

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, leed al jaren pijn als gevolg van multiple degeneratieve afwijkingen, osteoporose en een neurogene claudicatio. Zij zag af van operatief ingrijpen. Ook kampte patiënte met eenzaamheidsklachten en traumatische ervaringen. Consulente adviseerde een psycholoog in te schakelen om een depressie uit te sluiten. Psycholoog oordeelde dat patiënte niet aan een depressie leed. Arts kon tot overtuiging komen dat sprake was van vrijwillig en weloverwogen verzoek en uitzichtloos en ondraaglijk lijden.**

## **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 hulp bij zelfdoding bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslag consulente met aanvulling

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- patiëntenjournaal Leveneindekliniek
- gespreksverslagen Leveneindekliniek
- rapportage psycholoog
- schriftelijke wilsverklaring

## **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**

Patiënte, een vrouw van 80 - 90 jaar, onderging ruim twintig jaar voor het overlijden een hernia-operatie en een aantal jaren later - na een anteroseptaal infarct - een viervoudige bypass-operatie. Sinds een aantal jaren had zij last van toenemende pijnklachten in de lage rug met uitstraling in de benen en loopstoornissen. Er was sprake van multiple degeneratieve afwijkingen en osteoporose. Een jaar voor het overlijden werden een neurogene claudicatio op basis van een processus lateralis-stenose en een lumbale kanaalstenose vastgesteld. Hiervoor werd een operatieve behandeling voorgesteld, maar patiënte zag hier gemotiveerd van af. Zij achtte het operatierisico, ook gezien haar eerdere cardiale problemen, te groot, evenals de kans op complicaties, waaronder een gehele of gedeeltelijke verlamming. Daarbij was het resultaat van de operatie voor patiënte te onzeker en zou zij andere klachten behouden, waaronder oedemen in de enkels, ernstige vermoeidheid en regelmatige steken in het hoofd. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit de moeilijk te bestrijden pijnklachten als gevolg van de problemen met haar wervelkolom. Patiënte had meermalen de pijnpoli bezocht, echter zonder resultaat. Verhoging van de pijnmedicatie gaf evenmin voldoende verlichting, maar wel meer bijwerkingen als misselijkheid en sufheid. Door de pijnklachten en de loopstoornissen was zij erg beperkt in haar mobiliteit en dagelijks functioneren. Daarnaast kampte patiënte sinds het overlijden van een naaste met toenemende eenzaamheidsklachten en kreeg zij steeds meer last van haar traumatische ervaringen. Meer sociale en psychische begeleiding wees zij af.

Patiënte ervoer haar leven als leeg en zinloos en leed onder het gebrek aan levensvreugde en perspectief. Zij was in het verleden een zeer zelfstandige vrouw geweest met een actief beroepsleven, maar nu ontbrak het haar aan energie om te proberen haar leven meer inhoud te geven. Haar lijf was "op". Patiënte ervoer de combinatie van haar pijnklachten, de leegte van haar leven en de uitzichtloosheid als ondraaglijk lijden. 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 al langere tijd een doodswens. Anderhalf jaar voor het overlijden werd deze wens sterker en heeft zij met de eigen huisarts over euthanasie gesproken. Deze arts wilde hier echter, na overleg met een SCEN-arts, geen medewerking aan verlenen, omdat hij nog behandel mogelijkheden zag. Daarop is patiënte ongeveer een jaar voor het overlijden bij de Levensindekliniek aangemeld. Ruim een half jaar voor het overlijden heeft patiënte met een verpleegkundige van de Levensindekliniek over euthanasie gesproken en hem om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Nadien heeft zij dit verzoek ook in twee gesprekken ten overstaan van de arts geuit. De arts heeft hierover contact gehad met de familie van patiënte en met haar eigen huisarts.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Hij voelde zich hierin gesteund door de bevindingen van een psycholoog, die ruim een maand voor het overlijden heeft onderzocht of patiënte aan een depressie leed. Dit was volgens de psycholoog niet het geval.

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde twee maal dezelfde onafhankelijke SCEN-arts als consulent.

De eerste keer bezocht de consulent patiënte ongeveer tweeënhalve maand 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. Hoewel patiënte op hem geen neerslachtige indruk maakte, kon hij niet helemaal uitsluiten dat aan de beslissing van patiënte om van een operatie af te zien en aan haar euthanasieverzoek een depressie ten grondslag lag. De consulent adviseerde de arts hierover uitsluitel te krijgen van een psycholoog of een geriater. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De consulent bezocht patiënte ongeveer twee weken voor het overlijden opnieuw, nadat hij door de arts was geïnformeerd over de bevindingen van voornoemde psycholoog. Hij stelde vast dat de conditie van patiënte min of meer onveranderd was, maar dat haar pijnklachten wel wat waren toegenomen. Volgens de consulent was de beslissing van patiënte om van een operatie af te zien op kennis van feiten gegrond en niet ingegeven door een depressie. In een aanvulling op zijn eerste verslag kwam de consulent mede op basis van de gesprekken met patiënte tot de conclusie dat nu 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.

## **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.

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.