

## Second opinion bij euthanasie: meer macht voor de patiënt

In dit nummer beschrijven *Philipsen et al.* het consultatiegedrag van 667 huisartsen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding in de periode 1986-1989.<sup>1</sup> De gegevens voor dit artikel zijn retrospectief verzameld door *Van der Wal* door middel van een anonieme enquête. Ze hebben betrekking op het – destijds – meest recente geval waarin de ondervraagden hulp bij zelfdoding of euthanasie hadden toegepast.<sup>2</sup> Consultatie werd hierbij omschreven als 'een min of meer formele raadpleging van een andere geneeskundige met een gerichte vraagstelling en een toetsend karakter'.

Het artikel van *Philipsen et al.* vormt voor mij aanleiding tot een beschouwing over aard, plaats en uitvoering van de consultatie, het onderscheid tussen intercollegiale en legitimerende consultatie, en de vraag welke rechten een patiënt heeft als zijn behandelend arts weigert hulp bij zelfdoding of euthanasie te verlenen en evenmin wil verwijzen. Deze beschouwing laat andere belangrijke vragen, zoals de medicalisatie van het gewenste sterven, het zelfbeschikkingsrecht met behulp van de 'pil van Drion' en euthanasie bij wilsonbekwamen buiten beschouwing.

### Onderlinge consultatie

In het algemeen wordt consultatie weinig toegepast in de huisartspraktijk, waarschijnlijk slechts bij 1 procent van de consulten, concludeert *Van der Meer* in zijn kleinschalig onderzoek onder 30 aselect gekozen huisartsen in Drenthe/Noord-Overijssel.<sup>3</sup> Zijn respondenten waren niettemin zeer positief over intercollegiale consultatie, die zowel een steunende, als een onderbouwende, alsook een leerfunctie kan hebben. Door *Ter Braak & Van der Werf*, die 17 intercollegiale consultaties met betrekking tot de vraag 'verwijzen of niet?' beschreven, wordt intercollegiale consultatie beschouwd als een eerste stap in het toetsingsproces, dat volgens hen bestaat uit drie stappen:

- analyse van het huisartsgeneeskundig handelen met expliciteren van de feitelijk gehanteerde tot dan toe gedeeltelijk impliciete normen;
- het evalueren van het handelen en de feitelijk gehanteerde normen;
- bijstellen van het huisartsgeneeskundig handelen en het formuleren van nieuwe normen.<sup>4</sup>

*Bruins et al.* beschreven intercollegiale consultatie in hun groepspraktijk aan de hand van 35 consulten en concludeerden dat intercollegiale consultatie in een derde van de gevallen de aanleiding vormde tot een wijziging in het beleid en in het algemeen leidde tot een minder agressief en meer afwachtend beleid.<sup>5</sup> Hierbij was de 'moral support' even belangrijk als de materiële inhoud van de consultatie.

In deze publikaties ging het om *intercollegiale* consultatie en niet om de *legitimerende* consultatie, die noodzakelijk is bij euthanasie en hulp bij zelfdoding, zodat men zich tegenover de rechter kan verantwoorden en kan aan-

---

**Meyboom-de Jong B. Second opinion bij euthanasie: meer macht voor de patiënt [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37(11): 451-3.**

---

tonen dat aan de voorgeschreven formele juridische procedure is voldaan.<sup>3-5</sup> Consultatie bij onzekerheid is een goede zaak, vooral bij een zo verreikende beslissing als het toepassen van hulp bij zelfdoding of euthanasie. *Philipsen et al.* vermelden dat de mate waarin het oordeel van de consulent invloed had op het besluit van de behandelende arts varieerde – grote invloed 17 procent, enige invloed 31 procent, geringe invloed 29 procent en geen invloed 23 procent – zonder dat duidelijk wordt om welke invloed het ging, en wat het gevolg was.

### De macht van de arts

Patiënten die hun arts om hulp bij zelfdoding of euthanasie vragen, zijn te onderscheiden in mensen met een uitzichtloos lichamelijk en/of psychisch lijden en hoogbejaarden die 'lijden aan het leven'. De behandelend arts toetst echter niet de uitzichtloosheid van het lijden, maar de consistentie en de duurzaamheid van het verzoek, of er sprake is van een depressie, of de patiënt adequaat wordt behandeld, en of de patiënt juist is voorgelicht, conform de voorwaarden die door *Rasker & Leenen* zijn geformuleerd.<sup>6</sup> In de regelgeving wordt niet over het verkeren in de stervensfase gesproken.

Gezien de noodzaak tot voorkennis en een goede arts-patiënt relatie gaat de voorkeur ernaar uit om hulp bij zelfdoding of euthanasie door de behandelend arts te laten verrichten.<sup>7</sup> De keerzijde hiervan is dat de patiënt aan de macht van deze arts(en) is overgeleverd. Wie macht heeft, zal de ander zijn normen kunnen opleggen, ook als ze onredelijk of onaanvaardbaar zijn, schrijft *Dupuis* in haar inleiding tot de gezondheidsethiek, waarin zij een persoonlijk onderbouwd pleidooi voor redelijkheid en tolerantie houdt.<sup>8</sup> Tolerantie en respect voor andere opvattingen zijn noodzakelijk bij een zo persoonlijk onderwerp als de gewenste dood, waarbij slechts artsen de machtsmiddelen bezitten om met zekerheid op een gewenst tijdstip de verlangde dood op humane wijze te bewerkstelligen. Andere methoden, zoals verzamelde medicamenten, zijn onbetrouwbaar of gewelddadig.

### Autonomie

Het aangaan van het gesprek over euthanasie houdt in respect voor het zelfbeschikkingsrecht, de autonomie van de patiënt. Huisartsen hebben ook recht op hun autonomie. Dat betekent dat zij kunnen weigeren op het verzoek tot euthanasie van een patiënt in te gaan.

Er zijn drie soorten weigeraars.

Allereerst principiële weigeraars, die – meestal om religieuze of levensbeschouwelijke redenen – nooit, in geen enkele situatie, bij geen enkele patiënt hulp bij zelfdoding of euthanasie willen toepassen. In de interviews ten behoeve van het rapport van de commissie-Remmeling bleek 12 procent van de artsen zich niet te kunnen voorstellen ooit hulp bij euthanasie of zelfdoding te verlenen.<sup>9</sup> Van hen gaf iets minder dan de helft aan bij een verzoek om euthanasie ook niet te verwijzen, omdat zij dit als hulp bij euthanasie beschouwden. Deze dokters zouden hun principes, die soms verreikende consequenties kunnen hebben, kenbaar moeten maken aan hun patiënten, als dezen zich inschrijven of ernaar vragen. Beide partijen weten dan waar zij aan toe zijn.

Dan zijn er de artsen die om in henzelf gelegen emotionele redenen op een bepaald moment of in een bepaalde levensfase niet op het verzoek van een patiënt kunnen ingaan, bijvoorbeeld omdat zij zelf nauw betrokken zijn bij een sterfgeval in hun naaste omgeving. Zij zullen zich hun onvermogen om hulp bij euthanasie of zelfdoding te verlenen – hopelijk – in een vroeg stadium realiseren, en de patiënt bijtijds aan een collega overdragen.

Problemen ontstaan bij situationele weigeraars, behandelende artsen die te kennen geven in principe bereid te zijn euthanasie of hulp bij zelfdoding toe te passen, maar in een concrete situatie niet op de vraag van de patiënt ingaan om diverse redenen, die op zichzelf steekhoudend kunnen zijn. In die gevallen is consultatie door de patiënt van een andere dan de behandelende arts gewenst. In deze situaties wordt de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie te hulp geroepen en wordt een vertrouwensarts ingeschakeld, die veelal kan bemiddelen tussen patiënt en behandelend arts. Wanneer dit mislukt, kan het appel op de vertrouwensarts zo groot worden, dat deze zich in een overmachtsituatie geplaatst ziet en zelf tot de hulp bij zelfdoding of euthanasie overgaat.

Dit is ongewenst. Hulp bij zelfdoding en euthanasie is een veel energie vragende en tijdrovende procedure, waarbij het beter is geen routineuze artsen te creëren. Euthanasie moet een arts wakker houden en nooit routine worden.

### Second opinion

Patiënten hebben recht op een *second opinion* en mogen van hun behandelende arts(en) verlangen dat zij een collega consulteren. Hierbij wordt de behandeling niet overgedragen, zoals bij een verwijzing. Als de arts in principe bereid is euthanasie toe te passen, is dat ook geen bezwaar. Het recht op *second opinion* van de patiënt kan worden getoetst door de rechter, waarbij een kort geding veelal noodzakelijk zal zijn in verband met het vaak spoedeisende karakter. Mensen die op hún moment en op hún

manier willen sterven, voordat een ontluisterende situatie ontstaat, kunnen immers niet wachten tot een langdurige juridische procedure is afgehandeld.

### Huisartsengroepen

Bij vragen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding ligt een taak voor de waarneem- of huisartsengroep, zoals *Cohen* tijdens het O&O-symposium 'De huisartsengroep: dat maken wij zelf wel uit' bepleitte.<sup>10</sup> Dat betekent dat alle situaties waarbij hulp bij zelfdoding of euthanasie aan de orde zijn, in de waarneemgroep besproken worden. Niet ter wille van de formele juridische verslaglegging maar wegens de steunende, onderbouwende en lerende functie van het intercollegiaal consult. Als een huisarts om wat voor redenen dan ook niet met het verzoek van de patiënt mee kan gaan, kan hij de patiënt bijtijds aan een collega uit de waarneemgroep overdragen zonder schade of problemen voor de patiënt. Dit betekent wel dat voor de legitimerende consultaties een arts moet worden geraadpleegd die niet uit de waarneemgroep afkomstig is.

### Arte legis of lege artis

De huidige wettelijke regeling is niet ideaal. Persoonlijk geef ik de voorkeur aan het wetsontwerp van D66-kamerlid Wessel-Tuinstra, dat beoogde de euthanasie uit de strafwet te halen. Er is echter met de huidige wet te werken, mits de arts die *lege artis* handelt en zich verantwoordt, erop kan rekenen dat hij niet vervolgd wordt en geen speelbal wordt van veranderende wetsinterpretaties van ministers, ambtenaren en wetsdienaren. Euthanasie en hulp bij zelfdoding moet *lege artis* uitgevoerd, aangemeld en getoetst worden, waarbij artsen die *lege artis* handelen erop moeten kunnen rekenen dat zij niet vervolgd worden. Intercollegiale consultatie en overname van het handelen binnen de waarneemgroep heeft de voorkeur boven het aanwijzen van een beperkt aantal 'euthanasie-artsen' of bureaucratische oplossingen met commissies. Vastleggen van het recht van de patiënt op een *second opinion* is evenzeer gewenst. Met vervolging van artsen die euthanasie hebben toegepast, of die juist geweigerd hebben dit te doen, wordt het probleem nog meer gepolariseerd. Recht krijgen geeft geen garantie voor *lege artis* handelen en menselijk mededogen.

Met *Philipsen et al.* ben ik het hartgrondig eens als zij zeggen dat verbeteringen alleen verwacht kunnen worden in een open klimaat, waarin euthanasie geen zwaarwegend geheim is voor de patiënt of een half taboe, zoals geconcludeerd werd na een onderzoek onder elf nabestaanden: in het algemeen kan over euthanasie gesproken worden, maar specifiek vertellen 'mijn vader is door euthanasie overleden' is heel moeilijk.<sup>11</sup>

B. Meyboom-de Jong

- 1 Philipsen BD, Wal G van der, Eijk JThM van. Consultatie bij euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. *Huisarts Wet* 1994; 37(11): 478-81.
- 2 Van der Wal G. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1992.
- 3 Van der Meer K. Onderlinge consultatie: iets voor huisartsen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 104-6.
- 4 Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Verwijzen of niet? *Huisarts Wet* 1984; 27: 334-7.
- 5 Bruins CP, Noordhof KH, Verdenius W. Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk. *Huisarts Wet* 1973; 16: 372-4.
- 6 Leenen HJJ, Rasker JJ. De houding van de arts tegenover een verzoek om euthanasie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1982; 126: 553-6.
- 7 Meyboom-de Jong B. Actieve euthanasie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1983; 127: 946-50.
- 8 Dupuis HM, Thung PJ. Voordelen van de twijfel. Alphen a/d Rijn/Brussel: Stafleu, 1983.
- 9 Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde in Nederland I. Frequenties en opvattingen van artsen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135: 2073-81.
- 10 Schellekens JWG. De huisartsengroep: 'dat maken wij zelf wel uit'. Verslag van een symposium. *Praktijkmanagement voor de huisarts* 1993; december: 15-22.
- 11 Schaaf G, Meyboom-de Jong B. Hoe wordt euthanasie door naasten ervaren? *Med Contact* 1991; 46: 1278-9.

■

## Defensief handelen: lastige klanten of lastige klachten?

### *Vervolg literatuur*

- 23 Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1991; 304: 638-42.
- 24 Ware JE, Davies AR. Patients' perpectives on the quality of medical care. *J Fam Pract* 1988; 26: 489-90.
- 25 Hall JE, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935-9.
- 26 Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patiënt satisfaction research: an empirical exploration. *Social Health Illness* 1983; 5: 297-311.
- 27 Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. Reducing roentgenography use: can patients expectations be altered? *Arch Intern Med* 1987; 147: 141-5.

■