

HANDELEN ARTS NIET ALLEEN JURIDISCH BEOORDELEN

Omstreden euthanasie verdient breder perspectief

De inmiddels veelbesproken euthanasie bij een diepdemente patiënte die zich daartegen leek te verzetten, is tot op heden vooral juridisch beoordeeld. Dat doet de betreffende arts tekort, stellen Petra Pijnakker en collega's. Ook ethiek en professionaliteit moeten meewegen.

Het Openbaar Ministerie heeft besloten om een specialist ouderengeneeskunde die euthanasie uitvoerde bij een vrouw met gevorderde dementie te vervolgen. Eerder berispte het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) deze arts al, onder meer omdat er 'in beginsel geen ruimte voor interpretatie' is bij een onduidelijk opgestelde euthanasieverklaring en oordeelde de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) in deze zaak (2016-85) dat de arts 'niet ondubbelzinnig' tot de overtuiging had mogen komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek – een van de belangrijkste zorgvuldigheidseisen, zoals geformuleerd in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl).^{1,2} Beide oordelen hebben gemeen dat het handelen van de arts wordt getoetst aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl. Van de RTE verbaast dat niet, omdat de Wtl haar opdraagt aan die zorgvuldigheidseisen te toetsen. Het RTG toetst echter, kort gezegd, aan het criterium 'tekortschieten in de zorg' (art. 47 lid 1 Wet BIG) en dat zou verschil

moeten maken. Het RTG had de vraag te beantwoorden: wat was voor de specialist ouderengeneeskunde goed, althans verdedigbaar, medisch handelen? Bij het antwoord op die vraag spelen juridische aspecten zeker een rol, maar ook morele en professionele. Die meervoudigheid van het normatieve kader blijft in de commentaren onderbelicht en zal vermoedelijk ook in de strafzaak weinig aandacht krijgen.

Verontrustend

De geschiedenis leert dat de Wtl er is gekomen op basis van een langer bestaande professionele en morele consensus, onder artsen en in brede kringen van de samenleving, over zelfbeschikking en waardig sterven. Daarbij heeft de juridische normering nauwkeurig het spoor gevolgd van de morele en professionele normering. Als moreel-professionele en juridische normativiteit tegenover elkaar komen te staan, ondermijnt dit het fundament van het normerende systeem, dat met zoveel zorg is opgebouwd. Dat wetsbepalingen een belangrijke rol spelen, is zeker waar, maar de uitspraak van het RTG, het oordeel van de RTE en de beslissing van het OM lijken puur en alleen dáárop gebaseerd te zijn, zonder morele en professionele overwegingen mee te nemen. Dat is verontrustend, omdat daarmee het verpleeghuisnetwerk, de SCEN-artsen en de betrokken huisarts buiten beeld blijven. Het zou wenselijk en billijk zijn over de volle breedte het proces te toetsen en niet uitsluitend de specialist ouderengeneeskunde onder vuur te nemen.

Huisarts

De ongelukkige constellatie waarin de specialist ouderengeneeskunde, niet door eigen toedoen, was terechtgekomen, kan worden gezien als de keerzijde van het tekort aan professionaliteit en voortgaande betrokkenheid van de huisarts. De huisarts heeft weliswaar het onderwerp euthanasie niet uitgesloten, maar heeft het tijdens controlebezoeken wel laten liggen. Zij had aandacht voor een veelheid aan onderwerpen, maar onvoldoende voor de thema's waarvan in de wilsverklaringen sprake was. Het ging over de bloeddruk, de leefwereld

RTG: Wat was voor de specialist ouderengeneeskunde goed medisch handelen?

van patiënte, de diagnose alzheimer, overplaatsing naar een verpleeghuis en nog meer, maar niet over de consequenties van de wilsverklaring en niet over de bereidheid van de huisarts om op enig moment euthanasie te verrichten. Door een voorzienbare crisis bij patiënte thuis breekt plots de situatie aan die in de wilsverklaring wél duidelijk gedefinieerd was: patiënte wil niet worden opgenomen in een instelling voor demente bejaarden. De positie van de specialist ouderengeneeskunde wordt vervolgens niet alleen gekenmerkt door het voortgeschreden ziekteproces bij patiënte, maar ook door de relatie van patiënte met haar huisarts, de vrees en verwachtingen van de naasten en de schriftelijke wilsverklaringen.

Wilsverklaringen

Die wilsverklaringen zijn een thema op zich. De RTE komt tot het oordeel 'onzorgvuldig', omdat zij vaststelt dat de tekst in beide wilsverklaringen van patiënte ruimte laat voor zowel een ruime als een restrictieve lezing. De aarzeling en ruimte

voor uiteenlopende interpretatie die de RTE zag, is bij het RTG verdwenen, omdat er 'in beginsel geen ruimte voor interpretatie' zou zijn bij een onduidelijk opgestelde wilsverklaring euthanasie.

Dat is te snel geconcludeerd, zeker als je met het oog op authenticiteit van een schriftelijke wilsverklaring vindt dat betrokkene die persoonlijk en liefst op eigen wijze zou moeten formuleren. Iets dergelijks signaleert Den Hartogh in een recente analyse: 'Als een tekst, letterlijk gelezen, meer dan één interpretatie toelaat, is die tekst om die reden nog niet onduidelijk. Er kunnen immers overtuigende redenen zijn om één interpretatie te prefereren.'³ Die overtuigende redenen lijken in de onderhavige casus ruimschoots voorhanden. Wie pleit voor een wilsverklaring die geen interpretatie behoeft, pleit in feite voor een dichtgetimmerd juridisch standaardformulier dat iedere persoonlijke vormgeving en formulering van 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' devalueert tot een invuloefening.

Een juridisch oordeel over euthanasie bij dementie is niet genoeg. Ook ethische afwegingen zijn belangrijk.



Professionaliteit, ethiek en recht moeten in samenhang inhoud en betekenis krijgen

Crisissituatie

Het RTG doet er nog een schepje bovenop waar het ervan uitgaat dat patiënte te zijner tijd nog zelf zou aangeven dat zij euthanasie wenste. Dat is onverenigbaar met de gevolgen van de eerder gestelde en de door niemand betwijfelde diagnose ‘vergevoerde dementie’. Het RTG transformeert de voor de specialist ouderengeneeskunde ontstane morele en professionele crisissituatie tot een probleem waarbij het aankomt op de uitleg van wetsbepalingen. Zo valt op dat de feitelijke uitvoering van de euthanasie – waarbij de vrouw werd vastgehouden – niet erg zwaar lijkt te wegen, maar de arts krijgt wél het verwijt dat zij niet heeft geprobeerd de voorgenomen euthanasie met mevrouw te bespreken. Hoe je in gesprek moet treden met een wilsonbekwame patiënt met wie je niet meer in gesprek kunt treden, is mogelijk bedoeld als verwijzing naar de ‘overeenkomstige toepassing van de zorgvuldigheidseisen’, wat volgens de wetsgeschiedenis betekent: ‘zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie’.⁴ Dat is een serieus thema: de overeenkomstige toepassing van de verplichting tot communicatie in een situatie dat de patiënt niet meer kan communiceren. Het is goed om daarover verder na te denken, maar dat neemt niet weg dat het in deze casus niet meer ging om wat evident juist of onjuist was, maar om wat in de gegeven (ellendige) omstandigheden verdedigbaar medisch handelen was voor een benarde professional. Indien de overeenkomstige toepassing, zoals bedoeld in artikel 2 lid 2 Wtl, is toevertrouwd aan de individuele arts en gerekend moet worden tot het hart van de professionele beroepsuitoefening in geval van euthanasie bij dementie, dan moet de arts ook de ruimte krijgen daaraan inhoud te geven – integer, professioneel en (jawel!) toetsbaar. Het ingewikkelde vraagstuk van euthanasie bij wilsonbekwamen, in het bijzonder de thema’s schriftelijke wilsverklaring en overeenkomstige toepassing, lijkt vooral zinvol te benaderen als professionaliteit, ethiek en recht in onderlinge betrokkenheid inhoud en betekenis krijgen. ■

contact

petra.pijnakker@planet.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en literatuur bij dit artikel vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE FORENSISCH ARTS



JEROEN TIMMERMAN werkt bij de GGD in Amsterdam

Afhandeling euthanasie kan eenvoudiger

Niemand heeft meer te maken met euthanasie dan een schouwarts, maar eigenlijk bemoei ik me er steeds minder mee. Onze rol is beperkt: adviseren over het papierwerk, het te woord staan van de arts en nabestaanden en het versturen van de papieren naar de toetsingscommissie. Meestal is dat allemaal keurig geregeld, incidenteel moet ik een specialist nog weleens uitleggen waar hij het juiste KNMG-formulier kan downloaden.

De tijd (jaren negentig) dat we, zittend naast de overledene, de officier van justitie realtime verslag moesten uitbrengen, ligt gelukkig ver achter ons. En politieagenten die in uniform naar het ziekenhuis komen

omdat het een niet-natuurlijk overlijden betreft (jaren tachtig) zien we alleen nog in de geschiedenisboeken. In al die jaren en na vele honderden euthanasiegevallen heb ik geleerd dat het bevoegd gezag meer toetst dan dicteert. Euthanasie is een

WORDT HET NIET EENS TIJD OM EUTHANASIE TELEFONISCH AF TE HANDELEN?

onderdeel van de behandeling en alle gesprekken, het hele proces, vindt plaats tussen de patiënt, diens familie/netwerk en de behandelaar. Klinkt logisch, maar de bemoeienis van de ‘buitenwereld’, inclusief de schouwarts, de officier van justitie en de toetsingscommissie, volgt daarna pas. De euthanasiewet uit 2002 is de realiteit van de behandelsituatie destijds ook gevolgd.

Inmiddels is de euthanasieprocedure in Nederland een zeer volwassen systeem geworden, met alle openheid en toetsbaarheid van dien. Wordt het niet eens tijd om de mogelijkheid te creëren een euthanasie telefonisch af te handelen? Het dossier kan dan AVG-proof naar de schouwarts gestuurd worden. Bij vragen of op verzoek van nabestaanden en/of arts kan dan alsnog een huisbezoek volgen. Maar het hoeft niet meer in alle gevallen. Het lijkt me een logische ontwikkeling.