

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënt, een hoogbejaarde man, leed aan diverse aandoeningen, waaronder polyneuropathie, neurogene claudicatio en huidtumoren. Voorts was onder meer sprake van een chronische ulcus aan de voet waarvoor een amputatie noodzakelijk was. Het lichamelijk lijden tezamen met de persoonlijkheid van patiënt veroorzaakte toenemend geestelijk lijden. De eerste consulent concludeerde dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Een psychiater had al wel vastgesteld dat patiënt wilsbekwaam was. De tweede consulent was ervan overtuigd dat wel aan zorgvuldigheidseisen was voldaan. Arts kon tot overtuiging komen dat aan zorgvuldigheidseisen was voldaan.**

## **OORDEEL**

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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslagen arts

Verslag eerste consulent

Verslag tweede consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- Aanmeldingsformulier van de Stichting Levensindekliniek
- patiëntenjournaal
- schriftelijke euthanasieverklaring

## **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 patiënt, een man ouder dan 90 jaar, is kort voor overlijden sprake van langer bestaande multiële aandoeningen als gevolg waarvan patiënt ernstige lichamelijke beperkingen en ongemak ervoer. Zeven jaar voor overlijden onderging patiënt een operatie voor een lumbale kanaalstenose. Vijf jaar voor overlijden werd demyeliserende polyneuropathie met uitval op basis van spondylartrose aan met name de benen (en in mindere mate aan de armen) vastgesteld. Patiënt had aan beide zijden een klapvoet. In datzelfde jaar kreeg patiënt een recidief neurogene claudicatio. Tevens werd er in dat jaar een prostatectomie verricht. Deze operatie had geleid tot een ernstige wondinfectie waardoor zeer langdurige geïsoleerde verpleging noodzakelijk was. Ruim een half jaar voor overlijden liep patiënt bij een val een wond aan een voet op. Inmiddels is sprake van een chronisch ulcus zonder genezings-tendens, waarvoor een amputatie noodzakelijk is. De ziektegeschiedenis vermeldt verder onder meer behandelingen voor huidtumoren op de hand en slaap, hypertensie bij chronisch atriumfibrilleren en COPD GOLD II. Kort voor het overlijden waren er nieuwe huidwoekeringen aanwezig, met name op het gelaat en rug. Patiënt wees dermatologische interventie af.

Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond vooral uit de problemen die patiënt had bij de aanvaarding van zijn toenemende zorgafhankelijkheid van steeds andere verzorgers. Daarnaast leed patiënt onder de stank en nattigheid van de wond aan zijn voet, beperkte mobiliteit bij toenemende neurologische achteruitgang, "accidentproneess", chronische vermoeidheid en lage inspanningstolerantie door beperkte cardiopulmonale conditie. Ook leed hij onder therapieresistent eczeem over het gehele lichaam. Patiënt kon niet langer zijn hobby beoefenen. Patiënt verviel vaak met een negatieve blik in het verleden omdat de toekomst hem niets te bieden had. Voorheen had patiënt altijd een strikte, perfectionistische en punctuele levenshouding gehad. Het lichamelijke lijden tezamen met de persoonlijkheidstrekken van patiënt veroorzaakte toenemend geestelijk lijden. Patiënt was niet in staat zijn situatie te aanvaarden.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

### **b. Verzoek tot levensbeëindiging**

Patiënt had ruim twee jaar voor overlijden voor het eerst met zijn huisarts over euthanasie gesproken. Ruim zes maanden voor overlijden verzocht patiënt de huisarts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Hierop werd door de huisarts de eerste consulent geraadpleegd, die tot de conclusie kwam dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De huisarts zette de procedure om deze reden niet door.

Zeven maanden voor overlijden heeft patiënt zich aangemeld bij de Stichting Levensindekliniek.

Ruim een maand voor overlijden heeft de arts patiënt voor het eerst bezocht. Tijdens het eerste gesprek heeft patiënt zijn doodswens bevestigd en toegelicht.

Bijna een maand voor overlijden bezocht de arts de patiënt voor een tweede gesprek. Dit gesprek duurde vijf kwartier. Tijdens dit gesprek bevestigde patiënt opnieuw zijn doodswens en gaf hij nadere toelichting op de duurzaamheid van zijn verzoek en het ondraaglijk lijden. Er is een schriftelijke euthanasieverklaring aanwezig, die de laatste twintig jaar tien keer door patiënt is bekrachtigd. Ook is er een recent door patiënt ondertekend behandelverbod aanwezig.

Op verzoek van de huisarts heeft een psychiater enkele maanden voor overlijden onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van zijn verzoek. De psychiater oordeelde dat patiënt wilsbekwaam was en zijn doodswens niet veroorzaakt werd door een depressieve stoornis.

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

### **c. Consultatie**

De huisarts raadpleegde de eerste consulent als onafhankelijke SCEN-arts.

De arts raadpleegde de tweede consulent als onafhankelijke SCEN-arts.

De eerste consulent bezocht patiënte zes maanden voor de levensbeëindiging na door de huisarts over patiënte te zijn geïnformeerd en inzage te hebben gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in het consultatieverslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

De eerste consulent was niet overtuigd dat er sprake was van een duurzaam verzoek.

De eerste consulent was niet overtuigd dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

In het consultatieverslag kwam de eerste consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De tweede consulent bezocht patiënt bijna twee weken voor de levensbeëindiging na door de arts te zijn geïnformeerd en inzage te hebben gekregen in de relevante medische documentatie, waaronder de bevindingen van de psychiater en het verslag van de eerste consulent.

De tweede consulent gaf in het consultatieverslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis, de aard van het lijden van patiënte en de ontwikkeling van het ziekteproces sinds het bezoek van de eerste consulent.

In het consultatieverslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënt 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 Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp.

### **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 een situatie als de onderhavige, waarin een arts van de Levensindekliniek ruim een maand voor het overlijden voor het eerst een gesprek met patiënt had over zijn euthanasieverzoek en voor de uitvoering daarvan de behandeling van de huisarts overnam, besteedt de commissie bijzondere aandacht aan de vraag of de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

Daarvoor zijn in het algemeen een goede overdracht van patiëntgegevens van belang en enkele intensieve gesprekken met betrokken patiënt en eventuele naasten.

Op basis van de door de arts verstrekte informatie meent de commissie dat de arts zich voldoende van de situatie van patiënt op de hoogte heeft gesteld om zich een oordeel te kunnen vormen over de verschillende zorgvuldigheidseisen.

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 patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt 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.