**Beoordeling actualisering euthanasiestandpunt KNMG**

Het federatiebestuur van de KNMG heeft een conceptversie van een geactualiseerd euthanasiestandpunt besproken en als conceptstandpunt op schrift gesteld. Deze maand (2003 red.) zal het concept besproken worden door de Algemene Vergadering waarna het Federatiebestuur het definitief zal vaststellen. Het bestuur van het Nederlands Artsenverbond heeft het conceptstandpunt gelezen en heeft, hoewel er ook een aantal positieve punten is te benoemen, grote moeite met onderdelen van het conceptstandpunt.

Vanzelfsprekend is het Nederlands Artsenverbond van mening dat euthanasie of hulp bij zelfdoding door artsen uitgevoerd, i.t.t. de KNMG, niet aanvaardbaar is, ook niet onder bepaalde of bijzondere omstandigheden en als het omringt door zorgvuldigheidseisen gebeurt. Euthanasie of hulp bij zelfdoding behoort naar onze mening niet tot het medisch hulpverleningsterrein zoals ook de World Medical Association oktober 2002 tijdens haar jaarvergadering nog eens expliciet heeft aangegeven (met alleen de KNMG als tegenstemmer). In de betreffende verklaring worden alle artsenorganisaties en ook de individuele artsen opgeroepen om op medische-ethische gronden niet mee te werken aan het uitvoeren van euthanasie of hulp te verlenen bij zelfdoding. Ook wanneer er seculiere wetgeving is, die artsen actief doden toestaat of een vereniging die daarmee akkoord gaat, is het de individuele verantwoordelijkheid van de arts, dodend handelen af te wijzen.

In de inleiding van het voorliggende concept van de KNMG wordt euthanasie een bijzonder medisch handelen genoemd (1.;pag. 2). In hoofdstuk 2 wordt dat herhaald waar besproken wordt wat er onder euthanasie moet worden verstaan. Daar wordt tevens opgemerkt dat bij dat bijzondere medische handelen artsen rekening moeten houden met maatschappelijke en juridische zorgvuldigheidseisen naast de professionele zorgvuldigheidseisen (2.;pag. 3).

De Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO - BW art. 7:446 ev.) geeft aan wat er onder handelingen op het gebied van de geneeskunst (dus onder medisch handelen) valt. Daaronder verstaat de wet: genezen, preventie, keuren, verloskunde, handelingen van een (tand)arts ten behoeve van een gezonde persoon en het verplegen en verzorgen van de patiënt. Euthanasie en hulp bij zelfdoding vallen daar o.i. niet onder. Het is derhalve onjuist om euthanasie en hulp bij zelfdoding tot medische handelingen te bestempelen. De categorieën ‘normaal medisch handelen’ en ‘medisch handelen met een bijzonder karakter’ kent de WGBO niet. Het gebruiken van deze begrippen en indeling vertroebelt de discussie. Dat kan toch niet de bedoeling zijn van een officieel KNMG-standpunt.

Overigens kan het Nederlands Artsenverbond ook niet begrijpen waarom de term ‘niet normaal’ medisch handelen, zoals gebruikt in de wet, de memorie van toelichting en het algemeen spraakgebruik door ‘bijzonder’ medisch handelen vervangen is. Een ‘bijzondere’ medische handeling kan immers ook best worden - c.q. behoren tot handelingen vallend onder ‘normaal’ medisch handelen. Deze tekstuele aanpassing is daarom een bewijs voor het bestaan van een hellend vlak in het denken van medici en kan niet los gezien worden van de voortschrijdende normalisering van het euthanatisch handelen en, gezien vanuit de bevolking, het vragen daarom. Is het de bedoeling van de KNMG om euthanasie en hulp bij zelfdoding langzaam in de richting te trekken van de medisch professionele standaard en uiteindelijk het normale takenpakket van de arts ?

Bij het beschrevene bij ‘Euthanasie en hulp bij zelfdoding’ (2.1.;pag.3) zijn geen opmerkingen te plaatsen, het is een beschrijving van de bestaande regelgeving. Vanuit de autonomie gedachte, zoals gangbaar onder voorstanders van euthanasie, lijkt het standpunt van de KNMG om bij voorkeur de patiënt zelf het euthanaticum te laten innemen (is dan hulp bij zelfdoding) een logische aanbeveling. Dit punt komt overigens ook altijd in gesprek bij contacten met buitenlandse artsen- en hospice-bewegingen. Het zonder noodzaak actief handelen van de arts wordt daar met bevreemding gezien, een bevreemding die uitgaat boven die omtrent de euthanasieregeling zelve.

‘Andere beslissingen rondom het levenseinde’ (2.2.;pag. 3-5) beschrijft hetgeen geen euthanasie mag worden genoemd. Bij de eerste 2 katernen ‘De behandelweigering’ en ‘Het staken of nalaten van een medisch zinloze handeling’ (2.2.1 en 2.2.2.; pag. 4-5) heeft het Nederlands Artsenverbond op zich geen opmerkingen. Wij willen wel ook met klem ondersteunen dat er ‘tegen moet worden gewaakt dat het subjectieve oordeel van anderen over de ‘kwaliteit van leven’ van de patiënt maatgevend wordt’ inzake het beoordelen of een medisch handeling zinvol dan wel zinloos is. Hier is, naast de professionele criteria, communicatie het kernwoord. Communicatie met/naar andere professioneel betrokkenen, ook in consultatieve zin, en niet te vergeten met (indien mogelijk) de patiënt zelf en/of diens familie.

Wat betreft de behandelweigering, ontegenzeggelijk het recht van een ieder, blijft wel de vraag staan wat dat voor invloed heeft op de legitimiteit van een euthanasieverzoek.

In het stukje ‘Symptoombestrijding in zodanige doseringen dat overlijden een neveneffect is’ ( 2.2.3.;pag. 5) noemt het conceptrapport ook sedatie. Het is goed daarbij op te merken, dat inmiddels algemeen aanvaard is, dat lege artis gebruik van palliatieve sedatie niet levensbekortend maar eerder levensverlengend werkt. Voor het overige is het Nederlands Artsenverbond van mening dat, hoewel een moeilijk te objectiveren begrip, de intentie van de behandelend arts, naast de proportionaliteit, een belangrijk element is. Vanzelfsprekend moeten wij dan wel uitgaan van de volledige openheid en de wil tot toetsbaar opstellen van de arts, hetgeen gezien de nieuwe meldingscijfers inzake euthanasie niet als vanzelfsprekend mag worden beschouwd.

In het hoofdstuk ‘Palliatieve zorg’ (2.3.;pag. 6) komt de vraag aan de orde of palliatieve zorg het alternatief voor de vraag naar euthanasie is en merkt de KNMG op: ‘De KNMG vindt het voor de praktijk onwenselijk om zo’n schijntegenstelling tussen euthanasie en palliatieve zorg in stand te houden.’ Hiermee is het Nederlands Artsenverbond het grondig en fundamenteel oneens. Goede palliatieve zorg vraagt om een dusdanige instelling en attitude naar de patiënt (medemens) toe, dat het onverenigbaar is met euthanasie. Het belasten van het geven van palliatieve zorg met de mogelijkheid af te sluiten met euthanasie bemoeilijkt en vertroebelt de begeleiding en de zorg. Het belast de begeleiding met de weerkerende vraag vanuit de patiënt

(en misschien ook de dokter) hoe lang kan ik nog een beroep doen op de zorg? Het is dan ook alleen uit de kring van voorstanders van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat dit verband naar voren kan worden gebracht. Dat verbaast ons niet, maar doet wel vermoeden dat de definitie van palliatieve zorg en zeker de attitude daarin, bij hen een andere is dan bij de echte palliatoren.

Het is overigens jammer en mogelijk gezien in het verleden gevoerde discussies zelfs beschadigend, dat het rapport als voorbeeld voor het mogen weigeren van een palliatieve behandeling, juist het ophogen van de morfine-dosering noemt. Zeker daar er nog steeds artsen zijn die palliatie onlosmakelijk verbinden aan morfine geven in steeds hogere doseringen.

In hoofdstuk 3 (3.;pag. 7) gaat het over de rol van de arts. Uitgangspunt: Euthanasie en hulp bij zelfdoding is voor de arts geen plicht en voor de patiënt geen recht. Het wel uitvoeren van euthanasie wordt in de inleiding geplaatst in een kader van conflict van plichten: de plicht om het leven te eerbiedigen versus de plicht om (verder) lijden te voorkomen. Dat conflict wordt geplaatst in het kader van de medische ethiek.

Het lijkt op zijn minst pretentieus om hier te spreken over ‘de medische ethiek’. De ethiek van de World Medical Association is in ieder geval een diametraal hiertegenover staande (zie de inleiding). Aangezien daar unanimiteit aanwezig was (buiten de KNMG) lijkt die ethiek met meer recht ‘de medische ethiek’ te mogen heten. Overigens wordt in dit stuk ook aangegeven dat de arts een plicht heeft om het leven van de patiënt te behouden (in de besproken tegenstelling). Ongetwijfeld wordt hier bedoeld eerbiedigen i.p.v. behouden.

Juridisch is het aangegeven conflict van plichten een monstrum, waar de wetgever met de nieuwe euthanasie wet juist vanaf wilde. Het is daarom opvallend dat de KNMG deze weer opvoert. De vraag wordt opgeroepen waarom dat is. Vermoedelijk heeft dat te maken met het aangegevene in ‘Levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten’ (6.2.;pag. 20): ‘Het Openbaar Ministerie kan in dergelijke gevallen besluiten tot strafvervolging over te gaan, in welk geval de arts zich op de algemene strafuitsluitingsgrond van noodtoestand in de vorm van een conflict van plichten (artikel 40 WvS) kan beroepen.’

Overigens heeft het Nederlands Artsenverbond er altijd op gewezen dat er principieel geen conflict van plichten bestaat. Als er sprake zou zijn van plichten, zijn die in ieder geval niet van dezelfde orde. Lijden beëindigen gelijk stellen aan lijden verlichten is een volstrekt ongepaste en ook niet wetenschappelijk te onderbouwen vergelijking.

In ‘Geen recht van de patiënt, geen plicht voor de arts’ (3.1.;pag. 7) geeft de KNMG een nadere beschrijving c.q. uitwerking. Die beschrijving heeft echter wel veel weg van een toewerken naar een situatie waarin euthanasie een medische handeling in normale zin wordt en derhalve ook en toch wel een plicht. Een plicht waar de arts alleen onderuit komt door zich te beroepen op gewetensbezwaren. Als dat de route van de KNMG is, zou het de KNMG sieren dat ook openlijk toe te geven. Het Nederlands Artsenverbond is van mening dat het weigeren van het uitvoeren van euthanasie is geworteld in de algemeen gangbare medische ethiek en dat derhalve een beroep op gewetensbezwaren niet noodzakelijk is of (gemaakt) kan worden. Termen als ‘de indruk vermijden’ en ‘artsen zijn nog steeds niet verplicht’, het consequent gebruiken van adjectieven als principieel bezwaarde of gewetensbezwaarde, wijzen die richting op.

In de laatste alinea gaat het over de plicht van de arts euthanasie zelf ter sprake te brengen bij een vermoeden dat de patiënt dat zelf niet durft. Hier wil het Nederlands Artsenverbond als kanttekening plaatsen dat er grote vraagtekens te zetten zijn bij de kunde en kennis van artsen om dit op zodanige wijze te kunnen doen dat het niet als sturend ervaren wordt door de patiënt. De vraag omtrent bevoegdheid en bekwaamheid geldt voor alle medisch handelen, maar toch wel in het bijzonder daar waar het gaat om keuzen tussen leven en dood. Zijn de Nederlandse artsen toegerust of opgeleid voor het begeleiden van mensen vis a vis met de dood? Wij zien daar veel manco’s.

Tenslotte in deze ons commentaar bij de laatste alinea: het klinkt prachtig dat het een proces is waarin beide, arts en patiënt, de beslissing nemen, maar in de praktijk (zoals wij ook in ons bezwaarschrift aan de Tweede Kamer hebben geschreven) is het de arts die beslist.

‘Bezwaren van de arts’ (3.2;pag. 7-8) is een hoofdstuk dat onderverdeeld is in een blok principiële bezwaren en een blok situatie gebonden bezwaren.

In ‘Principiële bezwaren’ (3.2.1.;pag. 8) wordt de situatie besproken van de arts die niet meewerkt aan euthanasie en hulp bij zelfdoding. Blijkbaar kent de KNMG daarbij alleen principiële bezwaren. Het Nederlands Artsenverbond wijst actief dodend handelen af als niet behorend tot het terrein van medisch handelen. Om die reden is er ook geen beroep nodig op gewetens- of principiële bezwaren (zoals hiervoor aangegeven).

Met de KNMG zijn wij van mening, zoals wij ook al eerder hebben aangegeven, dat er geen sprake kan zijn van een verwijsplicht bij vragen om levensbeëindiging. Een verwijsplicht inzake euthanasie, wel door de voormalige minister Borst als zodanig aangegeven, is immers in strijd met de zorgvuldigheidseisen. Er kan sprake zijn van een overdracht van de begeleiding of behandeling op een wijze als ook om andere verschillen van inzicht tussen arts en patiënt kan plaatsvinden. Het zoeken van een andere arts is daarbij primair de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. De taak van de beroepsgroep is mogelijkheden te scheppen voor het effectueren van die vrije keuze, hetgeen met tekorten en gesloten praktijken al een probleem op zichzelf is.

Opvallend in het stukje over ‘Situatiegebonden bezwaren’ (3.2.2..;pag.8) is de opmerking dat het de patiënt vrij staat een andere arts te zoeken ingeval van een blijvend verschil van inzicht. Met verschil van inzicht wordt hier bedoeld dat de arts de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden niet als zodanig beoordeeld dat hij/zij euthanasie (al) gerechtvaardigd vindt. Hiermee wordt impliciet aangegeven dat er geen éénduidigheid is omtrent deze begrippen en derhalve het moment dat euthanasie uitgevoerd kan/mag worden. Wil mijn dokter het niet, ook al is hij geen tegenstander, dan zoek ik een ander die het wel wil. Uiterst merkwaardig om deze zin in deze context zo neer te zetten. Wat betekent dat voor het advies van een SCEN-arts (als de één negatief adviseert een andere consulteren ?) of als de patiënt aangeboden behandelingen weigert en derhalve zichzelf in een situatie dreigt te brengen dat euthanasie een optie is. Dat laatste bespreekt het rapport ook even verder, maar komt vervolgens met niet meer dan: het is het recht van de patiënt, die wel de voorstellen van zijn arts serieus moet overwegen, maar verder? Behoedzaamheid is dan wel een erg magere oplossing evenals het mogelijk eruit komen met een SCEN-arts. Wil de KNMG in deze geen duidelijk standpunt innemen omdat zij uiteindelijk toch het recht en de autonomie van de patiënt verabsoluteerd en stelt boven die van de niet-gewetensbezwaarde arts (in de termen van de KNMG)?

‘Waarneming en overdracht’ (3.3.;pag. 9) behandelt de situatie waarbij noodgedwongen een overdracht van de patiënt plaatsvindt kort voor de gewenste uitvoering van euthanasie. Ook hier pleit de KNMG voor behoedzaamheid en helaas niet voor terughoudendheid. Een proces (zie 3.1.;pag. 7) wordt er immers door doorbroken met als gevolg een ad-hoc actie. In feite wordt aangegeven dat voor de KNMG ook een ingrijpende begeleiding als die naar euthanasie leidend, niet meer valt onder continuïteit van zorg in persoon maar zorg van de groep. Het Nederlands Artsenverbond kan niet anders dan constateren dat hiermee weer stappen worden gezet naar een normalisering in psychologische en praktische zin bij artsen.

‘Exclusiviteit van de rol van de arts’ (3.4.;pag. 9) geeft aan dat die gegrond is in de wet en in de deskundigheid voor een zorgvuldige besluitvorming van de arts. Op dat tweede punt valt veel af te dingen. De beschrijving van de KNMG gaat uit van een bepaalde manier van kijken naar die patiënt door de arts, namelijk voornamelijk organisch. Gelukkig geeft de KNMG ook in één zinnetje aan, dat de vraag achter de vraag vinden ook een verantwoordelijkheid van de arts is. Gezien het aantal uitgevoerde gevallen van euthanasie wordt die echter blijkbaar veelvuldig gemist of ook als zodanig maar geschaard onder de zorgvuldigheidseisen (gebrek aan contact, gebrek aan zorg, wachtlijsten, enzovoort). Voor een werkelijke rechtvaardiging zijn veel meer zorgvuldigheidseisen noodzakelijk dan de wettelijk noodzakelijke en ook derhalve een veel bredere geschooldheid van degene die uiteindelijk het ja-woord geeft. Het zou de KNMG sieren dat te erkennen en in haar beleid mee te nemen.

‘Rol van de patiënt’ (3.5.;pag. 9) benoemt vooral de eigen verantwoordelijkheid van deze.

In hoofdstuk 4 (4.;pag. 10) gaat het om omgevingsfactoren, bedoeld wordt de invloed van familie, vrienden, mantelzorg en verpleging op het euthanasie-proces.

In ‘De arts en de familie van de patiënt’ (4.1.;pag. 10) geeft de KNMG aan communicatie tussen arts en familie, bij in-/toestemming van de patiënt belangrijk te vinden. Het is volgens de KNMG zelfs de taak van de arts bij een positief besluit van de patiënt de familie op één lijn te krijgen of tenminste tot begrip en respect te bewegen. De voormalige minister Borst beoordeelde de medische stand als hoogstaand en dus zeker meldend, de KNMG beoordeeld nu haar opleiding zodanig hooggaand dat artsen als gezins- en relatietherapeuten moeten kunnen functioneren. Het één is al bewezen niet geldend, het andere lijkt zeker te hoog gegrepen. Eigenlijk geeft deze paragraaf aan dat euthanasie niet kan liggen in de handen van de doorsnee Nederlandse arts, omdat die aan deze criteria eenvoudigweg niet kan voldoen.

De invloed van familie en omstanders in dwingende zin wordt beschreven als lastig en verstorend. Een magere kwalificatie voor iets dat eenvoudigweg niet mag. Het Nederlands Artsenverbond heeft eerder aangegeven dat het ontkennen van die invloed niet getuigd van een helder zicht. Er is altijd invloed, ook van de zijde van de behandelend arts, op de beslissing van de patiënt. Wanneer wordt deze echter als dwingend ervaren. Is dat te beoordelen door de arts, rekening houdend met zijn eigen rol? Kan een SCEN-arts het beoordelen in één contact? Iets dat zo essentieel is in het besluitvormingsproces kan niet alleen worden afgedaan met lastig en verstorend voor het topje van de ijsberg.

In ‘De arts en andere bij de zorgverlening betrokken hulpverleners’ (4.2.;pag. 10) geeft de KNMG terecht aan dat er bij euthanasie een centrale en exclusieve verantwoordelijkheid op de arts rust voor een zorgvuldige afweging en uitvoering. Daarnaast wordt er ruimte gegeven voor het betrekken van verplegenden in de besluitvormingsprocedure en in voorbereidingshandelingen. De euthanasie wet staat dat echter niet toe. Er valt uit de wet niet op te maken dat voorbereidingshandelingen aan verpleegkundigen mogen worden gevraagd dan wel verpleegkundigen mogen worden opgelegd.

In ‘De arts en de instelling’ (4.3.;pag. 11) geeft de KNMG aan dat de professionele verantwoordelijkheid van de arts prevaleert boven het instellingsbeleid. Het is een nogal aanmatigend standpunt naar de mening ven het Nederlands Artsenverbond. Hier wordt een bron van spanning gecreëerd. Het ware beter zowel artsen als patiënten of cliënten op te roepen vooraf duidelijk te krijgen wat de regels zijn van de instelling waarin men terecht komt. Analoog aan de verantwoordelijkheid zoals geschetst in 3.2.1. Het standpunt van de KNMG roept in de huidige vorm potentiele problemen op voor m.n. Christelijke instellingen en vele hospices.

Hoofdstuk 5 (5.;pag. 13-19) behandeld de wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

In de katernen 5.1.1. tot 5.1.6. worden zes zorgvuldigheidseisen besproken. Het verzoek moet vrijwillig en weloverwogen zijn (1), er moet sprake zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (2), de patiënt moet voldoende geïnformeerd zijn over de vooruitzichten (3), er mag geen redelijke andere oplossing zijn (4), er moet een onafhankelijk arts zijn geconsulteerd (5) en de handelingen moeten medisch zorgvuldig zijn uitgevoerd (6).

Opvallend is dat de KNMG de taxatie van het lijden wel subjectiviteit onvermijdelijk noemt, maar voldoende objectieve aanknopingspunten signaleert om tot een zorgvuldige besluitvorming te komen. De subjectiviteit wordt beperkt door aan te geven dat die minimaal wat ondraaglijkheid betreft door verschillende artsen invoelbaar moet zijn. In de praktijk ongetwijfeld de behandelend arts en zijn SCEN-collega. In ons bezwaarschrift hebben wij aangegeven dat tweemaal (of zoals hier wellicht driemaal) subjectief nog geen objectief maakt. Wellicht is het beter om daar dan ook niet naar te willen streven en het gewoon te accepteren als zijnde subjectief. Dat geeft de KNMG overigens in het voorgaande ook al aan waar het gaat om verwijzing en consultatie. Consultatie wordt in het kader van katern 5 door de KNMG in principe beperkt tot twee pogingen. Meerdere consultaties (bedoeld is 3-4-5) ‘om uiteindelijk een positief oordeel te krijgen’ wordt beschouwd als geen goede zaak, maar ook niet met zoveel woorden afgewezen.

In katern 4 wordt aangegeven dat de patiënt die een behandeling weigert rekening moet houden met het gegeven dat die weigering kan betekenen dat zijn/haar lijden niet als ondraaglijk en uitzichtloos zal worden beschouwd. Een nadere uitwerking boven deze simpele constatering lijkt op zijn plaats. Welbeschouwd komt het op deze wijze over als een dreigement. Dat zal toch niet de bedoeling van de KNMG zijn?

Voor het overige verwijzen wij naar het bezwaarschrift met aanvulling van het Nederlands Artsenverbond, zoals dat is ingediend tijdens de behandeling van de wet in de Tweede Kamer.

In ‘De melding als noodzakelijke voorwaarde’ (5.2.;pag. 17-18) beschrijft de KNMG de melding te beschouwen als een wezenlijk onderdeel van de beroepsplichten van de arts. Het maakt de besluitvorming van artsen transparant en toetsbaar. Van die transparantie en verantwoording krijgt de burger echter weinig te zien of te horen. Alleen de enkele gevallen die de toetsingscommissies in hun jaarverslag noemen zijn echt transparant, maar slechts een minieme minderheid van het totaal.

De KNMG volstaat met het oproepen om altijd te melden. Het noemen of aangeven van sancties tegen niet-meldende artsen wordt in het geheel niet genoemd. Toch zijn dat artsen die zich schuldig maken aan een misdrijf tegen het leven en aan het misdrijf valsheid in geschrifte. Een ernstige situatie die o.i., overigens niet alleen door de KNMG, wordt gebagatelliseerd. In het algemeen wordt er meer gekeken naar mogelijkheden om melden aantrekkelijker te maken dan om niet-melders op te sporen. Het vertrouwen in de medische stand is blijkbaar toch nog steeds groot. Maar is dat terecht?

Wat betreft ‘De samenstelling, werkwijze en rol van de toetsingscommissies’ (5.3.;pag. 18-19) heeft het Nederlands Artsenverbond geen specifieke opmerkingen behoudens haar eerder geuite bedenkingen inzake de samenstelling, de uniformiteit van beoordeling en het tijdstip van de toetsing (achteraf).

Hoofdstuk 6 (6.; pag. 20-22) behandeld speciale gevallen. Het gaat daarbij in grote lijnen om twee groepen: minderjarigen en wilsonbekwamen.

‘Minderjarige patiënten’ (6.1.;pag. 20) beschrijft de regeling voor euthanasie bij minderjarigen van 12 tot en met 17 jaar. Onder de 12 jaar dient euthanasie beschouwd te worden als levensbeëindiging zonder verzoek. Dat valt buiten de mogelijkheden die de huidige wet biedt. De KNMG kwalificeert deze vorm echter niet als wilsonbekwaam.

‘Levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten’ (6.2.;pag. 20) is ook volgens de KNMG binnen de huidige regeling niet mogelijk.

‘Schriftelijke voorafgaande wilsverklaring in verband met toekomstige wilsonbekwaamheid’ (6.3.;pag 20-21) is een mogelijkheid die de wet biedt. De arts mag overeenkomstig zo’n wilsverklaring handelen, mits deze is opgesteld in een periode van wilsbekwaamheid en overigens wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. De arts is echter niet verplicht een dergelijk verzoek te honoreren. Noch de wet noch de KNMG verbinden een termijn aan de geldigheid van een dergelijke wilsverklaring. Grosso modo is het hier slechts de arts die beslist volgens de KNMG, familie of voogd worden althans in de tekst niet genoemd.

Bij ‘Twijfels aan wils(on)bekwaamheid van de patiënt: welke procedure?’ (6.4.;pag. 21-22) geeft de KNMG aan het onwenselijk te achten dat in situaties waarin de toetsingscommissie van mening is dat de patiënt wilsonbekwaam was, de toetsingscommissie op formele gronden de melding moet doorsturen naar het Openbaar Ministerie. De KNMG doelt met name op situaties waarbij de uitvoerend arts overtuigt is van de wilsbekwaamheid, maar waarbij twijfels zouden kunnen bestaan op grond een vroegere psychische of psychiatrische aandoening. Deze categorie noemt de KNMG slechts achteraf en niet daar waar de consultatie vooraf wordt beschreven. In plaats van aanpassen van de toetsing achteraf lijkt het dat een procedure vooraf grotere waarborgen geeft voor een juiste benadering van de patiënt (denk aan de vraag achter de vraag, juist bij deze categorie).

Her rapport besluit met de opmerking van de KNMG dat zij het onwenselijk vindt dat er geen meldingsregeling is voor gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding waaraan geen verzoek van een wilsbekwame patiënt ten grondslag ligt. Begin 2003 heeft de KNMG het voortouw genomen om de regering te vragen de aangekondigde meldingsprocedure voor Levensbeëindigend handelen zonder verzoek (neonaten, minderjarigen onder de 12 jaar) op korte termijn daadwerkelijk te laten functioneren.

Vraagstelling is natuurlijk waar voor de KNMG in deze de grens ligt. Is niet wilsbekwaam gelijk aan wilsonbekwaam dan opent een dergelijke regeling de sluizen nog meer. Ook dat is voor het Nederlands Artsenverbond niet onverwacht. De grenzen blijven verschuiven, dat is immers inherent aan de weg die de KNMG en vele Nederlanders hebben gekozen? Voor ons zijn de grenzen reeds lang overschreden.