

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Bij patiënte, een vrouw van 50-60 jaar, was sprake van een veelheid van psychiatrische en somatische klachten en aandoeningen. Er was sprake van persoonlijkheidsproblematiek en sociaal maatschappelijke problematiek. Patiënte was invalide en rolstoelafhankelijk. Zij had pijnklachten, zonder aanwijsbare oorzaak en niet met pijnmedicatie te bestrijden. Patiënte was meermalen opgenomen in psychiatrische instellingen. Er waren geen reële behandelopties meer. De arts, zelf geen psychiater, raadpleegde drie consultants: een huisarts, een psychiater en een specialist ouderengeneeskunde, allen tevens SCEN-arts. De huisarts kon niet tot een conclusie komen vanwege de complexiteit van de casus en het ontbreken van psychiatrische expertise. De psychiater en de specialist ouderengeneeskunde achtten patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek en concludeerden dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.**

**ORDEEL**

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 en door arts geformuleerde samenvatting en aanvraag SCEN consult

Verslagen consultants

Aanvullende gegevens:

- patiëntenjournaal Stichting Levensindekliniek (SLK)
- verslagen gesprekken arts met patiënte
- dossieronderzoek, met samenvatting specialistenbrieven
- schriftelijke wilsverklaring

## **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, was sprake van een veelheid van klachten en aandoeningen, zowel psychisch als somatisch. Er was sprake van een persisterende persoonlijkheidsproblematiek en ernstig invaliderende somatische problematiek.

Bij patiënte was sprake van intellectuele beperkingen, een gestoorde geheugenfunctie en afatische problemen. Zij stond de laatste anderhalf jaar onder bewind en had een mentor.

Al meer dan dertig jaar leed zij aan nervositas. Ook had zij al dertig jaar last van diabetes mellitus, chronische buikklachten, pancreatitis, adipositas, leversteatose en gastroenteritis/gastritis. Elf jaar voor het overlijden maakte patiënte een ernstig CVA door. Daarna was sprake van een spastisch hemibeeld, cognitieve stoornissen en afatische stoornissen. Patiënte werd rolstoelafhankelijk. Er was sprake van persoonlijkheidsproblematiek en multi sociaal maatschappelijke problematiek. Patiënte was paranoïde en angstig, afhankelijk en egocentrisch.

Drie jaar later onderging zij een onderbeensamputatie ten gevolge van vaatproblematiek/diabetes.

Er vonden diverse opnames plaats in verband met buikklachten en pijn, zonder aanwijsbare oorzaak, en pijn op de borst, zonder cardiale oorsprong.

Meerdere medicamenteuze therapieën waren uitprobeerd en haar pijn bleek niet weg te nemen met de pijnmedicatie. Ook een pijnteam zag geen behandelingsmogelijkheden meer.

Ook psychiatrisch is patiënte behandeld op de poli psychiatrie en tijdens diverse opnames in psychiatrische instellingen. Patiënte heeft aan alle behandelingen meegewerkt en er waren geen reële behandelopties meer.

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

Het lijden van patiënte bestond uit fantoompijn, chronische pijn in de buik en chronische pijn op de borst. Er was sprake van decubitus, waarvan zij eveneens pijn ervoer, en van chronische diarree.

Patiënte leed onder haar invaliditeit en rolstoelafhankelijkheid. Zij kon niet meer lezen en nergens meer van genieten. Door haar persoonlijkheid kwam zij voortdurend in conflict met haar omgeving.

Haar gezin was daardoor uiteen gedreven. Haar persoonlijkheid maakte ook dat zij voortdurend begeleiding, sturing en zorg nodig had, zodat zij genooddaakt was op een gerontopsychiatrische afdeling te wonen. Patiënte had geen greep op haar leven en voelde zich, sociaal gezien, buitengesloten.

Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie en de zinloosheid van haar leven.

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 al lange tijd een consistente doodswens en had, samen met haar mentor, meerdere malen met haar behandelend arts in het verpleeghuis over euthanasie gesproken. Deze arts (specialist ouderengeneeskunde) wilde niet op haar euthanasiewens ingaan in verband met de complexiteit van de

casus. Patiënte heeft zich samen met haar mentor gemeld bij de SLK.

In het eerste gesprek, vijf maanden voor het overlijden, heeft patiënte de arts, zelf geen psychiater, om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Haar verzoek heeft zij in vele gesprekken, die zij daarna met de arts en/of de verpleegkundige van de SLK heeft gehad, herhaald. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte tweeëneenhalve maand voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Bij dat gesprek was de mentor/bewindvoerder van patiënte aanwezig.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens de eerste consulent was haar lijden uitzichtloos. De ondraaglijkheid van het lijden werd door patiënte vooral bepaald door het psychisch lijden. De consulent twijfelde er aan of er sprake was van een weloverwogen en vrijwillig verzoek, gelet op de psychische toestand van patiënte. Hij kon niet vaststellen dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan vanwege de complexiteit van de casus en het ontbreken aan expertise op psychiatrisch terrein.

De arts raadpleegde als tweede consulent een onafhankelijke psychiater, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte anderhalve maand voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

Bij dat gesprek was de mentor van patiënte aanwezig.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Bij psychiatrisch onderzoek zag de consulent geen psychiatrische symptomatologie in engere zin, passend bij een vitale depressie of psychose.

Volgens de consulent was patiënte helder bewust, goed georiënteerd in tijd, plaats en persoon, was haar denken coherent, waren er geen wanen of waarnemingsstoornissen en was haar stemming wel verdrietig, maar niet apert depressief. De consulent toetste de wilsbekwaamheid van patiënt aan de criteria van Appelbaum. Patiënte had het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken, het vermogen om informatie te begrijpen, het vermogen om de situatie te waarderen en het vermogen om gegevens rationeel te hanteren. De consulent achtte haar wilsbekwaam. Volgens de consulent ervoer patiënte haar lijden als ondraaglijk, met name door de al jarenlang bestaande lichamelijke klachten. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts raadpleegde als derde consulent een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte twee weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Bij dat gesprek was de mentor van patiënte aanwezig.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. De consulent was overtuigd van de wilsbekwaamheid van patiënte. Er was geen sprake van een depressie of van hallucinaties en/of wanen. Er was wel persoonlijkheidsproblematiek, die de casus kleurde, maar die geen belemmering voor euthanasie vormde.

In zijn 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.

### **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.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden 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 zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging 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.