en er is geen land ter wereld dat het in dat opzicht beter doet.⁶ Het doel van de Hartstichting is dat percentage nog verder op te hogen.

Daarnaast stimuleert de Hartstichting de verspreiding van een eenvoudig te gebruiken draagbare defibrillator, de zogenaamde AED. Dit handzame apparaat, dat met een stroomstoot een verstoord hartritme weer in het gareel kan krijgen, is inmiddels op duizenden plekken in de publieke ruimte terug te vinden, en ook in het gebruik daarvan worden leken actief getraind.

Het succesvolle imago van de reanimatiepraktijk speelt ook een belangrijke rol. Een imago dat van meet af aan is ontstaan en eigenlijk nooit meer is verdwenen. De cardioloog Kouwenhoven beschreef in 1960 wel veertien succesvolle reanimaties binnen een onderzoeksgroep van 20 personen.⁷ Mede op basis van de euforie die dit onderzoek teweeg bracht werd een beleidskoers ingezet zoals hierboven is beschreven. De Hartstichting noemt vandaag de dag nog steeds succespercentages tot wel 70% in haar campagne, mits er binnen zes minuten wordt gereanimeerd en gedefibrilleerd.⁸

Een andere bijdrage aan het positieve imago wordt door medische televisieseries geleverd. In *E.R.* bijvoorbeeld, gaat er bijna geen aflevering voorbij zonder dat er met veel succes gereanimeerd wordt. Hoe banaal het ook moge zijn: het laten uitvoeren van een succesvolle reanimatie is de manier voor een scriptschrijver om zijn personages als helden neer te zetten, hetgeen een weerslag heeft op de beeldvorming. Uit onderzoek blijkt dan ook dat mensen een veel te positief beeld hebben van de succespercentages. Schattingen van boven de 50% zijn

¹ W.B. Kouwenhoven, J.R. Jude en G.G. Knickerboxer, 'Closed chest massage', *JAMA* (1960)173:1064-7

² J.M. van Delden, *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993) 30

³ Ruud Koster, 'Niemand speelt met reanimatie', *NRC Handelsblad* 19 mei 2006, pag.7

⁴ J.M. van Delden, *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993) 12

⁵ 'Falend hart en rozengeur', *de Volkskrant* 21 april 2007

⁶ R. Koster en R. A.Waalewijn, 'Reanimaties in en rond Amsterdam: factoren die de uitkomst bepalen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (2003) 147

⁷ W.B. Kouwenhoven, J.R. Jude en G.G. Knickerboxer, 'Closed chest massage', *JAMA* (1960)173:1064-7

⁸ www.zesminuten.nl

eerder regel dan uitzondering.⁹ En hoe meer medische fictie er gekeken wordt op tv, hoe hoger de schatting.¹⁰ Het succesvolle imago maakt mensen zeer welwillend een reanimatie te ondergaan, dan wel de vaardigheden aan te leren en daadwerkelijk toe te passen mocht dat nodig zijn.

Hoe belangrijk een positief imago is voor het draagvlak van de reanimatiepraktijk blijkt uit een onderzoek van D.J. Murphy naar de reanimatiewens van ouderen. De overgrote meerderheid van de respondenten gaf aanvankelijk aan gereanimeerd te willen worden mocht de nood aan de man zijn, maar na gedetailleerde informatie over de werkelijke overlevingskansen veranderde bijna de helft van mening.¹¹

Het is overigens niet alleen de beleving van het succespercentage dat gemanipuleerd wordt door televisiebeelden. In series gaat het vaak om jonge mensen met een ernstig trauma die gereanimeerd worden.¹² Ook de Hartstichting liet in één van haar campagne filmpjes een jonge, gezond ogende vrouw zien die vanuit het niets een hartstilstand krijgt en met behulp van een AED snel en succesvol wordt gereanimeerd.

De realiteit van de reanimatiepraktijk

In werkelijkheid overleeft in Nederland ongeveer 13,7% een ingezette reanimatie.¹³ Een gemiddelde, aangezien er nogal wat factoren zijn die het resultaat beïnvloeden. De Hartstichting legt wat dat betreft veel nadruk op de tijd tussen de hartstilstand en het opstarten van de reanimatie. Hoe eerder er gedefibrilleerd wordt hoe groter de kans op succes. Ook de oorzaak van de hartstilstand, de situatie waarin dat gebeurt en de conditie van de persoon voorafgaand aan het infarct spelen een belangrijke rol.

Op tv zien we vaak jongeren met een trauma die gereanimeerd worden, maar doorgaans zijn het chronisch zieke ouderen die bij een plotselinge adem- of hartstilstand een reanimatie ondergaan.¹⁴ Uit onderzoek naar de reanimatiepraktijk in en rond Amsterdam blijkt de gemiddelde leeftijd van de gereanimeerden vijfenzeventig jaar te zijn. De jongste persoon was negentien jaar, de oudste die een reanimatie onderging binnen dit onderzoek had de leeftijd van zesennegentig jaar bereikt.¹⁵

Wat ook niet klopt is het dichotome beeld van de uitkomsten. Het is niet zo dat je of gezond verder leeft, of gelijk sterft als blijkt dat de reanimatie zijn uitwerking heeft gemist. Een deel van de overlevenden houdt flinke neurologische schade over aan de reanimatie als gevolg van zuurstoftekort in de hersenen. In sommige studies gaat het zelfs om de helft van de overlevenden die in zekere mate permanent gehandicapt blijft.¹⁶ Van de mensen die sterven na een reanimatie doet een aanzienlijk deel dat pas dagen, weken of zelfs maanden na de hart-

⁹ G.E. Mead en C.J. Turnbull, 'Cardiopulmonary resuscitation in the elderly: patients' and relatives views', *Journal of medical ethics* (1995) 40

¹⁰ J. van den Bulck, 'The impact of television fiction on public expectations of survival following in hospital cardiopulmonary resuscitation by medical professionals', *European Journal of Emergency Medicine* (2002-9) 325-329

¹¹ D.J. Murphy, e.a., 'The influence of the probability of survival on patients' preference regarding cardiopulmonary resuscitation', *The new England journal of Medicine* (1994-330) 545-549

¹² S.J. Diem e.a., 'Cardiopulmonary resuscitation on television', *The new England Journal of Medicine* (1996-334) 1578-1582

¹³ J.M. van Delden, *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993) 52

¹⁴ S.J. Diem e.a., 'Cardiopulmonary resuscitation on television' (1996) 1578-1582

¹⁵ R. Koster en R. A. Waalewijn, 'Reanimaties in en rond Amsterdam: factoren die de uitkomst bepalen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (2003) 147

¹⁶ R.G. Geocadin, e.a., 'Neurologic prognosis and withdrawal of life support after resuscitation from cardiac arrest', *Neurology* (2006-67) 105-108

of ademstilstand.¹⁷ Een reanimatie wordt dan ook pas succesvol genoemd wanneer ontslag uit het ziekenhuis daadwerkelijk plaatsvindt.¹⁸ Er zijn onderzoekers die zelfs dat geen goed meetinstrument voor succes vinden omdat na drie jaar nog maar 41% van de ontslagen patiënten in leven is.¹⁹

Daar kan nog aan worden toegevoegd dat reanimatie alles behalve een zachtzinnige handeling is. Door de kracht van de borstmassage gebeurt het regelmatig dat er ribben breken. Er is mij zelfs een beschrijving bekend waarbij botsplinters van een gebroken rib in het hart terecht zijn gekomen.²⁰

Reanimatie als zinloos ritueel rondom de dood

Uit een breed scala aan medisch onderzoek komt dus een werkelijkheid naar voren dat niet aansluit bij de beeldvorming. Het succespercentage ligt aanmerkelijk lager dan door velen wordt verondersteld. Ook het beeld uit televisieseries, van het verloop van een reanimatie en wie er gereanimeerd worden, correspondeert niet met de werkelijkheid. Ondanks het positieve imago is er dan ook zeker kritiek op de reanimatiepraktijk, veelal van professionals die er in het dagelijks leven regelmatig mee in aanraking komen.

De Arts Ramírez Rivera is een mooi voorbeeld van zo'n kritische geest. Het onderstaande citaat is afkomstig uit het krachtig geschreven artikel *Let us not resuscitate the dead*.²¹

'Cardiopulmonary resuscitation (CPR) was developed as a preventive measure for sudden and unexpected death. This excellent technique has been misguided. It has been turned into an unmerited and cruel ritual in the horizon of all who are to die. CPR is particularly ineffective in the elderly'.

Het begrip ritueel krijgt in het artikel van Ramírez Rivera de betekenis van zinloos, van niets bijdragend. Van iets dat we in sommige situaties gezien het gewelddadige karakter eigenlijk achterwege zouden moeten laten. Er zijn meer mensen uit het veld die op een dergelijke wijze over het reanimeren van hoogbejaarden denken. Zo beschreef Bert Keizer in één van zijn columns voor *Medisch Contact* een reanimatie op straat van een oude vrouw door twee omstanders.²² Hij zegt daarin het volgende over de ingezette reanimatie:

'Ik legde (aan de omstanders) uit dat ik de dokter was in het gebouw waarnaast zich dit alles afspeelde en dat ik hun inspanningen op zijn best als zinloos inschatte'.

Reanimatie als zinvol ritueel rondom de dood

Zelf behoor ik ook tot de critici van de reanimatiepraktijk. Zowel in *de Volkskrant* als in *NRC Handelsblad* heb ik mij hard gemaakt voor betere informatievoorziening en meer keuzevrijheid rondom de reanimatiepraktijk.²³ Deze sociologische scriptie heeft echter niet als doel de reanimatiepraktijk vanuit medisch ethisch oogpunt kritisch te benaderen. Ook

¹⁷ J. Horn e.a., 'Prognostication for patients with coma following cardiopulmonary resuscitation', *NTvG* (2008) 308-313

¹⁸ J.M. van Delden, *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993) 52

¹⁹ H.L. Bloom e.a., 'Long-term survival after successful in-hospital cardiac arrest resuscitation', *American Heart Journal* (2007) 831-836.

²⁰ L.M.Kager en R.P.Wegener, 'Diagnose in beeld. Een vrouw overleden ondanks reanimatie', *NTvG* (2006) 695

²¹ J. Ramírez Rivera, 'Let us not resuscitate the dead', *Bol asoc Med P R* (1992)146-147

²² Bert Keizer, 'Herzieling', *Medisch Contact* (18 augustus 2006)

²³ Hugo van der Wedden, 'Hartstichting laat na nadelen reanimatie te vermelden' *de Volkskrant* 5 april 2007

Hugo van der Wedden, 'Reanimatie behoeft regelgeving' *NRC Handelsblad* 3 mei 2006

beoog ik niet een beleidsanalyse te maken, laat staan suggesties te doen ter verbetering. Mijn doel is om de reanimatiepraktijk als sociaal fenomeen in een breder, cultureel kader te plaatsen. De beschrijving van Ramírez Rivera, die een reanimatie neerzet als een ritueel rondom de dood is wat dat betreft zeer interessant.

Van de mensen die gereanimeerd worden overlijdt immers zo'n 86%. Een percentage dat op jaarbasis staat voor meer dan twintigduizend mensen in Nederland. Sterven na een reanimatie is daarmee een relatief veel voorkomende manier van overlijden in de moderne samenleving. Door een reanimatie te beschrijven als zinloos ritueel blijft Ramírez Rivera echter hangen in de oorspronkelijke, manifeste functie van de reanimatietechniek. Hoe begrijpelijk ook voor een arts, die zijn handelen puur op het medisch resultaat beoordeelt, voor een socioloog in spé bestaat er niet zoiets als een zinloos ritueel.

In deze scriptie wil ik dan ook aannemelijk maken dat een niet geslaagde reanimatie wel degelijk zin heeft gehad. Reanimatie fungeert in mijn optiek, wanneer het niet leidt tot het redden van een leven, als een functioneel ritueel rondom het sterven dat kan bijdragen aan het welbevinden van de naasten, de professionals, de omstanders in de publieke ruimte en de samenleving als geheel. De socioloog Robert Murton zou deze functies *latent* noemen aangezien ze niet bedoeld zijn en niet altijd herkend worden.²⁴ Ze hebben zich, met andere woorden, onbedoeld ontwikkeld in de alledaagse praktijk.

Vijf latente functies van de reanimatiepraktijk

Er zijn vijf latente functies van de reanimatiepraktijk die ik in deze scriptie wil beschrijven. Laat ik beginnen met de belangrijkste. Een niet geslaagde reanimatie verandert de plotselinge dood in een geleidelijk sterfproces. Daarmee sluit de wijze van sterven na een reanimatie in de praktijk haast naadloos aan op de manier waarop mensen doorgaans overlijden in de hedendaagse samenleving: geleidelijk, gemedicaliseerd en, zoals de socioloog Norbert Elias het noemt, '*Achter de coulissen van het maatschappelijk leven*'.²⁵ De plotselinge, onverwachte dood in de publieke ruimte wordt door een niet geslaagde reanimatie als het ware vertraagd en met gillende sirenes gebracht naar de plaats waar het sterven zich normaal gesproken afspeelt: de privé-sfeer van de medische instelling. Een geleidelijk, gemedicaliseerd stervensproces, dat zich afspeelt buiten het zicht van de samenleving brengt belangrijke voordelen met zich mee. Niet in de laatste plaats voor de publieke ruimte zelf.

De openbare plaatsen waar wij ons dagelijks begeven zijn gevrijwaard van de dood. In de Kalverstraat, op de Universiteit of in de plaatselijke *Albert Heijn* is er niets dat ons herinnert aan het feit dat wij sterfelijk zijn. Of, zoals de historicus Philippe Ariès het zegt: '*Het leven speelt zich af alsof noch ik, noch degenen die mij dierbaar zijn zouden kunnen sterven*'.²⁶ Wanneer iemand dan toch plotseling een hartstilstand krijgt in de publieke ruimte en lijkt te overlijden, dan draagt een reanimatie en de daarbij behorende gang naar het ziekenhuis er aan bij dat de publieke ruimte gevrijwaard blijft van de dood. Of de reanimatie nu slaagt of niet is wat dat betreft niet belangrijk. Het enige dat waarneembaar sterft is het geluid van de sirene in de verte.

²⁴Robert Murton; *Latent functions are the functions that are neither recognized or intended*. Geciteerd in: *Contemporary sociological theory. Expanding the classical tradition*. R.A. Wallace en R.A. Wolff (New Jersey, 2006) 51

²⁵Norbert Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd* (Amsterdam, 1984)

²⁶Philippe Ariès, *Met het oog op de dood* (Amsterdam 1975) 105

Een derde latente functie van de reanimatiepraktijk is het creëren van een helder gedragspatroon in een crisissituatie. Een plotselinge hartstilstand van een naaste of een omstander is een zeer schokkende gebeurtenis die hevige emoties oproept. Het gestandaardiseerde gedragspatroon dat de Hartstichting ons voorschrijft - van het bellen van 112, tot het starten van mond op mondbeademing en borstcompressie - kanaliseert deze hevige emoties. Een reanimatie dwingt ons tot een geciviliseerd gedragspatroon. Want hoe meer emoties, hoe kleiner de kans dat een reanimatie succesvol verloopt. Ook deze functie zal ik verder uitwerken in het verloop van deze scriptie.

De vierde functie is nauwelijks nog latent te noemen. Dat een reanimatie schuldgevoelens onderdrukt en op een positieve wijze kan bijdragen aan het rouwproces dat op het afscheid volgt wordt steeds openlijker onderkend. Bij de vraag of familieleden aanwezig mogen zijn bij een reanimatie in het ziekenhuis is het positieve effect op het eventuele rouwproces een belangrijk argument van de voorstanders. Nabestaanden kunnen dan met eigen ogen zien dat er echt alles aan gedaan is.

De vijfde functie van de reanimatiepraktijk gaat de samenleving als geheel aan. Door elkaar te reanimeren, mocht dat nodig zijn, laten we zien dat we een gemeenschap vormen. Een gemeenschap waarin ieder individu, of we hem nu kennen of niet, een bepaalde waarde heeft. Die waarde wordt symbolisch benadrukt door de mond op mondbeademing en borstmassage. Door een reanimatie op te starten wordt zichtbaar dat we de persoon in kwestie niet willen missen.

Hoofdstukindeling en methodologie

Voordat ik over kan gaan tot het uitwerken van de latente functies van de reanimatiepraktijk zal ik toch het een en ander moeten verduidelijken. Op de eerste plaats is dat de wijze waarop mensen in de hedendaagse samenleving sterven. Ik schreef al dat het stervensproces vandaag de dag geleidelijk en gemedicaliseerd verloopt en plaatsvindt achter de coulissen van het maatschappelijk leven, maar deze wijze van sterven valt niet goed te begrijpen zonder de geschiedenis daarvan in oogschouw te nemen. Hoe heeft het sterven zich ontwikkeld door de eeuwen heen en waarom zijn wij er toegekomen vorm en betekenis te geven aan het sterfproces zoals we dat nu doen? Deze vragen zullen in het eerste hoofdstuk centraal staan.

De veranderingen in de omgang met sterven valt op verschillende wijze te verklaren. De socioloog Allen Kellehear beschrijft het als een proces van rationalisering dat heeft geleid tot toenemende grip op het sterfproces.²⁷ In die ontwikkeling speelt het ontstaan van een geleidelijke dood en de voordelen die dat biedt ten opzichte van de plotselinge dood een centrale rol.

De historicus Philippe Ariès ziet de veranderingen in de omgang met sterven als een proces waarin we steeds minder geneigd zijn de dood als gegeven te accepteren en haar uiteindelijk, uit pure angst, tot taboe hebben verklaard.²⁸ Hij ziet, in tegenstelling tot Kellehear, een proces waarin we juist steeds minder grip op het sterven hebben. We zijn volgens Ariès als het ware vervreemd van de dood.

Norbert Elias, tenslotte, verklaart de veranderingen in de omgang met de dood aan de hand van een algemeen civilisatieproces.²⁹ Het sterven wordt, net als andere *dierlijke* gedragingen, in de loop van het civilisatieproces steeds meer beladen met schaamte en gêne en daardoor

²⁷ Allan Kellehear, *A social history of dying* (Cambridge, 2007)

²⁸ Philippe Ariès, *Met het oog op de dood* (Amsterdam, 1975)

²⁹ Norbert Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd* (Amsterdam, 1984)

verbannen naar de privé-sfeer, naar een plek achter de coulissen van het maatschappelijk leven.

Uiteindelijk zal blijken dat Kellehear, Elias en Ariès elkaar eerder aanvullen dan tegenspreken. Het werk van deze drie auteurs zal niet alleen centraal staan in het eerste hoofdstuk dat de geschiedenis in de omgang met sterven behandelt, maar een leidraad vormen voor deze scriptie als geheel.

Medicalisering van het hedendaagse sterfproces

In hoofdstuk twee zal het hedendaagse sterven aan de orde komen. Want hoe verloopt zo'n geleidelijk, gemedicaliseerd stervensproces achter de coulissen van het maatschappelijk leven daadwerkelijk? In de beschrijving daarvan zal de nadruk liggen op het handelen van artsen en verpleegkundigen, en hoe dat handelen te duiden is. Ik zal in dit hoofdstuk veelvuldig terugvallen op mijn eigen ervaringen. Als verpleegkundige en daarvoor als ziekenverzorgende heb ik aan het sterfbed van honderden mensen gestaan waardoor ik een redelijk beeld heb van hoe het hedendaagse sterfproces verloopt. Naast mijn eigen ervaringen en het werk van Kellehear, Ariès en Elias spelen twee auteurs een belangrijke rol in dit hoofdstuk.

Op de eerste plaats is dat de socioloog en filosoof Meerten ter Borg. In het artikel: *Op zoek naar hoop. Over genezing, magie en religie*, laat hij zien dat medisch handelen niet alleen rationeel van aard is, maar ook belangrijke zingevende functies heeft.³⁰ Functies die we doorgaans eerder associeren met dominees en priesters dan met artsen en verpleegkundigen. Juist de zingevende aspecten van het medisch handelen rondom het sterven staan centraal in dit hoofdstuk.

In het zichtbaar maken daarvan zal ik veelvuldig citeren uit het werk van Antropologe Anne-Mei The. Haar boek: *In de wachtkamer van de dood; leven en sterven met dementie in een verkleurde samenleving* is voor mijn empirische onderbouwing van groot belang.³¹

De reanimatiepraktijk

In hoofdstuk drie zal ik terugkeren naar de reanimatiepraktijk. Op de eerste plaats zal ik gedetailleerd ingaan op de techniek van het reanimeren. Want wat is het biologisch principe achter mond op mondbeademing en borstmassage en hoe behoort een reanimatie te verlopen? Door deze vragen centraal te stellen zal de nadruk in dit hoofdstuk liggen op de manifeste functie van de reanimatietechniek: het redden van een leven. Deze beschrijving zal grotendeels gebaseerd zijn op de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad, maar ook mijn eigen ervaringen zijn hier in meegenomen.³²

Het tweede gedeelte van dit hoofdstuk zal handelen over het reanimatiebeleid in het ziekenhuis, waarbij de beleving van artsen en verpleegkundigen centraal zal staan. Voor de beleving van de arts zal ik gebruik maken van verschillende onderzoeken die daar naar gedaan zijn. De dissertatie van J.J.M. van Delden; *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* fungeert hier als belangrijkste wetenschappelijke bron.³³

Om de beleving van de reanimatiepraktijk door verpleegkundigen inzichtelijk te maken gebruik ik een andere bron: ziekenhuisforum.nl.³⁴ Op deze *chatsite* bespreken verpleegkundigen met regelmaat de beslommeringen van de dagelijkse praktijk. Leuke

³⁰ M.B. ter Borg e.a., *Op zoek naar hoop. Over genezing, magie en religie* (Nijmegen, 1997)

³¹ Anne-Mei The, *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurde samenleving*. (Amsterdam, 2005)

³² Als verpleegkundige heb ik in totaal zeven reanimaties bijgewoond.

³³ J.M. van Delden, *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993)

³⁴ ziekenhuisforum.nl

dingen, vervelende dingen, aparte ervaringen en problemen waar ze tegenaan lopen. Ook de reanimatiepraktijk en hoe die beleefd wordt komt regelmatig aan de orde. Juist omdat verpleegkundigen op deze site het gevoel hebben onder elkaar te zijn, praten ze openlijk over hun gevoelens en beweegredenen rond de reanimatiepraktijk. Dat levert een schat aan empirisch materiaal op. Er worden door verpleegkundigen dingen gezegd die, zo vermoed ik althans, in een officieel interview niet snel naar voren zouden komen.

Zelf heb ik ook een tijdje meegedaan aan dit soort gesprekken op ziekenhuisforum.nl. Een uitspraak die ik aanhaal in dit hoofdstuk is van mij zelf afkomstig. Het gaat hier om een parafrasering van een bepaalde gedachtegang. Wanneer deze uitspraak aan de orde komt zal helder zijn dat deze door mij gedaan is. De overige uitspraken heb ik, om redenen van privacy, volledig geanonimiseerd.

De latente functies van de reanimatiepraktijk

In hoofdstuk vier, tenslotte, zal ik toekomen aan het primaire doel van deze scriptie. Stap voor stap zal ik de vijf latente functies van de reanimatiepraktijk uitwerken aan de hand van wat er in de voorgaande hoofdstukken aan de orde is geweest.

In het zichtbaar maken van de latente functies zal ik veelvuldig gebruik maken van beschrijvingen van reanimaties. Deze beschrijvingen hebben een zeer uiteenlopende achtergrond. Een paar zijn afkomstig uit verschillende kranten, anderen hebben een meer persoonlijk karakter. Deze zogenaamde egodocumenten heb ik gevonden op verschillende weblogs die toegankelijk zijn voor iedereen. Zo heb ik een beschrijving opgenomen van een ambulancemedewerker en een die geschreven is door de moeder van een kind dat gereanimeerd is. Ook ziekenhuisforum.nl zal wederom als bron fungeren in dit hoofdstuk.

Tot slot

Naast de bronnen die expliciet genoemd zijn in mijn hoofdstukindeling maak ik in deze scriptie veelvuldig gebruik van verschillende wetenschappelijke boeken en artikelen. De boeken die ik aanhaal hebben doorgaans een meer sociologisch karakter, de meeste artikelen zijn eerder medisch van aard. De Nederlandstalige publicaties zijn afkomstig uit het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* of *Medisch contact*. De artikelen die in het Engels zijn verschenen heb ik gevonden in *Pubmed*, een digitaal archief waarin miljoenen medische artikelen zijn opgenomen.

Hoofdstuk 1: Omgaan met sterven door de eeuwen heen

Een onontkoombaar onderdeel van het menselijk leven is dat wij zelf en onze naasten sterfelijk zijn. Aan ieder aards leven komt een einde, dat is nu eenmaal de natuur. Met de ontwikkeling die het menselijk samenleven heeft doorgemaakt de afgelopen eeuwen, van ‘jagers en verzamelaars’ samenleving naar de hoogmoderne, stedelijke maatschappij waarin wij nu leven, is de wijze van sterven en de betekenis die aan de dood wordt toegekend echter ingrijpend veranderd. In dit hoofdstuk zal ik uiteen zetten hoe en waarom die veranderingen hebben plaats gevonden.

De plotselinge dood als oudste vorm van sterven

De manier van samenleven die het grootste gedeelte van de menselijke geschiedenis in beslag heeft genomen staat binnen de Sociologie bekend als de ‘jagers en verzamelaars’ samenleving. Kenmerkend voor deze manier van leven, die tienduizenden jaren van onze geschiedenis in beslag neemt, is het Nomadisch bestaan. Kleine gemeenschappen van hooguit vijftig personen, die door de wereld trokken om te voorzien in hun onderhoud.

Het was een gevaarlijk bestaan waarbij de dood vrijwel continu op de loer lag en zich doorgaans zonder aankondiging openbaarde. Met name geweld was een belangrijke doodsoorzaak in de ‘jagers en verzamelaars’ samenleving.³⁵ Deels was dat geweld onderling. Primitieve oorlogen tussen verschillende nomadenstammen, over voedsel, territoria of eer maakten veel slachtoffers. De mens was echter niet alleen jager in deze periode, maar ook prooi voor andere dieren. Het gebrek aan efficiënte wapens of controle over het vuur maakte dat de vroege mens nog niet helemaal bovenaan de voedselketen stond.

Allen Kellehear beschrijft een aantal kenmerken van de wijze waarop mensen stierven in de ‘jagers en verzamelaars’ samenleving.³⁶ Zo trad de dood in de gewelddadige omgeving doorgaans vrij plotseling op. Er ging aan het sterven geen waarschuwing vooraf wat het praktisch onmogelijk maakte enige voorbereiding te treffen. Rituelen om mensen naar de dood te begeleiden bestonden er in deze fase dan ook niet. Daarmee was het sterven zelf, het biologisch einde, gezien het plotselinge karakter nog geen sociaal geïnstitutionaliseerd fenomeen.

Wat wel ontstond in deze fase van de geschiedenis van de mensheid is het idee van een leven na de dood. De geest zou na het verlaten van het lichaam vertrekken naar een andere plaats, het Walhalla of het paradijs. De dood werd ermee een locatie, een aparte plek waar de geest heen moest reizen nadat het lichaam gestorven was. *The other world journey*, zoals Kellehear deze basisgedachte noemt, is waarschijnlijk de oudste vorm van religieus denken.³⁷

The other world journey, die in vrijwel alle religies nog steeds een belangrijke rol speelt, ging gepaard met rituelen. Een voor de gemeenschap betekenisvol handelingspatroon om de overledenen voor te bereiden op de reis naar de andere wereld. Net als het leven zelf was de reis naar de andere wereld vol obstakels en hindernissen.

Kenmerkend voor deze periode is dat de stervende bij leven nog geen onderdeel was van deze rituelen. De dood trad vrij plotseling in, waardoor de rituelen pas na het overlijden konden worden uitgevoerd door de leden van de gemeenschap.

De mythes die rond het sterven ontstonden en de rituelen die daarmee gepaard gingen gaven al enigszins grip op de dood. Sterven kreeg een gemeenschappelijke betekenis. Een betekenis die werd vertaald in een helder en voor de gemeenschap bindend, ritueel gedragspatroon.

³⁵ Allan Kellehear, *A social history of dying*, (Cambridge, 2007) 21

³⁶ idem, 25

³⁷ idem, 37

Met het ontstaan van mythes werd het anticiperen op de dood echter steeds belangrijker. Om *The other world journey* goed voorbereid aan te gaan gaf het voordelen voor de stervende de dood aan te zien komen.³⁸ Voor de gemeenschap als geheel zou anticipatie op de dood om andere redenen belangrijk worden.

Boerennederzettingen en het ontstaan van de goede dood

Naar mate de mens zich steeds meer op een vaste locatie ging vestigen en landbouw en veeteelt haar intrede deed, veranderde ook langzaam maar zeker de manier waarop gestorven werd. Door de ontwikkeling van lange afstandswapens, zoals speren en pijl en boog, en de beheersing van vuur, werd de mens minder kwetsbaar voor andere diersoorten. Geweld werd daarmee als prominente doodsoorzaak, in samenhang met de groei van populaties, steeds meer vervangen door infectieziekten. Het pokkenvirus is wat dat betreft een goed voorbeeld. Deze ziekte kende een voorspelbaar verloop van ongeveer drie weken, maar na tien dagen waren de verschijnselen al zo herkenbaar dat zowel de zieke als de omgeving vrijwel zeker wist dat de dood voor deur stond.³⁹ Dit maakte het sterven meer geleidelijk en iets waarop te anticiperen viel.

Een belangrijke verandering die het ontstaan van de geleidelijke dood mogelijk maakte was dat het sterven zelf een sociaal geïnstitutionaliseerd gebeuren werd. Daarmee was de omgang met sterven niet meer iets dat alleen de achterblijvende gemeenschap aanging, zoals in de 'jagers en verzamelaars' samenleving. Voor de stervende zelf werd overlijden deels een *this world journey* in de zin dat men zich al in dit leven, in samenspraak met de geestelijke en de gemeenschap, kon voorbereiden op de reis naar de andere wereld.⁴⁰ Gebeden konden nu ook door de stervende zelf worden opgezegd. Zegeningen konden bij leven worden ondergaan. Hoe je je als stervende diende te gedragen werd een duidelijk omschreven rol. Een morele rol die gepaard ging met plichten en privileges in een actieve samenwerking met de gemeenschap.⁴¹

Vanuit dit perspectief ontstond het idee van een goede dood. De stervende had, voor hij daadwerkelijk zijn laatste adem uitblies, de gebruikelijke rituelen ondergaan en uitgevoerd voor het aangaan van *the other world journey*. Hij was goed voorbereid. Tevens had hij de mensen gesproken die hij nog moest spreken en ruzies bijgelegd. Het belangrijkste was echter dat de nalatenschap was geregeld in de anticiperende periode op de dood. Aandacht voor het welbevinden van de familie was van groot belang. Er kon pas sprake zijn van een goede dood wanneer de overerving van geld, land, statusposities en persoonlijke eigendommen helder was geregeld en gesanctioneerd door de gemeenschap.⁴² Een goede dood vertaalde zich in orde en continuïteit voor de gemeenschap als geheel.

Een ander, meer persoonlijk, aspect van de goede dood was het bewustzijn dat het sterven voor deur stond. *Awareness of dying*, zoals Kellehear het noemt, werd gezien als een teken van wijsheid en levenservaring. Ontkenning van de stervensrol paste niet in het klassieke idee van de goede dood.

Op zich was ontkenning in deze fase van het menselijk samenleven overigens nog iets vreemds. De mens stond dicht bij de natuur en sterven was net zo vanzelfsprekend als het komen en gaan van de seizoenen. De kans je daar op voor te bereiden was niet meer dan mooi

³⁸ Allan Kellehear, *A social history of dying* (Cambridge, 2007) 45

³⁹ idem, 87

⁴⁰ idem, 85

⁴¹ idem, 89

⁴² idem, 91

meegenomen.⁴³ De goede dood was dan ook zeker niet voor iedereen weggelegd. Het is een ideaal, in de zin dat het de perfecte manier van sterven was. In de meeste gevallen werd hier slechts gedeeltelijk aan voldaan.

De slechte dood, als het tegenovergestelde van de goede dood, kwam als vanzelfsprekend ook nog veel voor. Een slechte dood leidde tot wanorde en discontinuïteit. Rituelen konden niet worden uitgevoerd, ruzies werden niet bijgelegd en de erfenis, zo belangrijk voor de familie en de gemeenschap als geheel, kon niet helder worden verdeeld met alle conflicten van dien. Vooral de plotselinge, onverwachte dood werd gezien als slecht.⁴⁴

De getemde dood van Ariès

De goede dood zoals Kellehear die beschrijft in de vroege landbouwsamenleving vertoont sterke overeenkomsten met de manier waarop mensen volgens Philippe Ariès stierven in de Middeleeuwen. Op de eerste plaats vanwege de berusting en het zonder blikken of blozen accepteren van de dood door ridders en vrome monniken. Op de tweede plaats vanwege de rol die de stervende had bij zijn eigen afscheid. De *getemde dood*, zoals de term eigenlijk al zegt, is in de beleving van Ariès dan ook een goede dood.

Volgens Ariès wisten de ridders en monniken meestal, mocht de tijd daar zijn, dat hun dood nabij was. Niet op basis van een bovennatuurlijke, magische aankondiging, maar vanuit een innerlijke overtuiging.⁴⁵ *‘Ik zie en ik weet dat mijn einde gekomen is’*, of, *‘hij wist dat de dood nabij was’*, zijn citaten uit verschillende literaire werken die Ariès veelvuldig aanhaalt wanneer hij schrijft over de getemde dood. Dat sterven verliep volgens Ariès zonder teatraal vertoon, zonder veel emoties, eigenlijk op een heel simpele, eenvoudige wijze.⁴⁶ Vrijwel precies zo als het hoort bij een goede dood. Aanvaarding als teken van wijsheid en levenservaring.

Wat ook overeenkomt is de rol van de stervende in de voorbereidingen op de dood. Kellehear spreekt van een samenwerking met de gemeenschap in het tot stand komen van de rituelen. Ariès schrijft dan wel dat de regie vrijwel volledig in handen van de stervende lag, maar uiteindelijk was het toch, zo laat het onderstaande citaat zien, ook in het werk van Ariès een samenwerking tussen stervende en gemeenschap.

*‘Hij (de stervende) had de leiding en kende het protocol. Mocht hij iets vergeten of willen weglaten, dan was het aan de aanwezigen (...) om hem weer terug te brengen tot de routine die zowel christelijk als gebruikelijk was’.*⁴⁷

Wat bij Kellehear al enigszins aan de orde kwam, maar waar Ariès meer de nadruk op legt is dat de getemde dood een vrij openbaar ceremonieel was. De stervende bevond zich op een plaats voor iedereen toegankelijk. De aanwezigheid van kinderen, buren en familieleden was van essentieel belang.⁴⁸

Het verdelen van de erfenis was bij de goede dood van Kellehear al een belangrijk aspect, maar ook hier heeft Ariès oog voor, gezien het volgende citaat.

⁴³ idem, 85

⁴⁴ Allan Kellehear, *A social history of dying*, (Cambridge, 2007) 92

⁴⁵ Philippe Ariès, *Met het oog op de dood* (Amsterdam, 1975) 13

⁴⁶ idem, 21

⁴⁷ idem, 20

⁴⁸ idem, 21

'Ze (de stervenden) bereidden zich rustig en bijtijds voor, beslisten zelf wie de merrie zou krijgen en wie het veulen, wie de jas en wie de laarzen. En ze gingen rustig heen, alsof ze naar een nieuwe woning verhuisden'.⁴⁹

De overeenkomsten tussen de goede dood van Kellehear, zoals die zich ontwikkelde in vroege boeren nederzettingen en de getemde dood van Ariès, zoals die gebruikelijk was tijdens de Middeleeuwen zijn zo opmerkelijk dat er eigenlijk geen onderscheid lijkt te zijn. Een belangrijk verschil is echter het volgende. Kellehear beschrijft de goede dood als een ideaalbeeld. Als een manier van sterven zoals iedereen het wel wilde, maar dat slechts voor sommigen, vaak van hogere afkomst was weggelegd, en dan nog slechts in zekere mate. Ariès doet het voorkomen alsof vrijwel iedereen tijdens de Middeleeuwen de getemde, goede dood stierf zoals beschreven in de ridderverhalen uit die tijd. Kellehear is vrij kritisch over dit standpunt van Ariès, maar Norbert Elias was hem voor. In het essay *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd* zegt hij ondermeer het volgende over de wijze waarop Ariès het sterven tijdens de Middeleeuwen voorstelde.

'Vergeleken met nu was het sterven voor jong en oud onverhulder, alomtegenwoordig en daardoor vertrouwd. Dat betekent niet dat hij vreedzaam was. Het sociale niveau van doodsangst (...) steeg aanmerkelijk in de veertiende eeuw. De steden werden groter. De pest vrat zich in en stroomde in grote golven over Europa uit. (...) Mensen waren overal benauwd om te sterven. Die angst werd versterkt door boetepredikers van de bedeloorden. (...) Rustig sterven? Wat een eenzijdig perspectief!'⁵⁰

Hoe controversieel het werk van Ariès ook is en hoezeer hij de tegenstellingen tussen het hedendaagse en het middeleeuwse sterven ook aanzet, hij liet wel als een van de eersten zien dat voor duizenden jaren de dood vertrouwd en nabij was en dat sterven iets was dat de gehele gemeenschap aanging. Hoe anders verloopt het sterven in de hedendaagse samenleving.

Veranderingen die leiden tot een geleidelijk, gemedicaliseerd sterven achter de coulissen van de samenleving

Twee belangrijke punten zijn tot nu toe aan de orde geweest. Op de eerste plaats is dat het ontstaan van een geleidelijke dood, een manier van sterven die zowel voor de persoon in kwestie als de gemeenschap als geheel belangrijke voordelen met zich meebrengt en daarom ook wel aangeduid wordt als goede dood. Op de tweede plaats heb ik laten zien dat het sterven eeuwen lang een publieke aangelegenheid is geweest waarbij de gehele gemeenschap betrokken was. De dood was vertrouwd en nabij.

De geleidelijke, goede, dood zou blijven en zich ontwikkelen in de eeuwen die daar op volgde. Hij zou verworden tot wat Kellehear een *well managed death* noemt. Tegelijkertijd zou de dood steeds minder vertrouwd en nabij worden. Het stervensproces zou uit het zicht van de samenleving verdwijnen en verworden tot een problematisch sociaal gebeuren.

Philippe Ariès

Philippe Ariès legt, als het gaat om de veranderde houding tegenover de dood de nadruk op de meer psychologische ontwikkeling die de mens zou doormaken vanaf de middeleeuwen. Hij beschrijft drie fases in dat proces: De eigen dood, de dood van de ander en de verboden dood.

⁴⁹ idem, 22

⁵⁰ Norbert Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd* (Amsterdam, 1984) 18

De eerste fase, die zich afspeelde tussen de twaalfde en de vijftiende eeuw, behelst het ontstaan van het concept individualiteit. *'Het sterven werd de gelegenheid waarbij de mens maximaal in staat was zich van zichzelf bewust te worden'*.⁵¹ Deze bewustwording van de eigen dood zou van het sterven iets gewichtigs maken, iets belangrijks. Er zou aan het eind van het individuele leven een balans worden opgemaakt van goede en slechte daden en van hoe het stervensproces gedragen werd. Dit laatste oordeel, zoals Ariès het noemt, zou het lot van de stervende bepalen tot in de eeuwigheid.⁵² Desondanks bleef de dood volgens Ariès nog eeuwen lang vertrouwd en getemd, al werd het sterven in deze periode al wel verplaatst naar een speciaal sterfvertrek.⁵³

Vanaf de negentiende eeuw zou daar iets in veranderen. Van een plechtige, maar te verwachten gebeurtenis die verliep aan de hand van door de traditie bepaalde, Christelijke rituelen kreeg het afscheid van een stervende een gepassioneerd en emotioneel karakter.⁵⁴ *'Een rouwbetoon dat de psycholoog van onze tijd hysterisch zou noemen'*.⁵⁵ Deze buitensporige rouw wijst er volgens Ariès op dat mensen meer moeite kregen met het aanvaarden van de dood. Men vreesde de dood. Niet eens zo zeer de eigen dood, maar wel de dood van de ander. De dood van een naaste werd iets onaanvaardbaars.

De mensen die de stervende het meest nabij waren, de familie, de priester en de dokter, kregen als gevolg van de veranderde houding de neiging de ernst van de toestand te verzwijgen voor de zieke. Dit verzwijgen van de dood, omwille van de stervende zelf, zou volgens Ariès langzaam maar zeker overgaan op een verzwijgen omwille van de samenleving. De schok en de onverdraaglijke emoties die het sterven opriep moest voorkomen worden om een gelukkig leven te bestendigen.⁵⁶ Een hang naar geluk die volgens Ariès in de twintigste eeuw een morele en maatschappelijke verplichting was geworden.

Het sterven werd verplaatst van het eigen huis, uit de schoot van het gezin, naar het eenzame ziekenhuis. De rituelen er om heen zouden verworpen tot een morbide toestand die eerst verkort en daarna opgeheven zouden worden. Openlijk verdriet paste niet meer in de moderne samenleving. Emoties moesten worden vermeden. In de jaren zestig van de twintigste eeuw zou niets in de publieke ruimte er nog op wijzen dat er zoiets bestaat als sterven. De dood is volgens Ariès iets verbodens geworden in de moderne samenleving.

Allen Kellehear

Waar Ariès de nadruk legt op de psychologische ontwikkeling van de mens, daar heeft Allen Kellehear met name oog voor maatschappelijke veranderingen die de wijze van vormgeving aan het sterfproces en de beleving daarvan zouden veranderen. Toenemende arbeidsdeling en de opkomst van professionals zouden in samenhang met het ontstaan van een stedelijke samenleving de goede dood doen overgaan in wat Kellehear *the well managed death* noemt. De veranderingen die Kellehear beschrijft gingen aanvankelijk alleen de hogere klassen aan waardoor *the well managed death* ook wel *Bourgeois death* wordt genoemd.⁵⁷ Langzaam maar zeker zou *the well managed death* een manier van sterven worden die voor meer lagen van de bevolking bereikbaar werd. Eerst voor de gegoede midden klasse, later, in de twintigste eeuw, ook voor de arbeiders klasse.

⁵¹ Philippe Ariès, *Met het oog op de dood* (Amsterdam, 1975) 49

⁵² idem, 42

⁵³ idem, 41

⁵⁴ idem, 61

⁵⁵ idem, 68

⁵⁶ idem, 86-87

⁵⁷ Allan Kellehear, *A social history of dying* (Cambridge, 2007) 151

In zekere zin is *the well managed death* een individuele en naar binnen gekeerde vorm van de goede dood.⁵⁸ Verstedelijking speelt in die overgang een belangrijke rol. In de stad bestaat immers geen hechte band meer met de gehele gemeenschap. Het sterven zelf zou alleen nog de direct betrokkenen, de *inner circle* aangaan.

Kenmerkend voor de hogere lagen in de stedelijke samenleving was dat zij al minder met de dood geconfronteerd werden dan mensen in voorgaande samenlevingsvormen. Op de eerste plaats door betere gezondheidszorg en een hogere levensverwachting binnen hun eigen kring. Op de tweede plaats omdat het begeleiden van stervenden steeds meer zou worden uitbesteed aan professionals.⁵⁹

Die uitbesteding aan professionals werd om drie redenen noodzakelijk. De overerving van eigendommen en posities, zo belangrijk bij de goede dood, zou voor de Bourgeoisie een complex gebeuren worden. Van een morele verplichting werd het een bureaucratische noodzaak. Er kwamen dan ook juristen aan te pas om het testament op het sterfbed nog eens goed door te nemen.

De hogere levensverwachting leidde op de tweede plaats tot andere doodsoorzaken. Ouderdomsziekten, die doorgaans gepaard gaan met veel pijn, deden hun intrede in de wereld van de Bourgeoisie. Een dramatisch sterfbed werd zodoende een breed gedeelde angst. Er kon voor de Bourgeoisie dan ook geen sprake zijn van een goede dood wanneer deze gepaard ging met pijn en lijden. De aanwezigheid van een dokter, die bijvoorbeeld met morfine de pijn kon verzachten, was dan ook onontbeerlijk geworden tijdens het sterfproces. Nu de dokter zijn intrede deed, als specialist op het gebied van het menselijk lichaam, werd het ook steeds meer aan hem te bepalen wanneer iemand stervende was. Tegelijkertijd zou er, door de opkomst van de moderne geneeskunde steeds meer strijd tegen de ziekte aan het overlijden vooraf gaan. Er kon geen sprake meer zijn van een waardig stervensproces zonder *a good fight*.⁶⁰

De derde professional die aan het bed van de stervende zou komen te staan was de priester. Met rituelen, gebeden of het organiseren van een mis, al naar gelang de wens van de stervende, kon deze een bijdrage leveren aan de voorbereiding op *The other world journey*.⁶¹

Zowel de dokter, de jurist als de priester werden door de Bourgeoisie ingehuurd. Daarmee werd het stervensproces, net als andere facetten van het leven, iets waar omheen een dienstverlenende economie ontstond. Deze uitbesteding maakte het sterven steeds meer iets voor specialisten en steeds minder een aangelegenheid waar een bredere gemeenschap bij betrokken was.

Ook Kellehear signaleert, net als Ariès, niet alleen een verplaatsing naar de privé-sfeer maar ook een toenemende problematisering van het sterven. Deels verklaart hij deze verandering op basis van toenemende angst voor een pijnlijke of gruwelijke dood en de behoefte aan *a good fight*, waaruit ook al valt op te maken dat het sterven niet meer klakkeloos geaccepteerd werd. Noch door de patiënt, noch door de dokter.

Een tweede reden die hij geeft is wat we secularisatie noemen. *The other world journey*, de dood als een andere plaats, werd als het ware uitgehold door een afnemend geloof.⁶² De rol van de priester zou marginaliseren en tegen het einde van de 20^{ste} eeuw vrijwel verdwijnen.

Norbert Elias

⁵⁸ idem, 152

⁵⁹ Allan Kellehear, *A social history of dying* (Cambridge, 2007)149

⁶⁰ idem, 146

⁶¹ idem, 150

⁶² idem, 177

Norbert Elias verklaart de verplaatsing van de dood naar de privé-sfeer enerzijds en het problematisch worden van het sterven anderzijds aan de hand van het civilisatieproces. In zijn essay *de eenzaamheid van stervenden in onze tijd* begint hij zijn analyse als volgt:

*‘Het voorkomen- en behandelen van ziekten is nu beter dan ooit georganiseerd [...] De vredeshandhaving binnen de samenleving, de bescherming van individuen tegen niet door de staat geautoriseerde gewelddaden en tegen dood gaan van honger en kou is nu verder ontwikkeld dan mensen in vroeger samenlevingen zich hadden kunnen voorstellen’.*⁶³

Deze ontwikkelingen hebben volgens Elias bijgedragen aan een manier van sterven die ideaaltypisch is voor de hedendaagse samenleving: De geleidelijke dood. Dat mensen geleidelijk zijn gaan sterven is in het werk van Kellehear al uitgebreid aan de orde geweest, net als het feit dat de oorzaak daarvoor moet worden gezocht in maatschappelijke ontwikkelingen, maar Elias geeft aan de geleidelijke dood toch een bredere betekenis dan Kellehear.

*‘Vele mensen sterven heel geleidelijk, ze worden gebrekkig, ze verouderen. De laatste uren zijn ongetwijfeld belangrijk. Maar het afscheid begint vaak al veel vroeger. De oudere mensen worden al van de levenden gescheiden wanneer ze gebrekkig beginnen te worden. Hun aftakeling brengt hun steeds verder in een isolement’.*⁶⁴

Elias noemt het een zwak punt van onze samenleving, die ‘isolering’ van wat we vandaag de dag chronisch zieke ouderen noemen. Toch valt ook die ontwikkeling volgens hem niet los te zien van het civilisatieproces.

*‘In het verloop hiervan worden [...] alle elementaire of ‘dierlijke’ aspecten van het menselijk leven, [...] meer omvattend, gelijkmatiger en gedifferentieerder ingeperkt, door sociale regels en tegelijkertijd ook door gewetensnormen. Ze worden [...] beladen met gevoelens van schaamte en gêne. In bepaalde gevallen – met name tijdens de sterke ‘spurts’ van het Europese civilisatieproces in de afgelopen eeuwen – worden ze achter de coulissen van het maatschappelijk leven gestopt, afgezonderd van het openbare leven. Dat geldt ook voor het sterven. [...]. De dood als gebeurtenis en als gedachte wordt net als andere dierlijke aspecten van het leven gedurende deze fase van het civilisatieproces steeds meer achter de coulissen van het maatschappelijk leven weggestopt. Dat betekent dat de stervenden steeds meer geïsoleerd raken’.*⁶⁵

Sterven is dus volgens Elias een ‘dierlijke’ gebeurtenis die onder invloed van het civilisatieproces tegenwoordig gepaard gaat met schaamte en gêne en daarom verbannen is uit de publieke ruimte. Omdat het sterven in de hedendaagse samenleving gekenmerkt wordt door geleidelijkheid – een proces dat volgens Elias al begint met oud en gebrekkig worden - verloopt ook het verdwijnen achter de coulissen geleidelijk. Zodoende is de dood al relatief stilletjes uit het openbare leven verdwenen voordat het echte stervensproces goed en wel op gang gekomen is.

In tegenstelling tot bij Kellehear moet het geleidelijk sterven bij Elias dan ook deels symbolisch worden opgevat. Het verwijst naar een even treurig als onontkoombaar proces dat chronisch zieke ouderen doormaken in de hedendaagse samenleving: *‘Het geleidelijk*

⁶³ Norbert Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd* (Amsterdam, 1984) 12

⁶⁴ idem, 6

⁶⁵ idem, 15-16

verkillen van de betrekkingen met mensen die hun dierbaar waren'.⁶⁶ Een sociale dood die als het ware vooraf gaat aan het daadwerkelijke sterfproces.

Een heldere illustratie van wat Elias bedoelt met het geleidelijk verdwijnen achter de coulissen van het maatschappelijk leven wordt onder andere geleverd door Gerhard Nijhof. In een studie naar de ziekte van Parkinson laat hij zien dat *schaamte* voor de zichtbare verschijnselen van de ziekte als het meest problematisch wordt ervaren. Parkinsonpatiënten zijn volgens Nijhof dan ook geneigd zich op basis van schaamte terug te trekken uit het publieke leven.⁶⁷ Je zou in dat opzicht kunnen spreken van zelfverbanning, als een eerste stap in het geleidelijke sterfproces zoals Elias dat beschrijft.

Deels hangt het verdwijnen achter de coulissen dus samen met gedrag dat wordt ervaren als schaamtevol en ongepast, maar ook waarden spelen een belangrijke rol spelen in dat proces. In een samenleving waar zelfstandigheid als een groot goed wordt gezien, daar gaat toenemende afhankelijkheid hand in hand met het gevoel een last te worden. En dat is wel het laatste wat chronisch zieke ouderen willen. Ook afhankelijkheid op zich zelf gaat in deze fase van het civilisatieproces gepaard met gevoelens van schaamte en gêne. Het lijkt dan ook enigszins tegenstrijdig dat het de toegenomen zelfstandigheid van chronisch zieke ouderen zelf geweest is die het 'achter de coulissen verdwijnen' zo'n sterke impuls heeft gegeven.

De opkomst van de verzorgingsstaat

Nog niet zo heel lang geleden waren chronisch zieke ouderen op het gebied van behuizing, zorg en financiën grotendeels afhankelijk van de familie. Arrangementen die samenhangen met de verzorgingsstaat hebben daar in een relatief korte periode verandering in gebracht. Met name de Algemene Ouderdomswet (AOW), en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) creëerden tezamen een relatief onafhankelijk bestaan voor de chronisch zieke oudere. De door de AOW mogelijk gemaakte financiële zelfstandigheid zou vanaf 1968 gepaard gaan met een vanuit de Staat georganiseerd netwerk van zorg. Een netwerk dat op haar beurt ook weer gericht is op een zo zelfstandig mogelijk functioneren van de chronisch zieke oudere.⁶⁸ De meeste chronisch zieken wonen dan ook gewoon in hun eigen, aangepaste huis, onafhankelijk van hun kinderen. De hulp die ze krijgen bij bijvoorbeeld wassen en aankleden, of de toiletgang is voor een groot deel in handen van de thuiszorg komen te vallen. Die uitbesteding van zorg, die we ook al in het werk van Kellehear tegenkwamen, hangt in de visie van Elias samen met het civilisatieproces. Het naakt en afhankelijk zien van de eigen ouders, laat staan hen helpen verschonen in het geval van incontinentie, gaat gepaard met sterke gevoelens van schaamte en gêne. Dat doet men liever niet. Ook chronisch zieke ouderen zelf worden doorgaans liever door een professional geholpen met wassen en aankleden dan door hun eigen kroost.⁶⁹

Als het in het eigen huis niet meer gaat, ondanks de aanpassingen en de zorg, is er het verzorgingshuis en wanneer zelfs dat te zwaar wordt rest het verpleeghuis. Het geleidelijk verdwijnen achter de coulissen van de samenleving heeft daarmee, in samenhang met verzorgingsarrangementen, een sterk ruimtelijke dimensie gekregen. In het werk van Elias is het sterven dan ook verworpen tot een *this world journey* in de letterlijke zin van het woord.

⁶⁶ idem, 6

⁶⁷ Gerard Nijhof, 'Parkinson as a problem of shame in public appearance', *Sociology of Health & Illness* (1995) Vol. 17 no. 2

⁶⁸ Pieter Paul Chaudron, *Omzien naar zorg: een maatschappijgeschiedenis van de verpleeghuisgeneeskunde* (Leiden, 1997)

⁶⁹ Nico van Oosten e.a., *Gezond ouder worden. Feiten en cijfers over de invloed van sekse en cultuur* (Utrecht, 2003)

Het is een fysieke reis die de geleidelijk stervende aflegt van instelling naar instelling, naar een plaats, uiteindelijk, ver buiten het zicht van de samenleving. Met name het verpleeghuis, als de locatie waar het kaarsje langzaam maar zeker uitdooft, spreekt wat dat betreft tot de verbeelding.

De wijze waarop wij de hedendaagse samenleving hebben ingericht valt daarom te bezien als een oplossing voor de dood als maatschappelijk probleem. Door de stervenden een plaats toe te kennen buiten het zicht van de samenleving en de begeleiding van het stervensproces uit te besteden aan professionals kunnen wij, zoals Philippe Ariès het zei, leven alsof noch wij zelf, noch onze naasten sterfelijk zijn. Het is een organisatie van het sterven dat bijdraagt aan orde en continuïteit binnen de samenleving als geheel.

Aan het sterfbed

Net als Ariès en Kellehear heeft ook Elias oog voor het daadwerkelijke sterfproces, een proces dat volgens hem in de hedendaagse, geciviliseerde samenleving zeer problematisch verloopt. Volgens Elias wordt dat op de eerste plaats veroorzaakt door sterke schuldgevoelens bij de naasten. Deze schuldgevoelens, die al in oude mythen worden benoemd maar tegenwoordig vooral voortkomen uit een gevoel van onmacht, maken het sterven tot een moeizaam sociaal gebeuren.⁷⁰ Wat daar in meespeelt is dat het huidige civilisatieniveau een hoge mate van emotionele terughoudendheid vereist. De remmingen die daar mee gepaard gaan maken het moeilijk de krachtige emoties die naasten voelen om te zetten in woorden gericht tot de stervende. Om deze redenen wordt onbevungen spreken met een stervende zo problematisch. De meeste mensen die aan het bed staan van een stervend familielid of vriend weten vaak niet goed wat te zeggen. Ze worden bevangen door een merkwaardig soort verlegenheid.⁷¹

Op de tweede plaats fungeert het zien van een stervende als een waarschuwing voor de eigen dood. Die confrontatie met de eigen sterfelijkheid leidt volgens Elias tot een onvermogen hulp en genegenheid te bieden aan de stervenden die ze bij het afscheid van de mensen het meest nodig hebben.⁷²

Tot slot wijst ook Elias op het proces van secularisering: De religieuze rituelen en frasen van vroeger, waarmee het sterven doorgaans werd omgeven, zijn volgens Elias verouderd en onecht geworden in onze beleving. Een geloofwaardig repertoire van formuleringen en gedragsvormen is daarmee in zekere zin komen te vervallen. Alleen de vaststaande, maar volgens Elias gevoelsarme routine in ziekenhuizen geeft nog een maatschappelijke vorm aan de sterfsituatie.⁷³

Terugblik

Dat de dood steeds minder geaccepteerd werd en zou verdwijnen naar de privé-sfeer komt in het werk van alle drie de auteurs naar voren. Volgens Ariès hangt dat proces samen met wat we bewustwording kunnen noemen. Bewustwording van de eigen individualiteit en de onvervangbaarheid van de ander. Van een getemde gebeurtenis, die gewoon bij het leven hoort werd het sterven daarmee iets onaanvaardbaars. Een gebeurtenis waar we totaal niet mee overweg kunnen en daarom tezamen met alles dat ons aan de dood herinnert tot taboe hebben verklaard.

⁷⁰ Norbert Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd* (Amsterdam, 1984) 36

⁷¹ idem, 31

⁷² idem, 15

⁷³ idem, 35

Kellehear wijst, als het gaat om het verdwijnen van de dood naar de privé-sfeer, op maatschappelijke ontwikkelingen. Op het proces van verstedelijking en arbeidsdeling. Stervensbegeleiding zou meer en meer uitbesteed worden aan professionals en nauwelijks nog iets zijn van de gemeenschap als geheel. Dat de dood steeds minder werd geaccepteerd wijdt Kellehear enerzijds aan de opkomst van de moderne geneeskunde en anderzijds aan het proces van secularisering.

Norbert Elias, tenslotte, verklaart het verdwijnen van de dood naar een plaats achter de coulissen en het sociaal problematisch worden van het stervensproces aan de hand van toenemende civilisatie. Een proces waarin de maatschappelijke en psychologische ontwikkelingen waar Kellehear en Ariès op wijzen hand in hand gaan. De zorg voor de chronische zieke ouderen wordt op basis van schaamte en gêne uitbesteed aan professionals en instituties die in samenhang met de verzorgingsstaat toegankelijk zijn geworden voor iedereen. Naarmate het ziekteproces vordert, de afhankelijkheid toeneemt en de dood nabij komt zijn deze ouderen doorgaans al ver uit het zicht van de openbare ruimte verdwenen. Dezelfde schaamte, alleen dit keer voor het uiten van emoties en openlijk verdriet, maakt het daadwerkelijke stervensproces tot zo'n problematisch sociaal gebeuren.

Hoofdstuk 2: Medicalisering van het stervensproces in de hedendaagse praktijk

In Nederland sterft ongeveer 70% van de mensen binnen de muren van een instelling: in het zieken-, verzorgings- of verpleeghuis.⁷⁴ Hoe en waarom we er toe gekomen zijn het sterven in de moderne samenleving voornamelijk daar te laten plaatsvinden is in het vorige hoofdstuk uitgebreid aan de orde geweest. In dit hoofdstuk zal ik ingaan op de wijze waarop zo'n gemedicaliseerd stervensproces achter de coulissen daadwerkelijk verloopt. De aandacht zal vooral gericht zijn op het medisch handelen rond het sterven en hoe dat handelen te duiden is.

Laat ik beginnen met de vaststelling dat noch Elias, noch Ariès, noch Kellehear zich uitermate positief uitlaat over intramuraal en gemedicaliseerd sterven. Elias, die van de drie het minst specifiek ingaat op het medisch handelen rond de dood, wees in het vorige hoofdstuk al op de gevoelsarme routine van het ziekenhuis. Ariès sluit zich in zekere zin aan bij deze visie. In plaats van een rituele gebeurtenis, een grote dramatische daad, is het sterven in het ziekenhuis volgens Ariès geworden tot een technisch verschijnsel dat optreedt zodra pogingen het leven te verlengen worden stopgezet. Het besluit daartoe wordt volgens hem niet op morele, maar op medisch technische grond genomen door artsen. De patiënt zelf is in deze fase doorgaans al enige tijd buiten bewustzijn.⁷⁵

Kellehear gaat het meest uitgebreid in op het medisch handelen. *The good fight* die patiënten en medici leveren tegen de ziekte en daarmee tegen de aanstaande dood is volgens hem doorgeschooten. Zelfs zover dat er vaak doorbehandeld wordt tot de dood er op volgt, tot het lichaam het daadwerkelijk begeeft. Deze manier van sterven kan zowel dramatisch als gewelddadig uitpakken.⁷⁶ Zonder bewustwording en aanvaarding - bij de stervende zelf, zijn of haar familie en de behandelaars - kan er immers geen sprake zijn van een goede dood.⁷⁷ Met andere woorden, de balans tussen *a good fight* en *awareness of dying*, die beide aspecten zijn van de goede dood, is verstoord geraakt. Het vinden van die balans, het leren vaststellen van het juiste moment om het stervensproces te erkennen is dan ook volgens Kellehear de grootste uitdaging van de moderne mens in zijn omgang met de dood.

De visies van Ariès en Kellehear ontlopen elkaar niet veel. Je zou kunnen zeggen dat Kellehear de analyse van Ariès iets nuanceert door *a good fight* als een belangrijk aspect van de goede dood te benadrukken. Toch heeft ook hij weinig goeds te zeggen over het gemedicaliseerde, intramurale sterven.

Een ander aspect, dat al aan de orde is geweest maar ook bijdraagt aan de negatieve wijze waarop het hedendaagse sterven wordt gezien, is het verdwijnen van rituelen rond het sterfproces. Kellehear en Elias zoeken de oorzaak daarvan vooral in het proces van secularisering. *The other world journey* zou uitgehold zijn waardoor de doorgaans Christelijke rituelen die daarmee gepaard gaan als onecht en verouderd overkomen.

Wat ik in dit hoofdstuk echter aan wil tonen – en dat is essentieel voor deze scriptie - is dat juist het medisch handelen rondom de dood in belangrijke mate is gaan bijdragen aan het accepteren en verwerken van het stervensproces. De rituelen zijn dan ook niet verdwenen, zoals Kellehear en Elias suggereren, ze zijn terug te vinden in de handelingen van artsen en verpleegkundigen. Behandelingen met een rationele achtergrond worden door patiënten en familieleden gebruikt ter zingeving in stervenssituaties, en geloof speelt daarin een belangrijke rol. De medische wetenschap mag dan rationeel zijn, zoals Meerten ter Borg zegt,

⁷⁴ P. van den Akker en B. van den Borne, 'Hulpverlening aan terminale patiënten: de behoeften van stervenden', *Tijdschrift voor Verzorgenden* (1993-1) 6-12.

⁷⁵ Philippe Ariès, *Met het oog op de dood* (Amsterdam, 1975) 88

⁷⁶ Allan Kellehear, *A social history of dying* (Cambridge, 2007) 236

⁷⁷ idem, 235

de consumptie er van is dat allerm minst.⁷⁸ In de volgende paragraaf zal duidelijk worden wat ik hiermee bedoel. De nadruk in deze beschrijving zal liggen op het sterven van chronisch zieke bejaarden, aangezien dit de meest voorkomende manier van sterven is.

Het sterfproces

Chronisch zieke bejaarden, zoveel is duidelijk geworden in deze scriptie, sterven doorgaans geleidelijk. Meestal is het een infectie die de dood aankondigt. Een long- of blaasontsteking kan hoogbejaarden, zeker in combinatie met chronische ziekten als ver gevorderde Parkinson of longemfyseem, op het randje van de dood doen bivakkeren.

Een voordeel van het geleidelijke sterfproces is dat er in alle rust nogmaals een *this world journey* plaats kan vinden, alleen dan binnen de instelling. Achter de coulissen van de samenleving, in het zieken- of verpleeghuis, verhuist de daadwerkelijk stervende per definitie naar een eenpersoonskamertje. Deels om privacy te creëren voor de stervende en zijn of haar naasten, maar ook om de dood uit het zicht te halen van de andere patiënten of bewoners. Vanuit de visie van Kellehear draagt die verhuizing bij aan het sterven van een goede dood. Publiekelijk sterven, bijvoorbeeld op een gedeelde zaal in het ziekenhuis, zou maar leiden tot een wanordelijke en pijnlijke situatie voor alle betrokkenen.

Zoals in het werk van Kellehear en Elias al naar voren is gekomen is de fysieke zorg voor de stervende chronisch zieke oudere binnen een intramurale setting uitbesteed aan verpleegkundigen en verzorgenden. Vanuit de Medische Sociologie is daar kritiek op omdat mantelzorg als minder waardevol dan professionele zorg zou worden gezien.⁷⁹ Het past echter binnen het huidige niveau van civilisatie, waarin het verschonen, wassen en wisselgeving geven van een stervend familielid, gevoelens van schaamte en gêne oproept. Men zou zich geen raad weten zonder de nabijheid en hulp van professionals. Veelal verlaten familieleden de kamer wanneer er zorgtaken worden verricht. Zelfs het zien van dit soort handelingen is vaak te beladen. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden het begeleiden van een stervende, zo is mijn ervaring, juist een van de meest waardevolle taken die ze dan ook met veel toewijding uitvoeren. Een citaat uit het boek *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurde samenleving* van antropologe Anne-Mei The beaamt deze visie.

*‘Rutger Varenkamp (arts) vertelt dat hij wel eens moppert op de verzorgenden, maar nooit over de zorg rond het sterfbed. Dan gaat er eigenlijk nooit iets mis. Daar zijn zijn collega’s het ook over eens. (...) Ook humanistisch raadvrouw Rosan Husken zegt dat de zorg op het sterfbed van bewoners goed, tot heel goed verloopt. Verzorgenden besteden er veel tijd aan en zijn heel betrokken. (...) Dan wordt iemand apart gelegd, vertroeteld en krijgt hij alle aandacht’.*⁸⁰

Het uitbesteden van stervensbegeleiding aan professionals, zoals dat gebeurt in de hedendaagse samenleving, betekent dus niet per definitie dat die begeleiding gevoelsarm verloopt, in tegendeel zelfs.

⁷⁸ M.B. ter Borg e.a., *Op zoek naar hoop. Over genezing, magie en religie* (Nijmegen, 1997) 13

⁷⁹ S. Nettleton, *The sociology of health and illness* (Cambridge, 1995) geeft een helder overzicht van deze mijns inziens zeer kritische benadering

⁸⁰ Anne-Mei The, *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurde samenleving* (Amsterdam 2005) 128-131

Hoe er medisch gehandeld wordt in een stervenssituatie is na de aanname van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in 1995 voor een groot deel in handen van de familie komen te vallen. De stervende chronisch zieke wordt veelal niet meer in staat geacht daarover te beslissen en wilsbeschikkingen zijn nog een zeldzaam fenomeen. Het komt er dan ongeveer op neer dat de arts aan het begin van een stervenssituatie mogelijkheden aandraagt waaruit de familie, als woordvoerder van de patiënt, in zekere zin kan kiezen. Dit is de praktische invulling geworden van het begrip *informed consent* rond het stervensproces van chronisch zieke hoogbejaarden.⁸¹

Deze juridische constructie geeft de naasten veel grip op het geleidelijke sterfproces, en daarmee ook op het eigen rouwproces. Is men bijvoorbeeld nog niet toe aan het overlijden van het familielid, bijvoorbeeld in het geval van een flinke longinfectie en ziet de arts nog mogelijkheden, dan kan men er voor kiezen de ontsteking te behandelen met antibiotica. Daarnaast kan kunstmatig vocht en voeding toe worden gediend. Het kiezen voor behandeling onderdrukt gevoelens van schuld en onmacht en staat tegelijkertijd symbool voor de waarde die aan de stervende wordt gehecht. De waardering en liefde die mensen voelen voor de stervende, maar die men – in samenhang met het civilisatieproces – maar moeilijk kan uiten, worden zichtbaar in de behandeling zelf. Ook geeft het starten van een behandeling vorm aan de ontkenningfase in het rouwproces. De naasten kunnen door voor behandeling te kiezen langzaam maar zeker wennen aan het idee dat de stervende op niet al te lange termijn echt gaat sterven. De behandeling creëert letterlijk tijd om hoop over te laten gaan in aanvaarding. De gecreëerde geleidelijkheid maakt het makkelijker om emoties die daarmee samenhangen op een geciviliseerde wijze te kanaliseren. Anne-Mei The schrijft *In de wachtkamer van de dood* ook hierover.

*‘Ik (Anne-Mei The) vraag of het besluit het leven te verlengen van een bewoner omwille van de familie wordt genomen. Van Raalten vindt dat erg sterk uitgedrukt. Ze zegt het liever anders: er wordt veel rekening gehouden met de familie. Die moeten immers verder. Voor het rouwproces is het belangrijk dat familieleden kunnen terugkijken op een goede laatste levensfase van hun moeder of vader. Van Raalten: “Soms hebben ze wat extra tijd nodig en die proberen we dan te geven”.*⁸²

Ook de daarop volgende alinea is interessant.

‘Rutger Varenkamp vertelde even later dat hij het afgelopen weekend dienst had in een ander verpleeghuis. Daar heeft hij besloten om iemand sondevoeding te geven omdat de dochter dat zo graag wilde. Het was een theatrale dochter die een pathologische binding had met de moeder, zo vertelde Varenkamp. Ze riep steeds: “Als mijn moeder er niet meer is, wil ik ook dood”. Dat had wel invloed op de arts, zegt hij. Na afloop van het gesprek had de dochter hem gekust en gezegd: “Wat bent u een lieve dokter, dank u wel.”

Dokter Varenkamp doet in deze alinea het emotionele, niet geciviliseerde gedrag van de dochter af als pathologisch, als ziekelijk. Het opstarten van de behandeling dient vervolgens puur en alleen ter civilisering van de dochter van de patiënt. Haar emoties worden door de behandeling van haar moeder gekanaliseerd. Ze krijgt extra tijd om te wennen aan het idee dat haar moeder sterven gaat.

⁸¹ Prof. mr. J. Legemate (red.), *De WGBO: van tekst naar toepassing* (Houten, 1995) 40-41

⁸² Anne-Mei The, *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurde samenleving.* (Amsterdam, 2005) 128

Deze situatie staat niet op zichzelf. Het gebeurt regelmatig dat, met de dood in het vooruitzicht, emoties bij de familie zo hoog oplopen dat de arts toch een behandeling voorschrijft al gelooft hij zelf nauwelijks in een resultaat.

Door te kiezen voor behandeling leggen de naasten de verantwoordelijkheid voor de dood in zekere zin bij de stervende zelf. De behandeling wordt dan in de beleving van de naasten een kans, die aangegrepen kan worden of niet. Geen goede dood, immers, zonder *a good fight*. Wanneer de stervende het slangetje waarmee hij gevoed wordt herhaaldelijk uit de neus trekt kan dit geïnterpreteerd worden als een signaal dat de patiënt het opgeeft waarmee – ook voor de familie – het echte stervensproces zonder schuldgevoelens kan worden ingezet. Het is dan in de beleving van de naasten duidelijk geworden dat de stervende er zelf ook achter staat. Ook wanneer dit niet gebeurt, maar de behandeling gewoon niet aanslaat en de situatie verder verslechtert, met alle doorligplekken, pijn en ademhalingsproblemen van dien, wordt er bijvoorbeeld gezegd dat ‘papa dit nooit zo gewild heeft’, en ook dan kan de behandeling worden gestaakt. Alsnog wordt er in een dergelijke situatie, in de beleving van de familie, gehandeld naar de wens van de stervende, hetgeen schuldgevoelens onderdrukt en de sociale waarde van de stervende, zijn autonomie, benadrukt.

Symboliek en rituelen rond *awareness of dying*

De consensus over het sterven wordt beklonken in een gesprek dat de arts voert met de familie. Soms is het de arts die het gesprek initieert, soms de familie. Hoe dan ook: beide partijen weten voorafgaand aan het gesprek doorgaans precies wat er besloten gaat worden. Tijdens de behandelperiode hebben ze gevochten tegen de dood en naar *the awareness of dying* toe kunnen leven.

Die consensus gaat gepaard met een hoop symboliek, zeker in het ziekenhuis. Alle medicijnen worden bijvoorbeeld gestopt, behalve de pijnstilling. Wanneer je dan als verpleegkundige aan je dienst begint en je bladert door de medicijnmap dan weet je precies wat al die rode strepen door de bonnen betekenen: consensus over het sterven.

Als de patiënt een infuus heeft wordt het vaak verwijderd. Ook het verwijderen van het infuus is een mooie rituele handeling die aangeeft dat het stervensproces echt begonnen is. Oudere artsen hebben nog wel eens de neiging het infuus te laten zitten. Je kunt mensen immers niet zomaar uit laten drogen, zo is hun redenering vaak. Jonge artsen weten doorgaans beter. Zij zijn zich zeer bewust van de symbolische waarde van het infuus en juist opzichtige symboliek maakt de geneeskunde ongeloofwaardig. Dat is niet waar ze het vak voor geleerd hebben. Een infuus bij een stervend persoon wordt dan ook steeds vaker als hypocriet gezien, als zinloos, zelfs schadelijk. ‘Het rekt immers alleen maar het stervensproces’.

Wanneer een stervende patiënt een maagsonde heeft wordt deze daarentegen minder snel verwijderd. Boudewijn Chabot beschrijft het geven van sondevoeding aan uitbehandelde kankerpatiënten als een bevestiging dat de stervende nog bij de gemeenschap behoort.⁸³ Zeker waar, maar het verwijderen van een slang die de patiënt voedt wordt door de arts en de familie soms ook als een te *actieve* handeling beschouwd en dat is slecht voor het rouwproces. Het neigt, zo wordt dat beleefd althans, naar euthanasie. Er wordt dan ook regelmatig gewacht tot de patiënt hem zelf verwijderd. Dat bevestigt wederom de autonomie van de patiënt maar het onderdrukt ook schuldgevoelens.

Het gesprek dat de arts met de familie voert is belangrijk omdat het *the awareness of dying* tot een breed gedeelde sociale realiteit maakt, maar het is slechts een stapje in het geleidelijke

⁸³ Boudewijn Chabot, *Auto-euthanasie. Verborgene stervenswegen in gesprek met naasten* (Amsterdam, 2007) 30

sterfproces. Vaak ligt de patiënt op dat moment al op een kamertje apart. Zogenaamd om de verpleging meer werkruimte te verschaffen, maar toch vooral om de ernstig zieke, stervende patiënt uit het zichtveld van de overige patiënten te halen. Soms waakt de familie al bij de patiënt die apart op het kamertje ligt, zijn ze overduidelijk bezig met een sterfritueel, terwijl er nog gewoon behandeld wordt.

Wanneer er consensus is over het sterven vindt er met enige regelmaat, ook bij chronisch zieke hoogbejaarden, palliatieve sedatie plaats.⁸⁴ De stervende wordt als het ware in slaap gebracht om nooit meer wakker te worden. Het belangrijkste doel hiervan is het onderdrukken van pijn, misselijkheid en angst bij de stervende zelf, maar een bijkomend voordeel is dat pijnlijke verbale interacties tussen de stervende en de naasten waar Elias over sprak niet meer voorkomen. De rouwenden kunnen rustig naast de stervende gaan zitten zonder zich met gevoelens van gêne bekeken te voelen door de stervende. Palliatieve sedatie maakt het daarnaast makkelijker om de stervende ook fysiek genegenheid te tonen. Hem te strelen, te zoenen, zonder angst te hoeven hebben voor een eventuele afwijzing met alle gevolgen van dien voor het rouwproces.

Meestal, wanneer er geen palliatieve sedatie plaats vindt, krijgt de stervende morfine om eventuele pijn te verzachten en de ademhaling te dempen. Zodoende kan de stervende zijn laatste uren nog enigszins geciviliseerd door brengen. Zijn aanzien, zeker op het gebied van de ademhaling, verbetert door morfine. Dat de stervende geen pijn heeft en niet benauwd is, is het belangrijkste voor de naasten en de verpleging. Daar voelen ze zich zeer verantwoordelijk voor. Familieleden vragen op de gang regelmatig aan mij of de stervende niet nog wat extra morfine mag hebben, gewoon om er zeker van te zijn dat er geen sprake is van lijden. Ook hier wordt de liefde die mensen voelen zichtbaar in een medische handeling. Wanneer ik op verzoek extra morfine toedien, al is het maar een kleine hoeveelheid, krijgt de familie het gevoel bij te dragen aan het welbevinden van de stervende.

Een geciviliseerd sterfbed creëert tevens de mogelijkheid om kinderen mee te nemen. Vooral het sterven onder palliatieve sedatie kan kinderen bevestigen in hun idee dat doodgaan een soort van in slaap vallen is. Het is in mijn beleving hoe dan ook eerder regel dan uitzondering dat familie de laatste dagen en uren waakt aan het bed van de stervende. Zowel in het verpleeghuis als in het ziekenhuis wordt daar alle ruimte voor gegeven. Juist het eenpersoonkamertje geeft de familie de mogelijkheid om gepaste emoties te uiten.

Zodoende is de gemedicaliseerde wijze waarop het stervensproces van chronisch zieke hoogbejaarden verloopt een stuk minder gevoelsarm dan wordt gesuggereerd. In dat geleidelijke proces van sterven wordt zowel de waarde als de autonomie van de stervende benadrukt in de keuzes die de naasten maken en is er tegelijkertijd veel aandacht voor het rouwproces van de naasten zelf. De zingevingsaspecten die doorgaans geassocieerd worden met religieuze rituelen zijn dan ook terug te vinden in de meer wereldlijke en medische omgang met de dood. Juist omdat familieleden en patiënten geloven in de heilzame werking van antibiotica en sondevoeding en ontzag hebben voor het medisch bedrijf, maakt dat het werkt. Wanneer dat geloof er niet zou zijn zouden de medische handelingen rond het sterven, net als de religieuze rituelen van weleer, bezien worden als verouderd en onecht.

Het behandelen van een stervende patiënt is dus meer dan een gevoelsarme bevestiging dat de dood een taboe is. Integendeel: de behandeling zelf is een functioneel ritueel rondom de dood, dat een belangrijke bijdraagt levert aan het rouwproces. Een essentieel verschil met

⁸⁴ Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie, *KNMG-richtlijn palliatieve sedatie* (2005) 14: Palliatieve sedatie vindt plaats in 12.2 % van alle sterfgevallen in Nederland. Ruim drie kwart van hen is ouder dan 65 jaar.

Christelijke rituelen is dat medische rituelen daadwerkelijk ingrijpen in het biologische proces. Tijdens de behandelfase – *the good fight* - stelt men de dood actief uit door vocht, voeding en medicijnen toe te dienen, is er sprake van *awareness of dying* verlaagt men het bewustzijn van de stervende actief.

Het daadwerkelijke sterven

Ariès schreef dat het overlijden in een ziekenhuis geen grootse, emotionele daad meer is. Het sterven zou zijn verworden tot een technisch verschijnsel waar omheen geen rituelen meer bestaan. Dat heeft hij mis. Het vaststellen van de dood door de arts is een plechtige ceremonie en misschien wel meer ritueel dan rationeel. Alvorens de arts de dood officieel vaststelt zijn de familie en/of de verpleging hem meestal voor geweest.

Wanneer iemand sterft valt alle mimiek weg. Je ziet, zeker met een geoefend oog, dat de dood is ingetreden. Geen spier is nog aangespannen, iedere blik, voor zover nog aanwezig in de laatste uren voor de dood, is verdwenen. Wanneer de familie als eerste de indruk heeft dat de dood is ingetreden waarschuwt ze de verpleging. ‘*Volgens mij is het zo ver*’ wordt er dan gezegd, of ‘*ik denk dat het gebeurd is*’. De verpleegkundige loopt vervolgens mee met de familie om het vermoeden te bevestigen. Voor de zekerheid luistert ze met een stethoscoop naar eventuele hartslag en kijkt ze met een lampje of de pupillen nog reageren op licht. Daarna, indien zowel de pupilreflex als de hartslag is verdwenen condoleert ze de familie. Veelal gaat het daadwerkelijk vaststellen van de dood gepaard met een hoop emotie. Er wordt gehuild, mensen vallen elkaar in de armen. De dood is verworden tot een sociale werkelijkheid.

Wanneer de verpleegkundige zeker is van de dood belt ze de dokter. Het is bij wet zo geregeld dat hij officieel de dood dient vast te stellen. Wanneer de arts op de afdeling komt wordt hij echter geconfronteerd met een sociaal feit. *The awareness of death* wordt al breed gedeeld. Toch zal hij de handelingen die de verpleegkundige daarvoor ook al heeft verricht met dezelfde plechtigheid uitvoeren, zeker wanneer er familie bij aanwezig is. De rituele handelingen van de arts bevestigen de sociale waarde van de zojuist gestorven persoon.

Het sterven op zich, de biologische overgang van leven naar dood, is een grootse, zichtbare daad. Een gebeurtenis die sterke emoties oproept, ook wanneer je niet emotioneel gebonden bent aan een persoon. Zelfs al zijn mensen in de periode daarvoor al enige tijd buiten bewustzijn en worden de periodes waarin niet geademd wordt steeds langer, dan nog is het daadwerkelijk sterven iets heel bijzonders. De overgang van leven naar dood afdoen als een technische gebeurtenis, zoals Ariès doet, dekt mijns inziens de lading dan ook niet.

Het vaststellen van de dood is niet minder bijzonder. Het blijft altijd vreemd om een stethoscoop op iemands borst te drukken en geen hartslag te horen. Stil is het zeker niet. Je hoort geruis en gedrup, maar daar blijft het bij. In essentie is het vaststellen van de dood een rationele handeling die niet altijd even makkelijk is door alle bijgeluiden, maar het is ook een prachtig overgangsritueel. De dood wordt er mee een sociaal feit. Naast het biologische sterven roept ook het officieel worden van de dood sterke emoties op.

Het beeld dat ik geschetst heb is naar mijn overtuiging reëel en representatief, maar dat neemt niet weg dat de balans tussen *a good fight en awareness of dying* wel eens flink verstoord is. Dat de familie of de patiënt zelf er, op basis van de WGBO, voor kiest om lang door te behandelen. Uit mijn beschrijving komt al naar voren dat ik een stervensproces eerder als zodanig definieer dan de familie. Mijn *awareness of dying* loopt, op basis van ervaring en kennis, voor op die van de familie. De eerlijkheid gebiedt me dan ook te zeggen dat ik tijdens mijn werk als verpleegkundige met regelmaat antibiotica geef terwijl ik vrijwel zeker weet dat

het niet gaat leiden tot genezing. Dat ik vocht toedien, sondevoeding of ontstekingsremmers niet om herstel te bereiken, maar juist uitstel voor een korte termijn. En ik ben wat dat betreft echt niet de enige verpleegkundige. Dat de verpleging zo betrokken is bij het sterfproces, zoals The schrijft, en stervensbegeleiding ziet als een van de mooiere aspecten van het werk komt waarschijnlijk ook omdat ze blij zijn dat *the awareness of dying*, die ze zelf al een tijd ervoeren op basis van ervaring, na het gesprek ook openlijk gedeeld wordt door de andere betrokkenen. Eindelijk kunnen ze stoppen met de handelingen waar ze het heilzame karakter eigenlijk niet meer van inzien en overgaan tot datgene waar ze wel in geloven en achterstaan: stervensbegeleiding die ook door de andere als zodanig gezien wordt. Ze hoeven geen toneel meer te spelen.

Het gebeurt inderdaad ook wel eens – zeker in het ziekenhuis – dat er doorbehandeld wordt tot de dood er op volgt. Dat mensen sterven midden in een zware chemokuur of op de *intensive care* met zeven verschillende slangen in hun lijf. Kellehear heeft dan ook gelijk wanneer hij zegt dat het proces kan eindigen in een gewelddadige dood. Maar zelfs dat wil, en ik hoop dat ik dat duidelijk heb gemaakt, nog niet zeggen dat het medisch handelen gevoelsarm is. Achter dat geweld gaat een hoop geloof en gekanaliseerde emotie schuil, en dat brengt mij terug bij de reanimatiepraktijk.

Hoofdstuk 3: Reanimatie als levensreddende handeling

Het fundament onder deze scriptie is zo goed als gelegd. Ik heb inzichtelijk gemaakt dat het sterven van een mens is verworden tot een geleidelijk proces en dat juist die geleidelijkheid voordelen met zich meebrengt. Vroeger lag daarbij sterk de nadruk op het verdelen van eigendommen en posities, verzoening met de gemeenschap en de voorbereiding op *the other world journey*. Tegenwoordig biedt het geleidelijk sterven de mogelijkheid de dood te verplaatsen naar de privé-sfeer, naar een plek achter de coulissen van het maatschappelijk leven. Het stervensproces is daarmee nog steeds een reis, alleen dan binnen deze wereld. En juist die verplaatsing draagt bij aan de continuïteit van de samenleving als geheel.

De medische rituelen rond het daadwerkelijke stervensproces, zo heb ik in het vorige hoofdstuk laten zien, hebben een belangrijke functie als het gaat om het verwerken van de dood door de achterblijvers. Ze kanaliseren de heftige emoties die horen bij de ontkenningfase en bevestigen de sociale waarde en de autonomie van de stervende.

Voorwaarde is wel dat er geloofd wordt in de behandeling. Wanneer er geen enkele hoop is dat de antibiotica aanslaat dan werkt het ook niet als ritueel. Dan wordt het als bidden terwijl er niet in God wordt geloofd. Het verschil met christelijke rituelen is dat medische rituelen daadwerkelijk ingrijpen in het biologische proces. Geleidelijk en gemedicaliseerd sterven achter de coulissen van het maatschappelijk leven kan dan ook in grote lijnen gezien worden als een goede dood in de terminologie van Kellehear. *A good fight* en *awareness of dying* krijgen de kans mooi in elkaar over te lopen.

De plotselinge dood

Het tegenovergestelde van geleidelijk en gemedicaliseerd sterven achter de coulissen is plotseling en onverwacht sterven in de publieke ruimte. Deze manier van sterven voldoet niet aan de kenmerken van de goede dood. Er is geen *awareness of dying* aan vooraf gegaan, geen *good fight* en het verstoort de continuïteit van de samenleving als geheel. Het idee dat we kunnen leven alsof we onsterfelijk zijn wordt er ernstig door aangetast. Als iets ons confronteert met onze eigen sterfelijkheid dan is het wel de plotselinge, onverwachte dood in onze nabijheid. Zeker wanneer de plotseling gestorvene een leeftijd heeft die we niet associëren met doodgaan, ogenschijnlijk gezond leek en ons ook nog eens nauw aan het hart gaat. Dit alles leidt tot heftige, niet gekanaliseerde emoties. Onmacht, ontkenning, intens verdriet. De reanimatiepraktijk, zoals die zich in Nederland heeft ontwikkeld, zorgt er voor dat deze situatie steeds minder voorkomt. Maar voor ik in ga op de sociale effecten van de reanimatiepraktijk wil ik eerst inzichtelijk maken wat reanimatie precies is en hoe een reanimatie doorgaans verloopt. De nadruk zal liggen op de handelingen, en op welke wijze ze bijdragen aan het redden van een leven. Het gaat in dit hoofdstuk dus met name om de manifeste functies van een reanimatie.

Het reanimatieprotocol in de praktijk

De reanimatie zoals dat vandaag de dag behoort te verlopen heeft een ontwikkeling doorgemaakt. Het is het resultaat van *trial and error*, van steeds meer inzicht in wat effectief is. Zo is de verhouding tussen mond op mondbeademing en borstmassage sinds de jaren zeventig al enige keren aangepast, ten gunste van de borstmassage. Door sommige wetenschappers wordt tegenwoordig geadviseerd de mond op mondbeademing maar helemaal achterwege te laten.⁸⁵ Er zou nog voldoende zuurstof in het bloed aanwezig zijn na de

⁸⁵ Ruud Koster. 'Argumenten voor de invoering van de vernieuwde reanimatierichtlijnen in Nederland', *NTvG* (2007) 1865-1867.

circulatiestilstand, mede door hyperventilatie voorafgaand aan het stilvallen van de bloedsomloop. In het Nederlandse protocol is er echter nog steeds plaats voor mond op mondbeademing. De volgende beschrijving van het verloop van een reanimatie is gebaseerd op de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad zoals die vandaag de dag gelden.⁸⁶

Een reanimatie bestaat uit drie onderdelen. *Basic life support*, *advanced life support* en nazorg. *Basic life support* is de borstmassage en mond op mondbeademing die door omstanders uitgevoerd kan worden. Wanneer iemand onwel wordt en ineenzijgt op een plek buiten het ziekenhuis dien je volgens het protocol eerst het bewustzijn van het slachtoffer te controleren. Reageert het slachtoffer niet op vragen en schudden dan roep je om hulp en ga je over tot het controleren van de ademhaling. Je draait het slachtoffer op zijn rug en maakt de luchtweg vrij door de kin omhoog te tillen en het hoofd naar achteren te kantelen. Vervolgens luister je van dichtbij of er sprake is van ademhaling. Controleren op ademhaling kan ook door je wang dicht bij de mond van het slachtoffer te plaatsen. Zo voel je letterlijk of het slachtoffer nog ademt. Ook het op en neer gaan van de borstkas is een teken van ademhaling. In de eerste paar minuten na een circulatiestilstand kan er echter nog steeds sprake zijn van ademhaling, alleen verloopt deze niet normaal. Meestal uit zich dit in een soort oppervlakkig happen naar lucht. Deze zogenaamde agonale ademhaling, die overigens zeer naar is om aan te zien, is een teken dat er iets goed mis is met de circulatie.

Wanneer de ademhaling agonaal verloopt of afwezig is dient 112 gebeld te worden en moet je meteen beginnen met borstmassage. Er hoeft volgens de richtlijnen niet meer eerst gezocht te worden naar hartslag bij de pols of de halsslagader. Het is lastig en er gaat alleen maar tijd mee verloren. Hoe langer je wacht, hoe groter de kans op hersenschade.

De borstmassage ziet er eenvoudig uit op televisie maar dat is het zeker niet. Volgens de richtlijnen dien je de volgende stappen te nemen. Als eerste ga je op je knieën naast het slachtoffer zitten ter hoogte van de bovenarm. Vervolgens plaats je de hiel van je hand op het midden van de borstkas van het slachtoffer, op het borstbeen. De hiel van je andere hand plaats je daar weer bovenop en je haakt je vingers in elkaar. Teveel naar links of naar rechts betekent dat je bij massage druk op de ribben geeft wat gemakkelijk kan leiden tot fracturen. Teveel naar onderen is ook niet goed. Druk op de bovenbuik betekent dat de maaginhoud omhoog komt en in de luchtweg terecht kan komen. Je moet je handen dus echt precies in het midden van de borstkas positioneren. Daarna begin je met de borstmassage. Je drukt het borstbeen ongeveer vier à vijf centimeter naar beneden in een frequentie van honderd keer per minuut. Dit doe je dertig keer achter elkaar. Het dusdanig diep indrukken van het borstbeen vereist behoorlijk wat kracht, zeker wanneer je de wenselijke frequentie van honderd keer per minuut wilt bereiken. Een kwalitatief goede borstmassage vereist dus een flinke fysieke inspanning en concentratie. Het doel achter deze handeling is het creëren van drukverschil in de borstholte. Door de druk te veranderen raakt het bloed in beweging en worden vitale organen voorzien van zuurstof.

Na dertig keer de borst gemasseerd te hebben ga je over op mond op mondbeademing. Je gaat op je knieën zitten ter hoogte van het hoofd van het slachtoffer, knijpt de neus dicht, kantelt het hoofd naar achteren en ademt normaal in. Vervolgens plaatst je je mond op de mond van het slachtoffer en ademt rustig uit gedurende een à twee seconden. Wanneer de borstkas van het slachtoffer omhoog komt tijdens de beademing is deze goed verlopen. Deze handeling herhaal je nog een keer en dan ga je weer over op borstmassage. Het is praktisch om met z'n tweeën te reanimeren. Er gaat geen tijd verloren tussen de massage en het beademen en je kunt van positie ruilen wanneer de masseur moe wordt. Je dient pas te

⁸⁶ De richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad zijn hier te vinden:

<http://www.reanimatieraad.nl/content/default.aspx?code=UR7DOXtgR3M26VK4TvZQhqV8NVjgWYyT>

stoppen met reanimeren wanneer professionals het overnemen, het slachtoffer normaal gaat ademen of wanneer je uitgeput bent.

AED

Zoals ik in mijn inleiding al schreef zijn er in Nederland op duizenden plekken AED's te vinden. Deze automatische externe defibrillators zijn onder andere te vinden op treinstations, op Schiphol, in sportscholen, in verschillende supermarkten en in overheidsgebouwen. In de binnenstad van bijvoorbeeld Maastricht hangen er alleen al veertig.⁸⁷ Er zijn ook steeds meer mensen die er thuis eentje hebben. Tevens is de politie en de brandweer er mee uitgerust. De kans dat een AED eerder ter plaatse is dan de ambulance is daardoor steeds groter.

De AED is vrij eenvoudig te gebruiken. Het is een klein kastje met maar twee knoppen en een kabel waaraan elektroden vastzitten. Wanneer je hem aanzet vraagt het apparaat je om de elektroden te plakken op de borstkas van het slachtoffer. De AED gaat vervolgens het hartritme bepalen. In de tussentijd dien je gewoon verder te gaan met reanimeren. Wanneer de AED een verstoord hartritme heeft ontdekt waarbij geen sprake is van circulatie, bijvoorbeeld ventrikelfibrilleren, dan adviseert hij een schok. Daar is de andere knop voor. Voordat de schok daadwerkelijk gegeven wordt verzoekt het apparaat je om afstand te houden. De schok neutraliseert alle ongestuurde elektrische activiteit in het hart waarna de kans bestaat dat er weer gewoon een gezond sinusritme ontstaat. Na de schok ga je meteen weer door met reanimeren. Je gaat dus niet eerst aan de pols voelen of de schok effect heeft gehad. Na twee minuten leest het apparaat opnieuw het ritme. Mocht het apparaat in het geheel geen hartactiviteit vinden, hetgeen asystolie wordt genoemd, of juist een normaal sinusritme dan is het onmogelijk om een schok te geven.

Advanced life support

Wanneer de ambulance gearriveerd is en de verpleegkundigen de reanimatie overnemen wordt overgegaan op *advanced life support*. Het gaat voor deze scriptie te ver om het gehele protocol weer te geven. Dat zou uitlopen in een lang en medisch technisch verhaal. Ik zal me daarom beperken tot de hoofdlijnen.

De ambulancebroeders zullen net als de omstanders zoveel mogelijk doorgaan met borstmassage. Iedere pauze verkleint immers de kans op succes. En ook zij zullen gebruik maken van een defibrillator wanneer deze nog niet ter plekke is.

Daarnaast zijn er twee zaken van primair belang. Op de eerste plaats wordt het slachtoffer geïntubeerd. Hij krijgt een buisje in de luchtwegen waarmee hij beademd kan worden. Dit biedt het voordeel dat beademing en borstmassage samen kunnen gaan. Tevens kan pure zuurstof worden toegevoegd aan de beademingslucht. Door middel van een soort blaasbalg wordt de lucht de longen ingepompt op een tempo dat gelijk staat aan een normale ademhaling. Op de tweede plaats wordt een infuus geprikt. Door het infuus kan vocht worden gegeven. Een gebrek aan circulerend volume is in sommige gevallen oorzaak van de circulatiestilstand. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van shock door een (inwendige) bloeding of op basis van een allergische reactie. Tevens kunnen door het infuus medicijnen direct in de bloedbaan worden toegediend. Adrenaline vernauwt bijvoorbeeld de aderen wat de doorbloeding van de hartspier en de hersenen ten goede komt. Daarnaast worden vaak middelen gegeven met een ritmeherstellend vermogen. Afhankelijk van de vermoede oorzaak zijn er veel medicijnopties.

⁸⁷ 'Burgemeesters volgen reanimatiecursus in Born', *Nieuwsbank* 23-6 2005

Wanneer het slachtoffer een normaal sinusritme heeft ontwikkeld wordt hij zo snel mogelijk naar het ziekenhuis vervoerd. Ook wanneer er nog geen normaal ritme is zal toch gepoogd worden het slachtoffer zo snel mogelijk naar het ziekenhuis te vervoeren. Onderweg wordt er dan gewoon door gereanimeerd.

Nazorg

Van alle mensen die gereanimeerd zijn buiten het ziekenhuis wordt ongeveer 30% daadwerkelijk opgenomen.⁸⁸ Bij de overige 70% is de reanimatie ineffectief gebleken. Er valt regelmatig in de krant te lezen dat iemand onderweg naar het ziekenhuis of daar aangekomen overleden is. Dat zijn doorgaans de momenten dat de reanimatie gestaakt wordt. Hoe dan ook worden de meeste mensen waarbij een reanimatie wordt opgestart meegenomen naar het ziekenhuis, ook wanneer de reanimatie nauwelijks kans van slagen heeft.⁸⁹

Van de mensen die daadwerkelijk opgenomen worden is doorgaans het ritme hersteld, wat wil zeggen dat ze circulatie hebben op eigen kracht. Het is zaak het slachtoffer dan zo snel mogelijk naar de *intensive care* te vervoeren voor nazorg. Eenmaal daar aanbeland gebeurt er van alles. Er wordt een maagsonde ingebracht om lucht uit de maag te doen ontsnappen, een blaaskatheter om de urineproductie bij te kunnen houden, een arteriële lijn om de bloeddruk goed te kunnen controleren en een centrale lijn als stabiele toegangsweg. Tevens wordt de speurtocht naar de oorzaak voortgezet en als deze gevonden is volgt behandeling daarvan.

Wanneer het slachtoffer buiten bewustzijn is wordt hij aan beademingsapparatuur gelegd om de zuurstofvoorziening van de vitale organen zo optimaal mogelijk te maken. Het belangrijkste is dat mensen die na een reanimatie buiten bewustzijn verkeren zo snel mogelijk gekoeld worden gedurende vierentwintig uur. Hun lichaamstemperatuur wordt gebracht naar 32 tot 34 graden Celsius. Koelen gaat zwelling van de hersenen tegen, een zwelling die kan ontstaan door zuurstoftekort. Dat koelen kan extern of intern gebeuren. Bij extern koelen wordt de patiënt op een koelbed gelegd, bij intern koelen wordt natriumchloride van 4 graden Celsius via het infuus toegediend. Tijdens het koelen wordt de patiënt gesedeerd. Spierverslappers worden gegeven om rillingen tegen te gaan. Na de periode van vierentwintig uur worden mensen langzaam weer opgewarmd en stopt men het gebruik van sedativa en spierverslappers. Zodoende kan het neurologisch functioneren worden beoordeeld. Van deze groep patiënten is na drie dagen de helft overleden. Van de opgenomen patiënten overlijdt sowieso meer dan de helft voor ontslag plaats heeft kunnen vinden.⁹⁰ Naast hersenschade op basis van zuurstof tekort spelen infecties en orgaanfalen daarin een belangrijke rol.

Er zijn een aantal zaken duidelijk geworden in deze beschrijving. Op de eerste plaats heb ik inzichtelijk gemaakt dat het geven van hartmassage en mond op mondbeademing geen gemakkelijke opgave is. Het vereist een flinke fysieke inspanning en concentratie. Op de tweede plaats heb ik laten zien dat alle handelingen en stappen een medisch rationele achtergrond hebben. Niets gebeurt zomaar, alles is even doordacht en gericht op het redden

⁸⁸ R. Koster en R. A. Waalewijn, 'Reanimaties in en rond Amsterdam: factoren die de uitkomst bepalen', *NTvG*. (2003) 147

⁸⁹ MediSein, 'Reanimatie hoeft niet eindeloos', *Medisch contact* (2006) 18 augustus
'Omdat moeilijk is te bepalen wie tot de overlevers zal behoren, worden bijna alle patiënten zo spoedig mogelijk naar een ziekenhuis vervoerd [...]. Op basis van retrospectief onderzoek concludeert het TOR-team dat ziekenhuistransport en specialistische reanimatie zinloos zijn indien na 'gewone' reanimatie de circulatie niet spontaan op gang is gekomen, de automatische defibrillator geen schok heeft gegeven en als de hartstilstand niet plaatsvond in de aanwezigheid van (para)medici die spoedeisende hulp kunnen verlenen'

⁹⁰ R. Koster en R. A. Waalewijn, 'Reanimaties in en rond Amsterdam: factoren die de uitkomst bepalen', *NTvG*. (2003) 147

van een leven. Ieder stap die niet goed wordt doorlopen, ieder tijdverlies, leidt tot minder kans op succes.

Reanimatie binnen het ziekenhuis

Het ziekenhuis is nog altijd de plek waar de meeste reanimaties worden opgestart. Waar het buiten het ziekenhuis meestal een omstander is die begint met reanimeren, is het in het ziekenhuis doorgaans de verpleegkundige die als eerste de patiënt met een circulatiestilstand aantreft.⁹¹ Zij verkeert immers vierentwintig uur per dag in de nabijheid van de patiënt. Soms hoort ze dat het niet goed gaat omdat de patiënt aan een monitor ligt en deze met veel geluid aangeeft dat er een acute situatie is. Soms is ze aanwezig omdat de patiënt daarvoor al niet lekker was. En soms loopt ze gewoon per toeval een kamer binnen waar ze een patiënt zonder ademhaling of circulatie aantreft, of iemand die daar dicht tegenaan zit.

Net als leken dat behoren te doen zal ook de verpleegkundige op ademhaling controleren en wanneer deze afwezig is meteen handelen. In de meeste ziekenhuizen bevindt zich boven het bed van de patiënt een knop waarmee het reanimatieteam opgepiept kan worden. Met het indrukken van de reanimatieknop worden niet alleen het reanimatieteam, maar ook collega's en de arts van dienst opgeroepen.

Vervolgens maakt de verpleegkundige het bed geheel plat (ook daar is een knop voor), laat ze eventuele lucht uit het matras lopen en start ze met hartmassage. De toegesnelde collega's krijgen opdrachten. De één moet de reanimatiekit halen (een koffer met benodigdheden), de ander dient privacy te creëren. Soms door de overige patiënten van zaal te begeleiden, wanneer dat niet mogelijk is door de gordijnen te sluiten. Wanneer de patiënt alleen op een kamertje ligt is dat natuurlijk niet nodig.

Mond op mondbeademing vindt niet plaats, maar geschiedt met een kapje waar een blaasbalg met zuurstof op wordt aangesloten. Dat soort spullen bevinden zich in de reanimatiekit. De zuurstof komt via een kraan uit de muur. Wanneer de basale reanimatie goed op gang is krijgt iemand die toekijkt, een derde collega, of de dienstdoende dokter het verzoek het medisch- en verpleegkundig dossier te zoeken. Zodoende kan, wanneer het reanimatieteam arriveert, niet alleen verteld worden wat er gebeurd is maar ook informatie worden gegeven over de medische voorgeschiedenis, hetgeen aanwijzingen kan bevatten omtrent de oorzaak.

Het reanimatieteam arriveert doorgaans binnen vijf minuten. Het team bestaat meestal uit twee artsen in opleiding (chirurgie, cardiologie of interne geneeskunde) en een *intensive care* verpleegkundige. Ze hebben een kar met een AED en andere benodigdheden. De patiënt wordt geïntubeerd en krijgt een infuus als hij dat nog niet heeft. De AED wordt aangesloten. Deze leest het hartritme en geeft zondig een schok. Tevens wordt er bloed afgenomen en krijgt de patiënt, net als bij een reanimatie buiten het ziekenhuis, medicijnen toegediend. De hartmassage wordt gegeven door steeds wisselende personen, gezien de fysieke inspanning die de handeling vereist. Wanneer de patiënt een ritme heeft ontwikkeld op eigen kracht wordt hij vervoerd naar de *intensive care*. Soms wordt er al reanimerend vertrokken naar de *intensive care*. Eenmaal gearriveerd op de *intensive care* verloopt de procedure zoals hier boven beschreven is.

Hoewel in het ziekenhuis deskundige hulp nabij is ligt het succespercentage nauwelijks hoger dan daarbuiten.⁹²

⁹¹ M. van Delden, *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993) 65

⁹² *Idem*, 52

Beslissen om niet te reanimeren

Een aantal verschillen tussen reanimatie binnen en buiten het ziekenhuis is duidelijk geworden in de bovenstaande beschrijving. Toch is het onderscheid om meerdere redenen van belang. Op de eerste plaats wordt in de publieke ruimte bij vrijwel iedereen een reanimatie opgestart mocht daar aanleiding toe zijn. Er zijn wel niet-reanimeerpenningen in omloop maar dat is nog een vrij marginaal verschijnsel. Daarbij wordt er regelmatig overheen gekeken in een crisissituatie.⁹³

In het ziekenhuis, daarentegen, wordt niet bij iedereen een reanimatie opgestart. Tijdens de opname wordt voor elke patiënt beleid afgesproken voor het geval er een crisissituatie ontstaat: wel of niet reanimeren, wel of niet naar de intensive care, wel of niet beademen. Dat is praktisch want in een acute situatie is het niet handig om in overleg te treden over wat verstandig en wenselijk is te doen. Daar gaat kostbare tijd mee verloren. Meestal zijn er geen behandelbeperkingen. Er wordt per definitie uitgegaan van de gedachte ‘altijd reanimeren tenzij’.

Wanneer er medische redenen zijn om van een eventuele reanimatie af te zien komt er in veel gevallen een aantekening in het medisch- en verpleegkundig dossier. Bij ongeveer 6% van alle opgenomen patiënten wordt een beleid afgesproken om niet te reanimeren.⁹⁴

Het afzien van een eventuele reanimatie is lastig voor artsen, zeker om dit besluit in overleg met de patiënt te nemen. In situaties waarin overleg met de patiënt mogelijk is, gebeurt het daadwerkelijk in ongeveer 32% van de gevallen.⁹⁵ Meestal blijft overleg met de patiënt dus achterwege. Ook met de familie, wanneer de patiënt wilsonbekwaam is, wordt slechts in 32% van de situaties overlegd.⁹⁶ Dat er zo weinig overleg plaatsvindt tussen de arts en de patiënt of zijn familie komt omdat artsen menen dat een dergelijk gesprek een te grote emotionele belasting zou betekenen. Ze verwachten een negatief effect.⁹⁷

De symboliek achter het afzien van een reanimatie speelt waarschijnlijk een grote rol. Het zou door de patiënt en zijn familie geïnterpreteerd kunnen worden als een soort *awareness of dying*. Dat de arts er mee wil zeggen dat de patiënt eigenlijk stervende is. Wat ook kan meespelen is dat het afzien van een eventuele reanimatie iets zegt over de sociale waarde van de patiënt. Besluiten om niet te reanimeren zou symbool kunnen staan voor het idee dat de patiënt niet belangrijk meer is voor de gemeenschap.

Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen anders omgaan met patiënten waarbij een niet reanimeren beleid is afgesproken. Ze hebben meer aandacht voor de psychische begeleiding van de patiënt en hebben minder oog voor de fysieke monitoring, zoals bloeddruk meten.⁹⁸ Een verandering in het gedragspatroon die al verdacht veel op stervensbegeleiding gaat lijken. Artsen, zo is mijn ervaring, hebben soms de neiging minder hard te lopen voor een patiënt waarbij is besloten niet meer te reanimeren. Dat valt te interpreteren als zou deze patiënt voor de arts minder waardevol zijn. De beslissing om niet te reanimeren kan dus veel breder opgevat worden dan de bedoeling is, en niet alleen door de patiënt en zijn familie.

Dit gegeven maakt het lastig om afzien van een reanimatie bespreekbaar te maken. Het is een beladen onderwerp. Wat het nog lastiger maakt is het zeer positieve imago van de reanimatiepraktijk. Patiënten en familieleden leven doorgaans in de veronderstelling dat de

⁹³ Bastiaan de Galan. ‘Verhinderen van reanimatie is niet zo gemakkelijk’, *NRC Handelsblad* 27 mei 2006

⁹⁴ J.M. van Delden, *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993) 19

⁹⁵ idem, 64

⁹⁶ idem, 66

⁹⁷ idem, 67

⁹⁸ E.A. Henneman e.a., ‘Effects of do not resuscitate orders on the nursing care of critically ill patients’, *American Journal of Critical Care* (1994) 467-472

helpt van alle gereanimeerde mensen doorleeft.⁹⁹ Wanneer de dokter dan zegt een eventuele reanimatie niet verstandig te vinden aangezien de kans op succes uiterst gering is dan kan dat tot wantrouwen leiden. Zeker wanneer de relatie met de familie toch al niet optimaal was. Om conflicten te voorkomen leidt dit er soms toe dat er besloten wordt toch te reanimeren, terwijl dat medisch gezien weinig zinvol is.¹⁰⁰ Uiteindelijk wordt 65% van de patiënten bij wie is afgesproken om niet te reanimeren, gewoon levend uit het ziekenhuis ontslagen.¹⁰¹

Het gebeurt ook wel dat patiënten zelf bij opname aangeven dat ze niet gereanimeerd willen worden, al is dat nog een vrij marginaal verschijnsel. Dat wil niet zeggen dat een reanimatie dan ook achterwege blijft. Onderzoek in Duitsland heeft uitgewezen dat artsen in 32,5% van de gevallen toch een reanimatie inzetten tegen de wens van de patiënt in.¹⁰² Onderzoek onder Nederlandse artsen toont dat zij zelfs vaker niet dan wel meegaan met de wens van de patiënt om van een eventuele reanimatie af te zien. Wanneer de patiënt jong en vitaal is, is de kans slechts 31% dat de wens van de patiënt gerespecteerd wordt. Is de patiënt 85, dan wordt de wens in 56% van de gevallen ingewilligd.¹⁰³ Dit Nederlandse onderzoek is gebaseerd op schriftelijke casuïstiek, maar het geeft toch aan dat artsen veel moeite hebben om af te zien van een reanimatie wanneer de patiënt daar om verzoekt.

Ik denk dat het laten sterven van iemand terwijl de arts gelooft in een reanimatie te veel schuldgevoelens zou oproepen en dat is slecht voor het rouwproces. De arts is er om levens te redden, niet om machteloos toe te kijken.

Reanimeren uit angst voor juridische consequenties

Veel aandacht is uitgegaan naar de rol van de arts en de patiënt bij het besluit om wel of niet te reanimeren. In het ziekenhuis is het echter de verpleegkundige die in de meeste gevallen de reanimatie op moet starten en dat brengt mij op het tweede verschil met situaties buiten het ziekenhuis. Verpleegkundigen reanimeren namelijk niet altijd om een leven te redden. Waar omstanders in de publieke ruimte een reanimatie opstarten omdat ze, op basis van het zeer positieve imago, een sterk geloof hebben in de techniek, daar hebben verpleegkundige doorgaans een realistischer beeld. Zij weten dat de gereanimeerde in de meeste gevallen zal overlijden, en zij weten ook dat een reanimatie geen zachtzinnige handeling is waarbij men ribben kan breken, een klaplong kan veroorzaken of mensen kan doen veranderen in een “kasplantje”. Meestal starten ze, net als leken dat doen, een reanimatie op omdat ze geloven in een goed resultaat, maar het gebeurt ook, in sommige situaties, dat ze handelen omdat ze bang zijn voor de consequenties wanneer ze zouden afzien van de reanimatie. Op *ziekenhuisforum.nl* vond ik de volgende bijdrages die dit idee ondersteunen.¹⁰⁴ De vierde bijdrage, die ik onderlijnd heb, is van mijzelf afkomstig. De overigen zijn geanonimiseerd.

A: Ik heb voor school pas een casus moeten behandelen die ging over een verpleegkundige in de nachtdienst die een oudere patiënt aantroef, die net was overleden. Zij is uit medelijden, omdat deze mw erg lichamelijk en geestelijk was achteruitgegaan, niet begonnen met reanimeren. Terwijl bij deze mw. geen niet reanimeren beleid is afgesproken. Wat vinden jullie hiervan?

⁹⁹ E. Mead en C.J. Turnbull, ‘Cardiopulmonary resuscitation in the elderly: patients’ and relatives views’, *Journal of medical ethics* (1995) 40

¹⁰⁰ Hugo van der Wedden, ‘Hartstichting laat na nadelen reanimatie te vermelden’ *de Volkskrant* 5 april 2007

¹⁰¹ J.M. van Delden, Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk (diss. Utrecht, 1993) 19

¹⁰² J. Richter en M.R. Eisemann, ‘The compliance of doctors and nurses with do-not-resuscitate orders in Germany and Sweden’, *Resuscitation* (2001) 203-209

¹⁰³ J.M. van Delden, Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk (diss. Utrecht, 1993) 30

¹⁰⁴ <http://www.ziekenhuisforum.nl/forum/index.php?topic=3772.20>

*B: Het (wettelijk!!) beleid is zo dat als je iemand niet ademend in bed vindt, en hij/zij heeft een positief reanimatiebeleid, dat je **moet** beginnen. Anders ben je strafbaar!!!*

C: Helemaal met je eens B, dat zou ook de manier zijn waarop ik zou reageren in zo'n situatie

D: Dus, als ik het goed begrijp, dien je te starten met reanimeren, niet omdat je gelooft dat je er mogelijk iemands leven mee redt, maar omdat je als je het niet doet strafbaar bent?

Dat is toch vreemd?

E: Ja, helaas is het zo. In sommige situaties moet je beginnen terwijl je al weet dat je aan iets onnodigs begint. Helaas zit de wetgeving zo in elkaar.

*F: Daar sluit ik me helemaal bij aan. Als het nog **niet** zwart op wit staat, moet je gewoon handelen naar vermogen...als je dit niet doet, kun je ook juridisch problemen krijgen...*

*E: Bij ons is het beleid: **geen** NR/NB-beleid, **altijd** reanimeren!*

Dus ook als iemand al een tijdje overleden is, moet je er bovenop!

Een paar weken geleden hebben wij nog zo'n situatie gehad, patiënt was al overleden, maar toch reanimatie opgesteld...(patiënt heeft het niet gehaald, maar dat wist je bijna van tevoren)

Op internet zijn er wel meer van dit soort uitspraken te vinden. Het toont enigszins aan dat verpleegkundigen in het ziekenhuis een dwang buiten zichzelf ervaren die hen verplicht een reanimatie op te starten, ook al geloven zij zelf niet altijd in een positief resultaat. Zonder de angst voor juridische consequenties zouden ze waarschijnlijk minder vaak tot reanimatie overgaan.

Verpleegkundigen hebben hier, zo is mijn indruk, niet heel veel moeite mee. De beslissing om wel of niet te reanimeren laten ze liever aan de arts over. Een paar bijdragen uit een andere discussie laten zien wat ik bedoel.

W: Als verpleegkundige heb je niet de bekwaamheid om te beoordelen of behandelen medisch zinloos is of niet, je bent geen medicus. Hou je dan ook niet bezig met die vraag.

Probeer zo goed mogelijk de stem van de patient te zijn tijdens overleg en laat de patient zich uiten tijdens contact met arts, dát is je taak als verpleegkundige.

S: Als je iemand dood in bed vindt, dan weet je niet of het 10 sec of 3 uur geleden is. En zolang een arts beleid heeft afgesproken ben je verplicht dit te volgen. Ook al weet je dat het niet zinvol is.

R: Deze discussie gaat trouwens over reanimaties en beslissingen hierin. En tot dusver hebben verpleegkundigen officieel nog geen inspraak in dit beleid. Dus dan moet je niet aankomen met gevoel/wensen/ideen/enz. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om een beleid te maken mbt reanimatie. Helaas moeten wij ze hierin veelvuldig helpen herinneren. Tot zover rijkt onze verantwoordelijkheid en niet verder.

F: nadenken en beslissingen nemen doen we als verpleegkundigen zeker wel!! echter er zijn handelingen die alleen door een arts gedaan mogen worden. Het stellen van een medische diagnose is zo iets. En volgens mij valt het 'nadenken en beslissen of we een reanimatie wel/niet moeten opstarten op het moment dat iemand een circulatiestilstand heeft' NIET tot het takenpakket van de verpleegkundige. Je bent toch geen arts?!?!'

Gezien deze reacties lijkt de verhouding tussen arts en verpleegkundige, in ieder geval op het gebied van reanimatiebeleid, sterk op 'een figuratie-ideaal van harmonieuze ongelijkheid' zoals Cas Wouters dat beschreven heeft.¹⁰⁵ De dokter bepaalt het reanimatiebeleid, de verpleegkundige voert het gezagsgetrouw uit, ook al gelooft ze zelf niet altijd in een positief

¹⁰⁵ Cas Wouters, *Van minnen en sterven. Informalisering van omgangsvormen rond seks en de dood* (Amsterdam, 1990) hoofdstuk 9

resultaat. Het maakt in ieder geval zichtbaar dat er andere motieven meespelen bij het opstarten van een reanimatie dan het redden van een leven alleen.

Sabotage van een reanimatie

Toch bestaan er wel degelijk vormen van protest. Het gebeurt bijvoorbeeld wel eens dat de verpleegkundige de reanimatie bewust saboteert wanneer ze er niet in gelooft. Neem de volgende beschrijving van een co-assistent, gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.¹⁰⁶

‘Wij stonden erbij toen hij stierf. De arts-assistent begon meteen met hartmassage en op zijn bevel nam de verpleegkundige een ballon om te beademen. Zij pakte het echter zo stuntelig aan dat de arts mij geërgerd toeriep het over te nemen. Ik deed ook maar wat, tot even later de internist binnenkwam. Hij vroeg wat wij dachten dat we aan het doen waren en of we in godsnaam wilden stoppen. Later hoorde ik door de gesloten deur een woedend gesprek tussen de arts-assistent en de zuster, hij verweet haar onprofessioneel geklungel en zij hem een onzinnige reanimatie. Daarna belde de arts de weduwe, met lood in de schoenen: hij moest ook nog toestemming voor obductie vragen. Het gierende gehuil uit de hoorn was even onverdraaglijk als het drukkende zwijgen van haar man was geweest.

Ik wist hoe een obductie ging. De weeë bloedgeur, de kille tegels, het uitstekende humeur van de patholoog, alles klopte. De geopende borstkas met de ribben ter weerszijden van de holte leek op een scheepswrak. Het bloedstolsel uit de longslagader werd ons triomfantelijk getoond: de dood ontmaskerd als een vormeloze prop. De verkleuring van gelaat en hals was niet meer te zien, maar de tumor die de verstikkende stuwung had veroorzaakt, lag uiteengerafeld op tafel. De casus was rond. De ribben waren massaal gebroken tijdens de reanimatie, wat de patholoog de plechtige uitspraak ontlokte: ‘ziedaar de vaste hand van de medische stand.’ Op dat moment besepte ik dat de onhandigheid van de verpleegkundige welbewuste sabotage was geweest’.

Dit is de enige gepubliceerde beschrijving die ik heb gevonden van een reanimatie waarin sprake is van bewuste sabotage door een verpleegkundige. Toch zijn er aanwijzingen dat dit vaker gebeurt. Neem bijvoorbeeld deze bijdragen, wederom verkregen uit verschillende discussies op *ziekenhuisforum.nl*.

*A: Als er geen niet-reanimeren beleid is moet je.
(je kunt hoogstens tijdens het reanimeren een beetje minder je best doen)*

B: Tja als je iemand vindt die geen NR beleid heeft, moet je er gewoon vol voor gaan, want de arts bepaald of er wel of niet gereanimeerd gaat worden.

In dit geval had ze moeten reanimeren, wel vind ik dat je soms niet al teveel moet doen bij bepaalde patienten. Niet al te hard lopen, of de arts laten bellen en zorgen dat hij snel ter plaatse is op die manier voor kom je dat je zelf in moeilijkheden komt.

D: Ik heb deze vraag gepost, omdat je weleens hoort van collega's: 'als ik die of die vind, dan ga ik niet reanimeren hoor, ze/hij heeft al genoeg meegemaakt, en een mooi leven gehad, ik loop wel een extra rondje.

Een beetje minder je best doen, niet al te hard of een extra rondje lopen, klungelig beademen, het zijn allemaal strategieën om een reanimatie te saboteren. Het zijn tekenen van stil verzet tegen een praktijk waar men niet achter staat, maar waar men zich wel toe gedwongen voelt. Dit handelen van verpleegkundigen doet terugdenken aan het artikel dat ik in mijn inleiding aanhaalde: *Let us not rescucitate the dead* van de Arts Ramírez Rivera. Hij beschreef een reanimatie waarvan het niet reëel is te denken dat het tot succes leidt als een *unmerited and cruel ritual in the horizon of all who are to die*.

¹⁰⁶ B. Kooistra, ‘Stom ter slachtbank’, *NTvG* (2008) 342

Ramírez Rivera doet het voorkomen alsof reanimatie pas een ritueel wordt wanneer er geen oprecht geloof in succes is. In mijn optiek is het andersom. Juist geloof in de reanimatie is noodzakelijk om het als ritueel te laten functioneren. Wanneer het geloof in een positief resultaat er niet is, vallen ook de rituele functies weg. Niet geloven in een reanimatie staat, wanneer je iemand levenloos aantreft, gelijk aan *awareness of death*.

In mijn hoofdstuk over het daadwerkelijk sterven schreef ik al dat verpleegkundigen met regelmaat antibiotica toedienen terwijl ze vrijwel zeker weten dat het niet gaat helpen. Dat ze sondevoeding of vocht toedienen, niet om herstel te bereiken, maar juist uitstel. Ze zijn blij wanneer ook de andere betrokken zich bewust worden van de naderende dood, zeker, maar het toedienen van antibiotica of sondevoeding terwijl je er niet in gelooft is geen drama. Je kunt er relatief weinig schade mee aanrichten en je weet dat je de familie of de patiënt, die wel geloven in de heilzame werking, er blij mee maakt. Bij een reanimatie ligt dat toch anders. Borstcompressie is een agressieve handeling waarbij je het borstbeen op een hoog tempo telkens vier à vijf centimeter in moet drukken, met alle fracturen van dien. Ga dat maar eens doen bij een fragiele hoogbejaarde terwijl je niet gelooft dat het gaat helpen. Terwijl je weet dat de persoon in kwestie eigenlijk overleden is.

Het vervelende is dat anderen wel vertrouwen hebben in het heilzame karakter van de reanimatie die jij als verpleegkundige uit moet voeren: De arts, de familie thuis, de patiënt zelf. Er is niet voor niets een wel-reanimeren beleid.

Het afzien van een reanimatie in een situatie waarin je er niet in gelooft kan dus wel degelijk consequenties hebben. De juridische gevolgen waar verpleegkundigen angst voor tonen zijn reëel, zeker in een samenleving waar de reanimatiepraktijk een zeer positief imago heeft.

Sabotage zou je daarom kunnen bezien als een copingstrategie. Je reanimeert wel, maar eigenlijk ook weer niet. Het is een vorm van roldistantie. Je neemt psychisch afstand van de handelingen door het bewust te veranderen in een toneelstuk. Door te doen alsof houd je het rituele aspect voor de anderen in stand en voorkom je dat je in problemen komt. Sabotage is een vorm van autonomie tonen. Van stil verzet tegen een praktijk waaraan je gedwongen bent om mee te doen. Hoe vaak reanimaties gesaboteerd worden weet ik niet. Dat het gebeurt is evident.

Terugblik

De besluitvorming rond reanimaties en de uitvoering daarvan in het ziekenhuis, zo heb ik laten zien, is soms een problematisch gebeuren. Artsen hebben moeite om afzien van een reanimatie bespreekbaar te maken omdat het thema een sterke symbolische lading heeft. Een lading die niet alleen de familie en de patiënt raakt, maar die ook een weerslag heeft op het handelen van verpleegkundigen en artsen. Soms besluiten artsen tot een wel-reanimeren beleid om spanningen met de familie uit de weg te gaan, niet omdat ze er zelf in geloven. Tegelijkertijd vinden artsen het moeilijk om een jong iemand niet te reanimeren wanneer deze dat niet wenst. Artsen zijn opgeleid om levens te redden, niet om machteloos toe te kijken. Dat leidt alleen maar tot schuldgevoelens. Verpleegkundigen, tot slot, hebben geen enkele beslissingsruimte als het om reanimeren in het ziekenhuis gaat. Ze moeten handelen, of ze nu geloven in een reanimatie of niet. Het gebeurt daarom wel eens dat ze handelen uit angst voor juridische consequenties. Als blijk van stil verzet veranderen ze de reanimatie soms bewust in een slecht uitgevoerd toneelstuk. Wat hieruit naar voren komt is dat geloof in een reanimatie essentieel is om het als ritueel te laten functioneren. Toch heeft ook een gesaboteerde reanimatie een rituele functie. De arts kan alsnog tegen de familie zeggen dat er alles aan gedaan is. In het volgende hoofdstuk zal ik meer structureel ingaan op de latente functies van de reanimatiepraktijk.

Hoofdstuk 4: De latente functies van de reanimatiepraktijk

In het eerste hoofdstuk van deze scriptie heb ik aan de hand van het werk van Kellehear, Ariès en Elias laten zien op welke wijze we er toe gekomen zijn het overlijden geleidelijk, gemedicaliseerd en achter de coulissen te laten plaatsvinden. Het tweede hoofdstuk stond in het teken van het medisch handelen. Ik heb inzichtelijk gemaakt dat het toedienen van sondevoeding, vocht en antibiotica bijdraagt aan het geciviliseerd verlopen van een stervenssituatie. Daarnaast creëert een medische behandeling tijd en ruimte om *a good fight* en *awareness of dying* mooi in elkaar over te laten gaan. In het derde hoofdstuk heb ik een beeld geschetst van hoe een reanimatie behoort te verlopen en hoe de praktijk beleefd wordt door artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis. Daarmee ben ik aanbeland op het punt dat ik de latente functies van de reanimatiepraktijk, die ik in de inleiding al kort benoemd heb, verder uit kan werken.

Het kanaliseren van emoties

In mijn beschrijving van het werk van Norbert Elias en Philippe Ariès is naar voren gekomen dat het publiekelijk uiten van emoties niet gepast is in de moderne samenleving. In de visie van Elias zijn zichtbare emoties, zoals huilen en schreeuwen, steeds meer beladen met schaamte en gêne en daarom, net als het sterven, verplaatst naar een plek achter de coulissen van het maatschappelijk leven. De ideeën van Ariès sluiten daar haast naadloos op aan. Volgens hem mogen emoties alleen nog heimelijk worden geuit. Men heeft niet het recht emoties te uiten anders dan binnenshuis, want openlijke emoties tasten onze hang naar geluk aan.¹⁰⁷

Wanneer iemand plotseling een hartstilstand krijgt in de nabijheid van anderen leidt dat echter onherroepelijk tot heftige reacties. Zeker wanneer de persoon in kwestie een vriend, familielid of geliefde is. Er wordt geschreeuwd, gehuild en het lichaam van het slachtoffer wordt door elkaar geschud in de hoop een reactie los te maken. Het is zelfs niet ondenkbaar dat het slachtoffer in de paniek die ontstaat een flinke tik in zijn gezicht krijgt of een paar klappen op zijn lichaam in de hoop dat hij toch weer reageert.

Deze heftige emotionele reacties doen denken aan een klassiek ritueel uit het oude Egypte. Een ritueel dat al iets weg heeft van een poging tot reanimatie. In het tijdschrift *Resuscitation* beschrijft Judith Fisher hoe Egyptenaren zo rond het begin van onze jaartelling de gewoonte hadden ontwikkeld om in het geval van een plotselinge dood hard op het lichaam van het slachtoffer te slaan en daarbij te schreeuwen. Het doel van dit ritueel was het verjagen van boze geesten in de hoop dat daarmee ook het leven weer zou terugkeren.¹⁰⁸

Echt helpen zullen deze handelingen niet hebben gedaan (al is het niet ondenkbaar dat een flinke klap op de borstkas kort na de circulatiestilstand een verstoord hartritme weer in het gareel heeft gekregen). Wat het wel deed was op een betekenisvolle wijze invulling geven aan een crisissituatie. De paniek die gepaard ging met de plotselinge dood werd gekanaliseerd door een helder en betekenisvol gedragspatroon. Een gedragspatroon overigens, dat niet al te complex was en dicht bij de oorspronkelijke emoties zou blijven.

Ook de meer complexe en veelzijdige reanimatietechniek van vandaag de dag valt in dit licht te bezien. De richtlijnen van de Reanimatieraad creëren een helder en betekenisvol gedragspatroon voor de omstanders in een crisissituatie. Een moderne reanimatie kanaliseert echter niet alleen hoog oplopende emoties, het onderdrukt ze actief. Het controleren van de ademhaling, het bellen van 112 en het vervolgens opstarten van een kwalitatief goede

¹⁰⁷ Philippe Ariès, *Met het oog op de dood*, (Amsterdam, 1975) 89

¹⁰⁸ Judith M. Fisher, 'The resuscitation Greats. The earliest records', *Resuscitation* (2000-44) 79-80

reanimatie dwingt de uitvoerder haast tot een rationeel en geciviliseerd gedragspatroon. Elk tijdverlies verlaagt immers de kans op succes. Elke emotionele uiting brengt de dood van het slachtoffer dichterbij.

De negatieve rol van openlijke emoties komt twee keer aan de orde in het grootschalige onderzoek *Reanimaties in en rond Amsterdam: factoren die de uitkomst bepalen*.¹⁰⁹ Er wordt op de eerste plaats beschreven dat de melder van de hardstilstand soms zo in paniek is dat hij nauwelijks in staat is de telefoniste van de hulpdienst een heldere beschrijving van de situatie te geven. Dit levert tijdverlies op en dat beïnvloedt de uitkomst negatief. Aangrijpender is de volgende beschrijving. Wanneer het slachtoffer thuis, in aanwezigheid van de partner een hartstilstand doormaakt wordt 112 vaak via een omweg gebeld. Partners gaan eerst in paniek naar de burens of bellen hun kinderen. De burens of de kinderen bellen vervolgens 112. Deze omweg, hoe begrijpelijk ook, maakt de kans op een succesvolle reanimatie alleen maar kleiner.

De ongewenstheid van emoties tijdens een crisissituatie komt ook terug in de serie *Zes minuten* die de Hartstichting in 2004 maakte in samenwerking met de AVRO.¹¹⁰ Tijdens iedere aflevering krijgen twee mensen, gesitueerd in verschillende alledaagse situaties, een hartstilstand. De één wordt binnen zes minuten gereanimeerd en gedefibrilleerd en overleeft, iedere aflevering opnieuw. Bij de ander ontstaat er paniek en die persoon komt dan ook te overlijden.

Mensen die een reanimatiecursus hebben gevolgd zullen minder snel geneigd zijn in paniek te raken. Ze hebben een betekenisvol gedragspatroon aangeleerd. In een crisissituatie zullen ze zo geciviliseerd mogelijk een reanimatie proberen uit te voeren. De adrenaline die vrijkomt door de dramatiek van de situatie vindt geen uitweg in tranen of geschreeuw maar wordt zoveel mogelijk op rationele wijze gekanaliseerd in stevige borstmassages en beademing. Uit eigen ervaring weet ik dat het uitvoeren van een reanimatie emoties kanaliseert en onderdrukt. Wanneer je bezig bent met de positionering van je handen op het borstbeen en het tellen en uitvoeren van de borstcompressies, vergeet je soms haast waar het om draait. Het vergt kracht en concentratie. Daarmee is reanimatie niet alleen een levensreddende handeling, maar ook een ritueel dat bijdraagt aan het geciviliseerd verlopen van een crisissituatie. En hoe meer geciviliseerd een reanimatie verloopt, hoe groter de kans op succes.

De omstanders in de publieke ruimte

In de vorige alinea ging het vooral over het kanaliseren en onderdrukken van emoties bij de persoon die de reanimatie uitvoert. Maar hoe zit het met de omstanders? Hoe reageren zij op een reanimatie? Laat ik voorop stellen dat blinde paniek rond een crisissituatie pijnlijk is om aan te zien. Elias zei al dat we ons heel ongemakkelijk voelen wanneer we geconfronteerd worden met niet geciviliseerd gedrag. Een lichaam op straat, ogenschijnlijk dood, een radeloos huilend en schreeuwend iemand daarover heen gebogen: het is een beeld waar niemand met genoeg naar kijkt. Het zien van mensen met ontremde emoties is pijnlijk, net als de confrontatie met de dood die ons herinnert aan de eigen sterfelijkheid.

Een met overtuiging uitgevoerde reanimatie is al een stuk minder pijnlijk om aan te zien. Nog steeds is het geen prettig gezicht, maar alle handelingen suggereren wel een zekere controle over de situatie. Wanneer één of twee mensen enigszins beheerst en behendig een reanimatie uitvoeren, heeft dat een geruststellend effect op de omstanders. Niet langer is er iemand overleden, maar er vinden rationele en goed gecoördineerde, levensreddende handelingen plaats, waarmee de gedachte aan de dood uit de publieke ruimte wordt verdreven. Het

¹⁰⁹ R. Koster en R. A. Waalewijn, 'Reanimaties in en rond Amsterdam: factoren die de uitkomst bepalen', *NTvG*. (2003) 147

¹¹⁰ Op www.uitzendinggemist.nl is deze serie nog steeds te zien.

positieve imago van de reanimatiepraktijk werkt wat dat betreft versterkend. Het sterke geloof in reanimatie verandert de definitie van de situatie substantieel. ‘Er wordt een leven gered’ roept andere emoties op dan ‘er is iemand gestorven’. Je zou daarom kunnen zeggen dat een reanimatie niet alleen emoties kanaliseert en onderdrukt, maar ook verandert van aard, omdat de definitie van de situatie verandert door een reanimatie.

Wanneer de ambulance arriveert en verpleegkundigen van *basic life support* overgaan op *advanced life support*, wordt dat gevoel versterkt. De intubatie, de AED, de snelheid en routine waarmee de handelingen worden uitgevoerd. Ze dragen bij aan het vertrouwen in een goede afloop bij de omstanders. Wanneer de ambulance na verloop van tijd weer vertrekt met het slachtoffer, is de dood helemaal verdwenen. Een reanimatie draagt daarom niet alleen bij aan het geciviliseerd verlopen van een crisissituatie, het zorgt ook voor continuïteit in de publieke ruimte. Er is geen lichaam dat afgedekt hoeft te worden en kinderen hoeven niet te worden weggeleid. Wanneer het slachtoffer naar het ziekenhuis wordt vervoerd kan het leven van alle dag zich voor de anonieme omstander voortzetten. Het idee dat mensen in de publieke ruimte onsterfelijk zijn wordt min of meer bevestigd door een overtuigend uitgevoerde reanimatie en de daar op volgende gang naar het ziekenhuis.

Achter de coulissen

Dat een patiënt afgevoerd wordt naar het ziekenhuis wil echter nog niet zeggen dat zijn leven ook gered is. Van alle gereanimeerde mensen wordt 30% daadwerkelijk opgenomen, en van hen wordt slechts de helft levend uit het ziekenhuis ontslagen. Het gebeurt dan ook veelvuldig dat de dood bij aankomst in het ziekenhuis wordt vastgesteld. Er zijn veel beschrijvingen te vinden van reanimatiesituaties die zo eindigen. Doorgaans maken deze beschrijvingen duidelijk dat er van een theatrale bedoeling absoluut geen sprake is. Zie bijvoorbeeld onderstaand voorbeeld.¹¹¹

Tragisch ongeval in zwembad Sportiom

Vanavond omstreeks 18.15 uur heeft zich een tragisch ongeval voorgedaan in het subtropisch zwembad van Sportiom in 's-Hertogenbosch. Hierbij is een vierjarig jongetje uit Leerdam verdronken in het zwembad. Ondanks directe reanimatie door het personeel van Sportiom en later door het ambulancepersoneel, is hij na aankomst in het ziekenhuis overleden. Zowel het ambulancepersoneel als de politie hebben bevestigd dat er door het personeel van Sportiom deskundige hulp is verleend.

Hoe oprecht de reanimatiepoging ook was in deze situatie, een leven is er niet mee gered. Functieloos was de poging daarmee zeker niet. De reanimatie van het jongetje door het personeel, later overgenomen door de ambulance broeders, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan het geciviliseerd en ordelijk verlopen van deze crisissituatie. Met de overgang van het verdronken jongetje naar het ziekenhuis werd de dood vervolgens letterlijk uit het zwembad verdreven. Hij overleed achter de coulissen van het maatschappelijk leven. Het klinkt hard, maar door zijn verplaatsing naar het ziekenhuis kon het leven van alle dag zich voor de anonieme omstanders voortzetten. Ze waren getuige geweest van een ernstig ongeval, maar niet van een sterfsituatie. Of het zwembad na het incident gesloten is heb ik niet kunnen achterhalen. Als de anonieme omstanders later in de krant hebben gelezen dat het jongetje

¹¹¹ ‘Tragisch ongeval in zwembad Sportiom’ *Persbericht* d.d. 23 februari 2005

alsnog is overleden, dan is dat erg, maar het heeft emotioneel minder impact dan wanneer dat voor hun ogen in het zwembad was gebeurd.

Wat ook opvalt in het bericht is de bevestiging dat het personeel deskundige hulp heeft verleend. Het toont mijns inziens het vertrouwen in de reanimatiepraktijk. Wanneer de reanimatie niet geslaagd is, zou het zo maar kunnen dat er niet goed gereanimeerd is, en op die gedachte anticipeert de bevestiging.

Paniek

Het gebeurt ook wel eens dat er niet gereanimeerd wordt voordat de ambulance arriveert. Dan is 112 wel gebeld, maar breekt er alsnog paniek uit omdat niemand weet wat te doen. Het kan dan gebeuren dat de vrijgekomen adrenaline gekanaliseerd wordt in agressie jegens de hulpverleners. De schuldvraag van de crisissituatie wordt dan door de omstanders op de ambulancebroeders geprojecteerd. Zij zijn te laat in de ogen van de omstanders. De onmacht maakt van iedere minuut wachten in beleving een eeuwigheid. Dit leidt dan soms tot niet geciviliseerd, agressief gedrag. Een voorbeeld van zo'n situatie heeft zich in Bos en Lommer voorgedaan, een paar jaar geleden.¹¹² Een jong meisje was gestikt in een pinda, 112 werd gebeld maar verder wist niemand wat te doen. Dit leidde tot paniek. Toen de ambulance negen minuten na de melding arriveerde, veel te laat in de beleving van de omstanders, werd de vrijgekomen adrenaline omgezet in agressie jegens de hulpverleners. Ze werden gehinderd in hun werk, geïntimideerd en door een grote groep boze mensen achtervolgd tot bij het ziekenhuis.

Deze zaak heeft nogal tot ophef geleid. Het toont echter aan in welke mate een reanimatie kan bijdragen aan het geciviliseerd verlopen van een crisissituatie. Wanneer de omstanders bekwaam waren geweest in borstmassage en mond op mondbeademing en daar toe over waren gegaan, dan was de situatie waarschijnlijk nooit zo geëscaleerd. Het meisje is drie dagen later overleden in het ziekenhuis. Waarschijnlijk heeft ze zonder succes het koelprotocol doorlopen op de *intensive care*.

Sociale waarde

In het hoofdstuk over het daadwerkelijke sterven heb ik geschreven over het opstarten van een medische behandeling bij een stervend persoon. Een van de functies daarvan is dat het de sociale waarde van de stervende bevestigt. Middels de behandeling laten we zien dat we de persoon niet willen missen in ons midden. Ook een reanimatie bevestigt de sociale waarde van het slachtoffer. Zouden wij in het geval van een plotselinge dood rustig toekijken en niets doen, terwijl we daar wel toe in staat zijn, dan laten we daarmee eigenlijk zien het slachtoffer niet belangrijk te vinden. Zelfs de paniek die zich omzette in agressie en intimidatie in de hierboven beschreven situatie laat de sociale waarde van het meisje zien, maar het gedrag was niet geciviliseerd. Er wordt schande van gesproken.

Op ziekenhuisforum.nl heb ik een bijdrage gevonden die expliciet zichtbaar maakt hoe die bevestiging van sociale waarde door reanimatie in zijn werk gaat.¹¹³

B: Heb zelf nog nooit hoeven te reanimeren, maar wel eens gezien dat collega's aan het reanimeren waren. Het reanimatieteam was erg snel ter plaatse. Wat mij opviel was dat er bij die patiënt (oude man, grote OK gehad met complicaties) direct door de arts geroepen werd: we proberen het zo lang, daarna stoppen we! Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik het wel 'mooi' (vreemd woord hierbij, maar weet het even niet anders te omschrijven) vond om te zien dat zo'n heel team er alles aan doet om het leven van iemand te redden. Uiteindelijk heeft de man het niet gered (...).

¹¹² 'Meisje "ambulancerel" overleden', *AT5.nl* 12-12 2003

¹¹³ <http://www.ziekenhuisforum.nl/forum/index.php?topic=3772.20>

De auteur van deze bijdrage noemt het woord ‘mooi’ vreemd in deze situatie. Wat ze bedoelt is dat het ongepast is een mislukte reanimatie als esthetisch te betitelen. De reanimatie zegt iets over de rol van de man binnen de gemeenschap en daarmee over de gemeenschap in zijn geheel. De volgende beschrijving van een reanimatiesituatie maakt nog duidelijker wat ik hier bedoel.¹¹⁴

‘Bij een grootscheepse reddingsactie op het IJmeer bij Muiden is maandagmiddag gezocht naar een 18-jarige matroos, die kort daarvoor overboord geraakt was van zijn binnenvaartschip. De man bleek, hoewel hij snel werd gevonden, na aankomst in het ziekenhuis overleden.

De matroos, een inwoner van Wijk aan Zee, raakte te water bij het schrobben van het dek, meldt Henk Wijga van reddingsdienst HOGÉ (Hulporganisatie Gooi- en Eemmeer) uit Huizen. Wijga wist vijftig minuten na het alarm, met de hulp van een ervaren politiemans aan boord, de drenkeling van de bodem van het IJmeer te dreggen. Op dat moment had Wijga nog goede hoop dat het slachtoffer het zou halen, gezien de relatief lage watertemperatuur. „Koud water hoeft niet dodelijk te zijn. Die moet het gaan halen, dacht ik toen ik die jongen in mijn armen had”, aldus de Huizer, die al 25 jaar vrijwillige hulp biedt met zijn reddingsbrigade.

Aan de actie namen vier helikopters en, aldus Wijga, op een gegeven moment zo'n twintig vaartuigen deel, inclusief reddingsbrigades, -boten en duikteams van tal van omliggende gemeenten. Wijga was met zijn boot de Seeker snel ter plaatse, omdat hij toevallig in de buurt voer. „We hadden de exacte gps-coördinaten. Vandaar dat we relatief snel het slachtoffer met dreggen te pakken konden krijgen.”

Reanimatie daarna, inclusief beademing met apparatuur, mocht echter niet baten. Na aankomst in het AMC bleek de man overleden.’

In deze situatie is alles uit de kast gehaald om de jongen te vinden en vervolgens in leven te houden. Vier helikopters, twintig vaartuigen en een reanimatie met beademingsapparatuur bevestigen hoeveel de jongen waard was voor de gemeenschap. Ook deze beschrijving is mooi, omdat er gemeenschapszin uit spreekt. We zijn niet allemaal losse individuen die niets voor elkaar over hebben. Juist het feit dat we elkaar reanimeren maakt dat duidelijk. Zeker wanneer deze door anonieme omstanders wordt uitgevoerd. Uiteindelijk is ook deze man overleden bij aankomst in het ziekenhuis.

Het onderdrukken van schuldgevoelens

Het onderdrukken van schuldgevoelens is een belangrijke functie van een reanimatie. Dat dood en schuld met elkaar samenhangen kwam in het werk van Elias al naar voren, maar ook Sigmund Freud hield zich met de schuldvraag bezig rond het stervensproces.¹¹⁵

‘He [Freud] argues that what appears to be ambivalence, or fear, is actually a manifestation of deep guilt. Most people feel, at some deeper level, that perhaps we did not do enough for the dead (...). Perhaps we did not even do enough to prevent the death itself.’

Door een reanimatie op te starten onderdrukken we schuldgevoelens die samenhangen met het sterven van een naaste. Het bevestigt ons in het idee dat er alles aan gedaan is. De gedachte dat je jezelf niets kan verwijten levert een belangrijke bijdrage aan het rouwproces dat na het sterven doorlopen moet worden. Deze functie van de reanimatiepraktijk komt regelmatig naar voren in beschrijvingen van reanimatiesituaties. De volgende beschrijving is

¹¹⁴ ‘Man (18) overlijdt ondanks massale zoektocht op IJmeer bij Muiden’, *Gooi- en Eemlander* 5-5 2008

¹¹⁵ Allan Kellehear, *A social history of dying* (Cambridge, 2007) 107

afkomstig van een weblog van een ambulance medewerker en maakt duidelijk wat ik hier bedoel.¹¹⁶

‘Na een uurtje te hebben gesocialized werden we samen met de andere wagen naar een mogelijke reanimatie gestuurd. Bij aankomst bleek het inderdaad een reanimatie te zijn. Een buurman was begonnen met de hartmassage, heel goed, omdat de eerste minuten voordat wij aankomen juist zo belangrijk zijn. Het fijne was dat we met twee wagens tegelijk ter plaatse waren zodat we direct met de losse spullen richting patiënt konden er we niet teveel over andere zaken hoefden na te denken. De 2^{de} wagen nam de aanvullende spullen mee.

Zoals al gezegd was een buurman al begonnen. Aangezien de patiënt nog op bed lag en dat geen goede behandelplaats is hebben we direct de patiënt van het bed gehaald en richting de gang verplaatst. Daar was wat meer ruimte en konden we de reanimatie overnemen. Heel vriendelijk van de MKA (meldkamer ambulance) was dat de politie ook was meegestuurd en vele extra handen zijn erg prettig. Zeker in een appartementen gebouw.

Het leek erop dat onze inspanningen niet mochten baten. Maar de patiënt kreeg toch nog een vervoerbaar ritme. Dus na de nodige handelingen gingen we op transport. Onderweg naar het ziekenhuis veranderde helaas het ritme en bij aankomst in het ziekenhuis werd besloten de reanimatie te staken. Erg triest voor de familie.

Ondanks dat de reanimatie niet geslaagd was hadden we een goed gevoel. We hebben alles geprobeerd en het liep gewoon goed. Dat werkt altijd erg prettig als je met heel weinig woorden een reanimatie kan draaien. Iedereen wist wat er verwacht wordt en iedereen is erg goed op elkaar ingespeeld. En ondanks wisselende rollen (15 minuten hartmassage uitvoeren is toch echt zwaar, dus af en toe afwisselen.’

In deze beschrijving komen een aantal zaken naar voren die al aan de orde zijn geweest. Zo wordt wederom duidelijk dat het toepassen van hartmassage een flinke inspanning vergt. Ook het geciviliseerde verloop van de crisissituatie valt op. De buurman was niet in paniek, maar al begonnen met reanimeren, waarmee hij de sociale waarde van het slachtoffer bevestigde. Daarnaast sterft de patiënt bij aankomst in het ziekenhuis, op een plaats achter de coulissen van het maatschappelijk leven.

Wat het meest in het oog springt, echter, is dat het uitvoeren van een reanimatie een prettig gevoel oplevert, ook al eindigt de reanimatie met de dood van het slachtoffer. Dat er alles aangedaan is en dat het goed verliep draagt bij aan het accepteren van de dood. Dat geldt voor de auteur van deze beschrijving, maar waarschijnlijk ook voor de buurman en de familie. Er valt niemand iets te verwijten.

In het ziekenhuis

Dat het bijwonen van een reanimatie goed is voor het rouwproces wordt steeds meer onderkend binnen de muren van het ziekenhuis.¹¹⁷ Een goede vriendin van mij, die een aantal jaar terug haar partner verloor aan een auto-immuunziekte, kreeg kort na het overlijden van een verpleegkundige te horen dat het wellicht goed was geweest als ze de reanimatie op de *intensive care* had bijgewoond. Dan had ze met eigen ogen kunnen zien dat er werkelijk alles aan gedaan was.

Deze uitspraak van de verpleegkundige staat niet op zichzelf. Het wordt steeds gewoner dat familieleden de reanimatie in het ziekenhuis bij mogen wonen. Er is echter ook weerstand omdat professionals bang zijn dat familieleden in de weg lopen en daarmee de kans op succes verkleinen. Sommige verpleegkundigen voelen zich onzeker door de aanwezigheid van familie.¹¹⁸

Uit onderzoek blijkt echter ook dat aanwezigheid van de familie bij een reanimatie het moeilijker maakt om te stoppen met reanimeren. Reanimatie verandert dan na verloop van tijd

¹¹⁶ <http://ambulancehulp.web-log.nl/ambulancehulp/2006/04/bedrijfsfitness.html>

¹¹⁷ D.J. Atwood, ‘To hold her hand: family presence during patient resuscitation. *Jonas Healthcare and law ethics regulations* (2008-1) 12-16

¹¹⁸ C.D. Critchell en P.E. Marik, ‘Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature’, *American Journal of Hospital Palliative Care* (2007-4) 311-317

in de ogen van de professionals in een handeling dat niets met het redden van een leven van doen heeft. Deze visie komt naar voren in een artikel dat is geschreven in een vaktijdschrift voor *intensive care* verpleegkundigen in Amerika: *Family presence during cardiopulmonary resuscitation: grief therapy or prolonged futility?*¹¹⁹ Hier begint een rituele functie, reanimatie als een bijdrage aan het rouwproces, manifest te worden.

De mensen die dagelijks met de reanimatiepraktijk in aanraking komen onderkennen de functie voor het rouwproces, praten erover met elkaar en hebben er een mening over. De auteur van het artikel, bijvoorbeeld, is geen voorstander van deze ontwikkeling. Hij noemt het verlengen van een reanimatie omwille van het rouwproces van de familie 'inappropriately'. Net als het infuus bij een stervende is het te lang doorzetten van een reanimatie een vorm van opzichtige symboliek wat voorkomen moet worden. Het tast het aanzien van de geneeskunde als rationele wetenschap aan.

Ook op ziekenhuisforum.nl wordt gesproken over de aanwezigheid van familieleden bij de reanimatie en de invloed daarvan op het rouwproces.

A: Bij ons mag familie er bij zijn als ze dat willen. Onlangs; Echtgenote vond het erg prettig, had het idee dat er in ieder geval alles aan gedaan was maar dat het overlijden onvermijdelijk was! Ze heeft dan ook alles gezien en stond aan het voeteneind vh bed.

B: Bij mijn weten hebben wij hier in het UMCG geen protocol voor, Maar als ik zelf zo naga, lijkt het me ook niet echt goed om familie er bij te hebben. In korte tijd gebeuren er in hun ogen vaak allerlei enge dingen met hun dierbare. Naast het reanimeren, ook tube/intuberen, massas mensen er om heen (artsen/vpk/enz).

C: Dit is juist een van de vooroordelen die door meerdere grote studies van tafel worden geveegd, het blijkt echt goed te zijn voor de mensen om aanwezig te zijn maar dat is een andere topic en die discussie kan daar verder gevoerd worden Maar om dit juist zo goed mogelijk te doen is het handig om een richtlijn / protocol hiervan te hebben.

Er is een beschrijving op ziekenhuisforum.nl die heel duidelijk maakt dat het verlengen van een reanimatie omwille van de familie onwenselijk wordt gevonden. Het verlengen van een reanimatie terwijl er geen kans op succes is maakt van de levensreddende handeling immers een toneelstuk. Het draagt misschien bij aan het rouwproces, maar er wordt van verpleegkundigen verlangd dat ze geweld toepassen op iemand die in hun beleving overleden is.

E: Soms zit er inderdaad een reanimatie bij waarvan ik denk "waar zijn we toch allemaal mee bezig?" BV zo'n oude hoogbejaarde dame van ruim in de 90 die binnen wordt gebracht door de ambulance met een astma cardiale omdat de familie dat zo graag wilt.¹²⁰ Als de toestand van de patient snel verslechtert en er uiteindelijk een asystolie optreedt, moet plotseling alles gedaan worden. Voor mevr. zelf hoeft het allemaal niet meer. Maar op aandringen van de familie wordt er dan toch nog een poging ondernomen. Dat zijn van die dingen waar ik dan zelf niet te lang bij stil wil blijven staan.

Uit deze beschrijving komt naar voren dat de familie nog in de ontkenningsfase verkeert, terwijl bij de verpleegkundige al sprake is van *awareness of death*. In haar beleving moet de verpleegkundige geweld toepassen op een overleden hoogbejaarde. Een voorval waar zij zelf niet al te lang bij stil wil blijven staan. Voor de familie is echter een beeld neergezet dat er

¹¹⁹ D.A. Sherman, 'Family presence during cardiopulmonary resuscitation: grief therapy or prolonged futility?' *Dimensions of Critical Care Nursing* (2008-3) 114-117

¹²⁰ Astma cardiale wil zeggen dat de pompfunctie van het hart der mate is aangetast dat vocht in de longen blijft staan. Het beeld wat daardoor ontstaat – hoesten, kortademigheid - lijkt op astma, vandaar die naam. Mensen kunnen door astma cardiale stikken in hun eigen vocht.

alles aan gedaan is. Zij kunnen het rouwproces in gaan zonder schuldgevoelens. De dood valt hen niet te verwijten.

Terugblik

Een aantal latente functies van de reanimatiepraktijk zijn inmiddels aan de orde geweest. Een reanimatie draagt bij aan het geciviliseerd verlopen van een crisissituatie en zorgt er doorgaans voor dat het daadwerkelijke sterven plaatsvindt achter de coulissen van het maatschappelijk leven. Daarmee draagt een reanimatie bij aan de continuïteit van het leven van alle dag in de publieke ruimte. Ook bevestigt een reanimatie de sociale waarde van het slachtoffer en is de reanimatiepraktijk als fenomeen een uiting van gemeenschapszin. Daarnaast onderdrukt een reanimatie schuldgevoelens rondom de dood. Een reanimatie geeft het gevoel dat er alles aangedaan is, een gevoel dat bijdraagt aan het goed doorlopen van het rouwproces, zeker wanneer je als nabestaande de reanimatie met eigen ogen hebt kunnen zien. De belangrijkste latente functie heb ik voor het laatst bewaard.

De geleidelijke dood

In het werk van Kellehear komt naar voren dat een geleidelijk sterfproces belangrijke voordelen met zich meebrengt en daarom als een goede dood wordt gezien. Hij beschrijft het ontstaan er van dan ook als een verdienste van de mens. Tegenover de goede dood, die voordelen met zich mee brengt voor de stervende zelf en de gemeenschap, staat volgens Kellehear de slechte dood. De plotselinge dood kwam bij Kellehear al naar voren als een voorbeeld van een slechte manier van overlijden die schadelijk is voor de stervende en de gemeenschap als geheel. Het leidt tot wanorde en discontinuïteit.

Een reanimatie, wanneer deze achteraf niet succesvol is gebleken, maakt juist van een plotselinge dood een geleidelijke dood. Dit vertragen van het stervensproces biedt een hoop voordelen waarvan er al een aantal aan de orde zijn geweest. De stervende kan bijvoorbeeld door een reanimatie naar een plaats gebracht worden achter de coulissen van het maatschappelijke leven. Daarmee doorloopt de gereanimeerde persoon hetzelfde traject dat chronisch zieke bejaarden afleggen. Alleen waar chronisch zieke bejaarden langzaam maar zeker verdwijnen naar een plaats buiten het zicht van de samenleving, daar legt de gereanimeerde persoon dit traject razend snel af, op een brancard in de ambulance.

Er zijn in dit hoofdstuk al een aantal situaties beschreven waarin de reanimatie afliep met het vaststellen van de dood bij aankomst in het ziekenhuis. Dit draagt, zoals ik eerder heb betoogd, bij aan de continuïteit van de samenleving. Het leven in de publieke ruimte kan zich voortzetten, zonder de emoties te ervaren die gepaard gaan met een waargenomen geval van overlijden.

Kellehear benoemt twee belangrijke fases in het sterfproces. Zonder *a good fight* en *awareness of dying* kan er geen sprake zijn van een goede dood. Bij een plotseling sterfgeval is er geen ruimte voor beide fases en dat leidt tot discontinuïteit en een problematisch rouwproces. Het is niet voor niets dat Kellehear de plotselinge dood vanuit een cultureel perspectief als slecht beschrijft. Een reanimatie, daarentegen, creëert deze ruimte wel. De reanimatie zelf is het gevecht tegen de dood. En diezelfde reanimatie creëert tijd om te wennen aan het idee dat iemand sterven gaat. Soms neemt die periode slechts een half uur in beslag, of nog minder, maar dan nog creëert dat genoeg ruimte om te vechten voor het leven en langzaam maar zeker te wennen aan het idee dat iemand sterven gaat. In dit soort korte situaties, waarin een reanimatie in eerste instantie niet lijkt te slagen, zijn deze twee fases echter moeilijk van elkaar te onderscheiden.

Neem de onderstaande beschrijving van de reanimatie van een kind dat in het ziekenhuis is opgenomen met acute hersenvliesontsteking.¹²¹ Vlak voor een operatie valt zijn ademhaling en hartslag weg. De beschrijving begint op het moment dat de ouders van het jongetje gehaast de operatiekamer binnenlopen, nadat ze door de verpleging waren geïnformeerd over de crisissituatie.

In de OK wisten wij beiden meteen dat het nooit meer goed zou komen. Zo'n mooi, klein lijfje op zo'n grote operatietafel, allemaal slangen, veel felle lampen, die steriele lucht...en een arts die op dat kleine, ons zo lieve lijfje staat te pompen...Ik heb Bart's ooglid opgetild maar hij was er niet meer. Arnt heeft meteen grote Nijn, Barts favoriete knuffel, bij hem neergelegd.

Wij hebben staan kijken en kijken.... Ik heb gezegd dat ze moesten stoppen met reanimeren omdat het toch geen zin meer had. Ik heb letterlijk gezegd: "laat hem gaan, laat hem gaan". (Nu denk ik wel eens "hoe kon ik?"...) De arts bevestigde wat wij voelden en wij hebben Bart van de operatietafel gepakt en vastgehouden, heel dicht tegen ons aan. Samen hebben wij geschreeuwd en gehuild...en ons knulletje, onze kanjer maar geknuffeld, gewiegd en gekust. Het was kwart over zes, donderdag 28 juli 2005. Bart was overleden.

In deze aangrijpende beschrijving lopen *a good fight* en *awareness of dying* dwars door elkaar heen. Bart was er niet meer volgens zijn moeder en zijn favoriete knuffel werd daarop naast hem neergelegd, als zou hij al gestorven zijn. De reanimatie werd echter nog enige tijd voortgezet. Uiteindelijk is het de moeder die de regie over de reanimatie in handen neemt, maar hoe lang er toen al gereanimeerd werd is niet duidelijk.

Ondanks dat de reanimatie in deze situatie het stervensproces slechts kort verlengde komen belangrijke functies aan het licht. Op de eerste plaats konden de ouders nu bij het overlijden aanwezig zijn. De reanimatie gaf hen de tijd zich naar de operatiekamer te spoeden. Daardoor is Bart niet alleen gestorven, maar in aanwezigheid van zijn ouders, terwijl zijn favoriete knuffel naast hem lag. De plotselinge dood werd door de reanimatie veranderd in een geleidelijke proces dat belangrijke voordelen met zich meebracht. Tevens is in de korte periode tijd gecreëerd voor *a good fight* en *awareness of dying*, twee fases die, zo maakt deze casus duidelijk, soms dwars door elkaar heen lopen.

Dat er gevochten is voor het leven maakt de situatie meer acceptabel. Er valt niemand iets te verwijten en de sociale waarde van het slachtoffer is benadrukt. Soms, echter, is er meer tijd om te wennen aan het sterven, en overlijden mensen na een reanimatie in een soortgelijke setting als chronisch zieke hoogbejaarden. Soms overlijden ze een dag later, soms zitten er een aantal dagen tussen het sterven en de reanimatie. Het gebeurt ook dat er weken, zelfs maanden overheen gaan.

Het onderstaande voorbeeld maakt duidelijk wat ik hier bedoel. De beschreven situatie is afkomstig van het Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg te Eindhoven.¹²² Een verpleegkundige is aangeklaagd wegens nalatigheid in de postoperatieve zorg voor haar patiënt.

De feiten

'Een patiënte werd op 1 april 2004 omstreeks 17.00 uur via de spoedeisende hulp opgenomen op de afdeling longziekten van het D. te C., op verdenking van een appendicitis. De patiënte werd om 22.00 uur geopereerd, waarbij via de laparoscopie een appendicitis werd vastgesteld. Omdat ruime ontstekingsverschijnselen werden waargenomen, werd geconverteerd naar een laparotomie en werd de appendix verwijderd. Om 23.00 uur

¹²¹ Caroline Tulleken-Frens 'Bart Tulleken', *Website Vereniging ouders van een overleden kind 2006*
http://www.vook.nl/gelezen_detail.cfm?seq=5B2C475A-CF19-A1CE-6C6691B77EE0BB89

¹²² Het Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg te Eindhoven, zaak 0550

arriveerde de patiënte op de recovery afdeling, waar een bloeddruk werd gemeten van 120/90 mm Hg. Rond 01.15 uur kwam de patiënte, nadat zij nog even op de intensive care was verkoeverd, terug op de afdeling longziekten, omdat er op dat moment geen opnamecapaciteit was op de chirurgische afdeling. De patiënte werd geplaatst op een kamer, die aan verweerster was toegewezen. Een collega van verweerster heeft bij aankomst van de patiënte de wond en de hevelsonde gecontroleerd en de bloeddruk en polsfrequentie gemeten. (...) Verweerster heeft, terwijl de patiënte sliep, om 2.00 en om 4.00 uur naar het infuus gekeken, de productie van de hevelsonde gecontroleerd en gelet op symptomen als bleekheid, onrust en transpiratie. Om 6.00 uur was de patiënte wakker. Ze gaf aan dorst te hebben en had last van haar neussonde. Om 7.00 uur werd patiënte door een andere verpleegkundige zittend aan de wasbak aangetroffen. Ze had het infuus en de neussonde verwijderd. Op het moment dat verweerster er bij werd geroepen was de patiënte nauwelijks nog aanspreekbaar. Ze raakte al snel buiten bewustzijn. Daarop is gestart met reanimatie, waarna de patiënte naar de i.c. is vervoerd. Later die dag werd een relatoparotomie uitgevoerd, waarbij ongeveer 1,8 liter bloed met stolsels uit de buik werd verwijderd. Er werden geen actieve bloedingen aangetroffen. De patiënte werd postoperatief op de intensive care verder behandeld. Neurologisch was zij in zeer slechte toestand. Daar in trad de daaropvolgende dagen geen verandering op. Het EEG was vlak en de Glasgow Coma Score bedroeg E2 M1 Vt en later E1 M1 Vt. De CT-scan vertoonde diffuus cerebraal oedeem en gaf een ongunstige prognose. Na overleg met de familie is uiteindelijk besloten tot abtinerend beleid, waarna de patiënte op 11 april is overleden.'

In deze beschrijving, die bol staat van het jargon, liggen er een aantal dagen tussen de reanimatie en het daadwerkelijke overlijden. De plotselinge, onverwachte dood, die optrad door een complicatie van de operatie (een nabloeding), werd door de reanimatie omgezet in een geleidelijk sterfproces. Tijdens de reanimatie is de patiënte zo snel mogelijk naar de *intensive care* verhuist. Uiteraard zijn daar meer mogelijkheden om te behandelen, maar het is ook een plek ver uit het zicht van andere patiënten en bezoekers.

Na de aanvankelijk geslaagde reanimatie is er nog van alles ondernomen. Zo is de buik van de patiënte open gemaakt en is de oorzaak achterhaald van de hartstilstand. Toen na verloop van tijd bleek dat de hersenfunctie ernstig was aangetast is besloten tot een abtinerend beleid.

Hoe treurig deze situatie ook verlopen is, voor de nabestaanden heeft de reanimatie wel een aantal functies gehad. Ze hebben langzaam maar zeker kunnen wennen aan het idee dat hun dochter, moeder, zus of vriendin zou gaan sterven en konden bij het daadwerkelijk overlijden aanwezig zijn. Er is veel ruimte geweest voor *a good fight* en *awareness of dying*. Zonder de reanimatie was dat niet gebeurt.

Geleidelijk, gemedicaliseerd en achter de coulissen van het maatschappelijk leven

Dat reanimatie een plotselinge dood kan veranderen in een manier van sterven zoals chronisch zieke hoogbejaarden doorgaans doen kwam in de vorige alinea al enigszins naar voren. De volgende beschrijving maakt dat echter meer inhoudelijk zichtbaar. De beschrijving is afkomstig uit het boek: *Naast de patiënt. Beslissen over palliatieve sedatie, euthanasie en morfine*, geschreven door Anne-Mei The.¹²³

Het gaat hier om een stervenssituatie van een relatief jonge vrouw die in het ziekenhuis was opgenomen vanwege een longaandoening. Tijdens een onderzoek kreeg ze een hartstilstand waarna ze gereanimeerd werd. De reanimatie zorgde ervoor dat ze circulatie op eigen kracht ontwikkelde, maar de hersenschade op basis van zuurstof tekort was zo groot dat besloten werd de behandeling te staken. Van de *intensive care* werd ze overgeplaatst naar een eenpersoonskamertje op de longafdeling.

In het verpleegkundig dossier staat geschreven:

'Temperatuur 39.5. Het beleid: niets doen. 's Avonds vond op initiatief van de familie een gesprek plaats met dokter van Maanen over het morfinebeleid. Er is besloten om tot intraveneuze toediening over te gaan. Ik vind dat mevrouw achteruit gaat, ze ademt moeilijker dan vanmiddag. Ze kreeg na een halfuur infuus een bolus van

¹²³ Anne-Mei The. Naast de stervende patiënt. Beslissen over palliatieve sedatie, euthanasie en morfine. Houten 2007. pag. 12

morfine 5 milligram. De sondevoeding is gestopt. Ik heb nog even gepraat met de vriend van mevrouw Bos, haar vader en zus. Op de IC bestond binnen de familie nog enige terughoudendheid ten aanzien van de morfine. Nu duidelijk is dat mevrouw niet meer zal herstellen, is familie het eens over een niet-afwachtend beleid; ze staan unaniem achter het morfinebeleid. Ze hopen dat haar lijdensweg zo kort mogelijk zal zijn (...).

Deze beschrijving vertoont sterke overeenkomsten met de manier waarop chronische zieke hoogbejaarden doorgaans overlijden zoals ik dat in hoofdstuk 2 heb laten zien. De patiënte is overgeplaatst naar een eenpersoonskamertje, de sondevoeding wordt gestopt en alles wordt in het werk gesteld om de stervende zo comfortabel mogelijk de laatste uren of dagen door te laten komen.

Dit geleidelijke stervensproces is echter niet ontstaan na een long- of blaasontsteking in een toch al precaire situatie, maar na een plotselinge hartstilstand. De reanimatie die daarop volgde heeft een manier van sterven gecreëerd die ideaaltypisch is voor de wijze waarop mensen doorgaans overlijden binnen de hedendaagse samenleving. Geleidelijk, gemedicaliseerd en achter de coulissen van het maatschappelijk leven.

Conclusie

De reanimatiepraktijk is in Nederland in een relatief korte periode verworven tot wat de socioloog Emile Durkheim *un fait social* noemt. Het is vrijwel onmogelijk om plotseling te sterven in de publieke ruimte zonder dat er een reanimatie wordt opgestart. Voor deze ontwikkeling heb ik in mijn inleiding twee redenen gegeven. Succesvol beleid en een zeer positief imago.

Een derde reden voor de snelle verspreiding van de reanimatiepraktijk is wellicht in het verloop van deze scriptie aan de orde gekomen. Een reanimatie, ook al slaagt deze niet, heeft vijf belangrijke rituele functies. Het draagt, op de eerste plaats, bij aan het geciviliseerd verlopen van een crisissituatie. Hoe minder emoties, hoe groter de kans op succes. Op de tweede plaats zorgt een reanimatie er doorgaans voor dat het sterven plaatsvindt achter de coulissen van het maatschappelijk leven, daar waar het sterven binnen onze cultuur normaal gesproken plaatsvindt. Op de derde plaats bevestigt een reanimatie de sociale waarde van het slachtoffer en is het fenomeen reanimatie een uiting van gemeenschapszin. Door elkaar te reanimeren, mocht dat nodig zijn, maken we zichtbaar dat we één gemeenschap vormen waarin iedereen belangrijk is. Op de vierde plaats onderdrukt een reanimatie schuldgevoelens die samenhangen met het sterven van een naaste. Met het uitvoeren van een reanimatie laten we zien dat er echt alles aan gedaan is, hetgeen een belangrijke bijdrage levert aan het rouwproces dat op het afscheid volgt. Op de vijfde plaats creëert een reanimatie ruimte voor *a good fight* en *awareness of dying*, twee fases die volgens Allen Kellehear belangrijk zijn willen we het sterven als “goed” bezien.

Zodoende is reanimatie meer dan een medische, levensreddende handeling. Het is een ritueel rondom de plotselinge dood dat naadloos aansluiting vindt bij de wijze waarop we normaal gesproken omgaan met sterven in onze cultuur. Door te reanimeren zijn wij beter in staat de dood een plaats te geven. En ook dat verklaart misschien, naast de levensreddende kwaliteiten, het brede draagvlak voor de hedendaagse reanimatiepraktijk.

Het zeer positieve imago is hoe dan ook van enorm belang om reanimatie als zinvol ritueel rondom de dood te laten functioneren. Wanneer het geloof in de reanimatie als levensreddende handeling wegvalt, vallen ook de latente functies weg. Dan wordt een reanimatie net zoiets als bidden terwijl er niet in God wordt geloofd, en verandert de reanimatie in een zinloos, zelfs gewelddadig ritueel. Er wordt dan ook veel in het werk gesteld, onder andere door de Hartstichting, het succesvolle imago van de reanimatiepraktijk in stand te houden.

Dat het succesvolle imago niet in overeenstemming is met de werkelijkheid leidt in samenhang met de latente, vaak symbolische functies, tot een problematische reanimatiepraktijk binnen het ziekenhuis. Wanneer de dokter om medische redenen af wil zien van een reanimatie, ontnemt hij daarmee ook een deel van de sociale waarde van de patiënt en de mogelijkheid voor de familie om het gevoel te krijgen dat er alles aan gedaan is. Om een conflict of spanningen te voorkomen wordt er dan soms toch gekozen om te reanimeren ook al is de kans op succes te verwaarlozen. Deze praktijk leidt er toe dat van verpleegkundigen wordt verlangd dat ze soms geweld toepassen op hoogbejaarden die in hun beleving overleden zijn. De reanimatie verandert daardoor soms in een matig toneelstuk, dat wordt uitgevoerd uit angst voor juridische consequenties en om de familie tevreden te stellen.

Veel van wat in deze Bachelorscriptie aan de orde is gekomen verdient diepgaander onderzoek. Met name de vraag of de latente functies van de reanimatiepraktijk wel echt zo latent zijn lijkt mij van belang. In mijn Masterscriptie, die ik volgend jaar ga schrijven, zal ik misschien wel op deze vraag in gaan, want klaar met dit boeiende thema ben ik nog lang niet.

Bronnen en literatuur

- Akker, P. van den, en B. van den Borne, 'Hulpverlening aan terminale patiënten: de behoeften van stervenden', *Tijdschrift voor Verzorgenden* (1993-1) 6-12.
- Ariès, Philippe, *Met het oog op de dood* (Amsterdam 1975)
- Atwood, D.J., 'To hold her hand: family presence during patient resuscitation. *Jonas Healthcare and law ethics regulations* (2008-1) 12-16
- Bloom, H.L., e.a., 'Long-term survival after successful inhospital cardiac arrest resuscitation', *American Heart Journal* (2007) 831-836.
- Borg, B. ter, e.a., *Op zoek naar hoop. Over genezing, magie en religie* (Nijmegen, 1997)
- Bulck, J. van den, 'The impact of television fiction on public expectations of survival following in hospital cardiopulmonary resuscitation bij medical professionals', *European Journal of Emergency Medicine* (2002-9) 325-329
- Chabot, Boudewijn, *Auto-euthanasie. Verborgene stervenswegen in gesprek met naasten* (Amsterdam, 2007)
- Chaudron, Pieter Paul, *Omzien naar zorg: een maatschappijgeschiedenis van de verpleeghuisgeneeskunde* (Leiden, 1997)
- Critchell, C.D. en P.E. Marik, 'Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature', *American Journal of Hospital Palliative Care* (2007-4) 311-317
- Delden, J.M., *Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk* (diss. Utrecht, 1993) 30
- Diem, S.J. e.a., 'Cardiopulmonary resuscitation on television', *The new England Journal of Medicine* (1996-334) 1578-1582
- Elias, Norbert, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd* (Amsterdam, 1984)
- Fisher, Judith M., 'The resuscitation Greats. The earliest records', *Resuscitation* (2000-44) 79-80
- Galan, J.B. de, 'Verhinderen van reanimatie is niet zo gemakkelijk', *NRC Handelsblad* 27 mei 2006
- Geocadin, R.G., e.a., 'Neurologic prognosis and withdrawal of life support after resuscitation from cardiac arrest', *Neurology* (2006-67) 105-108
- Henneman, E.A., e.a., 'Effects of do not resuscitate orders on the nursing care of critically ill patients', *American Journal of Critical Care* (1994) 467-472
- Horn, J., e.a., 'Prognostication for patients with coma following cardiopulmonary resuscitation', *NTvG* (2008) 308-313
- Kager, L.M. en R.P. Wegener, 'Diagnose in beeld. Een vrouw overleden ondanks reanimatie', *NTvG* (2006) 695
- Keizer, Bert, 'Herzieling', *Medisch Contact* (18 augustus 2006)
- Kellehear, Allan, *A social history of dying* (Cambridge, 2007)
- Koster, R. en A. Waalewijn, 'Reanimaties in en rond Amsterdam: factoren die de uitkomst bepalen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (2003) 147
- Koster, Ruud, 'Niemand speelt met reanimatie', *NRC Handelsblad* 19 mei 2006, 7
- Koster, Ruud, 'Argumenten voor de invoering van de vernieuwde reanimatierichtlijnen in Nederland', *NTvG* (2007) 1865-1867.
- Kooistra, B., 'Stom ter slachtbank', *NTvG* (2008) 342
- Kouwenhoven, W.B., J.R. Jude en G.G. Knickerboxer, 'Closed chest massage', *JAMA* (1960)173:1064-7
- Legemate, Prof. mr. J. (red.), *De WGBO: van tekst naar toepassing* (Houten, 1995)
- Mead, G.E. en C.J. Turnbull, 'Cardiopulmonary resuscitation in the elderly: patients' and relatives views', *Journal of medical ethics* (1995) 40
- Murphy, D.J. e.a., 'The influence of the probability of survival on patients' preference regarding cardiopulmonary resuscitation', *The new England journal of Medicine* (1994-330) 545-549
- Nettleton, S., *The sociology of health and illness* (Cambridge, 1995)
- Nijhof, Gerard, 'Parkinson as a problem of shame in public appearance', *Sociology of Health & Illness* (1995) Vol. 17 no. 2
- Oosten, Nico van e.a., *Gezond ouder worden. Feiten en cijfers over de invloed van sekse en cultuur* (Utrecht, 2003)

- Ramírez Rivera, J., 'Let us not resuscitate the dead', *Bol asoc Med P R* (1992)146-147
- Richter, J. en M.R. Eisemann, 'The compliance of doctors and nurses with do-not-resuscitate orders in Germany and Sweden', *Resuscitation* (2001) 203-209
- Sherman, D.A., 'Family presence during cardiopulmonary resuscitation: grief therapy or prolonged futility?' *Dimensions of Critical Care Nursing* (2008-3) 114-117
- The, Anne-Mei, *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurde samenleving* (Amsterdam 2005)
- The, Anne-Mei, *Naast de stervende patient. Beslissen over palliatieve sedatie, euthanasie en morfine* (Houten 2007)
- Wallace, R.A., en R.A. Wolff, *Latent functions are the functions that are neither recognized or intended. Contemporary sociological theory. Expanding the classical tradition* (New Jersey, 2006) 51
- Wedden, Hugo van der, 'Reanimatie behoeft regelgeving' *NRC Handelsblad* 3 mei 2006
- Wedden, Hugo van der, 'Hartstichting laat na nadelen reanimatie te vermelden'. *de Volkskrant* 5 april 2007
- Wouters, Cas, *Van minnen en sterven. Informalisering van omgangsvormen rond seks en de dood* (Amsterdam, 1990)