

TOETSENDE COMMISSIES HEBBEN CENTRALE ONDERSTEUNING NODIG

Euthanasie in de psychiatrie beter toetsen

Het toetsen van artsen die euthanasie verlenen aan psychiatrische patiënten, is een heikele zaak. De regionale toetsingscommissies zouden hierbij ondersteund kunnen worden door een centrale toetsingscommissie. Dat komt ook de transparantie ten goede.

Het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis is in 2013 sterk toegenomen en vervolgens gestabiliseerd.¹ Inmiddels zijn Kamervragen gesteld en wenst de Tweede Kamer overleg met minister Schippers van VWS. Het staat buiten kijf dat artsen deze patiënten de hulp kunnen verlenen die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) mogelijk maakt. Duidelijk is ook dat toepassing van de wet bij deze categorie patiënten de praktijk voor bijzondere problemen stelt. De recente ontwikkelingen geven ook aanleiding tot vragen over de huidige toetsingspraktijk van de Regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's).

In beton gegoten

De WTL lijkt wel in beton gegoten. Sinds de inwerkingtreding in 2002 zijn er geen noemenswaardige wijzigingen geweest. Dat is zeldzaam. Alleen voor de Grondwet geldt hetzelfde. Het principe van de wet is onaantastbaar geworden: een arts die gevolg geeft aan een verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt, blijft gevrijwaard van strafvervolging indien hij naar het oordeel van een RTE zorgvuldig heeft gehandeld. Wie recente ontwikkelingen in oogenschouw neemt, en de toetsingspraktijk van de RTE's kritisch beziet, moet echter tot de conclusie komen dat de toetsingsprocedure herziening behoeft. Als voorbereiding op een algemeen overleg met de minister van VWS hield de Tweede Kamer op 4 juni rondetafelgesprekken over euthanasie en psychiatrie. Aanleiding hiervoor was het toegenomen aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Van alle 42 meldingen in 2013 kwamen de RTE's tot het oordeel dat de meldende arts had voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.²

Bijzondere patiënten

De meest gehoorde verklaring voor deze toename is de toegenomen bereidheid onder artsen tot het verlenen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij deze patiënten.³ Overigens lijdt het geen twiifel dat deze hulp ook aan psychiatrische patiënten mag worden verleend. Al in 1994, in de zaak-Chabot, oordeelde de

Hoge Raad dat het lijden waarvan sprake moet zijn, niet uit een somatische ziekte of aandoening hoeft voort te vloeien.⁴ Maar duidelijk is ook dat patiënten met een psychiatrische aandoening bijzonder zijn in het licht van de WTL. De vraag of is voldaan aan de eisen van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing, zal immers niet altijd eenvoudig te beantwoorden zijn. Zo is er bij psychosen vaak sprake van een tekortschietend ziektebesef, waardoor het doodsverlangen van de patiënt ingegeven kan zijn door irreële overtuigingen. Hoe weloverwogen is dan een verzoek om hulp bij zelfdoding? Ernstig depressieve patiënten zijn niet per definitie verminderd wilsbekwaam. Tijdens 'goede' perioden kan zo'n patiënt goed in staat zijn om tot een weloverwogen besluit tot zelfdoding te komen. Maar wanneer is een dergelijk doodsverlangen duurzaam? Hoe vrijwillig is eigenlijk het verzoek tot hulp bij zelfdoding van

Het doodsverlangen kan ingegeven zijn door irreële overtuigingen



HOLLANDSE HOOGTE

iemand die gedwongen opgenomen is in een psychiatrisch ziekenhuis? Lijden is uitzichtloos als er naar het oordeel van de behandelaar geen reëel behandelperspectief meer is. Over de onbehandelbaarheid van somatische aandoeningen (vergevoerde kanker) bestaat vaak meer zekerheid. Bij psychiatrische aandoeningen is het verdere beloop minder eenvoudig te voorspellen. Spontaan herstel kan niet altijd worden uitgesloten en alternatieve behandelingen zijn vaak nog wel voorhanden. Wanneer zijn alternatieven redelijk, en wanneer niet?

Zeer behoedzaam

De RTE's geven dan ook aan dat bij verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis van artsen verlangd mag worden dat zij zeer behoedzaam te werk gaan.⁵ Bij monde van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft de beroepsgroep deze behoedzaamheid in een richtlijn gestalte gegeven door het stellen van aanvullende, voornamelijk

procedurele eisen van zorgvuldigheid. Zo is er een strengere consultatie-eis. Komt de behandelende psychiater tot de conclusie dat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd is en dat naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, dan wordt aanbevolen niet één (zoals de wet verlangt) maar twee consultants te raadplegen: één die in het bijzonder deskundig is op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt en een tweede consultant-psychiater die meer in algemene zin aan de zorgvuldigheidseisen toetst en bij voorkeur ook ervaring heeft als SCEN-arts. Tevens wordt met klem geadviseerd dat de behandelaar voordien al vorige behandelaars, de huisarts, het behandelteam en naasten van de patiënt heeft geraadpleegd.⁶

Onaantastbaar

Twee redenen nopen tot heroverweging van de toetsingspraktijk bij deze nieuwe categorie patiënten. Om te beginnen is er sprake van bijzondere complexiteit. Het bevreemdt enigszins dat waar de RTE's

zelf – en terecht – de artsen manen tot grote behoedzaamheid, deze behoedzaamheid niet is geborgd in de eigen toetsingspraktijk. De RTE's verlangen – wederom terecht – dat meldende artsen een beroep hebben gedaan op psychiatrische deskundigheid. Maar de RTE's zelf (samengesteld uit een jurist, een ethicus en een arts) hebben die deskundigheid doorgaans niet. Bij dit alles moet men bedenken dat als een RTE tot het oordeel komt dat een arts zorgvuldig heeft gehandeld, de kous daarmee af is. Dit oordeel, gegeven in meer dan 99 procent van alle gevallen, is onaantastbaar. Acht een RTE het handelen van een arts onzorgvuldig, dan en slechts dan zullen het openbaar ministerie (OM), de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en eventueel de rechter het dossier nogmaals bezien.

Maar er is nog iets. Euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten beroeren de samenleving in niet geringe mate en leiden tot Kamervragen.⁷ RTE's maken beleid, en dat beleid mist zijn uit-

Waarom complexe dossiers niet voorleggen aan een centrale toetsingscommissie?

werking op het gedrag van artsen niet. Het toegenomen aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij deze patiënten in 2013 vindt ongetwijfeld een oorzaak in het feit dat in 2011 en 2012 dertien respectievelijk veertien gevallen werden gemeld en zorgvuldig bevonden. Het is zeer de vraag of de ruimte die enkel en alleen aan de WTL ontleend wordt, de huidige RTE's – benoemde functionarissen tenslotte – voldoende legitimiteit verschaft om dergelijk beleid te ontwikkelen.

Landelijke commissie

Waarom dossiers die aanmerkelijk complexer zijn of vragen zullen oproepen en tot een beleidskeuze dwingen, niet voorleggen aan een centrale, veel breder samengestelde toetsingscommissie? Voorzien van de nodige deskundigheden zou een Centrale toetsingscommissie euthanasie de RTE's bij dergelijke gevallen kunnen adviseren. Of de RTE zou de toetsingscommissie kunnen vragen om te oordelen.

Over de samenstelling van deze landelijke commissie moet goed worden nagedacht, maar de aanwezigheid van een psychiater, een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog lijkt gewenst. En waarom niet ook de toevoeging van een of meer leken? Ook de precieze verhouding van een Centrale toetsingscommissie euthanasie (CTE) tot de RTE's verdient zorgvuldige overdenking. Overigens

bestaat een dergelijke constellatie van commissies in de zorg al. De Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMOM) kent naast medisch-ethische toetsingscommissies (METC's, net als de RTE's bestuursorganen) ook een Centrale commissie mensgebonden onderzoek (CCMO) die bevoegd is bepaalde onderzoeksvoorstellen te bezien, namelijk die vormen van onderzoek met proefpersonen die complexer zijn en/of moreel niet onomstreden. De instelling van een CTE zou voor een meldend arts niet tot meer administratieve rompslomp leiden. De werkzaamheid van een CTE kan ook alleen maar gunstige invloed hebben op de beoordelingsduur van de RTE's. Volgens hun eigen opgave bedroeg de tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel in 2012 gemiddeld 127 dagen!⁸ Maar bovenal, een CTE zou geen andere verhouding tot het OM en de IGZ hoeven te hebben dan de RTE's. Voor een vermindering meldingsbereidheid onder artsen hoeft dan ook niet te worden gevreesd.

Samenleving

De verantwoordelijkheid drukt soms zwaar op de schouders van individuele RTE-leden. Niet alleen is hun maatschappelijke mandaat pover en zijn er geen mogelijkheden tot correctie; bij zorgvuldig geacht handelen door artsen, zijn ook hun mogelijkheden van rugspreek en advies gering. Belangrijker is echter dat een CTE de morele overwegingen die aan een beleidswijziging ter zake van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door artsen ten grondslag liggen, kan delen met de samenleving. De huidige situatie, waarin iets plotsklaps zomaar wel of niet blijkt te kunnen, is op den duur niet houdbaar. ■

contact

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

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De dossiers Ethiek en Ggz & psychiatrie en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

BOTTE BOEREN

In West-Friesland woont nuchter volk. Harde werkers die niet zeuren. Als je op visite komt, krijg je koffie in een mok, met misschien één kaakje erbij. Als je goed werk aflevert, heb je gedaan wat je moest doen. Naar de dokter gaat de West-Fries als het leed echt niet meer te harden is.

Toen ik in Hoorn kwam werken, trof ik een fraai ziekenhuis met betrokken medewerkers die meenden goede patiëntenzorg te leveren. Dat werd bevestigd door de ranglijstjes van het AD. We scoorden goed, ware het niet dat de goede cijfers voor kwaliteit teniet werden gedaan door een belabberd cijfer voor patiënttevredenheid en gastvrijheid. Dat laatste – werd mij in huis echter verzekerd – was nu eenmaal de aard van het volkje. Ik moest er maar aan wennen. West-Friezen geven geen complimenten aan mensen die gewoon hun werk doen. Vandaar dus de matige scores voor patiënttevredenheid.

En toen kwam mij ter ore dat supermarktketen Deen, marktleider in West-Friesland, drie maal op rij was uitgeroepen tot meest klantvriendelijke grootgrutter van Nederland. Merkwaardig, toch – dat die klanten in het ziekenhuis botte boeren zijn, maar in de supermarkt opeens helemaal losgaan? Het was het begin van een gastvrijheidsoffensief in huis. Voortaan 'gewoon' elkaar groeten in de gang, elkaar aankijken bij de balie, oprecht geïnteresseerd zijn in patiënt en omgeving. Nu ja, gewoon... het werd een jarenlange investering in een cultuur van gastvrijheid.

Die investering heeft effect. Dat bleek uit een recent klantonderzoek bij West-Friezen thuis, aan de keukentafel. Met een mok koffie en soms een kaakje erbij. Want we blijven wel gewoon hier.

Hugo Keuzenkamp