

# Euthanasie en coma

In onderstaande zaak was een huisarts nauw betrokken bij het ziekteproces van een 67-jarige patiënt. Nadat de patiënt afzag van verdere behandeling, verzocht hij om euthanasie. Aan alle criteria was in eerste instantie voldaan, maar kort voor het moment van uitvoering raakte de patiënt in coma. Drie geraadpleegde SCEN-artsen gaven dezelfde mening: als gevolg van het coma was er niet langer sprake van ondraaglijk lijden en kon er van euthanasie geen sprake zijn. Niettemin besloot de huisarts de euthanasie uit te voeren.

In navolging van de regionale toetsingscommissie euthanasie oordeelt de tuchtrechter dat de arts vanwege het ingetreden coma het euthanasieverzoek van de patiënt niet had moeten honoreren. Het lijkt erop dat de huisarts zich mede heeft laten beïnvloeden door de opvattingen en de druk van de kinderen. De tuchtrechter laat dat in het midden, maar oordeelt wel dat de huisarts na het intreden van het coma een duidelijker beleid had moeten bepa-



len en communiceren. Buiten twijfel stond dat de huisarts handelde in de volle overtuiging het beste voor zijn patiënt te doen. Mede om die reden wijzigt het Centraal Tuchtcollege de aanvankelijk opgelegde berisping in een waarschuwing.

Deze uitspraak is ook interessant vanwege de verhouding tussen twee procedures: een casus die zowel wordt beoordeeld door de regionale toetsingscommissie als door de tuchtrechter. In overweging kiest het Centraal Tuchtcollege voor een terughoudende opstelling: het is vooral de regionale toetsingscommissie euthanasie die de taak heeft de wettelijke voorwaarden voor euthanasie toe te passen en nader in te vullen.

B.V.M. CRUL, arts  
PROF. MR. J. LEGEMAATE

Log in en discussieer mee of  
bekijk eerdere uitspraken op onze  
website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)



## Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 5 december 2006

Beslissing in de zaak onder nummer 2006/090 van: A, huisarts, wonende te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mw. mr. A.P.E. de Ruiter, advocaat te Deventer, tegen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, werkgebied C, gevestigd te D, vertegenwoordigd door: E, Inspecteur voor de Gezondheidszorg, verweerder in hoger beroep, klager in eerste aanleg.

### 1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

E, hierna te noemen klager, heeft in zijn hoedanigheid van Inspecteur voor de Gezondheidszorg op 11 februari 2005 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen huisarts A, hierna te noemen de arts, een klacht ingediend. Bij beslissing van 16 februari 2006, onder nummer 019/2005 heeft dat college de arts berispt en is de uitspraak bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant en ter publicatie aangeboden aan Medisch Contact, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie. De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcol-

lege van 19 oktober 2006, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mevrouw mr. De Ruiter voornoemd, en klager, bijgestaan door F eveneens Inspecteur voor de Gezondheidszorg. De zaak is over en weer bepleit. Beide partijen hebben dat gedaan aan de hand van pleitnota's die zij aan het Centraal Tuchtcollege hebben overgelegd.

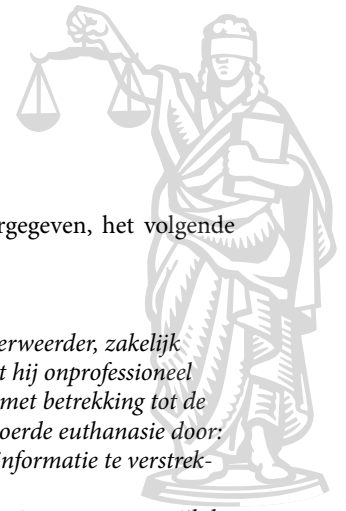
### 2. BESLISSING IN EERSTE AANLEG

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

#### 2. De feiten

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier van na te noemen patiënt dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan. De klacht heeft betrekking op de behandeling van de heer F, geboren op 2 december 1936, patiënt van verweerder. In 1999 werd bij patiënt een rectumcarcinoom gediagnosticeerd. Er werd een low anterior-resectie verricht en patiënt werd radiotherapeutisch behandeld. In 2001 werden bij patiënt lever- en longmetastasen aangetoond. Er volgde chemotherapie. In maart 2004 kreeg patiënt pijn in de

bovenbuik en bleek een cholestase te zijn ontstaan. Er werd een stent geplaatst die tweemaal werd verwisseld. Gestart werd met palliatieve chemotherapie. In juni 2004 zag patiënt af van verdere behandeling. Hij had wisselend pijn in zijn hele lichaam en was misselijk. Patiënt woonde nog thuis en had twee kinderen die zich met hun partners om hem bekommerden. Hun aller verwachting van het zieken naderende sterfbed van patiënt was gekleurd door de ziekte en het sterven wegens een pancreascarcinoom van hun echtgenote/moeder in 2002. Zij hadden dit allen als zeer ontluisterend ervaren, daar waar verweerder van oordeel was dat dit sterfbed naar omstandigheden goed was verlopen. Patiënt wilde echter zijn kinderen ervoor behoeden dat zij nogmaals een dergelijke ervaring zouden moeten meemaken. Verweerder kwam op zeker moment vrijwel dagelijks bij patiënt langs, soms meerdere keren per dag. Op 16 juni 2004 werd afgesproken dat op 23 juni 2004 in aanwezigheid van de kinderen (verder) zou worden gepraat over de toen voor het eerst geuite euthanasiewens van patiënt. Verweerder was nog maar tweemaal eerder geconfronteerd met



een euthanasievraag en heeft zich op dit gesprek voorbereid met behulp van de VWS-brochure 'Euthanasie, zorgvuldig van het begin tot einde'. Bij het gesprek heeft verweerder het gebruikelijke euthanasieformulier overhandigd. Op 22 juli 2004 bespraken verweerder en patiënt wederom diens euthanasiewens, waarbij patiënt een kopie van het ondertekende formulier aan verweerder overhandigde. Dan volgt een periode waarin het op en neer gaat met patiënt, in welke periode verweerder met vakantie is en een collega voor hem waarneemt.

Op zondag 29 augustus 2004 werd verweerder in spoedconsult gevraagd, nadat hij 's morgens al langs was geweest. Patiënt gaf aan euthanasie te willen, verweerder gaf volgens de aantekeningen in zijn journaal te kennen dat hij dit 'niet één, twee, drie' doet en dat hij verwacht patiënt goed met een morfinepomp te kunnen helpen. Verweerder startte met een pomp op stand 0,5 en een dosering van 100 mg morfine, 30 mg dormicum en 2,5 mg Haldol per 24 uur. Op maandag 30 augustus 2004 kwam verweerder om 10.00 uur 's morgens weer bij patiënt. De pomp bleek op 1,0 te staan, wat bij ongewijzigde samenstelling overeenkwam met een dosering van 200 mg morfine, 60 mg dormicum en 5 mg Haldol per 24 uur.

Verweerder heeft ter zitting het vermoeden geuit dat de familie dit 's nachts had gedaan. Hij kon het wel billijken dat de familie, na uitleg van de thuiszorg over de werking, op geleide van de klachten de pomp had bijgesteld. Patiënt was helder en herhaalde zijn euthanasiewens, het liefst zo snel mogelijk. Verweerder deelde mee een SCEN-arts te zullen raadplegen. In de loop van de dag werd de dosering via de pomp wederom opgevoerd, volgens verweerder door toedoen van de familie tegen zijn uitdrukkelijke instructies in, naar 1,5. Toen de SCEN-arts diezelfde avond om 19.00 uur kwam, bleek patiënt in diep coma te zijn. De SCEN-arts was van oordeel dat het lijden van patiënt zeker uitzichtloos was, maar vanwege het ingetreden coma niet ondraaglijk. De familie, die aangaf al vijf dagen te waken, afscheid te hebben genomen en alles in verband met de uitvaart goed te hebben doorgesproken, reageerde teleurgesteld en boos. Toen verweerder later die avond arriveerde, uitten zij ook tegen hem hun verontwaardiging.

Verweerder bracht het reeds in huis

gehaalde euthanaticum terug naar de apotheek. Op dinsdag 31 augustus 2004 werd hij, op visite bij patiënt, geconfronteerd met een dochter die hem weer verweet dat de euthanasie niet was doorgegaan. Ook de thuiszorg zou vinden dat dit niet volgens de wens van vader was. De pomp bleek omhoog te zijn gezet naar 2,5 en de dochter vroeg of deze niet omhoog kon naar 5,0 om het einde te bespoedigen. Verweerder legde uit dat de patiënt al in coma verkeerde en dat de mix geen euthanaticum was. Verweerder heeft nog twee hem bekende SCEN-artsen geraadpleegd, hun in algemene termen de casus voorgelegd en van hen hetzelfde te horen gekregen als de eerder genoemde SCEN-arts had laten weten. Verweerder werd ook 's nachts nog verschillende keren gebeld door de kinderen. De volgende morgen, woensdag 1 september 2004, kwam verweerder weer bij patiënt en werd daar geconfronteerd met de kinderen die over hun toeren waren, daar steeds in huis bleven en niet konden slapen. Verweerder constateerde bij patiënt een diep coma en een regelmatig, gevulde pols. Volgens de kinderen kreunde vader soms en vertrok hij zijn gezicht. Verweerder zegt dan toe die middag om 14.00 uur (het tijdstip waarop ook de moeder is overleden) euthanasie te zullen uitvoeren. Verweerder begint die middag met een injectie thiopental, naar hij ter zitting heeft toegelicht omdat dit de gebruikelijke procedure is en om patiënt 'voor alle zekerheid' (verder) te sederen, waarna hij pancuronium wilde toedienen. Reeds na toediening van 2 ml thiopental overlijdt patiënt, waarna verweerder ook de overige 8 ml thiopental toedient. Verweerder heeft het modelverslag, behorend bij een levensbeëindiging op verzoek, ingevuld. De regionale toetsingscommissie euthanasie heeft, na verweerder te hebben gehoord, als haar oordeel uitgesproken dat de arts, ondanks grote betrokkenheid bij de patiënt, niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, aangezien hij naar heersend medisch inzicht niet in redelijkheid de overtuiging heeft kunnen krijgen dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Dit oordeel is ter kennis gebracht van het college van de procureurs-generaal en van de regionaal inspecteur voor de volksgezondheid.'

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer hou-

den, zakelijk weergegeven, het volgende in.

### '3. De klacht

Klager verwijt verweerder, zakelijk weergegeven, dat hij onprofessioneel heeft gehandeld met betrekking tot de door hem uitgevoerde euthanasie door:

- a. onvoldoende informatie te verstrekken;
- b. de euthanasie uit te voeren terwijl de patiënt comateus was;
- c. zich te laten beïnvloeden door druk van de familie.

### Het verweer

Het verweer, dat hieronder verder wordt uiteengezet en besproken, komt erop neer dat verweerder meent dat hem tuchtrechtelijk geen verwijt treft.'

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

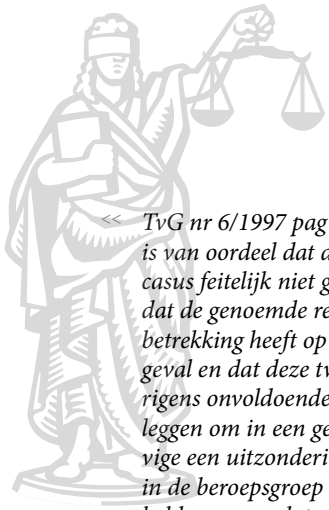
### '5. De overwegingen van het college

5.1 (...)

5.2 (...)

5.3 Naast de procedurele zorgvuldigheidseisen als raadpleging van een tweede, onafhankelijke arts, is voor de beoordeling van de onderhavige zaak met name van belang dat uitgangspunt is, ook volgens verweerder, dat er in beginsel geen grond is voor euthanasie als de patiënt comateus is aangezien een comateuze patiënt naar in de beroepsgroep gangbare maatstaven in beginsel niet ondraaglijk lijdt.

5.4 Verweerder heeft allereerst bepleit dat in deze zaak een uitzondering op deze regel kan worden aanvaard gelet op het feit dat de patiënt, nog aanspreekbaar toen verweerder samen met hem besloot de euthanasieprocedure in gang te zetten, kort voordat de SCEN-arts kwam voor een second opinion door opvoering van de sederende medicatie in coma was geraakt. Gegeven die onverwachte ontwikkeling kon, aldus verweerder, van hem niet worden verwacht dat hij die medicatie zou verlagen om patiënt weer te laten bijkomen ten einde de SCEN-arts in staat te stellen het lijden te toetsen. Hierdoor is verweerder naar zijn mening in een conflict van plichten geraakt. In dit kader heeft verweerder gewezen op casus 10 in het jaarverslag 2002 van de Toetsingscommissies en op een uitspraak van de rechtbank G van 28 januari 1997, >>



« TvG nr 6/1997 pag 367 e.v. Het college is van oordeel dat de eerstgenoemde casus feitelijk niet geheel duidelijk is en dat de genoemde rechterlijke uitspraak betrekking heeft op een onvergelijkbaar geval en dat deze twee gevallen ook overigens onvoldoende gewicht in de schaal leggen om in een geval als het onderhavige een uitzondering toe te laten op de in de beroepsgroep breed gedragen en heldere norm dat een comateuze patiënt in beginsel niet ondraaglijk lijdt. In het onderhavige geval klemt temeer dat verweerder zich aan deze norm had te houden, aangezien hij zelf tamelijk onbekend was met de uitvoering van euthanasie en zeker met een bijzondere situatie als in dit geval en naar aangenomen moet worden al helemaal met voornoemde uitspraken, maar wel het negatieve advies had van de door hem ingeschakelde SCEN-arts die wél ervaren was op dit gebied, terwijl hem overigens nog door twee andere door hem geraadpleegde SCEN-artsen was ontraden in een situatie als deze euthanasie uit te voeren. Het feit dat de waarnemend huisarts, die patiënt ook goed kende, het hem eerst ook ont-raadde maar uiteindelijk aangaf dat zijn beslissing invoelbaar was, maakt dit niet anders.

5.5 Vervolgens heeft verweerder aangevoerd dat hij ook in die zin in een conflict van plichten verkeerde, dat het juist de wens van de patiënt was geweest om niet alleen zichzelf maar vooral ook zijn kinderen zijn aftakeling en ontluistering te besparen en dat er bij de kinderen desondanks een volslagen ontredering en chaos ontstond, waarbij zelfs de deelname aan het verkeer van één der gezinsleden tot gevaarlijke situaties leidde. Hierbij verliest verweerder echter uit het oog dat zijn voornaamste zorg toch behoorde te liggen bij een zorgvuldige begeleiding van zijn patiënt en dat hij weliswaar ook rekening diende te houden met de familieleden, maar dat hij het eerste niet ondergeschikt kon maken aan het laatste, ook al zou het zo zijn dat ook de patiënt dit sterfbed aan zijn naasten had willen besparen. Daar komt bij dat verweerder, als hij zelf daartoe niet in staat was, de hulp van een andere arts, bijvoorbeeld de vervangend arts of de SCEN-arts, had kunnen inroepen om aan de familie duidelijk te maken dat door het intreden van het coma de situatie van patiënt zodanig was gewijzigd dat euthanasie niet alleen

niet meer geoorloofd was, maar dat ook de noodzaak daarvan aanzienlijk was verminderd omdat patiënt niet meer ondraaglijk leed.

5.6 Tot slot heeft verweerder aangevoerd dat er ondanks het coma sprake was van kennelijk onbehandelde pijn bij de patiënt, waardoor volgens de gangbare normen euthanasie nog wel was toegestaan. Verweerder baseert dit oordeel op de observaties van de familie dat patiënt soms zijn gezicht vertrok of kreunde. Verweerder heeft echter nagelaten door eigen onderzoek een objectieve onderbouwing voor mogelijk lijden van patiënt te verkrijgen. Gelet hierop en op het eigen oordeel van verweerder in zijn aantekeningen in het journaal dat patiënt in een diep coma was, het gelijkluidende oordeel van de SCEN-arts - erop gebaseerd dat patiënt geen reactie gaf op tast, geluid of pijn - en op de hoeveelheid morfine, dormicum en Haldol die patiënt uiteindelijk kreeg, mocht er niet zonder meer van worden uitgegaan dat patiënt leed en kan er derhalve thans niet van worden uitgegaan dat de door verweerder aangehaalde uitzonderingssituatie zich voordeed.

5.7 Gelet op het voorgaande slaagt de klacht van de inspecteur, inhoudend dat verweerder in de gegeven situatie geen euthanasie had mogen uitvoeren omdat zijn patiënt in coma was. Verweerder heeft naar het oordeel van het college onvoldoende ingespeeld op de door het in coma raken van zijn patiënt veranderde situatie. Het lijkt erop dat hij toen de regie is kwijtgeraakt. Weliswaar kan op basis van de stukken en het verhandelde ter zitting niet worden geconcludeerd dat verweerder, zoals de inspecteur hem verwijt, tevoren onvoldoende informatie aan patiënt en zijn familieleden heeft gegeven, maar wel dat het hem na het in coma raken van patiënt aan een duidelijk beleid heeft ontbroken en hij dit beleid (dus) niet, al dan niet met hulp van een collega-arts, aan de familieleden heeft kunnen overbrengen. In die zin slaagt de klacht van de inspecteur met betrekking tot het onvoldoende informatie verschaffen. Het college kan niet nagaan of verweerder heeft gehandeld uit respect voor de wil van de patiënt en/of omdat verweerder begaan was met de gemoedstoestand van de familieleden, dan wel omdat hij niet opkon tegen de druk van de familie. Om die reden slaagt laatstgenoemde klacht niet.

5.8 De inspecteur heeft in zijn klagschrift aangegeven dat hij ervan uitgaat dat verweerder heeft gehandeld in de volle overtuiging het beste voor zijn patiënt te doen. Ook het college heeft de indruk gekregen dat verweerder, alleen al vanwege de frequentie waarmee hij zijn patiënt bezocht, zich uitermate betrokken heeft betoond bij deze patiënt in de laatste fase van zijn leven. Dit neemt echter niet weg dat ook verweerder kon weten dat vraagstukken rond euthanasie van het grootste maatschappelijke belang zijn en dat hij daar met de grootste mogelijke zorgvuldigheid mee diende om te gaan. Zeker gelet op het feit dat verweerder onervaren was op dit gebied, is hem aan te rekenen dat hij in een belangrijke kwestie als de onderhavige zonder overtuigende reden het wettelijk voorgeschreven advies van een arts die wél deskundig was op dit gebied in de wind heeft geslagen. Derhalve kan deze klacht niet met een lichtere maatregel dan een berisping worden afgedaan.

5.9 Het college hecht er verder aan dat de duidelijkheid die inmiddels, mede door recente publicaties van de KNMG, is gecreëerd over de zorgverlening rond het levenseinde, waaronder de afbakening tussen palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen, overeind blijft en zoveel als mogelijk doordringt in het veld van de beroepsbeoefenaars. Derhalve zal de publicatie van deze uitspraak worden bevolen.

### 3. VASTSTAANDE FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hierboven onder 2.1 staan weergegeven, met dien verstande dat het Centraal Tuchtcollege anders dan het Regionaal Tuchtcollege als uitgangspunt neemt dat de arts vaker dan tweemaal geconfronteerd is geweest met een verzoek om euthanasie toe te passen.

### 4. BEOORDELING VAN HET HOGER BEROEP

#### Procedure

4.1 Met zijn beroep beoogt de arts de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen met de conclusie de beslissing waarvan beroep te vernietigen en opnieuw rechtdoende de klacht alsnog af te wijzen.

4.2 Klager heeft in hoger beroep gemotiveerd verweer gevoerd met de (impliciete) conclusie tot bekrachtiging van de beslissing van het Regionale Tuchtcollege.

#### Beoordeling

4.3 De behandeling van de zaak in hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zij het dat het Centraal Tuchtcollege tot een ander oordeel komt over de op te leggen maatregel.

4.4 Partijen hebben ter terechtzitting in hoger beroep ieder voor zich met klem van argumenten betoogd dat het Centraal Tuchtcollege in zijn beslissing principiële vragen rond de levensbeëindiging op verzoek dient te beantwoorden. De inspecteur heeft betoogd dat in een geval als het onderhavige nimmer ruimte zal zijn voor euthanasie omdat bij een in deze fase van het ziekteverloop in coma geraakte patiënt niet meer kan worden vastgesteld dat er sprake is van ondraaglijk lijden, zodat het stervensproces zijn verdere beloop dient te hebben, zonodig terwijl de patiënt onder sedatie blijft.

De raadvrouw van de arts daarentegen heeft betoogd, kort samengevat, dat in het geval dat een patiënt, die zijn wens om euthanasie kenbaar heeft gemaakt en die ondraaglijk lijdt, door de medicatie die wordt toegediend om zijn lijden te onderdrukken totdat euthanasie kan plaatsvinden zijn bewustzijn verliest (voordat de SCEN-arts tot een advies kan komen), er nog steeds sprake is van ondraaglijk lijden in de zin van de wet, zodat het toedienen van euthanatica geoorloofd is.

Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege zou het bij de huidige stand van regelgeving en praktijk de rechtsvormende taak van de tuchtrechter te buiten gaan om in een concreet geval op de ene dan wel de andere wijze de bestaande marges waarbinnen levensbeëindigend handelen op verzoek toelaatbaar is, zo scherp af te bakenen als door partijen is bepleit, mede gelet op de taak van de regionale toetsingscommissies euthanasie om de wettelijke zorgvuldigheidseisen toe te passen en waar nodig nader in te vullen. In dit licht bezien vindt het Centraal Tuchtcollege aanleiding zich aan te sluiten bij de beoordeling van de onderhavige zaak door het Regionaal Tuchtcollege.

4.5 Het Regionaal Tuchtcollege heeft op de gegrondheid van de klacht een berisping opgelegd. Die maatregel heeft een verwijtende en veroordelende strekking (zie Memorie van Toelichting, Tweede Kamer 19522, nr. 3 pag. 76) en is in zoverre zwaarder van karakter dan een waarschuwing die de onjuistheid van een handeling duidt zonder daarop het stempel van laakbaarheid te drukken. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat, gelet op de complexiteit van dit specifieke geval en de integere wijze waarop de arts vanuit zijn grote betrokkenheid jegens zijn patiënt zijn keuzen heeft gemaakt zoals hij heeft gedaan (hetgeen ook wordt onderschreven door het Regionale Tuchtcollege, de inspecteur en de regionale toetsingscommissie euthanasie), volstaan kan worden met het opleggen van de maatregel van waarschuwing.

4.6 Uit het voorgaande volgt dat de opgelegde maatregel niet in stand kan blijven. De maatregel van een waarschuwing is toereikend. Gezien het algemeen belang van deze zaak zal het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze beslissing bevelen als hierna vermeld.

#### 5. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

*vernietigt de beslissing waarvan beroep echter alleen wat betreft de opgelegde maatregel van berisping;*

en opnieuw rechtdoende:

*legt de arts de maatregel van waarschuwing op;*

bekrachtigt de beslissing voor het overige; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact en Gezondheidszorg Jurisprudentie met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in Raadkamer door mr. R.A. Torrenga, voorzitter, mr. H. Uhlenbeck-Lagerweij en prof. mr. J.K.M. Gevers, leden-juristen en B.P.M. Schweitzer en F.M.M. van Exter, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 5 december 2006, door mr. A.H.A. Scholten, in tegenwoordigheid van de secretaris. ■

## Verenigt u!



*Zo nu en dan geef ik onderwijs aan een groep van zo'n veertig psychiaters. Dat is leuk. Omdat ik dan*

*ruimschoots in de gelegenheid ben, opgesloten als we zijn in een bergachtig oord (nee, niet gesponsord door de industrie), met hen van gedachten te wisselen. En zo kregen we het over de merkwaardige situatie dat er in alle ziekenhuizen een medisch stafoverleg is, waar de artsen grote invloed (kunnen) uitoefenen op het beleid. Maar niet in psychiatrische instellingen.*

*'Waarom verandert dat niet?', vroegen sommigen zich hardop af. Het antwoord was even verbazend als onthutsend. Men was het inhoudelijk zeer eens met het bijstellen van de situatie, maar durfde dit niet te eisen. Enkelens hadden even de euvels moed gehad om het bij de directie te opperen, maar die weigerde.*

*De paradox is dat directies in wezen niet om de eisen van hun psychiaters heen kunnen. Menige instelling moet namelijk zijn uiterste best doen om überhaupt psychiaters in dienst te krijgen. En waarom? Omdat de meesten volkomen terecht niet meer in instellingen willen werken waar ze zo weinig invloed op het beleid kunnen uitoefenen.*

*De macht van psychiaters in deze instellingen zou aanzienlijk kunnen zijn. Als ze die maar zouden durven grijpen. Door te dreigen zich te organiseren in, bijvoorbeeld, een maatschap of zelfstandige behandelvereniging en eigen contracten met zorgverzekeraars aan te gaan. Die willen namelijk maar al te graag de monopolieposities van de grote GGZ-instellingen breken. Het wordt tijd dat psychiaters in instellingen zich hun rechten als artsen toe-eigenen. Net als onderdrukte arbeiders in de 19de eeuw. Psychiaters aller instellingen, verenigt u! ■*

René Kahn

*de psychiater*