

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënt, een man van 50-60 jaar, leed al 35 jaar aan langzaam progressieve spierziekte. Uiteindelijk ging zijn toestand zodanig achteruit dat hij sterk afhankelijk was van anderen. Patiënt kampte met verlies van waardigheid, eenzaamheid en angst voor verdere aftakeling. Huisarts wilde niet ingaan op het euthanasieverzoek, waarop patiënt zich wendde tot Stichting Levensindekliniek. Ondanks somberheid was patiënt volgens behandelend psychiater wilsbekwaam. De consulent had geen bedenkingen. Arts kon tot overtuiging komen dat sprake was van vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Commissie betreurt het dat arts, huisarts en psychiater niet tot een gezamenlijke evaluatie van het beleid konden komen.**

## **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

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- formulieren Levensindekliniek, onder meer patiëntenjournaal en verslagen van de visites van de arts en verpleegkundige aan patiënt
- 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 van 50 - 60 jaar, werd ongeveer 35 jaar voor het overlijden een langzaam progressieve spierziekte vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard.

Aanvankelijk had patiënt weinig klachten en kon hij nog lopen, fietsen en werken en een wedstrijdsport beoefenen. Geleidelijk ging het steeds slechter. Dertien jaar voor de levensbeëindiging was de invaliditeit van patiënt toegenomen, doordat het spierverslies en de krachtsvermindering ook in zijn bekkengordel en bovenbenen optrad en hij zijn armen niet meer kon heffen. Hij kon zijn werk niet meer uitoefenen en werd depressief, waarna hij onder behandeling van een psychiater en revalidatiearts kwam. Een jaar later deed hij een tentamen suïcidiï, waarna een psychiatrische opname en behandeling volgden.

Ongeveer vijf jaar voor het overlijden werd hij een half jaar opgenomen in een revalidatiecentrum met het doel om hem toekomstperspectief te bieden en hem te leren om voor zichzelf te kunnen blijven zorgen. In die tijd werd bij patiënt hypertensie en COPD vastgesteld.

Patiënt meldde zich wederom bij de psychiater vanwege toegenomen depressieve klachten, waarna hij daarvoor medicamenteus werd behandeld. Intensievere behandelmethoden wees hij af.

Patiënt ging steeds verder lichamelijk achteruit en uiteindelijk waren ook zijn romp, met name zijn rug, en beenspieren ernstig verzwakt.

Tijdens een bespreking van patiënt met zijn familie, zijn huisarts, de behandelend psychiater en revalidatiearts, werd twee jaar voor het overlijden een opname in een revalidatiecentrum geadviseerd om patiënt vertrouwd te maken met het leven in een elektrische rolstoel. Patiënt weigerde dit omdat hij daar de energie niet meer voor kon opbrengen. Hij wilde niet de regie kwijt raken en nog meer afhankelijk van de zorg van anderen worden.

Het lijden van patiënt bestond uit verlies van spierkracht en de daarmee gepaard gaande toenemende verzwakking en invaliditeit. Patiënt leed onder het verlies van autonomie en waardigheid en onder de toenemende afhankelijkheid. Hij was rolstoelafhankelijk geworden en moest met een busje opgehaald worden om in een sociale werkplaats te werken. Omdat zijn rugspieren niet meer functioneerden, hing hij in de banden van zijn rolstoel. Door het vele zitten kreeg hij pijn in de bovenrug, de schouders en het zitvlak en er dreigde decubitus te ontstaan.

Ook leed hij onder eenzaamheid, het feit dat hij van zijn omgeving geen begrip kreeg voor zijn wens, de uitzichtloosheid van zijn situatie en de angst voor verder aftakeling. Patiënt ervoer geen kwaliteit van leven meer.

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

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er 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 eerder met zijn huisarts over euthanasie gesproken. Omdat zijn huisarts niet op zijn verzoek wilde ingaan, heeft patiënt zich zeven maanden voor het overlijden gemeld bij de Stichting Levensindekliniek, waarbij de arts werkzaam was. Patiënt heeft ongeveer twee maanden voor het overlijden voor het eerst contact met de arts gehad en met de arts over euthanasie gesproken.

Een week voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

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

De behandelend psychiater heeft ongeveer drie weken voor het overlijden vastgesteld dat patiënt zich volkomen bewust was van de vraag om zijn levensbeëindiging en de consequenties daarvan volledig kon afwegen. Het feit dat patiënt onverminderd somber was deed, volgens de psychiater, geen afbreuk aan zijn wilsbekwaamheid.

#### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt vierentwintig dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt 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 patiënt.

In zijn verslag kwam de 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.

Ten aanzien van het proces dat heeft geleid tot de euthanasie van patiënt wil de commissie het volgende opmerken: het is de commissie opgevallen dat de wijze waarop dit proces is uitgevoerd achteraf bezien tot wellicht onnodige complicaties heeft geleid en tot onzekerheid en onrust bij patiënt (en diens familie). Behandelaren van patiënt werden niet of onvoldoende bij het traject naar de uitvoering van de euthanasie betrokken - dan wel wensten zulks niet - en hun houding werd door de arts beschreven als vijandig.

De commissie betreurt het dat de arts, de huisarts en de psychiater niet tot een gezamenlijke evaluatie van het beleid hebben kunnen komen.

De commissie verbindt aan deze overweging geen gevolgen nu verder uit het dossier voldoende blijkt dat sprake was van een progressieve spierziekte waarbij patiënt toenemend invalideerde en waarbij bij patiënt sprake was van ondraaglijk lijden aan deze ziekte. Het is ook voor de commissie voldoende duidelijk geworden dat de arts tot de overtuiging kon komen dat patiënt écht niets meer wilde en er sprake was van ondraaglijk lijden bij patiënt.

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.