

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënte, 70-80 jaar, lijdt al jaren aan een ernstige persoonlijkheidsstoornis met theatrale en borderline trekken. Ook is sprake van slechtiendheid, waardoor patiënte steeds afhankelijker van anderen wordt. Patiënte ondergaat langdurige opnames en behandelingen, die geen effect blijken te hebben op haar stemmingswisselingen en haar moeite in het contact met anderen. Op voorstel van een geraadpleegde psychiater wordt nog een training gevolgd door patiënte. Haar euthanasiewens blijft onverkort aanwezig. Arts, zelf psychiater, raadpleegt als consulent een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. Volgens arts en consulent zijn er geen andere behandelingsmogelijkheden meer aanwezig en is patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek. De consulent oordeelt dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.**

## **OORDEEL**

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van hulp bij zelfdoding

(...)

### **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 hulp bij zelfdoding op verzoek bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- verslagen psychiatrisch onderzoek
- verslag psychologisch onderzoek
- patiëntendecursus
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts en de consultant bij brieven van 29 mei 2013 om een nadere mondelinge toelichting en de arts tevens om het toesturen van nadere stukken gevraagd. De arts heeft haar mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering van 19 juni 2013. De arts heeft de gevraagde stukken naar de commissie gezonden en bij brief van 14 juni 2013 een schriftelijke toelichting op de vragen van de commissie gegeven.

De consultant heeft bij mail van 5 juni 2013 bericht dat hij vanwege vakantie verhinderd is om op 19 juni een mondelinge toelichting te komen geven en heeft in die mail een schriftelijke toelichting op de door de commissie geformuleerde vragen gegeven. De commissie heeft de consultant laten weten dat zijn mondelinge toelichting niet meer wordt vereist.

## **2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN**

**Uit de verslaglegging van de arts en de consultant en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:**

### **a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven**

Bij patiënte, een vrouw tussen 70 en 80 jaar, werd vele jaren voor het overlijden een ernstige persoonlijkheidsstoornis met theatrale en borderline trekken vastgesteld. Ook ontstonden in de loop van de jaren lichamelijke klachten van duizeligheid, artrose, COPD en retinitis pigmentosa waardoor patiënte vrijwel blind was. Patiënte onderging langdurige opnames en behandelingen in de psychiatrie, onder andere onderging zij Electro Convulsieve Therapie (ECT). Ook vond ambulante behandeling en behandeling met medicatie plaats. Uiteindelijk was genezing niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. In de jaren voor het overlijden ervoer patiënte toenemende randpsychotische klachten. Medicamenteus is getracht de klachten van patiënte te behandelen, echter zonder goed effect. Er was partieel effect waarmee de situatie voor patiënte iets draaglijker was. Mede door de verslechterende visus werd patiënte steeds afhankelijker van thuiszorg. Om externe stressoren te kunnen verminderen werd geprobeerd om de woonsituatie van patiënte te veranderen. Zij werd tijdelijk opgenomen in een zorgcentrum, uiteindelijk was zij niet te motiveren voor een definitieve plaatsing. Ook langdurige ondersteuning door een gespecialiseerde verpleegkundige kon het lijden van patiënte niet verlichten.

Het lijden van patiënte bestond uit een toename van haar belevingen dat personen in haar directe omgeving haar leven beïnvloedden en dat die haar het leven onmogelijk maakten, en uit toenemende agitatie en uitputting. Zij leed onder de afhankelijkheid van de zorg van anderen en het feit dat zij zichzelf niet in de hand had qua impulsen en dat haar emoties haar leven beheersten. Alle interventies en medicatie konden haar geen verlichting geven.

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 heeft twee jaar voor het overlijden voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Zij heeft de arts daarbij direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Sindsdien hebben arts en patiënt meerdere gesprekken gevoerd.

Op verzoek van de arts heeft een collega psychiater na een beoordeling de door de arts gestelde diagnose bevestigd.

Tevens heeft een andere psychiater op verzoek van de arts een onafhankelijke beoordeling gedaan met betrekking tot het verzoek om euthanasie van patiënte. De psychiater adviseerde om alsnog een VERS training te volgen. De gevolgde VERS training heeft aan het verzoek van patiënte om euthanasie niets veranderd.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

## **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte zeven weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte 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 patiënte. Volgens de consulent was communicatie met patiënte goed mogelijk. Patiënte maakte op hem een licht geagiteerde indruk. Patiënte kon de ondraaglijkheid van het lijden goed overbrengen op de consulent.

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 hulp bij zelfdoding 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.

## **f. Schriftelijke en mondelinge toelichting arts**

Bij de behandeling van de melding was bij de commissie een aantal vragen gerezen.

De commissie verzocht de arts de originele verslagen van de psychiaters op te sturen, in chronologische volgorde en gedateerd, en de eventuele ontbrekende verslagen alsnog toe te sturen.

De commissie vroeg zich af, aangezien in het verslag van psychiater T. uit 2012 stond dat patiënte wilsonbekwaam was ten aanzien van het verzoek om euthanasie en in andere verslagen op meerdere plaatsen was opgenomen dat er bij patiënte sprake was van een psychiatrisch toestandbeeld op zwakbegaafde bodem dan wel dat zij in de voorgeschiedenis bekend was als een zeer labiele, zwakbegaafde vrouw, of patiënte heeft begrepen wat zij ondertekende toen zij de wilsverklaring ondertekende. In hoeverre was de arts van mening dat de mogelijke zwakbegaafdheid van patiënte de wilsbekwaamheid van patiënte mogelijk in de weg heeft gestaan?

Tevens vroeg de commissie zich af hoe vaak de arts patiënte zelf heeft gezien in het kader van het euthanasieverzoek en wat er in deze gesprekken aan de orde is geweest.

Ook was het de commissie opgevallen dat de consultatie zeven weken voor de uitvoering van de levensbeëindiging heeft plaatsgevonden.

De commissie nodigde de arts uit om op de commissievergadering een toelichting te komen geven.

**Bij brief heeft de arts -zakelijk weergegeven- de volgende schriftelijke toelichting gegeven:**

In antwoord op de vraag of patiënte heeft begrepen wat zij ondertekende toen zij de wilsverklaring ondertekende, gezien het feit dat zij door psychiater T. als wilsonbekwaam beoordeeld werd en zij bekend was als een zeer labiele, zwakbegaafde vrouw:

Patiënte was weliswaar gediagnosticeerd met zwakbegaafdheid in het verleden en was ook nog uitgebreider psychologisch onderzocht, waarbij dit weliswaar qua onderzoek werd bevestigd, maar tevens werd benoemd dat zij ook weinig opleiding had genoten, weinig was uitgedaagd door haar vele opnames. De uitslagen van het onderzoek moeten dan ook in die context geïnterpreteerd worden.

Patiënte had in de laatste twee jaar van de behandeling herhaaldelijk, consistent geuit, dat zij niet verder meer wilde leven, gezien haar verslechterde visus, het feit dat zij al vanaf jonge leeftijd in de psychiatrie werd behandeld en alle therapie geen effect heeft gehad op haar stemmingswisselingen, haar moeite in het contact met anderen en de overlast die zij ondervond van de belevingen die zij had (dat er lichten in de nacht door het raam schenen, wat haar wisselend heel angstig en woedend maakte).

Zij gaf herhaaldelijk aan dat dit voor haar geen leven meer was en dat zij geholpen wilde worden op een waardige manier te mogen sterven.

Dit en eventuele mogelijkheden om haar wens toch te veranderen door medicatie, nog niet gevolgde therapie en externe handvatten zijn in gesprekken met zowel de arts als haar behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige aan bod geweest alvorens patiënte haar wilsverklaring tekende, als laatste stap in het gehele proces. Tevens heeft zij zich gehouden aan de afspraak ook al deze alternatieven eerst uit te proberen, alvorens samen te besluiten of haar situatie echt hopeloos was.

Dit is de kern en essentie van wat er in de wilsverklaring staat, die zij ondertekende, dus moet er wel geconcludeerd worden dat zij begreep wat zij ondertekende.

Daarnaast is de arts van mening dat de mogelijke zwakbegaafdheid van patiënte haar wilsbekwaamheid niet in de weg heeft gestaan.

Zij kon heel duidelijk aangeven hoezeer zijn in haar leven heeft geworsteld met haar klachten. Daarnaast ook dat zij hiervoor al jarenlang behandeling heeft gehad, met weinig effect. Ook kon zij goed aangeven wat de voor- en nadelen van de geboden alternatieven voor haar waren, en dus is er getoetst dat zij niet alleen de informatie feitelijk begreep, maar ook kon wegen. Volgens de beoordelingscriteria van Appelbaum voor wilsbekwaamheid was patiënte dan ook voldoende wilsbekwaam.

In antwoord op de vraag hoe vaak de arts patiënte zelf heeft gezien in het kader van het euthanasieverzoek, en wat er in deze gesprekken aan de orde is geweest:

De arts heeft patiënte in tussenliggende periode tien keer lijfelijk gezien, om te bespreken waarom zij deze wens had, om de alternatieven voor te leggen en de nog niet verrichtte farmacologische stappen met haar te zetten.

Tevens is er ongeveer twintig keer telefonisch contact geweest, met name wanneer patiënte haar klachten op dat moment heftiger werden en wanneer zij het moeilijk vond om geduld op te brengen om de gehele procedure te doorlopen en om deze haar nogmaals voor te houden.

In antwoord op de opmerking dat het de toetsingscommissie was opgevallen dat er tussen de consultatie en de uitvoering van de levensbeëindiging zeven weken heeft gezeten, terwijl het voor de commissie niet duidelijk was wat er veranderd was in de toestand van patiënte tussen het bezoek van de consultant en de uitvoering van de levensbeëindiging:

Er heeft inderdaad zeven weken gezeten tussen de consultatie en de uitvoering. Dit lag niet aan verandering van het toestandbeeld van patiënte, maar aan de logistieke problemen die dit gaf voor de uitvoerder.

Uitvoerder had niet eerder een levensbeëindiging uitgevoerd, zodat dit extra studie vergde hoe dit adequaat en volgens de regels te kunnen uitvoeren.

Daarnaast is er al langere tijd een personele krapte in het behandelprogramma van uitvoerder zodat die vanwege een overvolle agenda enige tijd nodig had om afspraak met zowel apotheker als patiënte te kunnen invullen.

De tussenliggende tijd is nodig geweest om voldoende zorgvuldig te kunnen handelen.

**Op de commissievergadering werd de arts vergezeld door mevrouw Z., psychiater en directeur zorg van de instelling waaraan de arts verbonden was.**

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

Patiënte was al zeven jaar geleden in behandeling bij de GGZ-instelling, waar de arts werkzaam is. Daarvóór had zij al meerdere opnames in psychiatrische instellingen gehad.

Bij patiënte was sprake van een borderline persoonlijkheidsstoornis, waarbij zij problemen had met impulsregulatie, emotieregulatie, frustratietolerantie en agressieregulatie. Patiënte ervoer veel problemen in de contacten met anderen. Patiënte kon niet mét en niet zónder mensen verkeren. Zij vertoonde veel grensoverschrijdend gedrag, waardoor zij mensen tegen zich in het harnas joeg.

De laatste jaren ging haar visus achteruit en was zij toenemend afhankelijk van anderen geworden, waardoor zij steeds met haar problemen in contacten met anderen werd geconfronteerd. Zij vond het zo geen leven meer.

Tegenover haar behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) had zij voor het eerst aangegeven dat zij hulp bij zelfdoding wilde. Dat was ongeveer drie jaar voor het overlijden. De SPV-er zag patiënte regelmatig en had een steunend contact met patiënte. Vanaf die tijd heeft patiënte meermalen gevraagd om haar te helpen op een nette manier dood te kunnen gaan. De SPV-er heeft het verzoek van patiënte aan de arts doorgegeven en gevraagd om met patiënte het gesprek aan te gaan. Daarvóór had patiënte al meerdere zelfmoordpogingen gedaan. Zij was impulsief van aard en daarom wilde de arts onderzoeken of haar euthanasiewens wel serieus en structureel was.

Twee jaar voor het overlijden heeft de arts samen met een SPV-er voor het eerst een huisbezoek aan patiënte gebracht. Patiënte bleek stellig in haar wens. De arts heeft patiënte aangeboden haar te helpen, maar haar voorgehouden dat dit een lange weg zou zijn, omdat eerst zou moeten worden onderzocht of het lijden van patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was. Patiënte was bereid dit traject te doorlopen.

De arts heeft vervolgens het dossier van patiënte opgevraagd. Daaruit bleek dat patiënte al heel lang bekend was in de psychiatrie, maar ook dat een deel van het dossier in de loop der tijd verloren was gegaan. De arts heeft samen met patiënte de psychiatrische voorgeschiedenis en de gevolgde behandelingen en therapieën in kaart gebracht. De medicamenteuze behandeling van patiënte bleek nog niet volledig te zijn geweest en de arts heeft daarom nog aanvullende medicamenteuze behandelingen bij patiënte beproefd. Deze bleken geen resultaat te hebben. Volgens de arts was bij patiënte sprake van een ernstige persoonlijkheidsstoornis, wat door haar collega-psychiater werd bevestigd. Er hebben ook nog psychologische onderzoeken plaatsgevonden, waaruit bleek dat patiënte op zeer zwakbegaafd niveau presteerde. Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat de score op de IQ-test mogelijk werd beïnvloed door het gebrek aan vaardigheden van patiënte. Vanwege haar lange psychiatrische voorgeschiedenis heeft patiënte weinig opleiding gehad en is zij weinig uitgedaagd.

Volgens de arts was patiënte niet een evident zwakbegaafd iemand: zij was verbaal heel vaardig en zij was goed in staat om haar gevoelens en mening te uiten. Zij was ook goed in staat om voor zichzelf op te komen en zij is jarenlang in staat geweest om voor zichzelf te zorgen. Na het overlijden van haar echtgenoot heeft patiënte met behulp van ambulante woonbegeleiding op zichzelf kunnen wonen en functioneren. Later, toen haar visus slechter werd en zij niet meer zelfstandig boodschappen kon doen, etc., kreeg zij thuiszorg.

Door haar slechtere visus was zij steeds afhankelijker van anderen, maar werd zij er ook steeds mee geconfronteerd dat zij geen mensen om zich heen kon verdragen. Zij gaf aan dat anderen steeds met lichten in haar woning naar binnen schenen en dat zij daar last van had. De arts heeft geprobeerd haar duidelijk te maken dat die lichtflitsen werden veroorzaakt door haar oogziekte, maar daarvan was patiënte niet te overtuigen.

De arts heeft bij brief reeds schriftelijk een toelichting gegeven op de vragen van de commissie. In aanvulling daarop verklaart zij -zakelijk weergegeven-:

Vanaf jonge leeftijd is patiënte vaak en voor lange periodes opgenomen geweest. Zij heeft zich daardoor niet kunnen ontwikkelen en de vaardigheden niet aangeleerd gekregen, die nodig zijn om een psychologisch onderzoek goed te kunnen doen.

Volgens de arts begreep patiënte wat zij ondertekende, toen zij haar wilsverklaring ondertekende.

Patiënte had al lange tijd aangegeven dat zij ondraaglijk leed onder haar psychiatrische stoornis en dat zij daarmee niet verder wilde leven. De vele therapieën en medicamenteuze behandelingen hadden geen effect gehad op haar stemmingswisselingen, haar moeite in het contact met anderen en de overlast die zij ondervond van de belevingen die zij had.

De arts heeft een opname in ... voorgesteld. Patiënte heeft tijdelijk gelogeed in die instelling, maar wilde daar niet worden opgenomen.

Volgens de beoordelingscriteria van Appelbaum voor wilsbekwaamheid was patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Deze criteria worden door psychiaters gebruikt bij het beoordelen van iemands wilsbekwaamheid. Patiënte was volgens deze criteria volledig wilsbekwaam (graad 4: “iemand is in staat voors en tegens tegen elkaar af te wegen en dan een keuze te maken”).

Het was voor de arts een lastig besluit om op het verzoek van patiënte in te gaan. De arts was er van overtuigd dat bij patiënte sprake was van een ondraaglijk lijden. Patiënte leed enorm en dat was haar aan te zien. Zij had héél veel therapieën gehad, die haar niets hadden opgeleverd.

Daarnaast was zij toenemend afhankelijk en werd zij ermee geconfronteerd dat zij niet met al die hulpverleners om zich heen kon leven. Er was sprake van een voor de arts invoelbaar ondraaglijk en uitzichtloos lijden en het was voor de arts invoelbaar dat patiënte dood wilde. De arts had het gevoel dat zij patiënte in de steek zou laten en tekort zou doen als zij niet serieus op haar euthanasieverzoek zou ingaan.

Het was voor de arts de eerste keer dat zij bij een psychiatrisch patiënt de bereidheid voelde om serieus op de doodswens in te gaan. De arts krijgt heel vaak patiënten die zeggen dat zij dood willen: als er sprake is van een depressie of een andere behandelbare aandoening is euthanasie niet aan de orde.

Nadat de SCEN-arts bij patiënte is geweest, heeft het nog zeven weken geduurd voordat de hulp bij zelfdoding werd uitgevoerd. De arts verklaart dit tijdsverloop door de drukke tijd waarin zij toen verkeerde. Er was sprake van een fusie tussen twee instellingen en zij werd hoofdbehandelaar in de ouderenpsychiatrie, waarmee zij het heel druk had. In die drukke tijd kwam de arts maar beperkt aan de patiëntenzorg toe. Bovendien had zij geen ervaring in de uitvoering van euthanasie en moest zij zich nog in deze materie verdiepen. Daar had zij alleen in de weekenden tijd voor. Verder had zij het nog druk met overleg met apotheken en het plannen van een dag waarop de euthanasie uitgevoerd zou kunnen worden.

De arts heeft er niet aan gedacht om nogmaals een SCEN-arts te consulteren. Vanwege haar onbekendheid met de materie wist zij niet dat een consultatieverslag maar een beperkte houdbaarheid heeft. Patiënte vond het ook lastig dat de arts die tijd nodig had, maar had daar begrip voor. Nadat er een datum was geprikt, was patiënte duidelijk opgelucht en leefde zij op. Haar begeleidster vond achteraf dat dit nog een goede periode voor patiënte is geweest.

De psychiater T. was een onafhankelijk psychiater. Hij werkte weliswaar bij dezelfde instelling als de arts, maar was niet bij de behandeling van patiënte betrokken. De arts heeft hem als onafhankelijk deskundige geraadpleegd. Hij kwam tot het oordeel dat patiënte voor het kunnen maken van een afgewogen beslissing over een verzoek tot hulp bij zelfdoding niet over de vereiste wilsbekwaamheid beschikte.

Patiënte was boos over dit oordeel en zij begreep niet waarom de psychiater haar wilsbekwaam vond.

De arts heeft er niet aan gedacht om nog een andere onafhankelijke psychiater te raadplegen om de wilsbekwaamheid van patiënte te beoordelen. Zij heeft het consult van een SCEN-arts als check van haar bevindingen, dat patiënte wilsbekwaam was, gezien.

### **g. Toelichting consulent**

Bij de behandeling van de melding had de commissie, naar aanleiding van het verslag van de consulent, nog een aantal vragen.

De commissie vroeg zich af, nu in het verslag van psychiater T. staat dat patiënte wilsonbekwaam was ten aanzien van het verzoek om euthanasie en in andere verslagen op meerdere plaatsen is opgenomen dat er bij patiënte sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld op zwakbegaafde bodem dan wel dat zij in de voorgeschiedenis bekend was als een zeer labiele, zwakbegaafde vrouw, in hoeverre de consulent de wilsbekwaamheid bij patiënte heeft getoetst en of naar de mening van de consulent de mogelijke zwakbegaafdheid van patiënte de wilsbekwaamheid van patiënte mogelijk in de weg heeft gestaan.

Het was de commissie tevens opgevallen dat de consultatie zeven weken voor de uitvoering van de levensbeëindiging heeft plaatsgevonden terwijl het voor de commissie niet duidelijk was wat er veranderd was in de toestand van patiënte tussen het bezoek van de consulent en de uitvoering van de levensbeëindiging zeven weken later. Is hierover tussen de arts en de consulent nog nader overleg geweest?

De consulent heeft bij mail bericht dat hij vanwege vakantie verhinderd was om een mondelinge toelichting te komen geven en heeft in die mail een schriftelijke toelichting op de door de commissie geformuleerde vragen gegeven.

#### **De consulent heeft -zakelijk weergegeven- de volgende schriftelijke toelichting gegeven:**

Wilsbekwaamheid is een gradueel en context-afhankelijk begrip.

Het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken

Het vermogen om relevante informatie te begrijpen

Het vermogen om de aard van de situatie en de mogelijke gevolgen te waarderen

Het vermogen om informatie rationeel te hanteren.

In een context waarin door patiënte ook achteraf de psychiater T. een "snotneus, die er niets van snapt, en voor uitstel gezorgd heeft" wordt genoemd, getuigt volgens de consulent van inzicht. Haar ernstige frustratie tolerantie en emotie regulatie (de commissie verstaat: haar ernstige stoornissen in frustratie tolerantie en emotie regulatie) zullen wellicht in de ontmoeting met deze psychiater mede het oordeel hebben bepaald.

In de context waarin de consulent patiënte aantrof, voldeed zij volledig aan de drie eerst beschreven vermogens. Het vermogen om informatie rationeel te hanteren was twijfelachtig, maar over het geheel was patiënte, volgens de consulent, wilsbekwaam.

De zeven weken tussen consultatie en euthanasie kon de consulent niet verklaren en verbaasde hem ook. Wel was de vraag in de tussentijd geweest hoe alle papieren in te vullen, gezien de onervarenheid van de aanvragend arts.

Naar aanleiding van deze schriftelijke toelichting heeft de commissie geoordeeld dat een mondelinge toelichting van de consulent niet meer nodig was.



### **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.

#### **De commissie overweegt ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek:**

Bij patiënten met psychiatrische ziekten acht de commissie een grote behoedzaamheid van de arts nodig bij het ingaan op een verzoek om hulp bij zelfdoding. In de onderhavige melding heeft de arts een collega-psychiater geraadpleegd die het oordeel van de arts, dat er bij patiënte sprake was van een ernstige persoonlijkheidsstoornis, bevestigde. De arts heeft daarnaast de onafhankelijk psychiater T. geraadpleegd om zijn oordeel over de wilsbekwaamheid van patiënte te geven. Psychiater T. kwam bij zijn onderzoek tot de conclusie dat patiënte wilsonbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Voor de volledigheid had de arts wellicht beter nogmaals een onafhankelijk psychiater kunnen consulteren om haar oordeel over de wilsbekwaamheid van patiënte door een psychiater bevestigd te krijgen, maar nu zowel de arts als de consulent hebben geoordeeld dat patiënte wilsbekwaam moest worden geacht ten aanzien van haar euthanasieverzoek en zij hun oordeel daaromtrent in de toelichtingen aan de commissie nader hebben onderbouwd, is de commissie van oordeel dat de tot het oordeel kon komen dat patiënte ten aanzien van haar euthanasie wilsbekwaam was en dat patiënte vrijwillig en weloverwogen tot haar verzoek is gekomen.

#### **De commissie overweegt ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden en redelijke andere oplossingen:**

Vast is komen te staan dat patiënte de arts meerdere malen om euthanasie heeft verzocht. De arts heeft samen met patiënte de nog niet toegepaste medicamenteuze behandelingen, die volgens protocol moeten worden doorlopen, bij patiënte toegepast. Ook andere behandelingen, zoals een VERS training, heeft patiënte nog ondergaan. Uiteindelijk bleek dat, ondanks alle beproefde en voorgeschreven medicamenteuze en andere behandelingen, de psychiatrische klachten van patiënte nog onverkort aanwezig waren. De arts heeft toen in samenspraak met patiënte geoordeeld dat er geen redelijke andere behandelingen meer mogelijk waren, dat patiënte was uitbehandeld en dat haar lijden als uitzichtloos moest worden beschouwd.

De commissie is van oordeel dat in het exploreren van het verzoek om hulp bij zelfdoding de arts de nodige behoedzaamheid heeft betracht en in redelijkheid tot het oordeel is kunnen komen dat het lijden van patiënte uitzichtloos was en dat er voor patiënte geen redelijke andere oplossingen meer aanwezig waren.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, de schriftelijke en mondelinge toelichting van de arts en de schriftelijke toelichting van de consulent daarbij mede in aanmerking genomen, is de commissie voorts van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. 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.