

University of Groningen

Case note: (Regionale toetsingscommissies euthanasie Oordeel 2014-2)

Hubben, Joep

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2015

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hubben, J., (2015). *Case note: (Regionale toetsingscommissies euthanasie Oordeel 2014-2): GJ 2015/3, Nr. 56, Nr. 2015/3, 2 blz., (Gezondheidszorg Jurisprudentie; Vol. 2015-3, Nr. 56).*

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

1. Het gaat hier om twee zeer opmerkelijke casus – beide betreffen een vrouw in de leeftijd van 80 tot 90 jaar – waarin de hulp bij zelfdoding door een arts van de Levenseindekliniek als onzorgvuldig is aangemerkt. Opmerkelijk niet alleen vanwege de weinig aan duidelijkheid te wensen overlatende motivering van deze oordelen maar ook omdat beide beslissingen de kerncriteria betreffen van de Wet Toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). In het rapport over de Tweede evaluatie van de WTL (Den Haag, ZonMw, 2012) valt te lezen dat in de periode 2007 t/m 2011 de Regionale toetsingscommissies euthanasie 39 maal oordeelden dat een zorgvuldigheidseis niet is nageleefd. In vrijwel alle gevallen ging het om tekortkomingen in de consultatie (15) en de medische uitvoering (17). In een grote minderheid van de gevallen was de onzorgvuldigheid gelegen in de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek (2), in de beoordeling van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden (3) en in het oordeel over de vraag of er in redelijkheid een andere oplossing bestond (2). De opstellers van het evaluatierapport concluderen dan ook dat de als onzorgvuldig beoordeelde zaken in zeer overwegende mate niet de kerncriteria van de WTL betreffen.

2. Tegen de achtergrond van deze cijfers is het opmerkelijk dat in 2014 in korte tijd de Regionale toetsingscommissie twee maal tot het oordeel onzorgvuldig komt (door de Levenseindekliniek), op grond van schending van normen die wel behoren tot de kerncriteria van de WTL: de weloverwogenheid van het verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden (casus 2014/1) en de ondraaglijkheid van het lijden (casus 2014/2).

3. In casus 2014/1 gaat het evident om een patiënte met een lange psychiatrische voorgeschiedenis (vitale depressies, behandeling met elektroshocktherapie en antidepressiva en uitingen van suïcidaliteit). Omdat de huisarts niet wilde ingaan op de euthanasiewens is patiënte bij de Levenseindekliniek aangemeld (de beslissing maakt niet duidelijk door wie). De arts van deze kliniek heeft twee keer met patiënte gesproken, de eerste keer drie weken voor het overlijden en de tweede keer drie dagen later. Geen van beide keren heeft de arts met de vrouw alleen

gesproken; steeds waren kinderen van haar bij het gesprek aanwezig. De meest recente brief die de arts in het dossier aantroef over de psychiatrische voorgeschiedenis dateerde van acht (!) jaar tevoren. Niettemin had de arts *“...geen enkele twijfel over de vraag of patiënte uitbehandeld was en wilsbekwaam en in aanmerking kon komen voor honorering van haar euthanasieverzoek”* (sub e). De arts verklaarde tegenover de commissie dat hij niet inzag *“... waarom het nodig was bij een depressie een extra-consultant psychiater te raadplegen”* en dat hij niet bekend was met de *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (sub e).

4. Bij deze stand van zaken valt heel goed te begrijpen dat de commissie tot het oordeel komt dat de arts (met een opleiding tot huisarts) tekort is geschoten door niet zelf een psychiater te raadplegen om te verifiëren of er nog actuele behandelingsmogelijkheden waren en of het verzoek om levensbeëindiging van patiënte mogelijk ingegeven was door een vitale depressie. De commissie spreekt onomwonden van een *“onderschatting van eisen waaraan een adequate beoordeling van een verzoek om levensbeëindiging van een psychiatrische patiënt moet voldoen”* (sub 3). Daar komt volgens de commissie nog bij dat de arts de vrouw slechts twee keer heeft gesproken in een zeer kort tijdsbestek en dan ook nog in aanwezigheid van haar kinderen. De commissie oordeelt dat het ingeval van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een psychiatrische patiënt *“van groot belang”* is om naast de onafhankelijk consultant *“een of meer artsen, onder wie bij voorkeur een psychiater”* te raadplegen om de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid van het lijden te beoordelen. Aan de helderheid van het oordeel doet af dat de commissie hier volstaat met een voorkeur voor een psychiater terwijl uit de passages die sub 3 zijn aangehaald logisch voortvloeit dat in geval van een psychiatrische patiënt steeds een psychiater wordt ingeschakeld met name ter beoordeling van de wilsbekwaamheid.

5. Ook in casus 2014/2 gaat het over een arts die weinig last heeft van professionele zelftwijfel. Uit de beslissing blijkt dat de arts nauwelijks waarde hecht aan het oordeel van de door hem ingeschakelde consultant-arts. De volgende passage uit het verslag van de mondelinge toe-

lichting van de consulent aan de commissie is veelzeggend: *“Hij (lees: de arts, JH) vertelde tegen de consulent dat zij wel naar patiënte toe kon gaan, maar dat zij daar niets aan zou hebben. Volgens de consulent stond zijn besluit om euthanasie uit te voeren al vast”* (sub f). Ook de ondraaglijkheid van het lijden beoordeelt de arts op een nogal vooringenomen wijze: *“De arts vertelde de consulent dat hij het ook niet zou kunnen verdragen als hij zo in een verpleeghuis zou moeten zitten.”* Dat de consulent-arts terecht opmerkte dat dit *“niet relevant”* was voor het oordeel ondraaglijk lijden maakte klaarblijkelijk geen indruk.

6. In deze casus gaat het om een vrouw die na een recidiverend CVA werd opgenomen in een verpleeghuis. Genezing was niet mogelijk. In een twintig jaar eerder opgestelde verklaring had de vrouw aangegeven dat zij bij volledige afhankelijkheid en een blijvende opname in een verpleeghuis verzoekt om euthanasie toe te passen. De arts had een gesprek met patiënte in het verpleeghuis (de verpleeghuisartsen wilden niet meewerken aan het verzoek om euthanasie) en een tweede gesprek in het woonhuis van een van de kinderen *“waar zij met het oog op de euthanasie verbleef”*. Volgens de arts was er *“geen sprake van ondraaglijk lichamelijk lijden. Of er sprake was van geestelijk lijden kon hij niet achterhalen”*. Voldoende is voor de arts het feit dat de vrouw, niets meer kunnend, in een verpleeghuis moest verblijven en dat altijd als een schrikbeeld heeft ervaren. Pijn had zij niet, die was onderdrukt door medicatie. De toestand was volgens de arts *“deplorabel”* en *“zij kon niet meer blij aan het verpleeghuisleven deelnemen”*.

7. De consulent-arts verklaart tegenover de commissie dat *“zij met lood in de schoenen”* naar het verpleeghuis ging omdat zij beseftte dat hier *“de grenzen van de wet werden opgezocht”* (sub f). Desondanks volstaat zij met een gesprek van drie kwartier tot een uur dat nog voor het grootste deel wordt gevoerd in aanwezigheid van kinderen van patiënte. Volgens de consulente gaf patiënte verbaal en non-verbaal aan dat zij *“deze situatie niet wilde”* en de woorden *“gatverdamme”* en *“dit is niets zo”* vatte zij op als uitingen van lijden. De consulent spreekt niet met de behandelaren van patiënte en concludeert wel dat sprake is van ondraaglijk lijden.

8. De commissie stelt vast dat de ondraaglijkheid van het lijden door patiënte niet meer kon worden verwoord. Onder deze moeilijke omstandigheid zijn beide artsen lichtvaardig tot de conclusie gekomen dat die ondraaglijkheid gegeven was. De arts van de Levensindekliniek heeft volgens de commissie niet aannemelijk kunnen maken dat hij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van ondraaglijkheid. De consulent heeft de commissie evenmin kunnen overtuigen hoe zij, juist gezien de wisselende stemmingen van patiënte, met een enkel gesprek en zonder raadpleging van behandelaren toch kon concluderen tot ondraaglijk lijden. De kwalificatie onzorgvuldig verbaast dan ook in het geheel niet.

9. Een kanttekening past nog bij de wilsverklaring van de vrouw. Die verklaring was ten tijde van het verzoek 20 jaar oud en in de tussentijd niet schriftelijk herbevestigd. Dat is in de gegeven situatie extra problematisch omdat communicatie met de patiënte vrijwel onmogelijk was geworden. In lijn met de KNMG-richtlijn Arts en schriftelijke verklaringen zou het toch zeer de voorkeur verdienen indien een dergelijke verklaring periodiek – bijvoorbeeld om de vijf jaar – wordt geactualiseerd. Nu moest de commissie het doen met de mededeling van de huisarts dat de euthanasiewens ook na het opstellen van de verklaring *“met een zekere regelmaat”* onderwerp van gesprek is geweest. Het vermijden van onduidelijkheid over de status van een euthanasieverklaring is in het belang van arts, patiënt en samenleving. Wellicht kan het invoeren van een periodieke herbevestiging van een dergelijke verklaring (zoals ook aanbevolen in het rapport *Schriftelijk vastgelegde euthanasiewensen van wilsonbekwame patiënten*, A. van der Heide e.a., Den Haag, ZonMw, 2014) daaraan bijdragen. Voor het overige geven beide casus alle aanleiding om de werkwijze van de Levensindekliniek aan een kritische toets te onderwerpen.

J.H. Hubben
hoogleraar gezondheidsrecht Rijksuniversiteit
Groningen