

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: De arts van de Stichting Levensindekliniek die de levensbeëindiging uitvoerde bezocht patiënte, een vrouw van 50-60 jaar met een gemetastaseerd pancreascarcinoom, slechts één keer, omdat patiënte vanwege haar gezinssituatie geen prijs stelde op verdere bezoeken. In principe is één bezoek van de arts aan de patiënt niet voldoende voor de arts om zich een oordeel te kunnen vormen over de zorgvuldigheidseisen. In dit geval heeft de arts, gezien de kwetsbare thuissituatie van patiënte, het feit dat hij meermalen langdurig telefonisch contact had met patiënte en meermalen met haar huisarts overlegde, zich voldoende tijd en inspanning getroost om tot de overtuiging te kunnen komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en dat voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was.**

**OORDEEL**

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

(...)

**1. PROCEDURE**

De commissie heeft van de gemeentelijke lijkschouwer de stukken ontvangen als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging inzake de melding van de arts van levensbeëindiging op verzoek bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- aanmeldingsformulieren Stichting Levensindekliniek (SLK)
- patiëntenjournaal SLK
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts en de consulent schriftelijk uitgenodigd voor het geven van een nadere mondelinge toelichting. De arts en de consulent hebben hun mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering van (...).

## **2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN**

**Uit de verslaglegging van de arts en de consulent en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:**

### **a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven**

Bij patiënte, een vrouw van 50 - 60 jaar, werd ongeveer anderhalf jaar voor het overlijden een naar de lymfeklieren gemetastaseerd pancreascarcinoom vastgesteld. Er vond een operatie plaats en patiënte kreeg chemotherapie. Ruim een half jaar voor het overlijden werden metastasen in de longen en de lever vastgesteld. De laatste maanden was sprake van toenemende pijnklachten, een pneumonie en een nierfunctiestoornis.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit pijn, misselijkheid, moeheid en lichamelijk verval. Patiënte verzwakte en was toenemend bedlegerig geworden.

Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie en de extreme angst nog zieker te worden en dit geestelijk niet aan te kunnen.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

### **b. Verzoek tot levensbeëindiging**

Patiënte had ruim vijf weken voor het overlijden voor het eerst met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts gaf aan de euthanasie niet zelf te willen uitvoeren. Patiënte heeft zich vervolgens aangemeld bij de SLK. De SLK-verpleegkundige is een maand voor het overlijden voor het eerst bij patiënte geweest. De arts was toen verhinderd. Drie weken voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Zij heeft de arts toen direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts en de verpleegkundige hebben daarna nog meerdere malen telefonisch contact met patiënte gehad, waarin patiënte haar verzoek herhaalde.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte zestien dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

### **d. Uitvoering**

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

### **e. Mondelinge toelichting arts**

Bij de behandeling van de melding waren bij de commissie vragen gerezen over hoe de arts tot de overtuiging was gekomen dat er sprake was van ondraaglijk lijden en hoe de arts, samen met patiënte, tot de overtuiging was gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was. Bij de commissie waren daarnaast vragen gerezen over hoe de arts tot de overtuiging was gekomen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek en dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Het was de commissie opgevallen dat de arts één keer een bezoek aan patiënte heeft gebracht, namelijk drie weken voor het overlijden. In het verslag van dit huisbezoek staat dat in goed overleg is besloten om het ziekteproces niet opnieuw de revue te laten passeren. Tijdens dat bezoek werd bepaald dat de euthanasie drie weken later zou worden uitgevoerd.

De commissie vroeg zich af waarom de arts patiënte niet nogmaals heeft bezocht. In het dossier wordt tevens gesproken over meerdere telefonische contacten. De commissie wilde weten hoe vaak de arts zelf telefonische contacten heeft gehad met patiënte en wat de inhoud van deze contacten is geweest.

In het patiëntenjournaal van de SLK is te lezen dat elf dagen voor het overlijden een MDO-gesprek heeft plaatsgevonden en dat collega's vonden dat er nog wat onduidelijkheden waren. Patiënte had paniek- en angstaanvallen, er was onduidelijkheid over de relatie met haar psychiatrische voorgeschiedenis (depressie, angst) en het gebruik (wel/niet) van medicijnen (anti-depressiva). De arts zegde toe contact op te nemen met de SCEN-arts om alle twijfel uit te sluiten. De commissie vroeg zich af of de arts daarna nog een gesprek met de SCEN-arts heeft gehad en zo ja, wat de inhoud van dat gesprek is geweest. Verder vroeg de commissie zich af waarom de eigen huisarts geen euthanasie bij patiënte wilde uitvoeren en hoe de palliatieve/terminale zorg geregeld was.

De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

#### **De arts heeft - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting gegeven:**

De arts heeft inderdaad maar één keer zelf een fysiek bezoek aan patiënte gebracht vóór de uitvoering van de euthanasie.

Er was sprake van een spoedcasus, waarin patiënte snel door het SLK-team moest worden bezocht. De casus was toegewezen aan de arts en de verpleegkundige. Vanwege persoonlijke en medische redenen kon de arts zelf zo gauw niet meegaan en is besloten dat het eerste bezoek, een maand voor het overlijden, door de verpleegkundige alleen zou worden afgelegd.

De verpleegkundige heeft een heel uitvoerig gesprek met patiënte gehad. De arts heeft kennis genomen van de inhoud van dat gesprek. Het tweede bezoek aan patiënte, negen dagen later, werd door de arts en de verpleegkundige samen gedaan. Samen met patiënte is toen besloten het eerste gesprek niet over te doen en om het ziekteproces niet opnieuw uitgebreid, doch wel in hoofdlijnen de revue te laten passeren.

Het werd de arts al snel duidelijk, dat het bij patiënte een ernstig terminaal ziekteproces betrof, door betrokkene als uitzichtloos en ondraaglijk ervaren.

Zij uitte dat middels haar wens tot vrijwillige levensbeëindiging, volledig welbewust en wilsbekwaam gedaan.

Bij beide bezoeken is overleg geweest met de huisarts van patiënte, die ook bij de gesprekken aan het einde is aangeschoven.

Tot de dag waarop de euthanasie werd uitgevoerd heeft de arts, evenals de verpleegkundige, meermalen uitgebreid telefonisch contact met patiënte en haar man gehad.

Ook heeft de arts meerdere malen overleg gevoerd met de eigen huisarts over de status praesens en het gevoerde palliatieve beleid, zonder daar zich inhoudelijk in te mengen.

Volgens de arts was er geen sprake van actuele primaire psychiatrische problematiek bij patiënte. Wel in reactieve zin waren er psychische klachten of andere psychiatrische symptomatologie, waaronder angsten en angstaanvallen en slapeloosheid. Patiënte heeft in het verleden een depressie gehad, maar die had te maken met haar ongewenste kinderloosheid en was al lang voorbij. De huisarts besloot wel tot het preventief geven van een lage dosis paroxetine, waarbij later mirzatepine als hypnoticum voor de nacht aan werd toegevoegd. Patiënte en haar man hebben, na die eerdere depressie, een kind geadopteerd. Dit kind bleek ernstig gehandicapt te zijn.

De arts heeft jarenlang ervaring opgedaan als huisarts en als SCEN-arts en heeft goed kunnen vaststellen dat patiënte compos mentis was en dat er geen sprake was van psychiatrische problematiek. Het was een volkomen helder verhaal: patiënte leed aan een gemetastaseerd pancreascarcinoom en een aantal gevolgen van die ziekte en er was geen behandeling meer mogelijk.

Toen de diagnose was gesteld, heeft patiënte te horen gekregen dat zij nog hooguit drie maanden te leven zou hebben. Daarna heeft zij nog achttien maanden geleefd. Het feit dat de dood zou komen, maar nog niet kwam, heeft haar heel angstig gemaakt.

Bij beide gesprekken van het SLK-team is de huisarts van patiënte een tijd aanwezig geweest. De huisarts had een intensieve relatie met het gezin. Patiënte had tegenover de huisarts aangegeven dat zij haar ziekte en haar klachten niet meer kon volhouden. Anderzijds kon zij haar kind niet loslaten. De huisarts heeft toen palliatieve sedatie voorgesteld. Patiënte gaf aan dit niet te willen vanwege de consequenties voor haar gezin. Patiënte heeft zich vervolgens aangemeld bij de SLK om haar leven te laten beëindigen.

De angst van patiënte had ook te maken met de onduidelijkheid met betrekking tot het terminaal behandelplan van haar huisarts. Op het moment dat voor patiënte duidelijk werd dat de mogelijkheid van euthanasie aanwezig was, werd zij rustig en verdwenen langzamerhand haar angsten.

Patiënte heeft aangegeven dat zij de contactfrequentie zo laag mogelijk wilde houden in verband met de situatie van haar kind. Zij wilde niet dat hij overprikkeld zou raken. Er was sprake van een broos evenwicht. Zij gaf aan dat zij niet wilde dat er nog een huisbezoek zou plaatsvinden, ondanks telefonische vragen van de arts daartoe vóór de datum waarop de euthanasie was gepland. Zij wilde eigenlijk al eerder de euthanasie laten plaatsvinden, maar daar ging de arts niet mee akkoord om reden van zorgvuldigheid van de procedure. Ook haar echtgenoot hield verdere huisbezoeken af. De arts wilde niets richting het gezin, met name richting het kind van patiënte, forceren en heeft daarom besloten patiënte niet meer te bezoeken, doch wel telefonisch contact met haar (hen) te houden. Ook de SLK-verpleegkundige heeft telefonisch contact met patiënte gehad: zij is ook een aantal malen zelf door patiënte gebeld met vragen en zorgen over haar kind.

De prikkelarme omgeving voor het kind was voor de arts de belangrijkste reden om niet nog eens langs te gaan.

De arts was overtuigd van de weloverwogenheid van haar euthanasieverzoek en de ondraaglijkheid van haar lijden. Het ondraaglijk lijden van patiënte bestond uit pijn, misselijkheid, moeheid en angst nog zieker te worden en verder af te takelen.

De arts wilde wel controlemomenten hebben in de periode na zijn bezoek en voor de euthanasie. Hij heeft daarom nog twee tot drie keer langdurig telefonisch contact met patiënte gehad. In die gesprekken werd steeds de overtuiging van de arts bevestigd. Patiënte heeft ook steeds haar euthanasiewens bevestigd.

De arts was er stellig van overtuigd dat geen verdere bezoeken aan patiënte nodig waren om de weloverwogenheid van haar verzoek vast te stellen.

Voor de arts was het de eerste keer dat hij maar één fysiek bezoek aan een patiënt heeft gebracht vooraleer hij de euthanasie uitvoerde. De arts ziet zich als deel van een team. Het SLK-team bestaat uit een verpleegkundige en een arts en krijgt als team een casus toegewezen. Het team onderhoudt steeds onderling contact. Eigenlijk is patiënte twee keer fysiek door het team bezocht, is er frequent contact gehouden met patiënte en haar gezin middels telefonische contacten.

Er waren geen andere redenen om patiënte niet meer te bezoeken: de afstand, de tijd of de agenda's speelden geen rol. De arts had zelf patiënte nog wel een keer willen bezoeken. Maar het kind van patiënte "terroriseerde" bijna het gezin door zijn gedrag: overdadige prikkeling van de gezinssituatie

was niet adequaat en werd ook niet toegestaan, zoals ook de eigen huisarts aangaf in de onderlinge gesprekken. De arts heeft toen bewust de keuze gemaakt om patiënte niet nog een fysiek keer te bezoeken. Hij wilde niet inbreken in het broze evenwicht dat er volgens hem was. De arts heeft daarbij geen druk ervaren.

De arts wordt voorgehouden dat het enerzijds van belang is dat er rekening wordt gehouden met de wensen van de betrokkenen en het gevoel van de arts daarbij, maar dat het anderzijds zo is dat er wettelijke zorgvuldigheidseisen zijn gesteld aan dit proces. Het moet duidelijk zijn voor de patiënt dat de arts aan deze eisen moet voldoen en dat het handelen van de arts wordt getoetst. De arts is het hier mee eens, maar voor de arts waren -uit zorgredenen in overtuiging- argumenten aanwezig om in dit geval van een principe af te wijken en als zodanig bedoeld conform de wet zorgvuldig te handelen.

De arts geeft aan dat medisch gezien voor hem heel duidelijk was waarom patiënte opteerde voor euthanasie: gelet op haar medische toestand wilde de arts ingaan op haar verzoek. Het dilemma bestond daarin dat de arts niet vaker naar haar toe heeft willen gaan vanwege die specifieke gezinssituatie.

De huisarts heeft de arts verteld dat hij om geloofsredenen geen euthanasie wilde uitvoeren. De huisarts worstelde hiermee en er was sprake van ambivalentie. Waar hij eerst palliatieve sedatie aanbood, kon hij later akkoord gaan met euthanasie, maar dan uitgevoerd door de SLK.

In de laatste drie weken voor het overlijden heeft de huisarts patiënte wel middels meerdere contacten begeleid.

De arts vond dat de euthanasie op de geplande datum moest worden uitgevoerd. Patiënte leed ondraaglijk door de pijn (de morfinepomp moest steeds verder omhoog) en de angst voor verdere aftakeling. De arts vond dat niet meer langer gewacht kon worden.

Volgens de arts is het niet zo, en komt het ook niet voor, dat de SLK-arts de behandeling van een patiënt overneemt. De SLK-arts geeft hooguit adviezen voor de behandeling. Het contact van de SLK-arts met de patiënt is nodig om de ultieme wens, de euthanasiewens, te beoordelen.

In deze casus heeft de arts zich niet bemoeid met de medicatie die zij van haar huisarts kreeg, zoals morfine via het infuus en de preventieve en als hypnoticum bedoelde antidepressiva.

Er waren goede werkafspraken met de eigen huisarts.

Elf dagen voor het overlijden heeft in de context van de SLK een MDO, multidisciplinair overleg, plaatsgevonden.

Het was voor iedereen duidelijk dat het, wat het oncologische betrof, om een heldere casus ging. In dat MDO is de arts er extra op geattendeerd dat antidepressiva op de medicatielijst van patiënte stonden.

De reeds geraadpleegde SCEN-arts was toevallig psychiater. Vanuit het MDO werd door de arts voorgesteld om de SCEN-arts naar haar visie omtrent de relatie antidepressiva en wilsbekwaamheid en bewustzijn te vragen. De arts heeft vervolgens opnieuw contact gehad met de SCEN-arts. Zij vertelde en bevestigde dat die antidepressiva als profylacticum werden gebruikt. De arts en de SCEN-arts vonden het beiden niet opportuun die medicatie te laten wijzigen en/of een psychiatrisch onderzoek te laten uitvoeren zo vlak voor de vastgestelde datum van uitvoering van de euthanasie.

De SCEN-arts heeft daarna haar consultatieverslag summier aangevuld.

Vanuit het MDO is niet geadviseerd om een psychiatrisch onderzoek te laten plaatsvinden.

De arts ziet in dat het beter was geweest als hij in zijn verslaglegging de algehele (gezins)situatie van patiënte uitvoeriger had vermeld.

### **De verpleegkundige, die als toehoorder aanwezig is, vult aan, zakelijk weergegeven:**

De verpleegkundige is een ervaren algemeen en psychiatrisch verpleegkundige en is er van overtuigd dat bij patiënte geen sprake was van een depressie of anderszins van psychiatrische problematiek. Patiënte was iemand die alles onder controle wilde houden, zij was met name met betrekking tot haar kind zeer controlebehoefstig. Zij had een gehandicapt kind en vond het moeilijk om haar kind los te laten.

De verpleegkundige heeft met de arts een uitgebreide telefonische voorbespreking en een uitvoerige telefonische nabespreking van haar eerste bezoek gehad. Ook de verslaglegging van de gevoerde gesprekken is met elkaar besproken, zo ook alle telefonische gesprekken. Vóór uitvoering van de euthanasie heeft nog een onderling voorgesprek plaatsgevonden.

**De commissie merkt op dat er één versie van het consultatieverslag in het dossier zit en dat een latere aanvulling daarop of een latere versie daarvan ontbreekt.**

**De arts heeft de tweede versie van het consultatieverslag, na de commissievergadering, alsnog aan de commissie toegestuurd.**

#### **f. Mondelinge toelichting consulent**

Bij de behandeling van de melding waren bij de commissie vragen gerezen.

De commissie wilde weten of de consulent door de arts, of anderszins, op de hoogte was gesteld van de psychiatrische voorgeschiedenis van patiënte.

In het patiëntenjournaal van de SLK is te lezen dat elf dagen voor het overlijden een teamgesprek heeft plaatsgevonden en dat de collega's van de arts vonden dat er nog onduidelijkheden waren. Patiënte had paniek- en angstaanvallen, er was onduidelijkheid over de relatie met haar psychiatrische voorgeschiedenis (depressie, angst) en het gebruik (wel/niet) van medicijnen (anti-depressiva). De arts beloofde toen contact op te nemen met de SCEN-arts om alle twijfel uit te sluiten.

De commissie vroeg zich af of de arts daarna nog een gesprek met de consulent heeft gehad en zo ja, wat de inhoud van dat gesprek is geweest.

De commissie heeft de consulent daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

#### **De consulent heeft - zakelijk weergegeven - telefonisch de volgende mondelinge toelichting gegeven:**

De consulent heeft patiënte, zestien dagen voor de levensbeëindiging, bezocht. De arts heeft haar daarna de euthanasieverklaring van patiënte nog per fax toegestuurd.

Haar bevindingen heeft zij neergelegd in een verslag en dat verslag heeft zij naar de arts toegestuurd. Daarna heeft zij nog contact gehad met de arts.

De arts had toen nog vragen aan de consulent over de angst van patiënte en een mogelijke depressie. De consulent heeft de arts verteld dat er geen sprake was van een depressie bij patiënte. Patiënte was blij dat zij nog zo lang had geleefd. Ongeveer anderhalf jaar voor het overlijden was haar namelijk verteld dat zij nog maar drie maanden te leven zou hebben.

Patiënte was altijd angstig geweest. Het is niet zo dat zij bang was voor de dood, maar zij had angst om haar aangenomen kind achter te laten. Zij was ook bang om uitgemergeld en volledig afhankelijk van de zorg van anderen te worden. De angst voor meer pijn en verdere aftakeling was heel groot bij patiënte en leidde soms tot paniekaanvallen. Zij wilde niet dat haar kind haar als een uitgemergelde en afhankelijke vrouw zou meemaken en zou herinneren.

De consulent vindt twee paniekaanvallen in enkele weken, bij iemand die bekend is met een angststoornis grotendeels in remissie, heel normaal in een moeilijke periode, zoals die waarin patiënte verkeerde. Een eventuele behandeling met een ander medicijn, bijvoorbeeld een andere SSRI zou niet zinvol zijn omdat deze pas na zes weken effect zou hebben. Patiënte kreeg al morfine via een pomp en waarschijnlijk van de huisarts, bij angst, angstdempende sederende medicatie en had een euthanasiewens: gelet op haar situatie was er geen reden om haar nog verder dan al werd gedaan te behandelen.

Nadat de consulent haar verslag aan de arts had gestuurd, heeft de arts haar nog gebeld. De arts heeft haar verteld dat er een multidisciplinair overleg was geweest en dat daarin aarzelingen waren geuit bij deze casus, gezien de eerdere depressie van patiënte, haar angsten en de antidepressiva, die zij

gebruikte. De arts vroeg of de consulent haar verslag kon aanvullen met haar bevindingen ten aanzien van deze punten.

De consulent heeft daarna haar verslag nog aangevuld.

De consulent heeft geen specifieke psychiatrische beoordeling van patiënte gedaan. In het SCEN-consult had zij geconstateerd dat er geen sprake was van een depressie of een andere psychiatrische stoornis. Patiënte was tevreden dat zij nog zo lang geleefd had.

Bij haar bezoek aan patiënte heeft de consulent ook het aangenomen kind gezien. Dit kind was in de tuin en is even bij het gesprek met de man van patiënte aanwezig geweest. Het gesprek verliep goed. De consulent heeft niet uitgebreid gesproken met het kind. Zij had de indruk dat het een warm gezin was. Er was ook nog een vriendin of familielid aanwezig om het kind op te vangen als de consulent met patiënte en haar echtgenoot in gesprek zou gaan, maar de consulent heeft vooral met alleen patiënte gesproken en daarna nog kort met haar man; samen de euthanasieverklaring bekeken.

### **3. BEOORDELING**

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Bij de commissie is de vraag gerezen of de arts redelijkerwijs tot de overtuiging is kunnen komen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek, en of de arts, samen met de patiënte, redelijkerwijs tot de overtuiging is kunnen komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Om tot deze overtuiging te kunnen komen is beslissend of de arts een zodanige relatie met de patiënte had dat hij voldoende in staat was zich een oordeel over de zorgvuldigheidseisen te kunnen vormen. Het ontstaan van een dergelijke relatie vereist in het algemeen tenminste het voeren van een aantal gesprekken met de patiënt en zal in principe niet door het afleggen van slechts één bezoek tot stand kunnen komen.

De commissie overweegt het volgende:

Het is de commissie opgevallen dat de arts in deze casus slechts één maal patiënte heeft bezocht, namelijk drie weken voor het overlijden. Negen dagen voor het bezoek van de arts had de SLK-verpleegkundige patiënte alleen bezocht, omdat de arts omwille van persoonlijke en medische redenen niet kon meegaan. In dat gesprek is de ziektegeschiedenis van patiënte en de mogelijkheden van palliatieve sedatie en euthanasie uitgebreid aan de orde geweest. De verpleegkundige heeft na dit bezoek aan de arts mondeling en schriftelijk verslag gedaan.

Tijdens het daaropvolgende bezoek van de arts en de verpleegkundige samen, is er voor gekozen om de ziektegeschiedenis niet opnieuw in detail te bespreken, doch wel in hoofdlijnen. Bij de aanvang van dat bezoek heeft patiënte de arts kenbaar gemaakt dat zij inmiddels besloten had om voor euthanasie te kiezen. In het vervolg van dat gesprek is deze keuze met de arts en de verpleegkundige besproken en is de afspraak gemaakt dat de euthanasie drie weken later zou worden uitgevoerd.

De arts heeft verklaard dat het voor hem een bewuste keuze is geweest om, na dat ene bezoek, patiënte niet meer te bezoeken. De reden daarvoor was dat patiënte, daarin gesteund door de huisarts, hem had aangegeven dat zij een nader bezoek niet op prijs stelde vanwege haar gezinssituatie. Er was sprake van een gehandicapt kind, en patiënte en haar echtgenoot wilden niet dat dit kind overprikkeld zou raken. De arts heeft verklaard dat hij het broze evenwicht waarin het gezin volgens hem verkeerde niet heeft willen verstoren en dat hij daarom bewust gekozen heeft om de wens van patiënte te honoreren en haar niet nogmaals te bezoeken.

De arts geeft aan dat hij na dat ene bezoek nog wel twee of drie keer langdurig telefonisch contact met patiënte heeft gehad, en ook met haar man. In die gesprekken heeft patiënte haar wens steeds bevestigd en ook werd de arts bevestigd in zijn oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Tevens heeft patiënte in die gesprekken nogmaals aangegeven dat zij niet wilde dat er nog huisbezoeken zouden plaatsvinden.

Ook met de huisarts is meerdere malen overleg gevoerd, met name over de status praesens en over het gevoerde palliatieve beleid. De verantwoordelijkheid daarvoor is bij de huisarts blijven liggen; de arts heeft zich daar inhoudelijk niet in gemengd. Tevens was er met de huisarts overleg over de euthanasiewens, en was hij aanwezig bij het uitvoeren van de euthanasie. De huisarts, die een intensieve relatie had met het gezin, is ook een tijd bij de gesprekken tussen (leden van) het SLK-team en de patiënte aanwezig geweest.

De arts geeft verder aan dat er sprake is van teamwerk, waarin de SLK-verpleegkundige en de SLK-arts samen een team vormen. Zo beschouwd heeft het team, aldus de arts, patiënte twee keer bezocht.

De commissie deelt deze laatste visie niet: ondanks dat een overlegstructuur, waarbij ook verpleegkundigen kunnen zijn betrokken, kan getuigen van professioneel handelen, kan het team niet de verantwoordelijkheid voor het handelen van de arts dragen. Juist omdat er bovendien sprake was van een patiënte met psychiatrische voorgeschiedenis, die op het moment van haar euthanasieverzoek kampte met angst- en paniekaanvallen, leek een nader bezoek van de arts aangewezen. Het is tenslotte de arts – en alleen de arts – die verantwoordelijk is voor het naleven van de in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) gestelde zorgvuldigheidseisen.

De arts dient bij zijn handelen een eigen belangenafweging te maken.

Daarbij gaat het in deze casus enerzijds om het belang dat in de mate van het mogelijke rekening wordt gehouden met de wensen van de betrokkenen daarbij, alsmede om het recht van de patiënte om verdere bezoeken van de arts te weigeren; anderzijds gaat het om de plicht van de arts om bij de uitvoering van euthanasie de daaraan in de wet gestelde zorgvuldigheidseisen na te leven.

De commissie vraagt zich af of de arts zich in deze complexe situatie, waarin hij patiënte slechts één maal heeft bezocht, voldoende tijd en inspanning heeft getroost om tot de overtuiging te kunnen komen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek en om samen met de patiënte tot de overtuiging te kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Daarvoor is een zorgvuldige afweging op basis van volledige informatie en een helder ziekte-inzicht noodzakelijk.

Gezien de precare balans in een kwetsbare thuissituatie, en gezien het feit dat de arts meerdere malen telefonisch contact heeft gehad met patiënte en ook meerdere malen heeft overlegd met de huisarts, meent de commissie dat de arts tot deze overtuiging is kunnen komen.

Wat betreft de psychiatrische voorgeschiedenis van patiënte, die op het moment van haar euthanasieverzoek kampte met angst- en paniekaanvallen, heeft de arts verklaard dat hij jarenlang ervaring heeft opgedaan als huisarts en als SCEN-arts en goed heeft kunnen vaststellen dat patiënte compos mentis was en dat er geen sprake was van psychiatrische problematiek. Wel in reactieve zin waren er angsten en angstaanvallen en slapeloosheid. De huisarts besloot tot het preventief geven van een lage dosis paroxetine, waarbij later mirtazapine als hypnoticum voor de nacht werd toegevoegd. De angst van patiënte had ook te maken met de onduidelijkheid met betrekking tot het terminaal behandelplan van haar huisarts. Op het moment dat voor patiënte duidelijk werd dat de mogelijkheid van euthanasie aanwezig was, werd zij rustig en verdwenen langzamerhand haar angsten. Naar aanleiding van het multidisciplinair overleg, elf dagen voor het overlijden, heeft de arts de SCEN-arts, psychiater, gevraagd naar haar visie omtrent de relatie antidepressiva en wilsbekwaamheid en bewustzijn. De SCEN-arts heeft toen bevestigd dat de antidepressiva als profylacticum werden gebruikt. Er was volgens haar geen aanleiding patiënt psychiatrisch te laten onderzoeken. De SCEN-arts heeft vervolgens nog een tweede versie van haar consultatieverslag gemaakt, waarin zij heeft opgenomen dat patiënte helder en adequaat was en geheel niet de indruk maakte dat haar bewustzijn minder helder was door de medicatie. Patiënte was verdrietig maar niet depressief en goed op de hoogte van haar ziekte en prognose. Volgens de SCEN-arts was sprake van een vrijwillig



weloverwogen en consistent verzoek bij een wilsbekwame vrouw die ondraaglijk leed. In haar mondelinge toelichting heeft de consulent deze conclusie bevestigd en verklaard dat patiënte altijd angstig was geweest. Het was niet zo dat patiënte bang was voor de dood, maar zij had angst om haar aangenomen kind achter te laten. Zij was ook bang om uitgemergeld en volledig afhankelijk van de zorg van anderen te worden. De angst voor meer pijn en verdere aftakeling was heel groot bij patiënte en leidde soms tot paniekaanvallen. Zij wilde niet dat haar kind haar als een uitgemergelde en afhankelijke vrouw zou meemaken en zou herinneren. Volgens de consulent waren twee paniekaanvallen in enkele weken, bij iemand die bekend is met een angststoornis grotendeels in remissie, heel normaal in een moeilijke periode, zoals die waarin patiënte verkeerde. Een eventuele behandeling van haar angst met een ander medicijn zou niet zinvol zijn omdat deze pas na zes weken effect zou hebben. Patiënte kreeg al morfine via een pomp en waarschijnlijk van de huisarts, bij angst, angstdempende sederende medicatie en had een euthanasiewens: gelet op haar situatie was er geen reden om haar nog verder dan al werd gedaan te behandelen.

Gelet op deze nadere toelichtingen is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging is kunnen komen dat er bij patiënte geen sprake was van een depressie of een andere psychiatrische aandoening en dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Er was sprake van een weloverwogen verzoek, door patiënte gedaan op basis van volledige informatie en met een helder ziekte-inzicht.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, de mondelinge toelichtingen van de arts en de consulent en de tweede versie van het consultatieverslag daarbij in aanmerking genomen, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

#### **4. BESLISSING**

De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.