Het KNMG-standpunt “De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde”

Pro Vita Humana, 2011 (18), nr. 3/4, p. 87-91
door prof.dr.ir. H. Jochemsen
Verslag van mr. Marianne Daverschot en mr Elisabeth P. van Dijk, redacteurs van Pro Vita Humana

Conflict van plichten van de arts?
Vraag: Euthanasie wordt ook door de KNMG gerechtvaardigd door een conflict van plichten: het leven van de patiënt beschermen en het lijden van de patiënt verlichten. Hoe ziet u dit conflict van plichten?

Jochemsen: Dit is geen echt conflict van plichten. Er is een conflict van plichten van gemaakt. Er zou een conflict van plichten zijn als je tegenover het leven beschermen, het beëindigen van het leven zou zetten. Maar zó wordt dat niet gezegd. Dat kan ook niet, want dan zou je zeggen dat er onder omstandigheden een plicht is om het leven te beëindigen.

Dat ‘het beschermen van het leven’ en ‘het verlichten van lijden’ als een conflict van plichten wordt gezien, komt niettemin doordat ‘het beëindigen van het leven’ als een vorm van ‘het verlichten van lijden’ wordt gezien. Dus de term ‘verlichten van lijden’ wordt bij dit conflict van plichten oneigenlijk gebruikt. Zo kon in strafrechtelijke zin ‘overmacht’ geconstrueerd worden en dat was nodig om euthanasie te kunnen legaliseren.

Toetsen van het lijden en het medisch – professionele domein
Vraag: De Hoge Raad heeft in de zaak Brongersma uitgesproken dat bij het toetsen van het lijden van de patiënt, aantoonbaar moet zijn dat aan dit lijden in overwegende mate een of meer medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen ten grondslag liggen. Ook in het KNMG-standpunt lijkt een belangrijk punt te zijn dat het lijden bij psychiatrische patiënten en dementerende mensen zo wordt geformuleerd dat de beoordeling hiervan tot het medisch-professionele domein van de arts blijft behoren (o.a. pagina 11) en eventuele levensbeëindiging onder de reikwijdte van de huidige euthanasiewet kan blijven vallen. Vindt u dat in de afgelopen jaren het medisch-professi- onele domein van artsen bij euthanasie is opgerekt? Wat is uw oordeel hierover? Kan het anders? Waarom zouden artsen de levensbeëindigingsmogelijkheden zoals bedoeld door de beweging Uit Vrije Wil zo graag onder hun domein willen brengen? Want deze beweging kiest zelf voor speciaal opgeleide (psycho-sociaal georiënteerde) hulpverleners, hoewel men artsen daarbij niet expliciet wil uitsluiten (pagina 12)?

Jochemsen: Vanuit het Lindeboominstituut is destijds bij de zaak Brongersma al bezwaar gemaakt tegen de pretentie dat de arts in staat zou zijn existentiële vragen van een patiënt voldoende uit te diepen en er een oordeel over te geven. Alsof de competenties van een arts dat allemaal omvat. Ook het KNMG-standpunt wekt veel te veel de suggestie dat een arts in staat moet zijn om met alle aspecten van zingevingsvragen om te gaan. Op pagina 23 staat te lezen: “*De patiënt ervaart het lijden als uitzichtloos, zijn bestaan als zinloos en wil dat — zonder daar direct aan te kunnen overlijden — njet meemaken of daar, gelet op de levensgeschiedenis en eigen waarden geen betekenis meer aan geven*“. In de visie van de KNMG bestaat in dergelijke gevallen een zodanige verbinding met het domein van de geneeskunde, dat handelen van een arts binnen het kader van de Euthanasiewet mogelijk is.” “Dit is een niet onderbouwd statement”.

Zo ook op pagina 24: “*Tot de professionele standaard van de arts behoort het oog hebben voor het bredere welzijn van de patiënt, het begeleiden van de patiënt bij existentiële vragen die worden opgeroepen door de*

ziekte, het tonen van empathie en het bieden van palliatieve zorg, stervensbegeleiding en troost. Of zoals de World Health Organization palliatieve zorg definieert: 'het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard".

De spirituele zorg en de maatschappelijk-sociale zorg vormen aparte domeinen waar de arts niet in geschoold is. Bij maatschappelijk-sociale zorg is dat wel erkend; daar is de maatschappelijk werker de deskundige, bij de spirituele zorg niet of minder.

Zeker, de arts behoort in zijn of haar medische zorg patiënten te benaderen als personen en de (medische) klachten te plaatsen in het brede kader van het leven van de patiënt. Maar aan deze brede benadering kan de arts niet de pretentie en ook niet de competentie ontlenen dat hij op alle genoemde aspecten ook een competent behandelaar is. Zijn competentie is begrensder dan de aspecten die zich voordoen bij een brede benadering. Ik begrijp niet dat ze een dergelijke uitspraak (als gedaan op pagina 24) kunnen doen. Dat is ongelofelijk pretentieus. Tot de kerncompetenties van de arts behoren de lichamelijke en psychiatrische zorg, niet ook de spirituele en sociale zorg. De implicatie daarvan zou zijn dat de totale mens tot voorwerp van medische zorg wordt gemaakt. De manier van argumenteren klopt dus niet. Dit afgezien van de ethische bezwaren die je tegen euthanasie kunt hebben.

Vraag: Wat maakt dat de arts zijn domein dan toch wil oprekken? Ziet hij zichzelf ten diepste als de priester-arts aan wie de beslissingen over leven en dood zijn voorbehouden?

Jochemsen: Misschien wel. Toch is het willen oprekken van je eigen domein ook een algemeen verschijnsel bij professies. Je wilt je deskundigheidsdomein graag groter maken; dat vergroot de markt. Op die manier wil je je positioneren. Het heeft te maken met emancipatie en macht van professies.

Ik denk dat uit een soort professionele trots en misschien ook wel uit zorg voor ontsporingen van de praktijk, de KNMG wil voorkomen dat er een domein met betrekking tot levensbeëindiging ontstaat waar artsen buiten gehouden worden. Dat probeert men door de dimensie van het lijden op te rekken.

Toen wij vanuit het Lindeboominstituut 15 jaar geleden zeiden dat de euthanasiecriteria onscherp gedefinieerd waren, kregen we te horen dat het hele scherpe en duidelijke criteria waren. Nu zegt de KNMG: "*Het huidige wettelijke kader en de invulling van het begrip lijden is breder dan veel artsen tot op heden denken en toepassen." En even later: "Anders dan vaak wordt gedacht biedt de Euthanasiewet ruimte om hulp te bieden bij een verzoek tot levensbeëindiging van psychiatrische patiënten en patiënten met dementie." (pagina 40)*.

Iemand die destijds heel scherp de vaagheid van de euthanasiecriteria heeft aangetoond, na onderzoek van de (geschiedenis van de) euthanasiewetgeving in Nederland, is de Britse jurist en rechtsfilosoof professor John Keown, D.Phil., Ph.D. Momenteel is deze jurist als hoogleraar Christelijke Ethiek verbonden aan het Kennedy Institute of Ethics (Universiteit van Georgetown, Washington DC (USA).

Tegelijk zegt men dat alleen de persoon zelf kan beoordelen of zijn leven voltooid is. Hoe onafhankelijk en professioneel kan dan nog het oordeel van de arts zijn? (Uiteraard kan de arts bij twijfels andere deskundigen raadplegen).

Dat is de spanning in de hele Euthanasiewet. De patiënt moet volgens de uitleg van de wet invoelbaar kunnen maken dat zijn lijden ondraaglijk is geworden. Als het gaat om het medische domein kun je zeggen: daar weet de arts van. Als het gaat om existentiële vragen is er geen mogelijkheid om te toetsen wat de patiënt zelf zegt. Als autonomie als argument wordt gebruikt, heb je eigenlijk geen verweer meer om een verzoek af te wijzen. Tegenover het verzoek van de patiënt staat dan nog de persoonlijke overtuiging van de arts. Mensen vinden dat

dit tot rechtsongelijkheid leidt, want de ene arts wil in bepaalde situaties wel en de andere niet. Daarin worden artsen vrij gelaten. Er is terecht geen plicht om mee te werken.

Vraag: Moet je een medewerkingsplicht vrezen?

Jochemsen: De KNMG zal de huidige situatie op dit punt handhaven. Anders krijgen zij hun eigen stand niet mee. De beroepsgroep zelf is terughoudender geworden; een deel gaat mee in deze ontwikkeling, een ander deel zegt: daar ben ik geen dokter voor geworden. Ik vind het opmerkelijk dat de KNMG de beroepsgroep meetrekt in een richting waartegen binnen de beroepsgroep behoorlijke bezwaren bestaan.

Vraag: Hoe zit het dan met palliatieve sedatie?

Jochemsen: Het aantal mensen waarbij in de laatste fase palliatieve terminale sedatie is toegepast is hoog: in 2005 was dat 10% van alle mensen die overleden. Dit kan in al die gevallen geen terminale sedatie volgens de regels zijn geweest.

Palliatieve sedatie is in de beleving van de arts meer een medische behandeling dan euthanasie en mits correct toegepast is ze dat ook. Maar het is kennelijk nogal eens een verkapte vorm van euthanasie. Dit probleem is breed onderkend. De laatste jaren lijkt er een verbetering te zijn in die zin dat palliatieve sedatie in die situaties wordt toegepast waarvoor het bedoeld is, namelijk dat er een levensverwachting van goed één week is.

Autonomiebeginsel

Vraag: Is er geen sprake van een kentering in het toekennen van betekenis aan het autonomiebeginsel? Er zijn ethici die bepleiten dat het autonomiebeginsel in positieve zin invulling wordt gegeven: geef zorg om patiënten zoveel mogelijk dingen weer zelf te laten doen.

Jochemsen: Prof. Leenen heeft het autonomiebeginsel vooral als een afweerrecht gezien. Dan gaat het toestemmingsvereiste van de patiënt een belangrijk criterium worden. Dat laatste deel ik. Maar ik ben niet voor de juridisering die dat heeft meegebracht. Dat heeft geleid tot het contract-denken waarbinnen de gedachte van claimrecht is opgekomen. Dan is de zorgverlener gehouden dit of dat te doen. Uiteraard is dat binnen de geldende zorgplicht ook het geval. Maar het autonomiebeginsel heeft daardoor het karakter van een claimrecht gekregen, buiten heldere medische indicaties om. Van daaruit kunnen patiënten zeggen: ik wil dat er een eind aan gemaakt wordt. Het recht op autonomie is in de praktijk opgerekt naar een claimrecht. Zorgethici zien autonomie vooral ook als een mogelijkheid voor patiënten om het leven zelf vorm te geven. Daarin heeft de arts een belangrijke rol en een eigen verantwoordelijkheid. Maar tegelijkertijd is er in het zorg- ethische denken sprake van wederzijdse betrokkenheid en afhankelijkheid. Autonomie heeft dan een andere lading, veel minder de lading van een claim vanuit een contractbenadering en meer een verzoek om ondersteuning bij het invullen van het leven naar eigen overtuiging. In het besef dat ieder daarbij een eigen verantwoordelijkheid heeft. De zorgrelatie heeft dan meer het karakter van een onderhandelingrelatie (een zgn. deliberatieve benadering). Het is duidelijk dat in een dergelijke relatie het het beste is als arts en patiënt naar consensus streven.

De KNMG wil de rol en de bevoegdheid duidelijk hebben

Vraag: De KNMG is vooral tegen het wetsvoorstel Uit Vrije Wil omdat het een tweede, eenvoudiger weg naar euthanasie biedt en daarmee de Euthanasiewet uitholt (pagina 12,13). Hoe moetje dit zien in het licht van opmerkingen als: dat euthanasie niet tot het gewone hulpverleningspakket behoort en artsen de euthanasiebeslissing zo'n moeilijke beslissing vinden?

Jochemsen: De KNMG wil de rol en de bevoegdheid duidelijk hebben. Tegelijk is het zo dat, naar mijn indruk er een stroming is binnen de KNMG die zegt 'dit (euthanasie of hulp bij zelfdoding ook in gevallen van 'lijden aan

het leven') hebben we zo niet gewild'. Die zegt: 'we willen niet op die manier door een patiënt ingeschakeld worden. Het op deze manier voor het karretje van de patiënt te worden gespannen is onprofessioneel.'

Geen verwijsplicht
Vraag: De KNMG zegt: er is geen plicht om mee te werken aan euthanasie. Principiële bezwaren van artsen tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding dienen gerespecteerd te worden. Het rapport noemt wel een verwijsplicht, niet een juridische, maar in zekere zin wel een morele en professionele. Wat vindt u hiervan? Hoe bedreigend is dit voor artsen die principiële bezwaren hebben?

Jochemsen: Je kunt er van twee kanten naar kijken. Ik ben er relatief blij mee dat er geen juridische plicht is geformuleerd. Er is expliciet genoemd dat er geen juridische plicht tot doorverwijzen is. Er wordt geen formele verwijsplicht, die formele medewerking zou inhouden, aangenomen.

Maar je hebt wel een relatie met de patiënt. Je kunt die niet in de kou laten staan als die iets wil dat jezelf niet wilt of kunt bieden. Maar ook al is er geen formele verwijsplicht, -bij abortus provocatus is dat ook niet het geval-, je kunt de patiënt wel informeren over artsen bijvoorbeeld in de maatschap of elders in de woonplaats, die het wel willen doen. Daarbij is heel belangrijk hoe je de dingen zegt om directe betrokkenheid te vermijden zonder de patiënt in een gat te laten vallen. Het moet ook duidelijk zijn dat je je als arts wel voor alle mogelijke vormen van zorg wilt inspannen.

Vraag: Draagt de patiënt voor zijn persoonlijke keuze geen eigen verantwoordelijkheid, die ook inhoudt dat hij zelf wel een andere arts zoekt als de eigen arts niet aan euthanasie wil meewerken? Er wordt toch uitgegaan van zijn autonomie en hij mag zich toch ook realiseren dat hij van de arts iets heel zwaars vraagt?

Jochemsen: De patiënt heeft ook een verantwoordelijkheid. Als de patiënt de arts om euthanasie vraagt, vraagt hij iets zwaars van de arts. De arts zal dan duidelijk moeten maken hoe hij hier mee wil omgaan. Hij mag niet vaag blijven. Hij moet wel tijdig informeren als hij geen medewerking aan euthanasie wil geven en dat hij dit geen goede weg vindt. Nogmaals het komt er dan wel op aan hoe je het zegt.

Het kan artsen die principiële bezwaren hebben in een wat lastig parket brengen. Je moet de patiënt tijdig informeren en niet wachten tot het moment van een direct euthanasieverzoek en dan als arts weigeren medewerking te verlenen aan euthanasie. Bij de patiënt leeft de gedachte dat euthanasie een recht is. Dat is het niet. Maar die gedacht leeft wel. Dat kan een situatie onder spanning zetten. Communicatie met de patiënt en het tijdig opmerken van signalen zijn in deze situaties belangrijk.

Je kunt de patiënt zeggen datje bereid bent tot pal- liatieve sedatie volgens de regels, dat je — in bepaalde situaties- de patiënt niet wilt laten stikken (letterlijk wel te verstaan), niet in de steek zult laten, maar datje niet bereid bent het laatste spuitje te geven. Er geen standaard recept te geven van hoe je dit precies vorm moet geven ook al zijn er artsen en ethici die hier graag willen protocolleren.

Versterven
Vraag: De KNMG omschrijft hulp bij versterven als bewust stoppen met eten en drinken. De KNMG vindt dat artsen verplicht zijn de patiënt hierbij terzijde te staan. Graag uw reactie.

Jochemsen: Stoppen met eten en drinken doet de patiënt. Als een patiënt zelf zegt dat hij gaat stoppen met eten en drinken, dan is dat een beslissing van die persoon zelf. De arts kan dan zeggen: ik blijf de medische zorg geven die ik kan geven ook als u hiervoor kiest. Maar ik kan me ook voorstellen dat er artsen zijn die zich dan medeplichtig voelen. Die zullen dan op een bepaald moment de zorg moeten overdragen. Ik zou dit aan de gewetensvrijheid van de arts willen laten hoe deze hiermee wil omgaan.

Vraag: En als de arts de suggestie tot het stoppen van eten en drinken zelf aandraagt?

Jochemsen: Op pagina 35 van de KNMG-nota wordt die mogelijkheid genoemd. Het is voorstelbaar dat een arts die meent dat er niet aan de euthanasiecriteria is voldaan, tegen een patiënt die persisteert in het vragen om euthanasie, zegt: waarom doet u het dan zelf niet? U kunt stoppen met eten en drinken. Ik zeg niet dat ik zo'n voorstel dus wil aanbevelen. Maar zo'n voorstel is geen verplichting voor de arts en deze zal voorzichtig moeten zijn om niet beschuldigd te worden van het aanzetten tot hulp bij zelf doding. Je komt hier gemakkelijk in een grijs gebied.

Heiligheid, liefde en barmhartigheid
Vraag: In de discussie op het symposium van de JPV begin dit jaar, is door de discussianten veel gezegd over de betekenis van de begrippen heiligheid, liefde en barmhartigheid met betrekking tot levensbeëindiging. Er is verschil van normering en waardering. Hoe ziet u dit? Hoe ga je daar mee om?

Jochemsen: De essentie is of je het leven als uitgangspunt ziet van waaruitje verder nadenkt. Dan wel datje het leven zelf als variabele gaat zien bij het vorm geven aan barmhartigheid.

Het leven is altijd als voorondersteld gezien bij bezinning op respect voor leven en barmhartigheid. In de nieuwe discussie zie je een switch van waardigheid van het leven naar het zelfbeschikkingsrecht van mensen. Uitgaande van het zelfbeschikkingsrecht van mensen vindt de een dat zijn leven onder bepaalde omstandigheden niet meer waardig is, de ander wel. Maar als de onvervreemdbare waardigheid van de mens, en daarmee de onvoorwaardelijke bescherming van het leven, wordt losgelaten en ingeruild voor het zelfbeschikkingsrecht en de menselijke ervaring van barmhartigheid, dan komt in zekere zin het leven van heel veel mensen op een glijdende schaal. Het leven en de bescherming ervan komen dan in een sfeer van preferenties. Als het menselijke leven komt in de sfeer van individuele preferenties, dan wordt dat het einde van de rechtsstaat.

Medisch-ethisch is barmhartigheid gerelateerd aan concrete mensen. Als uiting van barmhartigheid jegens een mens, het bestaan van die mens te doen ophouden, bevat iets tegenstrijdigs. Ook al ontken ik niet dat de gedachte 'alles beter dan zo te leven' in bepaalde omstandigheden
invoelbaar kan zijn. Het leven van een mens beëindigen met het oog op diens lijden is heel iets anders dan het lijden verlichten met het oog op het leven van de patiënt. Ook al erken ik dat deze twee in de praktijk soms heel dicht bij elkaar kunnen komen.

Het leven moet leuk, succesvol en nuttig zijn
Vraag: Wat zit er volgens u ten diepste achter de beweging 'Uit Vrije Wil'?

Jochemsen: Ik zie hier de terugkeer naar Epicurus, de Griekse wijsgeer (1) die ondermeer leerde dat alle wezens streven naar geluk, dat uit bevrediging en genot bestaat. De waarde van het leven zit in de ervaringen die we opdoen. Slaat de balans van positieve en negatieve ervaringen door naar de negatieve, dan is het beter, of ten minste gerechtvaardigd 'er uit te stappen'. Dit is postmodernistisch. In het postmoderne denken staat de ervaring centraal. Het moet allemaal leuk, succesvol en nuttig zijn en anders komen er grote existentiële twijfels. We moeten hier niet aan voorbijgaan. Ik kan het ook wel invoelen. De cultuur waarin wij leven brengt dat met zich mee. Het leven is er om prettig te zijn. Ik zie daarom deze ontwikkelingen ook als een uiting van een cultuurontwikkeling en als een cultuur-ethisch probleem. Het is een signaal van de cultuur waarin wij leven. Maar als we daarin meegaan, dan bevorderen we die cultuurontwikkeling daarmee weer. Daarom moeten we alert zijn. Er is ook bij christenen sprake van grote existentiële vragen.

Vraag: Ziet u in die ontwikkeling Darwinistische invloeden?

Jochemsen: In bewegingen midden vorige eeuw was die invloed zichtbaar in de eugenetica. Het werd toen van

bovenaf opgelegd. Dat is nu niet zozeer het geval. Dan zou sprake zijn van een vorm van 'opleggen' van euthanasie, bijv. met het oog op de kosten van de zorg. Dergelijke gevoelens zijn misschien wel geïnternaliseerd bij veel mensen in onze maatschappij. Maar het wordt niet van boven af opgelegd. Ik zie de beweging Uit Vrije Wil toch meer als een beweging waarbij de verbinding van de zin en de waarde van het leven aan de ervaring wordt gekoppeld.

Vraag: Is 'hellend vlak' en valide criterium als we kijken naar deze beweging?

Jochemsen: Er zijn verschillende varianten. Er is de empirische versie: je beschrijft wat je ziet, dan zien we een bepaalde ontwikkeling, waarbij de ene stap de andere oproept en opvolgt. Deze variant is vrij oppervlakkig en geeft geen oordeel over goed of kwaad van de gesignaleerde ontwikkeling.

Dan is er een logisch versie. In deze variant geldt dat als ik een bepaalde ont wikkeling rechtvaardig met argumenten a, b en c, datje dan logisch redenerend kunt stellen dat die argumenten ook vervolgstappen in de toekomst zullen (kunnen) rechtvaardigen en dat die vervolgstappen dan ook te verwachten zijn. Deze variant heeft wel degelijk kracht van argument. Het gaat dan om ontwikkelingen die nu niemand wil, maar die er logisch geredeneerd wel degelijk op termijn in zitten en die 'straks' wel geaccepteerd zullen worden op basis van dezelfde argumenten die de eerdere stappen rechtvaardigden.

Dan is er, wat ik zou willen noemen, de cultuur-ethische variant. Dan kan logisch gezien niet direct uit de argumentatie een extensieve werking van bepaalde maatregelen worden afgeleid, maar je kunt wel vanuit het achterliggende cultuurethos voorzien dat er verdergaande stappen zullen worden bepleit. Onze cultuurontwikkeling kun je zien als een bepaalde vorm van (individueel) nihilisme. Ervaring en preferentie kunnen er toe leiden dat steeds verdergaande levensbeëindiging wordt bepleit en gevraagd.

De vraag is of artsen deze beweging binnen de perken kunnen houden – wat naar mijn indruk veel artsen eigenlijk hopen- of dat deze beweging zal doorzetten. Zal deze cultuurbeweging zoveel kracht zal krijgen dat de artsen zich op een gegeven moment realiseren dat zij deze beweging niet binnen de door hen gewenste kaders kunnen houden en ook niet meer willen houden?

Ik denk dat de spanningen nog wel een tijdje oplopen en dat misschien opeens het besef doorbreekt: zijn we op dit punt eigenlijk niet gek bezig en onze rechtsstaat op het spel aan het zetten? Ik hoop dat dit besef spoedig doorbreekt!

Met dank namens de redactie van pro Vita Humana voor het interview!

Noot
1. 341-270 v.C.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.