

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënte leed sinds jaren aan ernstige COPD, adipositas en een pijnsyndroom. Zij was onder behandeling bij een psychiater vanwege een dissociatieve stoornis en borderlinepersoonlijheidsproblematiek. Het lijden van patiënte bestond onder meer uit zeer ernstige benauwdheid, pijn over het hele lichaam, ernstige vermoeidheid, een beperkte actieradius en zorgafhankelijkheid. Een psychiater stelde vast dat er geen sprake was van een depressieve stoornis en dat er geen psychiatrische behandeling mogelijk en nodig was. Arts kon tot overtuiging komen dat sprake was van vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.**

## **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 patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke euthanasieverklaring
- aanmeldingsformulier Stichting Levensindekliniek
- patiëntenjournaal Stichting Levensindekliniek

## **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 (...) jaar, werd bijna vijf jaar voor overlijden COPD GOLD III vastgesteld. Sindsdien werd patiënte meerdere malen opgenomen voor exacerbatie COPD met luchtweginfect. Daarnaast had patiënte een onverklaarbaar pijnsyndroom. Patiënte kon en wilde hiervoor geen nader onderzoek ondergaan. Ook was er sprake van adipositas. De ziektegeschiedenis vermeldt sinds meer dan twintig jaar voor overlijden behandeling voor een dissociatieve stoornis en borderlinepersoonlijheidsproblematiek.

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

Het lijden van patiënte bestond vooral uit zeer ernstige benauwdheid (ook in rust) en het vooruitzicht dat haar klachten in de toekomst alleen maar zouden verergeren. Patiënte had angst door stikken te sterven. Verder leed zij onder zorgafhankelijkheid, beperkte actieradius, moeilijk te bestrijden slaapstoornissen, adipositas, onverklaarde pijnklachten door het hele lichaam, ernstige vermoeidheid en gebrek aan eetlust. Patiënte was zuurstofafhankelijk.

Patiënte wist vaak niet waar ze het zoeken moest. Alles kostte haar energie en ze voelde zich altijd koud. Zij kon moeilijk liggen. Patiënte was tot niets meer in staat. De afhankelijkheid die zij door de combinatie van klachten ervoer, vond patiënte mensonterend.

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 eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken. Deze huisarts was om hem moverende redenen niet bereid om het verzoek in te willigen.

Ruim een half jaar voor overlijden heeft patiënte zichzelf aangemeld bij de Stichting Levensindekliniek. Er is een ondertekend aanmeldingsformulier aanwezig. Patiënte is lid van de NVVE.

Patiënte had ruim een maand voor het overlijden voor het eerst met de arts gesproken over euthanasie en de arts verzocht om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Dit gesprek duurde anderhalf uur. De arts bezocht patiënte voor een tweede maal bijna een maand voor overlijden. Tijdens dit gesprek herhaalde patiënte haar verzoek.

Op verzoek van de arts heeft een psychiater ongeveer een half jaar voor overlijden onderzoek gedaan naar de psychische gesteldheid van patiënte. De psychiater oordeelde dat patiënte al geruime tijd zonder medicatie stabiel functioneerde. Er waren geen aanwijzingen voor een depressieve stoornis. Bijna een maand voor overlijden vond er aanvullend telefonisch contact plaats tussen de arts en de psychiater met betrekking tot mogelijke behandelopties. De psychiater gaf aan dat er psychiatrisch geen behandeling mogelijk en nodig is.

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

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De 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 consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

In haar 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 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 patiënte had over haar 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 patiënte 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 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.