

**Oordeel: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Inhoudsindicatie: de arts is niet met de extra behoedzaamheid te werk gegaan die bij het verzoek om hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychiatrische aandoening verwacht mag worden. Hij had naast de reguliere consulent ook zélf nog een onafhankelijke psychiater moeten raadplegen of gericht een consulent/SCEN-arts met specifieke deskundigheid, in casu een psychiater, moeten inschakelen.**

**Zorgvuldigheidseisen: onafhankelijke arts geraadpleegd, uitzichtloos en ondraaglijk lijden**

## **OORDEEL**

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

van:

(...), huisarts, verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek  
verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werd:

(...), SCEN-arts

verder te noemen: de consulent

### **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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levenseindekliniek (hierna verder te noemen:SLK)
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. De nadere mondelinge toelichting heeft (...) plaatsgevonden. Van de nadere mondelinge toelichting is een verslag gemaakt. De arts heeft het verslag daarvan goedgekeurd. Tijdens de mondelinge toelichting heeft de arts nog nadere schriftelijk aanvullingen gegeven. Deze zijn - zakelijk weergegeven - opgenomen in een addendum onder het verslag van de mondelinge toelichting.

## **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**

Patiënt, een man van 40-50 jaar, was sinds tientallen jaren bekend met chronische psychiatrische problematiek. Vanaf zijn puberteit kampte hij met depressiviteit en was sprake van angstaanvallen en paranoïde wanen. In de loop der jaren werden verschillende diagnoses gesteld, waaronder PDD NOS en ADHD. Patiënt werd behandeld met psychofarmaca en werd meerdere keren opgenomen. Sinds tien jaar voor het overlijden woonde hij in verschillende beschermde woonvormen, maar in de loop der tijd ging hij zich daar steeds onprettiger voelen. In het kader van een second opinion, in verband met een euthanasieverzoek van patiënt aangevraagd door zijn toenmalig behandelend psychiater, heeft een onafhankelijk psychiater patiënt zeven maanden voor het overlijden onderzocht ter beoordeling van een autismespectrumstoornis (ASS) en of er nog behandelingsmogelijkheden waren om de levenskwaliteit van deze cliënt te verbeteren. De geconsulteerde psychiater zag onvoldoende grond om ASS vast te stellen, aangezien patiënt onvoldoende ontwikkelingsproblematiek liet zien wat daarop wees. Zij zag de problematiek van patiënt als onderdeel van ernstige persoonlijkheidsproblematiek en (sociale) angstklachten. Bij ernstige, brede psychiatrische problematiek bestond er vaker een overlap met autismekennmerken. De geconsulteerde psychiater achtte de ernstige problematiek van patiënt een blijvende beperking op zijn leven en had vanuit haar autisme-expertise geen behandeladviezen voor patiënt.

Het laatste half jaar voor het overlijden verhuisde patiënt terug naar zijn ouderlijk huis. Door deze verhuizing kwam hij onder behandeling van een andere psychiater.

De sindsdien behandelend psychiater was van mening dat alles overziend de diagnose schizoïde persoonlijkheidsstoornis uiteindelijk het meest passend was. Volgens hem kampte patiënt met ernstige sociale fobische klachten, die regelmatig dermate heftig waren dat er psychotische symptomen ontstonden en ook dissociatieve verschijnselen. Reactief, als gevolg van het besef van zijn beperkingen, kampte patiënt met depressieve verschijnselen en was in het verleden sprake geweest van alcoholabusus, die sinds zes jaar voor het overlijden volledig in remissie was. De behandelend psychiater concludeerde dat naast de geboden behandelingen er geen behandelopties meer waren. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënt bestond uit sociale fobieën, paranoïde wanen, betrekkingsideeën, hallucinaties, dissociatieve verschijnselen en depressiviteit. Patiënt voelde zich niet prettig in gezelschap en had diep gewortelde gevoelens van ontheemding, eenzaamheid, angst en vervreemding. Hij ervoer altijd een oorlog in zijn hoofd, hoewel anderen niet altijd konden merken wat er zich in zijn hoofd afspeelde en hoe angstig hij zich voelde. Hij had obsessieve gedachten, die hij niet kon beheersen. Wanneer patiënt werd overprikkeld, ontstonden hevige angsten die gepaard gingen met agitatie en lichamelijke verschijnselen zoals hartkloppingen.

Patiënt kon erg achterdochtig worden met waanideeën dat hij in de gaten gehouden werd. Wanneer hij op een straat een auto hoorde toeteren, was dat een waarschuwing die voor hem bedoeld was of wanneer hij mensen op straat hoorden praten, ging het over hem et cetera. Zijn dagelijkse leven bestond uit het vermijden van prikkels; patiënt kwam bijna niet meer buiten, lag vrijwel de hele dag op bed en voelde zich waardeloos. Familie herkende hij niet altijd of hij dacht dat ook zij hem wat aan wilden doen. Ook in zijn eigen slaapkamer voelde patiënt zich niet veilig.

Hij leed onder de uitzichtloosheid van zijn situatie.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

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

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

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

Patiënt had eerder met zijn behandelend psychiater en met zijn huisarts over euthanasie gesproken.

Die konden om hen moverende redenen het euthanasieverzoek van patiënt niet honoreren. Zes maanden voor overlijden meldde patiënt zich aan bij de SLK. De arts bezocht patiënt drie keer.

Tijdens het eerste gesprek, drieënhalve maand voor het overlijden, heeft patiënt met de arts over euthanasie gesproken en hem direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij herhaalde zijn concrete verzoek aan de arts tijdens de twee daaropvolgende huisbezoeken. De arts was van mening dat patiënt goed kon uitleggen waarom hij euthanasie wilde.

De behandelend psychiater van patiënt was van mening dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek.

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 patiënt drieënhalve week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Hij achtte patiënt wilsbekwaam. Volgens de consulent bestond de doodswens op basis van de grote lijdensdruk die patiënt ervoer en leek die niet voort te komen uit een psychiatrisch toestandbeeld. Ten tijde van de consultatie was volgens de consulent geen sprake van ernstige depressiviteit, waarnemings- of denkstoornissen. Patiënt stelde adequate vragen over de rol van de consulent in de euthanasieprocedure en begreep die ook.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt 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. nadere mondelinge toelichting van de arts**

Bij de eerste behandeling van de melding op de commissievergadering zijn uit de meldingsgegevens bij de commissie vragen gerezen met betrekking tot het raadplegen van een onafhankelijk psychiater. De commissie vroeg zich af met welke psychiater(s) de arts contact heeft gehad in het kader van 'het raadplegen van een onafhankelijk psychiater' en wat hun relatie tot de arts en patiënt was.

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

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

De arts wordt vergezeld door een verpleegkundige van de Stichting LevensEinde Kliniek. De voorzitter wijst de begeleider van de arts op zijn geheimhoudingsplicht.

Op de vraag aan de arts hoe de aanmelding bij deze patiënt precies is gegaan antwoordt de arts dat na aanmelding van deze patiënt bij de Stichting LevensEindekliniek (SLK) een psychiater van de SLK op basis van de stukken oordeelde dat de begeleiding door een huisarts kon worden gedaan, waarop patiënt aan de arts werd toegewezen. De arts kon, na het bestuderen van het dossier, hiermee instemmen. Met de psychiater van de SLK heeft de arts naar eigen zeggen niet gesproken over de vraag of het niet beter zou zijn dat een psychiater deze zaak zou nemen. Hiertoe zag de arts ook geen aanleiding omdat naar zijn mening al veel psychiaters naar deze zaak hadden gekeken.

De arts vertelt dat hij vervolgens telefonisch contact heeft gezocht met de huisarts (die de euthanasie niet wilde uitvoeren omdat hij weinig ervaring had met euthanasie en deze zaak te ingewikkeld vond), met de behandelend psychiater P2 (die om persoonlijke redenen de euthanasie niet wilde uitvoeren), en met psychiater P3.

De arts vertelt dat patiënt eerst onder behandeling was van psychiater P1. Na verhuizing van patiënt is de behandeling overgenomen door psychiater P2. Volgens de arts heeft psychiater P1 in het kader van de euthanasievraag van patiënt een onafhankelijke psychiatrische beoordeling gevraagd aan P3 (Kinder- en jeugd)psychiater. Psychiater P3 wist volgens de arts - dat de SLK hierbij betrokken was. Volgens de arts was psychiater P3 een onafhankelijk psychiater en kende zij de aanvragend psychiater (P1) niet. Evenmin had zij een behandelrelatie met patiënt.

Het is de commissie opgevallen dat psychiater P3 gespecialiseerd is op het gebied van autistische stoornissen en dat deze psychiater concludeert dat bij patiënt geen sprake is van een autistische stoornis en dat zij vanuit haar autisme-expertise geen behandelmogelijkheden zag. De arts beaamt dit. De arts vertelt dat de psychiater echter telefonisch aan hem heeft bevestigd dat naar haar oordeel patiënt wilsbekwaam was, er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en zij achter het verzoek van patiënt kon staan. Achteraf realiseert de arts zich dat hij dit voor de duidelijkheid beter in de verslaglegging had moeten opnemen.

Op de vraag of er gelet op het feit dat psychiater P3 alleen uitspraken had gedaan op het terrein van haar expertise er nog andere behandelopties waren, antwoordt de arts dat hij op basis van uitspraken van behandelend psychiaters er van overtuigd was dat er geen andere behandelopties meer waren.

Op de vraag of de arts nog een onafhankelijk psychiater heeft gezocht antwoordt de arts dat onafhankelijke psychiaters in (...) moeilijk te vinden zijn. De arts vertelt dat psychiaters dikwijls zijn verbonden aan dezelfde organisatie wat mogelijk de onafhankelijkheid in gevaar brengt. Desgevraagd deelt hij mee dat eventueel een psychiater van ziekenhuis X of Y wel gevraagd kan worden en dat hij dat in andere gevallen ook had gedaan. De arts merkt op dat patiënt jarenlang was behandeld in ziekenhuis X en dat daardoor de onafhankelijkheid van de psychiaters daar problematisch zou zijn geweest.

Bij deze patiënt had de arts geen andere psychiater geraadpleegd omdat hij er van overtuigd was dat psychiater P3 voldoende onafhankelijk was om een oordeel te geven.

Op de vraag of de arts nog had overwogen als SCEN-arts een onafhankelijk psychiater te raadplegen antwoordt de arts dat hij weet dat psychiaters/SCEN-artsen dat liever niet hebben om niet onevenredig belast te worden. De arts antwoordt op de vraag of hij om praktische redenen geen SCEN-arts tevens psychiater had gezocht, dat hij ook worstelde met de vraag of de daarvoor te benaderen psychiaters wel voldoende onafhankelijk zouden zijn. Veel psychiaters zijn volgens de arts verbonden aan een instelling en het benaderen van een psychiater/SCEN-arts die de arts kent leek de arts niet wenselijk.

Op de vraag of de arts kan toelichten waarom hij, zoals hij in zijn modelverslag had aangegeven, het inhumaan achtte patiënt voor een (onafhankelijk) psychiatrisch onderzoek naar (...) te sturen en of hij dit ook met patiënt had besproken, antwoordt de arts dat patiënt angstig was en bijna de hele dag op bed lag. Naar buiten gaan om bijvoorbeeld boodschappen te doen was voor hem niet mogelijk omdat hij dat ervoer alsof hij door een oorlogsgebied. Dit zorgde ervoor dat hij bij thuiskomst een terugval kreeg. Dit vond de arts zo schrijnend dat het voor hem duidelijk was dat patiënt dit niet aan zou kunnen. Daarom had hij patiënt niet gevraagd om voor psychiatrisch onderzoek naar (...) te gaan.

In de Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (CoP) en in de Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (2009) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) wordt geadviseerd om naast een SCEN-arts ook een onafhankelijke psychiater in consult te vragen. Op de vraag of de arts op de hoogte was van de CoP en deze richtlijn antwoordt hij de CoP wel te kennen, maar de genoemde richtlijn niet. De arts deelt daarop mede dat er naar zijn mening al een onafhankelijk psychiater was geraadpleegd (te weten P3).

### **Addendum**

De arts heeft tijdens het gesprek nog de volgende – zakelijk weergegeven - schriftelijke informatie aan de commissie verstrekt.

De arts schrijft dat er minimaal drie psychiaters betrokken waren bij de oordeelsvorming over de medische toestand van patiënt. De second opinion door de onafhankelijk psychiater (P3) was al verricht op verzoek van de voormalig behandelend psychiater (P1) voordat de arts bij de begeleiding werd betrokken.

De psychiaters waren: de voormalig behandelend psychiater (P1, tot een half jaar voor het overlijden), de behandelend psychiater (P2, vanaf een half jaar voor het overlijden). Hij was ook behandelaar gedurende een periode tot vier jaar voor het overlijden) en de onafhankelijk psychiater (P3) die geraadpleegd werd op verzoek van de voormalig behandelend psychiater (P1) en geen behandelrelatie had met patiënt. De arts zegt meerdere keren te hebben overlegd met de behandelend psychiater (P2) en de onafhankelijk psychiater (P3). Met de behandelend psychiater P2 sprak de arts over de diagnose en over de achtergronden van zijn weigering om de euthanasie zelf te doen. De onafhankelijk psychiater P3 vertelde de arts dat zij patiënt had beoordeeld op verzoek van de voormalig behandelend psychiater (P1); zij kende de voormalig behandelend psychiater (P1) en de arts niet en had geen behandelrelatie met patiënt. Ze voelde zich goed in staat om een onafhankelijk oordeel uit te spreken. Het was haar vanaf het begin duidelijk dat de beoordeling samenhang met het euthanasieverzoek. Patiënt verzocht haar het verslag naar de Stichting Levensindekliniek te sturen en gaf haar daarvoor ook schriftelijk toestemming (de correspondentie was ook opgevraagd door de medisch manager van de SLK bij het eerste contact met de eigen huisarts na de aanmelding bij de SLK). Zij was van mening dat patiënt wilsbekwaam was. Haar viel bijvoorbeeld op hoe hij met de gevoelens van zijn familie omging om hun te laten accepteren dat euthanasie voor hem de enige oplossing was.

De opmerking van de arts over de onafhankelijkheid sloeg op het feit dat alle betrokken artsen werkzaam zijn bij X, echter op verschillende zelfstandige afdelingen. De arts was er van overtuigd dat met name de als onafhankelijk psychiater geraadpleegde psychiater (P3) voldoende autonomie had om tot een onafhankelijk oordeel te komen. Hoewel de meeste patiënten die zich met een euthanasieverzoek aanmelden op grond van psychiatrisch lijden eerst oriënterend beoordeeld worden op het spreekuur van één van de psychiaters van de SLK, gebeurt dit niet als na triage van het medisch dossier blijkt dat patiënt uitbehandeld is. Dit bleek volgens de arts bij patiënt het geval. Patiënt werd daarom direct aan de arts toegewezen zonder dat er een spreekuurgesprek had plaatsgevonden.

### 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 (WTL).

#### **Ten aanzien van het vrijwillig en weloverwogen verzoek en het uitzichtloos en ondraaglijk lijden overweegt de commissie het volgende.**

Op basis van het dossier, de mondelinge en schriftelijke (addendum) toelichting van de arts is voor de commissie het volgende komen vast te staan. Bij patiënt zijn vanaf zijn pubertijd verschillende diagnoses gesteld met als laatste diagnose schizoïde persoonlijkheidsstoornis door de behandelend psychiater (P2). In het jaar voorafgaand aan het overlijden is patiënt door drie verschillende psychiaters gezien en beoordeeld; de voormalig behandelend psychiater (P1), de behandelend psychiater (P2) en de onafhankelijk psychiater (P3). De behandelend psychiater (P2) oordeelde dat er naast de geboden behandelingen geen behandelopties meer waren en dat hij patiënt wilsbekwaam achtte ten aanzien van zijn verzoek. De door de voormalig behandelend psychiater (P1) geraadpleegde onafhankelijk psychiater (P3) oordeelde in haar schriftelijke verslag van het onderzoek bij patiënt – ruim een half jaar voor het overlijden van patiënt – dat zij vanuit haar autisme-expertise geen behandeladviezen had. De arts verklaart dat de onafhankelijk psychiater P3 tijdens een telefonisch contact oordeelde dat patiënt wilsbekwaam was, er volgens haar sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat zij achter het verzoek van patiënt kon staan. De door de arts geraadpleegde consulent (huisarts) oordeelde dat het lijden van patiënt ondraaglijk en uitzichtloos was en dat hij patiënt wilsbekwaam achtte ten aanzien van zijn euthanasieverzoek.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts op basis van zijn gesprekken met de psychiaters P2 (behandelend psychiater) en P3 (onafhankelijk psychiater) en de door hen overgelegde schriftelijke documentatie, alsmede op basis van zijn contacten met de patiënt en de huisarts aannemelijk heeft gemaakt dat hij tot de overtuiging kon komen dat er bij patiënt sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, alsmede van het ontbreken van aanvaardbare mogelijkheden om het lijden te verlichten. De commissie is dan ook van oordeel dat de arts in redelijkheid tot het (voorlopig) oordeel heeft kunnen komen dat was voldaan aan de zorgvuldigheidsvereisten van artikel 2, eerste lid, onder a., b., en d WTL. De arts en de bij de behandeling betrokken psychiaters hebben de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten.

#### **Voor wat betreft de eis dat de arts tenminste één andere, onafhankelijke arts moet hebben geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, overweegt de commissie het volgende.**

Deze eis is neergelegd in artikel 2, eerste lid, onder e, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Formeel gesproken heeft de arts door raadpleging van een onafhankelijke SCEN-arts aan deze eis voldaan. Indien het euthanasieverzoek echter, zoals in deze zaak, wordt gedaan op grond van psychiatrisch lijden, moet de arts naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen ook een onafhankelijk psychiater raadplegen ter beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake van het verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt.

Deze eis, die voortvloeit uit het arrest van de Hoge Raad in de zaak-Chabot uit 1994, is naderhand opgenomen in de Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie 2015, bladzijde 26. Ook in de KNMG factsheet van februari 2014 ‘Euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening’ wordt aanbevolen bij het verstrekken van hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt twee consulenten te raadplegen. De eerste consulent, een onafhankelijk psychiater, zou een bijzondere expertise moeten hebben op het terrein van de psychiatrische stoornis van de patiënt en de tweede onafhankelijke consulent die in meer algemene zin de zorgvuldigheidseisen toetst.

Ook de regionale toetsingscommissies hebben zich in de praktijk van de toetsing van de meldingen bij deze uit de jurisprudentie voortvloeiende en door de beroepsgroep(en) onderschreven eis aangesloten. Te wijzen valt op de oordelen 2013-71, 2014-01 en 2014-70, vermeld in het Jaarverslag van de RTE's 2014, alsmede op de oordelen 2015-21 en 2015-46, vermeld in het Jaarverslag 2015, p.49 en 51 en de oordelen 2016-41 en 2016-11, opgenomen in het Jaarverslag van de RTE's over 2016.

De noodzaak om een onafhankelijke psychiater in consult te roepen, vloeit voort uit de grote behoedzaamheid die moet worden betracht bij verzoeken om hulp bij zelfdoding door een patiënt met een psychiatrische stoornis.

De commissie realiseert zich dat de bovenbedoelde eis van raadpleging van een onafhankelijke psychiater niet behoort tot de in de wet opgenomen zorgvuldigheidseisen. Dit is ook nog eens erkend door de minister van VWS in het Verslag van een schriftelijk overleg (van 20 maart 2013) inzake het jaarverslag van de RTE's over 2013. De commissie is evenwel van oordeel dat deze eis, gelet op de jurisprudentie van de Hoge Raad en de daarop door de beroepsgroep gevolgde handelwijze én de inmiddels bestaande praktijk van toetsing door de regionale toetsingscommissies materieel gesproken rehtens als zorgvuldigheidseis mag gelden.

Zoals de arts mondeling heeft toegelicht ter vergadering, heeft hij telefonisch contact gezocht met de behandelend psychiater (P2) en met de geraadpleegde onafhankelijk psychiater (P3). Deze laatste werd, ruim een half jaar voor het overlijden van patiënt, in het kader van de euthanasiewens van patiënt, als onafhankelijk psychiater geraadpleegd door de voormalig psychiater (P1), die tot een half jaar voor het overlijden de behandelend psychiater van patiënt was. Deze onafhankelijk psychiater (P3) werd toen gevraagd te onderzoeken of er sprake is van een ASS en wat er eventueel nog aan behandeling of woonbegeleiding gedaan kon worden om de levenskwaliteit van deze cliënt te verbeteren.

Het is de commissie opgevallen dat de hierboven bedoelde geconsulteerde onafhankelijk psychiater (P3) oordeelde dat er onvoldoende grond was om een autismespectrumstoornis vast te stellen en zij vanuit haar autisme-expertise geen behandeladviezen had. Dit maakt dat patiënt niet is gezien door een psychiater met een bijzondere expertise op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt (schizoïde persoonlijkheidsstoornis) voor de beoordeling van de uitzichtloosheid en eventuele behandeladviezen.

Zij heeft in het toentertijd opgestelde verslag geen oordeel gegeven over de wilsbekwaamheid van patiënt. Het feit dat volgens de arts in het telefonisch contact met haar zij wel heeft gezegd dat zij - retrospectief bezien - patiënt wilsbekwaam achtte, doet daar volgens de commissie niet aan af. Zij heeft de patiënt kort voor het overlijden niet gezien of gesproken, waardoor zij geen actuele beoordeling kon geven van de wilsbekwaamheid van patiënt. Zij onderzocht de patiënt ruim een half jaar voor diens overlijden en ruim drie maanden voordat de arts bij de zaak betrokken raakte. Zij deed, zoals gezegd, in haar verslag geen uitspraak over de wilsbekwaamheid van patiënt in het kader van zijn euthanasieverzoek.

Deze omstandigheden maken dat de commissie van oordeel is dat de arts het telefonisch raadplegen van de eerder betrokken onafhankelijk psychiater - gelet op het tijdsverloop - niet had mogen beschouwen als voldoende voor de voorgeschreven consultatie van een onafhankelijk psychiater in het geval van een patiënt met een psychiatrische aandoening. In dit geval had de arts ook zelf nog een onafhankelijk psychiater moeten raadplegen.

De argumenten van de arts om af te zien van raadpleging van een onafhankelijk psychiater omdat deze volgens de arts moeilijk zijn te vinden en het gericht zoeken van een SCEN-arts tevens psychiater volgens hem niet wenselijk is, omdat zij zich anders onevenredig belast zouden voelen, zijn volgens de commissie niet overtuigend. De arts heeft volgens de commissie ten onrechte afgezien van een poging om een onafhankelijk psychiater te vinden en aangenomen dat er geen onafhankelijke psychiater te vinden zou zijn. De commissie acht het hoogst onwaarschijnlijk dat in de regio geen onafhankelijke psychiaters beschikbaar of bereid zouden zijn om een dergelijke consultatie te verrichten. De commissie is het ook niet eens met de opvatting van de arts dat het gericht zoeken

van een SCEN-arts die tevens psychiater onwenselijk is. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen kan de optie van een (SCEN)consulent die tevens psychiater is juist de voorkeur hebben, zoals ook staat aangegeven in de Code of Practice (bladzijde 26).

Zoals eerder reeds aangegeven komt de commissie tot het oordeel dat de arts in redelijkheid tot het (voorlopig) oordeel heeft kunnen komen dat was voldaan aan de zorgvuldigheidsvereisten van artikel 2, eerste lid, onder a., b., en d.

Alvorens over te gaan tot de levensbeëindiging, dient de arts dat oordeel ook te laten toetsen door een onafhankelijke psychiater. De arts was daarvan op de hoogte en schatte in dat de telefonisch consultatie van psychiater P3, die geen bijzondere expertise had op het gebied van de psychiatrische stoornis van patiënt (schizoïde persoonlijkheidsstoornis) en die de patiënt een half jaar voor diens overlijden voor het laatst had gezien, daarvoor afdoende was. De commissie is van oordeel dat, gelet hierop, de arts dat niet had mogen beschouwen als voldoende voor de voorgeschreven consultatie van een onafhankelijk psychiater in het geval van een patiënt met een psychiatrische aandoening. Daarnaast is de commissie van oordeel dat in dit geval de arts zich onvoldoende inspanningen heeft getroost om zich over deze zaak door een tot dan toe niet bij de zaak betrokken psychiater met specifieke deskundigheid te laten adviseren en om zijn aanvankelijke gedachten, die niet waren gebaseerd op eigen expertise, aan de opvatting van deze onafhankelijke psychiater te toetsen. Nu de arts dit willens en wetens achterwege heeft gelaten, heeft de arts naar het oordeel van de commissie zijn conclusie niet voldoende getoetst.

De commissie merkt in dit verband nog op dat het naar haar oordeel voor de hand zou hebben gelegen dat de geconsulteerde SCEN (huis)arts de arts erop had gewezen dat, gelet op de ook bij hem(= SCEN-huisarts) ontbrekende specifieke expertise, de inschakeling van een onafhankelijke psychiater geboden was.

Gelet op het bovenstaande komt de commissie tot het oordeel dat de arts – nu deze niet over de nodige deskundigheid beschikt en de geraadpleegde SCEN-arts geen psychiater is - niet met de behoedzaamheid te werk is gegaan die bij het verzoek om hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychiatrische aandoening verwacht mag worden. Hij had naast de reguliere consulent ook zelf nog een onafhankelijke psychiater moeten raadplegen. Hiermee heeft de arts niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseis van de consultatie (artikel 2 lid 1 onder e WTL).

De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

#### **4. BESLISSING**

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