

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam

Medisch Tuchtrecht

93/185

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 8 oktober 1993 binnengekomen klacht van:

klager, in zijn hoedanigheid van Geneeskundig Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, sedert 1 januari 1995 in zijn hoedanigheid van Inspecteur voor de Gezondheidszorg, als gemachtigde voor de Regionaal Inspecteur voor de Gezondheidszorg, tegen:

verweerder, psychiater.

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
 - het op 31 januari 1994 binnengekomen verweerschrift met bijlagen;
 - de repliek met bijlagen van 14 maart 1994;
 - de dupliek met bijlagen van 29 april 1994;
 - een aanvulling op de dupliek van 9 mei 1994;
 - een bij brief van klager van 21 september 1994 toegezonden verklaring van huisarts J. van 20 september 1994;
 - de bij brief van verweerders raadsman van 23 september 1994 toegezonden processen-verbaal van de terechtzitting van de Arrondissements- rechtbank te Assen van 7 april 1993 en de terechtzitting van het Gerechtshof te Leeuwarden van 16 september 1993;
 - een brief van de Regionaal Inspecteur voor de Gezondheidszorg voor Noord-Holland van 30 december 1994;
 - een brief van verweerders raadsman met bijlage van 9 januari 1995;
 - een brief van de Regionaal Inspecteur voor de Gezondheidszorg voor Noord-Holland van 12 januari 1995.
- De klacht is, tezamen met die tegen de huisarts Y. (93/186),

behandeld ter openbare terechtzitting van 26 september 1994, waar partijen in persoon zijn verschenen. Verweerder werd bijgestaan door mr. E.Ph.R. Sutorius, advocaat te Arnhem. Tevens waren ter zitting aanwezig prof. dr. A, als deskundige door het college opgeroepen, prof. dr. B., drs. C., dr. D. en drs. F., allen meegebracht door verweerder als getuige-deskundigen, alsmede drs. F., de heer G. en mevrouw H., door verweerder meegebrachte als getuigen.

De behandeling is voortgezet ter openbare terechtzitting van 17 januari 1995, waar partijen en mr. Sutorius wederom aanwezig waren alsmede in hun hiervoor vermelde hoedanigheid de door verweerder meegebrachte getuige-deskundigen en thans ook drs. I., als getuige-deskundige meegebracht door verweerder. Voorts was aanwezig huisarts J., als getuige-deskundige meegebracht door klager.

Op grond van de stukken en het verhandelde ter terechtzitting gaat het college van het volgende uit. De klacht betreft de door verweerder aan mevrouw X. (hierna: 'patiënte') verleende hulp bij zelfdoding.

Patiënte, geboren op 12 juli 1941, in leven laatstelijk maatschappelijk werkster, is op 22-jarige leeftijd gehuwd. Uit dit huwelijk werden twee zoons geboren, K. en L. Patiënte had een hechte band met hen, in het bijzonder met de oudste, K.

In 1978 verwees J., de huisarts van het echtpaar (hierna: 'de huisarts') de echtgenoot van patiënte naar de psychiater M. in verband met ernstige huwelijksproblematiek.

Op 15 juni 1986 heeft zoon K. op 20-jarige leeftijd in Duitsland, waar hij als dienstplichtig militair was gelegerd, zelfmoord gepleegd door zich door het hart te schieten. Bij brief van 27 september 1986 heeft de huisarts patiënte naar de psychiater E. verwezen. Zij bevond zich toen volgens deze brief in een

diepe exogene depressie. Patiënte is vervolgens van 3 tot 20 oktober 1986 op de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis te N.

opgenomen geweest wegens een depressie en suïcidaliteit. In die periode is zij onder behandeling geweest bij E., met wie zij na haar ontslag uit het ziekenhuis poliklinisch nog een vijftal psychotherapeutische gesprekken heeft gevoerd, voor het laatst op 27 februari 1987. Ook hadden patiënte en haar echtgenoot enkele echtpaargesprekken met een aan het ziekenhuis verbonden psycholoog.

Blijkens de op 19 mei 1992 door E. tegenover de politie afgelegde verklaring hadden deze gesprekken naar zijn oordeel geen resultaat, omdat patiënte niet toekwam aan verwerking van het verlies van K. Blijkens uitlatingen van patiënte tegenover haar zuster en een vriendin, leefde zij na het overlijden van K. nog slechts voor L. en wilde zij haar leven beëindigen, zodra hij haar niet meer nodig zou hebben. Kort nadat haar vader in december 1988 was overleden, verliet patiënte haar echtgenoot. In februari 1990 werd de echtscheiding uitgesproken. Patiënte woonde toen inmiddels met L. elders.

In november 1990 overkwam L. een verkeersongeval. Bij onderzoek naar aanleiding daarvan werd bij hem een longcarcinoom ontdekt, waaraan hij op 3 mei 1991 op 20-jarige leeftijd overleed. Op de avond van die dag deed patiënte een poging tot zelfdoding door 30 door haar gespaarde tabletten Melleril in te nemen, die haar in 1986 door E. bij haar ontslag uit het ziekenhuis waren voorgeschreven. De poging mislukte.

Patiënte kocht een familiegraf, waarin L. werd begraven, en liet K. op een zodanige wijze herbegraven, dat zij na haar dood tussen haar zoons in begraven zou kunnen worden.

Patiënte begon vervolgens opnieuw medicijnen te sparen - ditmaal

Anafranil - en besprak met haar zuster en een goede vriendin, mevrouw F. verschillende wijzen van zelfdoding. Zij gaf daarbij te kennen op humane wijze te willen sterven, zonder andere mensen daarmee te belasten. Haar vader was treinmachinist geweest. Zij was zich bewust hoe belastend een zelfdoding door middel van een sprong voor de trein voor een treinbestuurder zou zijn. Ook tegenover de huisarts gaf zij te kennen een einde aan haar leven te willen maken teneinde, in haar eigen bewoordingen, herenigd te kunnen worden met haar zoon. Via de heer en mevrouw H., die haar bij de uitvaart van L. hadden begeleid, kwam patiënte in juni 1991 in contact met de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (hierna: 'NVVE').

Op 11 juli had patiënte een gesprek met een psycholoog van de NVVE. Patiënte was daarbij vergezeld van mevrouw F. Tijdens dit gesprek gaf de psycholoog patiënte de naam en het adres van verweerder. Verweerder had in 1989 bij de NVVE kenbaar gemaakt zich ter beschikking te stellen voor advies en opvang.

Omstreeks 13 juli bezorgde patiënte bij de huisarts een brief, waarin zij hem verzocht haar behulpzaam te zijn bij zelfdoding. Deze liet haar kort daarop weten daartoe niet bereid te zijn. Bij brief van 16 juli zocht patiënte met verweerder contact en op 25 juli stelde deze haar voor op korte termijn een afspraak te maken voor één of twee gesprekken in zijn buitenhuis te O in België. Op 29 juli maakte patiënte telefonisch met verweerder een afspraak voor een gesprek op 2 augustus en een eventueel vervolggesprek op 3 augustus. Verweerder was toen doende zijn praktijk in P. te beëindigen en een praktijk op te bouwen in R., dat op ongeveer 10 km van O. ligt.

In een brief van 29 juli had patiënte verweerder verzocht haar behulpzaam te zijn bij zelfdoding en op 2 augustus voerde verweerder te O. twee gesprekken van anderhalf uur met haar. Zij verbleef toen in een hotel en was vergezeld van haar zuster en zwager. Daags daarna heeft verweerder een

gesprek van twee uur alleen met patiënte gevoerd en vervolgens nog een gesprek van anderhalf uur met haar en haar zuster en zwager. Verweerder heeft patiënte die dag gezegd mogelijkheden te zien voor klinische opname en behandeling met medicatie op de afdeling van E. Patiënte wees dat van de hand. Verweerder verzocht haar toch hierover na te denken en hem enkele dagen later haar beslissing te laten weten.

Verweerder bood voorts aan op korte termijn verdere gesprekken met haar te hebben, indien haar beslissing afwijzend zou zijn. Ook zegde verweerder toe, haar niet tegen haar wil te zullen laten opnemen, tenzij zij psychotisch zou worden.

Op 5 augustus had verweerder telefonisch contact met de huisarts, die hem mededeling deed van de inhoud van voormelde, door hem van patiënte ontvangen brief en die verweerder desverzocht toezegde hem kopieën van de zich in zijn dossier bevindende correspondentie over patiënte te zullen zenden.

Van 7 augustus af is patiënte voor een tweede reeks gesprekken bij verweerder teruggeweest. Zij verbleef toen in het gastenverblijf, dat zich op een tiental meters van het huis van verweerder te O. bevond en was daarbij vergezeld van het echtpaar H.

Verweerder had die dag twee gesprekken met patiënte, telkens van anderhalf uur, op 9 augustus een gesprek van tweeëneenhalf uur, op 10 augustus een gesprek van tweeëneenhalf uur en op 11 augustus een gesprek van twee uur. Tussen deze gesprekken door gebruikten patiënte en de heer en mevrouw H. in het gastenverblijf gezamenlijk de maaltijden en dronken zij samen koffie en thee. Een aantal keren was verweerder daarbij aanwezig.

Aan het eind van deze gespreksronde uitte patiënte nog steeds de wens haar leven te beëindigen. Verweerder heeft haar daarop verzocht enkele collega's te mogen consulteren, waarmee patiënte instemde. Voorts heeft hij haar gevraagd overleg te mogen plegen met de huisarts en de psychiater E. Patiënte wilde dat niet, maar wel stemde zij ermee in

dat verweerder hun om informatie vroeg.

Vervolgens heeft verweerder over zijn voorlopig gestelde diagnose de huisarts drs. I., vertrouwensarts van de NVVE, de psychiater dr. D., die gepubliceerd had over door hem verleende hulp bij zelfdoding, en de zenuwarts prof. dr. B., emeritus hoogleraar psychotherapie, geraadpleegd, waarbij hij hun inzage heeft gegeven in de door hem van de contacten met patiënte gemaakte verslagen en zijn diagnostische overwegingen. Deze waren toen volgens DSM-III-R (Diagnostical Statistic Manual), het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association, als volgt:

'AS I: 296.23: een depressie in engere zin, eenmalige episode, ernstig, zonder psychotische kenmerken, in het kader van een gecompliceerd rouwproces; en V: 15.81: ... het niet meewerken aan een medische behandeling, terwijl dit kennelijk niet het gevolg is van een psychische stoornis (bijvoorbeeld) op grond van beslissingen die gebaseerd zijn op een persoonlijk waardeoordeel omtrent de voor- en nadelen van een voorgestelde behandeling; AS II: V 71.09: geen draagvlak op AS II; AS III: geen AS IV: psychosociale stressfactoren (in chronologische volgorde):

- a) suïcide eerste zoon
- b) echtscheiding bij psychische mishandeling, met juridisch proces tot in hoger beroep
- c) overlijden tweede zoon aan kiemceltumor en cytostatica.

Ernst van de drie stressoren:

- a) 6 - catastrofaal (acute gebeurtenis)
- b) 5 - ernstig (duurzame omstandigheden)
- c) 6 - catastrofaal (sub-acute gebeurtenis).

AS V: Huidig niveau van functioneren (min. 1 tot max. 90): 10.

Hoogste niveau van functioneren in het afgelopen jaar: 60.'

Op 12 augustus heeft verweerder een ongeveer een uur durend telefoongesprek gevoerd met I. en op 14 augustus een twee uur durend gesprek met D. Op die laatste dag heeft verweerder voorts een anderhalf uur durend gesprek

gevoerd met B. Zij allen onderschreven de door verweerder gestelde diagnose, in het bijzonder ook de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden van patiënte.

Op 14 augustus zond de huisarts de zich in zijn dossier bevindende correspondentie van en over patiënte aan verweerder.

Bij brief van 15 augustus verzocht verweerder de Geneeskundig Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid voor Noord-Holland hem te informeren omtrent de bij het verlenen van hulp bij zelfdoding te volgen procedure en bij brief van 19 augustus consulteerde hij de zenuwarts dr. Q, lid van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG (hierna: 'CAL-Commissie') over de door hem gestelde diagnose, onder toezending van zijn verslaglegging van zijn gesprekken met patiënte. In een brief van 20 augustus zette patiënte verweerder gemotiveerd uiteen, waarom zij een behandeling in de vorm van therapeutische gesprekken en een behandeling met medicatie afwees. Zij schreef onder meer:

'Anti-depressiva zal het lichter maken maar wat lost het op. Therapie bij of door een opname ergens. Ik moet anders worden het beter kunnen verdragen. Waarom waarvoor. Ik ben gelukkig geweest ik heb alles gehad waar ik nu niet zonder kan. Ik heb alles verloren en zal het nooit meer terugkrijgen. Het is voor mij goed als ik nu ook mag sterven. Ik wil geen ander mens worden dan ik ben geweest toen ik moeder was en gelukkig.'

Op 21 augustus nam verweerder telefonisch contact op met E. en vroeg hij hem, zonder hem te informeren omtrent het door patiënte gedane verzoek, naar de inhoud van de contacten die hij met patiënte had gehad. Ook vroeg hij hem welke destijds zijn diagnose volgens DSM-III-R was. E. heeft verweerder toen gezegd dat een diagnose volgens deze systematiek in het dossier ontbrak, maar dat destijds bij patiënte een ontrederingstoestand bestond in het kader van een aanpassingsstoornis met een depressieve stemming, zonder

duidelijke vitaal-depressieve kenmerken en zonder duidelijke aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis.

Bij brief van 21 augustus schreef de Geneeskundig Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid voor Noord-Holland aan verweerder dat hij niet in staat was hem algemene richtlijnen voor de bij hulp bij zelfdoding te volgen procedure te geven, omdat deze niet bestonden.

Van 23 augustus af heeft verweerder een derde reeks gesprekken met patiënte gevoerd te O. waar zij, vergezeld van de heer en mevrouw H., wederom in het gastenverblijf bij het huis van verweerder verbleef.

Op 23 augustus voerde hij een gesprek met patiënte van anderhalf uur, op 24 augustus twee gesprekken van onbekende duur en op 25 augustus weer een gesprek van anderhalf uur. Tijdens deze gesprekken heeft verweerder patiënte rouwtherapie aangeboden, maar zij wees dat van de hand. Tijdens het laatste gesprek verzocht verweerder patiënte haar brief van 20 augustus nogmaals te ondertekenen, ditmaal in aanwezigheid van twee getuigen. Hierop heeft patiënte dat gedaan in bijzijn van de heer en mevrouw H. Diezelfde dag heeft verweerder de huisarts verzocht bij patiënte de lever-, nier- en schildklierfunctie te laten controleren, alsmede een glucosetolerantietest en een BSE te laten doen.

Na deze gesprekken ontving verweerder een reactie van Q, die bij brief van 24 augustus onder meer schreef:

'Zo kort na het verlies van een zoon - mede gezien tegen de achtergrond van de suïcide van de andere zoon - is er sprake van een reactieve depressie, waarbij betrokkene verkeert in een fase van rouwverwerking. Wanneer betrokkene zich tot een arts wendt, kan diens reactie dan ook slechts zijn: behandeling van de depressie, of op zijn minst begeleiding van het proces van rouwverwerking. Weigert betrokkene deze behandeling - wat haar goed recht is - dan kan de arts niet stellen dat alles is gedaan om de depressie te behandelen en is het ingaan op een verzoek op zelfdoding

laakbaar. Betrokkene kan de medewerking van een arts slechts verkrijgen, wanneer zij toestemt in behandeling. Alleen wanneer de arts is uitbehandeld kan hij stellen dat alle medische middelen zijn uitgeput en heeft hij aan de voorgeschreven zorgvuldigheidseisen voldaan. In het onderhavige geval verkeert betrokkene in de rouwfase en is begeleiding, en zo nodig behandeling van de depressie aangewezen. Het dwingende karakter van haar verzoek (...) maant tot extra voorzichtigheid.'

Naar aanleiding van dit advies heeft verweerder zijn verslaglegging aangevuld en aan D., B., en I. gezonden. Ook heeft hij nog drie andere consultants geraadpleegd: de psycholoog drs. C., directeur van het Instituut voor Psychotrauma te Utrecht, prof. dr. S., hoogleraar psychiatrie en voorzitter van de CAL-commissie, en dr. T., emeritus hoogleraar ethiek.

Op 30 augustus sprak verweerder weer met patiënte, ditmaal te P., en daarna ook nog met patiënte, haar zuster en haar zwager gezamenlijk. Tijdens deze gesprekken wees patiënte opnieuw elke vorm van therapeutische hulp, waaronder een rouwverwerkingstherapie bij verweerder zelf, van de hand. Voorts overhandigde zij hem een brief, gedateerd 26 augustus 1991, waarin zij gemotiveerd uiteen gezet had, waarom zij niet bereid was deel te nemen aan een gesprek met verweerder en haar ex-echtgenoot en waarom zij geen contact met E. wilde. Ook schreef patiënte in die brief dat zij verweerder geen toestemming verleende haar bedrijfsarts te informeren omtrent haar wens tot zelfdoding.

Op 4 september heeft verweerder een tweede gesprek met D. gevoerd en ook een gesprek met C., die van mening was dat een rouwtherapie van patiënte, gelet op haar traumatische ervaringen en haar weigering zich te laten behandelen, vrijwel kansloos was. Diezelfde dag gaf S. telefonisch zijn reactie. Hij wees hulp bij zelfdoding bij patiënte af, omdat zijns inziens van uitzichtloosheid eerst sprake zou zijn, wanneer zij tevergeefs zou zijn behandeld. De weigering van

patiënte zich te laten behandelen deed daaraan zijns inziens niet af. Op 7 september heeft verweerder wederom met patiënte gesproken, ditmaal in aanwezigheid van mevrouw F. Tijdens dat gesprek zegde verweerder patiënte toe haar behulpzaam te zullen zijn bij haar zelfdoding. Vervolgens heeft hij met haar de uitvoering gedetailleerd besproken. Desgevraagd heeft verweerder haar toen gezegd dat het nog diezelfde maand zou plaatsvinden, maar dat de datum afhankelijk zou zijn van de voltooiing van zijn verslaglegging en de ontvangst van de schriftelijke reacties van de consulenten. Verweerder vroeg patiënte voorts, zijn verslagen van alle met haar tot en met 25 augustus 1991 gevoerde gesprekken aandachtig te lezen en deze zo nodig van commentaar te voorzien. Vervolgens heeft verweerder zich aan de hand van het Technisch Rapport over Euthanatica 1987 van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie beraden over de door hem aan patiënte te verstrekken middelen. Omstreeks 9 september heeft verweerder een beviende huisarts, U., na hem de verslagen van zijn contacten met patiënte en zijn diagnostische overwegingen te hebben toegezonden, om zijn mening gevraagd over zijn beslissing om patiënte hulp te bieden bij haar zelfdoding. In de eerste helft van de maand ontving verweerder de schriftelijke reacties van B., S., D., C en I. De schriftelijke reactie van T. bereikte verweerder eerst na het overlijden van patiënte. B. was van mening dat op grond van verweerdens bevindingen geen diagnose in aanmerking kwam, die een zinvolle vorm van therapie impliceerde. Hij schreef onder meer in zijn brief van 2 september: 'Uit Uw status blijkt, dat patiënte op deze wereld niets meer te zoeken meent te hebben. Dat wil zeggen, dat patiënte in letterlijke zin dodelijk eenzaam is, en dat op zich zelf is een vreselijk lijden. Het enige nu wat U voor haar kunt doen is deze eenzaamheid, niet op te heffen, maar iets minder absoluut te maken door hem te begrijpen. En de enige manier

waarop U haar er van kunt overtuigen, dat U begrijpt hoe erg het is, is door haar wens naar de dood te vervullen. Al het andere zouden voor haar lege woorden zijn - uitgaande van de vrouw, die U in Uw aantekeningen beschrijft.' S. kon zich op grond van verweerdens rapportage met diens diagnose 'ernstige depressie zonder psychotische kenmerken in het kader van een gecompliceerd rouwproces' verenigen en schreef onder meer op 3 september: 'Ik kan begrip opbrengen voor uw conclusie die tendeert naar het verlenen van hulp bij zelfdoding aan de betreffende patiënte. Desalniettemin acht ik dergelijke hulp op basis van de actuele medisch-ethische zienswijze niet te rechtvaardigen. Van ongeneeslijkheid kan in dit stadium van het ziekte- c.q. rouwproces niet worden gesproken. Het verdriet om al wat verloren ging is ongetwijfeld nauwelijks in ernst en omvang te overschatten. Dientengevolge is het lijden van patiënte thans wellicht als ondraaglijk te beschouwen. Van uitzichtloosheid evenwel kan pas worden gesproken wanneer het bestaande psychiatrische ziektebeeld naar huidig medisch inzicht adequaat doch tevergeefs is behandeld. De weigering van patiënte zich te laten behandelen doet aan de laatstgenoemde voorwaarde niet af. Mijn conclusie moet dan ook luiden dat ik geen ruimte zie voor enig, op levensbeëindiging gericht, medisch handelen.' D. was van mening dat ondanks de door verweerder gestelde diagnose - depressie in engere zin - niet geconcludeerd kon worden dat haar doodswens voortkwam uit een ziekelijke en daardoor mogelijk behandelbare aandoening en kon zich verenigen met verweerdens conclusie dat geen aanwijzingen bestonden voor een persoonlijkheidsstoornis. Hij schreef onder meer op 4 september: 'Er is sprake van een al jarenlang bestaand doodsverlangen, bij een zwaar getraumatiseerde vrouw, die volledig compos mentis en zonder oordeel- en kritiekstoornissen, haar lijden wil beëindigen, op niet gewelddadige wijze. Zij heeft, ook blijkens haar schriftelijke

verklaringen in alle vrijheid daarom zeer nadrukkelijk en weloverwogen hulp daarbij verzocht.

Collega C. heeft zijnerzijds de verschillende behandelingsmethoden overwogen en uitgebreid met mij en ook met betrokkene gesproken en haar deze tevergeefs aangeboden.' C. schreef op 6 september onder meer:

'Van een succesvolle verwerking kan men spreken als er geen symptomen of heftige emotionele reacties meer zijn verbonden met de ingrijpende gebeurtenissen. Met andere woorden:

- als de gebeurtenissen zijn geïntegreerd, zijn opgenomen in het levensverhaal.

- niet meer het middelpunt vormen van alle gedachten en bezigheden. -van het centrum van de aandacht naar de periferie daarvan zijn gegaan.

- en vooral ook als de betrokkene zich openstelt voor het aangaan van nieuwe object relaties (sociale- en persoonlijke contacten en relaties).

De kans dat uw patiënte een dergelijk situatie zal kunnen bereiken acht ik, na lezing van het onderzoeksrapport, klein.

Deze overwegingen zijn academisch omdat uw patiënte geen verwerkingshulp wil en zich ook niet daartoe laat motiveren. Als ze wel een therapie zou willen schat ik de succeskans daarvan laag op grond van de volgende overwegingen:

1. Het gaat hier om herhaalde traumatisering van zeer ernstige aard. Het (plotseling) verlies van een eigen kind geldt als de meest heftige stressor in een mensenleven.

2. Het interval sinds het eerste trauma - dit is 5 jaar geleden. Hoe sneller na een gebeurtenis de verwerkingshulpverlening kan worden gestart, hoe groter de kans op succes.

3. Het feit dat ze alleen woont en er geen intieme partner-relatie is. Een dergelijke relatie biedt doorgaans een steunend kader. Ontbreken daarvan vermindert de kans op succes.

Het meest waarschijnlijke verloop is dan een zeer pijnlijke en langdurige psychotherapie resulterend in slechts een gedeeltelijke

verbetering. Waarschijnlijk is dat ze dan tot in lengte van jaren heftige smart en gevoelspijn zal moeten lijden - samenhangend met het verlies van haar twee zonen, die de kern en de zin van haar bestaan zijn geweest.

Zonder psychotherapie is in de huidige situatie geen verandering te verwachten.'

I. schreef op 9 september:

'Het kernpunt voor vandaag is haar weloverwogen weigering van enige vorm van rouwtherapie en de vraag of dat verenigbaar is met het verlenen van stervenshulp.

Zonder meer staat vast dat het juridisch en ethisch onjuist zou zijn dwang of drang op haar uit te oefenen (Leenen, Dupuis). Ook na haar weigering heeft zij recht op jouw optimale hulp en zorg. Het getuigt m.i. dan ook van onbegrip wanneer anderen haar beschuldigen van chantage of drammerigheid. Te meer geldt dit nu jij, als deskundige de kans op effect van therapie gering en incompleet beoordeelt.

In de jurisprudentie is als voorwaarde gesteld dat 'er geen redelijke andere oplossing moet zijn om verbetering in de situatie te brengen (o.a. rechtbank Rotterdam 1981). Het toepassen van therapie onder dwang of drang mag m.i. niet tot de redelijke oplossingen gerekend worden. Daarmee is zij dus inderdaad uitbehandeld.'

Op 20 september heeft verweerder patiënte gezegd dat hij haar de verlangde hulp op 27 september zou verlenen. Bij dit gesprek was mevrouw F. aanwezig. Met beiden heeft hij een gedetailleerd tijdschema voor de gebeurtenissen van die dag besproken. Ook heeft patiënte verweerder een brief overhandigd, waarin zij te kennen gaf dat de door verweerder van hun gesprekken gemaakte verslagen juist waren en dat zij bleef bij haar wens om te sterven. Sindsdien heeft verweerder vrijwel dagelijks telefonisch contact met patiënte gehad.

Op 26 september heeft verweerder wegens een suïcidepoging van iemand in zijn naaste omgeving, na raadpleging van I. en D., patiënte meegedeeld dat het afgesproken tijdstip 24 uur zou worden verdaagd. Diezelfde dag vond verweerder U. bereid hem te

begeleiden bij de door hem te verlenen hulp, teneinde bij onvoorziene complicaties te kunnen assisteren.

Op 28 september zijn verweerder en U. gezamenlijk naar patiënte gereisd. Die dag heeft verweerder in aanwezigheid van U. en mevrouw F., nadat hij patiënte had gevraagd of zij alsnog wilde terugkomen op haar besluit zichzelf het leven te benemen en haar antwoord ontkenkend was geweest, haar de middelen overhandigd, die zij vervolgens heeft ingenomen. Ongeveer een half uur later is patiënte overleden. Hierna heeft verweerder de gemeentelijk lijkschouwer opgebeld, die kort daarna is gekomen. Verweerder heeft haar zijn dossier betreffende patiënte overhandigd.

Tegen verweerder is een strafrechtelijke vervolging ingesteld wegens hulp bij zelfdoding. Bij vonnis van 21 april 1993 heeft de Arrondissementsrechtbank te Assen verweerder ontslagen van rechtsvervolging, omdat hij zich naar haar oordeel met recht op het bestaan van een noodtoestand had beroepen.

Bij arrest van 30 september 1993 heeft het Gerechtshof te Leeuwarden verweerder in hoger beroep eveneens van rechtsvervolging ontslagen wegens een door het Hof aanwezig geachte noodtoestand.

Bij arrest van 21 juni 1994 heeft de Hoge Raad het arrest van het hof vernietigd en de door verweerder verleende hulp bij zelfdoding alsnog strafbaar en verweerder deswege strafbaar verklaard, met bepaling dat aan hem geen straf of maatregel wordt opgelegd. Daartoe heeft de Hoge Raad onder meer overwogen:

'Een beroep op noodtoestand is dan ook niet zonder meer uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in de stervensfase verkeert.'

en
'In een geval als het onderhavige (...) behoort de rechter aan zijn onderzoek naar de gegrondheid van het beroep op noodtoestand, gelet op de uitzonderlijk grote behoedzaamheid waarmee hij zijn

oordeel te dien aanzien dient te vormen, ook ten grondslag te leggen het oordeel van een onafhankelijke deskundige (...) die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht. In verband met 's rechters oordeelsvorming ten aanzien van de vraag of aanvaarding van noodtoestand strookt met maatstaven van proportionaliteit en subsidiariteit, behoort een mede op eigen onderzoek van de patiënt steunend oordeel van een onafhankelijke collega van de verdachte arts zich uit te strekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot andere mogelijkheden voor hulpverlening. Bij de beoordeling of er sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is immers van belang dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Verder zal deze deskundige in zijn onderzoek moeten betrekken de beantwoording van de vraag, of er bij de patiënt sprake is van een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming zonder dat diens besluisvaardigheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening.'

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder ernstig tekort is geschoten in de door hem aan patiënte verleende zorg door haar niet, in plaats van de door haar verlangde hulp bij zelfdoding, adequate psychiatrische en/of psychotherapeutische hulp te verlenen, althans haar daarvoor niet naar een collega te verwijzen toen patiënte iedere vorm van behandeling bleef afwijzen. Klager heeft de klacht aldus toegelicht, dat naar zijn mening van een grondige psychiatrische of psychotherapeutische behandeling geen sprake is geweest. Verweerder heeft onvoldoende getracht patiënte duidelijk te maken, welke behandelingsmogelijkheden voor haar bestonden en dat er een reële kans bestond dat daarvan positief resultaat te verwachten was. Indien

patiënte al bedreigd zou hebben zichzelf ingeval van onthouden van de gevraagde hulp met eigen middelen, dan had verweerder haar zo nodig gedwongen moeten laten opnemen. Verweerder heeft niet voorkomen dat de relatie tussen hem en patiënte van meet af aan gericht is geweest op zijn hulp bij haar zelfdoding. Patiënte ging er kennelijk van uit dat zij die hulp van verweerder kon verwachten, nu hij zich als psychiater bij de NVVE had aangemeld.

De weigering van patiënte enige vorm van behandeling te ondergaan kwam kennelijk voort uit een depressieve stoornis in het kader van een rouwproces. Patiënte komt uit het dossier naar voren als een vrouw die een neurotiserende jeugd doormaakte. Haar mede daardoor gevormde persoonlijkheid maakte haar weinig toegankelijk voor psychotherapie. Het meest recente trauma voor patiënte had zich relatief kort voor het contact tussen haar en verweerder tot stand kwam voorgedaan. Verweerder kende patiënte niet, althans slechts kort. Patiënte had een dwingend karakter, terwijl haar schuldgevoel als moeder jegens haar zoons mogelijk zou toenemen wanneer haar wens, met hen herenigd te worden, niet gerealiseerd werd. Patiënte had bovendien in het verleden geen, althans weinig positieve ervaring met psychiatrische en psychotherapeutische behandeling opgedaan.

De duurzaamheid van het lijden van patiënte stond niet bij voorbaat vast. Dat patiënte haar lijden na het overlijden van ook haar tweede zoon als uitzichtloos en ondraaglijk ervoer, is een te verwachten reactie op een zo ernstig trauma. Tussen het overlijden van haar tweede zoon en de zelfdoding van patiënte zijn nog geen vijf maanden verstreken. Niet alleen zou een intensieve begeleiding van patiënte aangewezen zijn geweest, ook het verloop van de tijd, dat bij rouwprocessen een helend effect pleegt te hebben, heeft daartoe geen gelegenheid gekregen. Bij patiënte kon niet zonder meer van een vrije wil worden gesproken, nu haar wil mede

beïnvloed werd door de traumatische gebeurtenissen in haar leven en de hulp die zij naar aanleiding daarvan heeft gekregen. In zoverre kan dan ook niet worden gezegd dat patiëntes weigering zich te laten behandelen weloverwogen was.

Het is ongewoon dat een psychiater een patiënt in zijn buitenverblijf ontvangt en daar laat overnachten. Deze uitzonderlijke handelwijze heeft patiënte gesterkt in haar verwachting dat zij de door haar verlangde hulp uiteindelijk van verweerder zou krijgen.

Verweerder had voorts in geen geval mogen besluiten de door patiënte gevraagde hulp te verlenen, alvorens zij door een andere deskundige was gezien. Verweerder heeft zeven consultants geraadpleegd, onder wie vier psychiaters. Twee van die psychiaters hebben hem gemotiveerd ontraden patiënte de hulp bij zelfdoding te verlenen. Onder deze omstandigheden had verweerder daarvan moeten afzien. Aldus klager.

Verweerder heeft het volgende aangevoerd:

Patiënte heeft hem niet geconsulteerd voor medische hulp en raad, maar met een verzoek om hulp bij zelfdoding. Niettemin heeft hij sedert het begin van zijn contacten met patiënte, met inachtneming van de door de psychiaters B. en D. gedane suggesties, getracht bij haar ingangen te vinden voor een psychiatrische en psychotherapeutische behandeling. Tevens heeft hij bij patiënte bepleit dat zij zich voor intensieve hulp zou laten opnemen, hetzij in het psychiatrisch ziekenhuis, waaraan E. is verbonden, hetzij in een ander centrum. Ook heeft hij een behandeling met anti-depressiva voorgesteld. Patiënte wees dit alles echter categorisch van de hand. Verweerder heeft gedaan wat hij kon om patiënte tot een behandeling te motiveren, evenwel zonder resultaat. Voor een gedwongen opname bestond, hoewel hij dat wel heeft overwogen, geen grond. Patiënte was wilsbekwaam. Bij haar was geen sprake van psychiatrische pathologie in de strikte zin van het woord. Haar weigering om

behandeling te ondergaan was weloverwogen en stond niet in de weg aan een inwilliging van haar verzoek, omdat er geen reëel behandelingsperspectief was. Behandeling met anti-depressiva zou zinloos zijn geweest. Het zou niets veranderd hebben aan de leegte in haar leven. Evenmin zou een rouwtherapie kans van slagen hebben gehad, gelet op het perspectief voor patiënte: een vreugdeloos leven. Haar besluit kwam derhalve niet voort uit een door ziekte beïnvloede wil, maar was aan te merken als een existentiële keuze.

Dat verweerder patiënte in zijn gastenverblijf heeft laten overnachten kwam voort uit de omstandigheid dat zij, gelet op de ernstige meervoudige psychotraumata, intensieve opvang behoefde. Verweerder heeft haar die geboden met frequente en langdurige gesprekken. Dat vergde veel tijd, waarover verweerder beschikte doordat hij doende was zijn praktijk in P. te staken om in R. een praktijk te beginnen. Het verblijf van patiënte in zijn gastenverblijf en zijn contact met patiënte tijdens dat verblijf waren vergelijkbaar met die in een therapeutische leefgemeenschap, waarmee verweerder ervaring had opgedaan in een Academisch Ziekenhuis. Iedere omgang tussen behandelaars en patiënten heeft in een dergelijke situatie diagnostische en potentieel therapeutische aspecten. Bedoeld verblijf bood verweerder de mogelijkheden voor diagnostische observatie en/of therapeutische interventies en hij heeft zich wat de procedurele aspecten betreft bij zijn beslissing op het verzoek van patiënte georiënteerd op de in Medisch Contact van 2 november 1990 gepubliceerde Richtlijnen meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding en de in Medisch Contact van 11 januari 1991 gepubliceerde meldingsprocedure euthanasie. Dat heeft hem ertoe gebracht in totaal zeven deskundigen te raadplegen. Dat deze het niet noodzakelijk vonden patiënte zelf te zien, kan verweerder niet worden aangerekend. Hij kende de eerst nadien bij arrest van de Hoge Raad van 21 juni 1994 op dit punt

geformuleerde vereisten uiteraard nog niet. Datzelfde geldt voor de door de CAL-commissie in haar Discussienota Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten gestelde regel dat het in het algemeen weliswaar de verantwoordelijkheid van de geconsulteerde arts is te bepalen of contact van hem met de patiënt nodig is, maar dat een instemmende conclusie van de geconsulteerde psychiater steeds gebaseerd moet zijn op eigen onderzoek van de desbetreffende patiënt. Voor het overige heeft verweerder, zo stelt hij, voldaan aan de eisen van voormelde nota. Dat het oordeel van de door hem geconsulteerde deskundigen niet eensluidend was, betekent niet dat hij er niet voor mocht kiezen de door patiënte verlangde hulp te bieden. Hij had geen andere keuze. De doodswens van patiënte bestond sinds de dood van haar zoon K. en was derhalve duurzaam. Die duurzaamheid is door geen van de deskundigen in twijfel getrokken. Vier van de deskundigen waren voorts van oordeel dat niet te verwachten viel dat de tijd bij patiënte een helende werking zou hebben. Er bestonden bij haar, naar door de consulente is bevestigd, geen aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis. Patiënte was niet wilsonbekwaam en zij kon vrijelijk en met voldoende inzicht tot het verzoek om zelfdoding besluiten. Zij heeft voorts weloverwogen geweigerd zich te laten behandelen. Er was weliswaar sprake van een depressieve stoornis, maar in de specifieke omstandigheden van dit geval gold deze depressie, zoals door geen der consulente is bestreden, als een reactie op een onherstelbaar rampzalige situatie. Dat na de suïcide van een kind bij de ouders schuldgevoel aanwezig is, is normaal. Er waren geen aanwijzingen dat het schuldgevoel bij patiënte een pathologisch karakter droeg. Het helende effect van rouwtherapie zou bij deze patiënte jarenlang op zich laten wachten, als de kans daarop al aanwezig was. Haar lijden was derhalve voor haar zowel ondraaglijk als uitzichtloos. Dat patiënte niet was te overtuigen van de zin van een behandeling, kan

verweerder niet worden verweten.

Omtrent de klacht overweegt het college als volgt:

Het college stelt voorop dat niet uitgesloten is dat zich omstandigheden kunnen voordoen, waaronder het verlenen van hulp bij zelfdoding aan een patiënt, die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, in overeenstemming is met de maatstaven van de medische beroepsuitoefening, ook indien dat lijden geen somatische oorzaak heeft en de patiënt niet in de stervensfase verkeert. In dit geval, waar verweerder een ernstige depressie in het kader van een gecompliceerd rouwproces heeft gediagnostiseerd, hetgeen wil zeggen een stoornis in het gevoelsleven, in de stemming met de daarbij behorende negatieve opvattingen van de patiënt over zichzelf, zijn omgeving en de toekomst, is echter onvoldoende vastgesteld of er bij patiënte sprake was van onbehandelbaar en voor de patiënte uitzichtloos ondraaglijk lijden.

Verweerder is na uitvoerige en intensieve gesprekken met patiënte, op grond van een daarbij geconstateerd invoelbaar lijden en na consultatie van een groot aantal deskundigen, tot de conclusie gekomen dat haar doodswens niet het gevolg was van een behandelbare stoornis. Echter, de afwijzing van behandeling is typerend voor een depressieve stoornis, gezien het daarvoor kenmerkende gebrek aan perspectief en verlies van vertrouwen dat herstel mogelijk is. De persisterende doodswens van patiënte kon grotendeels verklaard worden uit de depressieve stoornis en had derhalve niet mogen worden beschouwd als voortkomend uit een autonome beslissing van patiënte. Verweerder had de mogelijkheid dat haar doodswens wel het gevolg was van een behandelbare stoornis niet zonder daadwerkelijke psychiatrische behandeling mogen uitsluiten.

Zoals verweerder terecht stelt, was haar lijden invoelbaar en had een behandeling het grote verlies van patiënte niet kunnen wegnemen, maar dat sluit, anders dan hetgeen waar verweerder van is uitgegaan,

niet uit dat zij na een behandeling met anti-depressiva anders zou hebben aangekeken tegen haar toekomst en wellicht toegankelijker zou zijn geworden voor verdere op rouwverwerking gerichte behandeling.

Van een protocollaire behandeling van een depressieve stoornis met verschillende anti-depressiva, opeenvolgend in korte periodes, kan voorts niet worden gezegd dat deze zodanig belastend voor patiënte zou zijn geweest dat het, met het oog op het daarvan in een aanzienlijk aantal gevallen optredende gunstige resultaat, onredelijk zou zijn geweest haar daaraan te onderwerpen.

Naar het oordeel van het college is het verwijtbaar dat verweerder onder deze omstandigheden zijn beslissing omtrent het al of niet bieden van de verlangde hulp niet heeft laten afhangen van het resultaat van een eerst door patiënte bij hem of bij een ander te ondergane psychiatrische behandeling.

Verweerder heeft weliswaar getracht bij patiënte voor enige vorm van psychiatrische behandeling ingang te vinden, maar tot een behandeling althans proefbehandeling is het daarbij niet gekomen en verweerder heeft daartoe onvoldoende aandrang uitgeoefend. De weigering van patiënte zich te laten behandelen had voor verweerder reden moeten zijn vooralsnog te weigeren haar de door haar verlangde hulp bij zelfdoding te bieden. Daarvoor bestond te meer aanleiding, omdat twee van de vier geraadpleegde psychiaters hem hadden ontraden op het verzoek van patiënte in te gaan. Dat, zoals verweerder stelt, patiënte in dat geval het contact met hem wellicht zou hebben verbroken en zelfs op korte termijn op 'harde' wijze een eind aan haar leven zou hebben gemaakt, is niet voldoende voor een andersluidend oordeel. Verweerder had patiënte met meer gezag duidelijk moeten maken dat het weigeren om mee te gaan met haar wens tot zelfdoding niet gelijk stond met haar 'in de steek laten'. Dat verweerder zijn beslissing op het verzoek van patiënte niet afhankelijk heeft gemaakt van althans enige behandeling met

anti-depressiva, acht het college des te meer onjuist, omdat tussen het overlijden van de tweede zoon van patiënte en haar eerste contacten met verweerder niet meer dan drie maanden waren verstreken, waarna tussen deze eerste contacten en het overlijden van patiënte nog geen twee maanden verlopen zijn. Naar het oordeel van het college heeft verweerder door zijn handelen patiënte tevens de kans ontnomen dat het verloop van tijd een zekere mate van heling van haar lijden zou meebrengen, een gevolg dat bij rouwverwerking niet als slechts denkbeeldig kan worden aangemerkt. Voorts acht het college het onjuist dat verweerder bij zijn beslissing in te gaan op het verlangen van patiënte heeft volstaan met raadpleging van deskundigen die patiënte niet zelf hebben gezien. Anders dan verweerder meent, gaat het hier niet om een verantwoordelijkheid van de geconsulteerde deskundigen, maar om een verantwoordelijkheid van de arts, die deze consultaties mede ten grondslag legt aan zijn beslissing om hulp bij zelfdoding te bieden. Daargelaten dat niet is gesteld of gebleken dat patiënte er bezwaar tegen zou hebben gehad om te worden onderzocht door een of meer van de door verweerder geraadpleegde deskundigen, zou een dergelijk onderzoek in het licht van wat zij verweerder vroeg niet onredelijk bezwarend voor haar zijn geweest. Het zou ook, naar mag worden aangenomen, gelet op de zeer uitvoerige verslaglegging door verweerder, voor de consultants niet nodig zijn geweest het door verweerder uitgevoerde onderzoek volledig te herhalen. Bij een onomkeerbare handeling, als hulp bij zelfdoding nu eenmaal is, is vereist dat de geraadpleegde consultant zelf onderzoek verricht, omdat in de psychiatrie diens eigen observatie onmisbaar is voor het stellen van een diagnose. Het college verwierpt voorts het betoog van verweerder, voorzover het ertoe strekt dat hem op dit punt geen verwijt treft, omdat hij ten tijde van het handelen, waartegen de klacht zich richt, niet bekend kon zijn en niet bekend hoefde te zijn

met het eerst nadien geformuleerde vereiste dat de geraadpleegde deskundige de patiënt zelf moet hebben onderzocht om diens advies ten grondslag te mogen leggen aan een beslissing om tot hulp bij zelfdoding over te gaan. Verweerder gaat er ten onrechte van uit dat het een nieuw vereiste betreft, dat voordien niet gold. De professionele standaard, zeker gezien het bijzondere karakter van de handeling waar het hier om gaat, brengt en bracht ook destijds reeds mee dat een arts daartoe niet overgaat, dan nadat de patiënt door de in het kader van de zorgvuldige voorbereiding van de beslissing geraadpleegde deskundige(n) zelf is onderzocht. Daarbij merkt het college op, dat het in de psychiatrie terecht geenszins ongewoon is dat tot minder ingrijpende (be)handelingen, zoals bij electroconvulsieve therapie, juist gelet op voormeld karakter van de relatie tussen psychiater en patiënt, niet wordt overgegaan dan nadat de patiënt door andere leden van een behandelteam is onderzocht. Evenzeer op grond van het onomkeerbare karakter van de handeling, waar het hier om gaat, dient een verzoek van een patiënt daartoe niet dan met de grootste mogelijke behoedzaamheid tegemoet te worden getreden. Daarbij is van belang dat een arts, die met zulk een verzoek wordt benaderd, met zorg zijn onafhankelijkheid tegenover de verzoeker bewaart. De verplichting daartoe drukt des te zwaarder op de arts die zich, zoals verweerder, heeft geprofileerd als beschikbaar voor advies en bijstand aan degenen die door de NVVE daartoe naar hem worden verwezen. Naar het oordeel van het college heeft verweerder in het onderhavige geval afbreuk gedaan aan de vereiste professionele distantie, die noodzakelijk is voor een objectieve oordeelsvorming, door patiënte op zijn buitenverblijf te ontvangen en te laten overnachten en door daar ook buiten de arts-patiëntgesprekken contacten met haar te hebben. De door verweerder in dit verband gemaakte vergelijking met de therapeutische leefgemeenschap

gaat niet op, omdat het doel daarvan nu juist is dat ook anderen dan de hoofdbehandelaar door hun observaties van de patiënt een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling. Tenslotte is het college van oordeel dat de frequentie van de gesprekken van verweerder met patiënte hoger is geweest dan aangewezen was om te voorkomen dat er een druk van zou uitgaan die ongewenste invloed zou hebben op de wilsvorming van patiënte en de oordeelsvorming van verweerder. De op dit punt ter verklaring hiervan door verweerder gemaakte vergelijking met de rouwtherapieën van prof. Ramsay gaat niet op, omdat dergelijke therapieën plegen plaats te vinden op basis van een behandelovereenkomst die gericht is op rouwverwerking en gewoonlijk niet eerder beginnen dan tenminste een jaar nadat de gebeurtenis, die tot de rouw aanleiding gaf, heeft plaatsgevonden. De hier besproken gesprekken met patiënte vonden evenwel niet plaats in het kader van een behandeling maar in het kader van de diagnostiek. In dat laatste verband acht het college de duur van die gesprekken, mede gelet op de frequentie, in het algemeen te lang om het risico van ongewenste druk en vermindering van de noodzakelijke professionele distantie en objectiviteit te vermijden. De conclusie is dat verweerder door zijn hiervoor becritiseerde handelen het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend. Om redenen van algemeen belang zal de beslissing in het openbaar worden uitgesproken en zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden gepubliceerd.

De beslissing luidt:
Het Medisch Tuchtcollege berispt verweerder en bepaalt dat de beslissing op 30 maart 1995 om 10.00 uur in het openbaar zal worden uitgesproken in één der zalen van het Gerechtsgebouw, toren A aan de Parnassusweg 220 te Amsterdam, en ingevolge art. 13b van de Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt door publicatie in de Staatscourant en

door toezending met het verzoek tot publicatie over te gaan aan de tijdschriften Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gewezen op 6 februari 1995 door mr. U.W. baron Bentinck, voorzitter, dr. M.H. Klopper-Mensch, N.A. Mensing van Charante, K.C.H. Lyppens en L.N.M. Perquin, leden-geneeskundigen, met mr. H. Uhlenbroek als secretaris, en op 30 maart 1995 in het openbaar uitgesproken door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.
mr. U.W. baron Bentinck, voorzitter.
mr. H. Uhlenbroek, secretaris.