

ROEP OM ZORGVULDIGHEID NEGEERT HET ECHTE PROBLEEM

Levens-eindekliniek beschadigt arts-patiëntrelatie

Het bestaan van de Levens-eindekliniek leidt er gemakkelijk toe dat behandelaar zowel als patiënt dit als 'alibi' gebruikt om wezenlijke gesprekken over het levenseinde uit de weg te gaan. Dit vervlakt hun relatie. Een groot, maar onopgemerkt probleem, vindt hoogleraar gezondheidsrecht Martin Buijsen.

Een regionale toetsingscommissie euthanasie (RTE) oordeelde onlangs dat een arts, verbonden aan de Levens-eindekliniek, niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet had gehandeld.¹ Vier maanden eerder was de kliniek, bedoeld voor mensen met een stervenswens die van hun eigen arts geen euthanasie of hulp bij zelfdoding krijgen, ook al door een RTE op de vingers getikt.² In beide gevallen vond men dat de betrokken arts zich meer tijd en inspanning had moeten getroosten. Kort daarop liet de Partij van de Arbeid weten het zorgelijk te vinden dat de Levens-eindekliniek tweemaal in korte tijd was berispt en dat de partij een onafhan-



HOLLANDE HOOGTE

kelijk onderzoek wilde naar het functioneren van de kliniek.³ Toch rechtvaardigen deze twee oordelen een dergelijk onderzoek naar de Levens-eindekliniek nauwelijks. De vraag of de artsen van de Levens-eindekliniek wel in

overeenstemming met de wettelijke zorgvuldigheidseisen handelen is namelijk niet de meest interessante. Veel interessanter is het feit dat, ook als de kliniek zorgvuldig functioneert, haar loutere bestaan een nadelige uitwerking heeft op

RELATIETHERAPEUT

Fuseren is niet alleen een kunst, maar ook een mode in de zorg. Mijn ervaring bij een zorgverzekeraar was een les voor de fusiebesprekingen die ik vandaag de dag voer.

We hadden binnen één concern drie zorgverzekeraars. Ze leefden al jaren op voet van oorlog met elkaar. Synergievoordelen bleven onbenut, de beheerskosten behoorden tot de hoogste in de branche. Dat gaf niet: zorgpolissen waren vooral een ingang voor 'cross selling'. Het bedrijf bestond namelijk vooral uit schade- en levensverzekeringen. Daar stroomde het geld binnen. Een inefficiënte zorgtak binnen het concern deerde niet, als hij maar klanten doorstuurde. Saneren zou zelfs onrust elders in het concern kunnen brengen; dat wilden 'schade' en 'leven' niet hebben. Pas door de nieuwe zorgverzekeringwet was er een noodzaak om de boel samen te voegen.

Ook in 'Het Grote Zakenleven' is de werkelijkheid weerbarstig en kent rationaliteit grenzen. Die les kwam hard binnen bij het nog grotere fusietraject dat ik daar meemaakte. De inmiddels samengevoegde zorgbedrijfjes waren bij elkaar te kwetsbaar om in het nieuwe zorgstelsel echt te kunnen overleven. Er zou met een groot voormalig ziekenfonds worden gefuseerd. Dat vreesde echter voor een overname door het grootkapitaal. Dus zocht het er een derde speler bij – waarmee wij opeens niet meer de dicterende partij waren. Heel slim. Een intensief traject volgde. Helaas, op echt het allerlaatste moment bleek er iets in het vertrouwen te missen. Alle rekensommen sneuvelen, bij gebrek aan een goede relatietherapeut.

De les van toen is voor ziekenhuizen nog altijd relevant. Fuseren kan heel verstandig zijn – maar zonder het goede gevoel wordt het nooit wat. De helft van de inspanning moet dan ook daarop gericht zijn.

Hugo Keuzenkamp

de verhouding tussen behandelaars en hun patiënten. Discussies, berichtgeving en onderzoeken zouden dáár de aandacht op moeten richten.

Gedachtewisseling ontlopen

De wetgever ging er destijds van uit dat een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gericht zou worden tot artsen met wie een vertrouwensband bestaat. De euthanasiewet veronderstelt min of meer het bestaan van een behandelrelatie. De artsen van de Levenseindekliniek hebben met de mensen die zich tot hen wenden, een dergelijke relatie echter niet. En niemand heeft voorzien dat de activiteiten van de kliniek

voor hem niet belangrijk om te weten waarom deze (juist nu) het levenseinde wenst door euthanasie of zelfdoding? En zal de behandelaar die zich 'gedoe' wil besparen, niet te eenvoudig volstaan met het informeren van zijn patiënt over het bestaan van de kliniek?

De vrees is reëel dat de Levenseindekliniek zowel behandelaars als patiënten een alibi verschaft om de gedachtewisseling over een precair maar wezenlijk onderwerp, de goede dood, te ontlopen. Over de vraag wat dan een goede dood is, kunnen mensen diepgaand met elkaar van mening verschillen. Dat hoeft geen belemmering te zijn voor begrip over en weer, en staat een respectvol afscheid van elkaar niet in de weg. Maar dat een patiënt en zijn hulpverlener in wederzijds onbegrip uiteengaan, en dat in misschien wel zeer moeilijke omstandigheden, is welbeschouwd diep tragisch.

Onderzoek

De roep om onderzoek is vooral ingegeven door de bij velen levende vrees voor een praktijk van 'invliegende' dokters die patiënten zonder veel omhaal aan het verlangde levenseinde helpen. Op basis van de cijfers is onderzoek naar het functioneren van de Levenseindekliniek echter nauwelijks verdedigbaar. Op slechts twee na zijn al haar meldingen tot op heden afgedaan als 'zorgvuldig'. Veel erger is dat dergelijk onderzoek zou neerkomen op wegstijgen van het werkelijke probleem. Het echte verlies aan zorgvuldigheid vindt elders plaats: in de relatie tussen behandelaar en patiënt. Daar wordt de prijs voor het bestaan van de kliniek betaald, óók als het handelen van haar artsen zorgvuldig is in de ogen van de RTE's. Onderzoek naar die gevolgen is veel wenselijker. ■

contact

buijsen@bmg.eur.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

Het echte verlies aan zorgvuldigheid vindt elders plaats

gevolgen zouden kunnen hebben voor de verhouding tussen patiënten en behandelaars die over euthanasie of hulp bij zelfdoding met elkaar in gesprek zijn, dus die wél een behandelrelatie hebben.

Want is het vergezocht om te veronderstellen dat de mogelijkheden van de arts om zijn patiënt te informeren over zijn standpunt, zijn beweegredenen, over alternatieven, eerder zullen af- dan toenemen? En dat de arts die bijvoorbeeld op een concreet verzoek aarzelend of afhoudend reageert, onder druk kan worden gezet? – 'Als u mij niet wil helpen, ga ik naar de Levenseindekliniek!' Het komt de zorgvuldigheid uiteraard niet ten goede als de dokter vervolgens maar toegeeft of juist repliceert 'ga dan maar naar de kliniek'.

En andersom, zal het enkele bestaan van de Levenseindekliniek geen afbreuk doen aan de mogelijkheid van begrip aan de zijde van de arts voor zijn patiënt? Is het