

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënte kampt al jaren met angsten en traumatische jeugdherinneringen. Zij is intermitterend depressief met psychotische kenmerken. De arts, zelf psychiater, vraagt een second opinion van een andere psychiater voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling. De arts raadpleegt daarnaast twee consulenten, onder wie een psychiater. De arts kon tot overtuiging komen dat sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.**

## **OORDEEL**

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van een combinatie van hulp bij zelfdoding en 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 een combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- wilsverklaring op informatiedrager

### **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 70-80 jaar, ontstond zes jaar voor overlijden angst voor de kleur rood, welke angst zich uitbreidde naar andere kleuren en andere angsten. Nadat de angsten waren begonnen kwamen ook traumatische jeugdherinneringen terug. In deze zes jaar is patiënte intermitterend depressief geweest met psychotische kenmerken. Patiënte werd gedurende de laatste zes jaar voornamelijk klinisch voor haar klachten behandeld met diverse soorten medicatie en elektroshocks,

traumabehandeling en psychotherapie. Op elke ingezette behandeling trad hoogstens tijdelijk een placebo verbetering op die slechts kort aanhield. Meestal ontstond een snelle terugval van haar angsten. Twee jaar voor het overlijden werd een second opinion gevraagd voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling van de atypische depressieve stoornis met angst. Na het staken van de ECT bleek de depressie in remissie en persisteerden de angststoornissen. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan reactieve angstklachten op organische basis dan wel een nieuw ontstane angststoornis. De ingestelde medicamenteuze behandeling had, evenals andere behandelingen, slechts tijdelijk effect. Een maand voor de levensbeëindiging bevestigde een geraadpleegde neuroloog dat de klachten van patiënte geen verband hielden met een mogelijke neurologische aandoening. Genezing was niet meer mogelijk. Omdat de angsten zich hadden uitgebreid naar angst voor eten en drinken en zij slechts kleine hoeveelheden at, nam in de laatste weken het gewicht van patiënte af. Zij lag het grootste deel van de dag in bed en had een verblijfskatheter. Alleen met begeleiding maakte patiënte met haar rollator een wandeling op de gang of ging zij naar het toilet. Bij patiënte leken daarnaast de reserves af te nemen om zich tegen de dagelijkse angstaanvallen te weren. Verdere anamnese vermeldde een opname in een psychiatrisch ziekenhuis meer dan dertig jaar geleden wegens een vitale depressie, angsten en fobieën, de ziekte van Menière gepaard gaande met ernstig dubbelzijdig gehoorverlies en valneiging, waardoor patiënte in de laatste anderhalf jaar haar beide heupen had gebroken en daarvoor was behandeld. Tevens werd patiënte behandeld voor hoge bloeddruk en had zij last van chronische hoofdpijn. Het lijden van patiënte bestond uit het feit dat zij niet meer aan de gewone dingen van het leven kon deelnemen omdat alles haar angst kon bezorgen. Ook zaken waar zij vroeger plezier aan beleefde, zoals televisie kijken, eten en lezen, konden haar zowel overdag als 's nachts dusdanig angstig maken dat zij het letterlijk uitgilde, zat te rillen op haar stoel of lag te trappelen in bed. Het maakte daarbij niet uit of haar echtgenoot al dan niet bij haar in de buurt was. Een enkele keer was er duidelijk sprake van een focus van de angst, namelijk een herbeleving van haar traumatische jeugdervaring. De herinnering aan deze ervaring was de hele dag aanwezig. Soms was er echter geen enkel verband voor het ontstaan van haar angst. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts, een psychiater, was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er 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**

Ruim een jaar voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts en verpleegkundigen over euthanasie gesproken. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere gesprekken hierover gevoerd. Een maand voor het overlijden heeft patiënte de arts concreet om uitvoering van levensbeëindiging verzocht. Van dit gesprek is een video opname gemaakt. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf, was patiënte niet depressief en zich bewust van de strekking van het verzoek en haar lichamelijke situatie.

#### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent twee onafhankelijke specialisten, onder wie een SCEN arts. De eerste consulent bezocht patiënte ruim drie weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent, een psychiater, gaf in haar verslag een samenvatting van de levens- en ziektegeschiedenis van patiënte en de aard van het lijden van patiënte. Bij het spreken over doodgaan

en dood zijn viel vooral op dat patiënte uit haar lijden verlost wilde zijn. In haar verslag stelde de eerste consulent mede op basis van haar gesprek met patiënte vast dat er bij patiënte geen sprake was van een psychotische stoornis en dat haar stemming niet depressief was. Patiënte was wilsbekwaam. Het lijden van patiënte was uitzichtloos aangezien haar angsten op diverse manieren waren behandeld en deze behandelingen slechts tijdelijk of geen resultaat gaven en veel bijwerkingen veroorzaakten. Volgens de eerste consulent namen de angsten steeds meer toe en gingen deze het functioneren van patiënte steeds meer overheersen. Daardoor was het te verwachten dat patiënte steeds meer bedlegerig, ondervoed en volledig ADL-afhankelijk zou worden.

De tweede consulent bezocht patiënte ruim twee weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie, inclusief de bevindingen van de eerste consulent. De tweede consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de levens- en ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens het verslag was de tweede consulent - mede op basis van zijn gesprek met patiënte - ervan overtuigd dat patiënte wilsbekwaam was en vrijwillig en weloverwogen haar euthanasieverzoek had geformuleerd. De voortdurende angsten met de daarbij komende somatische problemen, waaronder het niet kunnen eten, maakten het leven voor patiënte ondraaglijk. Het lijden van patiënte was uitzichtloos aangezien behandelopties van de angststoornis ontbraken. Dit werd bevestigd door de specialist die om een second opinion was verzocht.

De tweede consulent kwam tot de onvoorwaardelijke conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

#### **d. Uitvoering**

De arts heeft de hulp bij zelfdoding uitgevoerd met het middel, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp of de aanvulling.

### **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. In het geval van euthanasie bij een psychiatrische patiënt is het van groot belang om naast de onafhankelijke consulent een of meer artsen, onder wie bij voorkeur een psychiater te raadplegen, die een deskundig oordeel kunnen geven over onder andere de wilsbekwaamheid van patiënt en de uitzichtloosheid van het lijden. Uit de aantekeningen die de arts heeft aangeleverd, werd het de commissie voldoende duidelijk dat de arts zeer behoedzaam was opgetreden. Er werd een second opinion gevraagd ten aanzien van de diagnostiek en eventuele alternatieve behandelmogelijkheden. Ook werd een neurologische aandoening uitgesloten. Naast een onafhankelijke SCEN consulent werd een onafhankelijke psychiater geraadpleegd om een oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van patiënte en de uitzichtloosheid van het lijden.

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 dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft 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 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.