

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Bij patiënte, een vrouw van 30-40 jaar, was sprake van een beschadigde persoonlijkheidsontwikkeling door ernstige traumatisering op jonge leeftijd. Er was sprake van een posttraumatische stress-stoornis, een borderline persoonlijkheidsstoornis, recidiverende depressieve episodes en suïcidepogingen. Meerdere gedwongen en vrijwillige behandelingen vonden plaats. Na opname en behandeling in het jaar voor het overlijden uitte zij haar euthanasiewens tegenover haar behandelend psychiater.**

**De arts, psychiater, nam de begeleiding over en vroeg om een second opinion van een psychiater, die oordeelde dat patiënte wilsbekwaam was. Volgens de arts was een behandeling van patiënte niet meer mogelijk. De arts consulteerde een huisarts/SCEN-arts, die concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.**

## **ORDEEL**

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 consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrief
- patiëntenjournaal

## **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 30-40 jaar, was sprake van een beschadigde persoonlijkheidsontwikkeling door ernstige en traumatisering op jonge leeftijd. Patiënte had een posttraumatische stress-stoornis, een borderline persoonlijkheidsstoornis en recidiverende depressieve episodes. Zij was niet in staat om zich zelfstandig in de maatschappij te handhaven. Patiënte had veel behandelingstrajecten doorlopen met gedwongen en vrijwillige opnames in verband met meerdere suïcide-pogingen. Zij onderging verschillende vormen van medicamenteuze behandelingen en Elektroconvulsietherapie (ECT), dit alles met een matig resultaat. Patiënte leed ondanks het ondergaan van lange en intensieve therapieën aan een ernstig negatief zelfbeeld, slaapstoornis en stemmingswisselingen. Een jaar voor het overlijden werd patiënte in verband met een persoonlijke crisis opgenomen en uitvoerig behandeld. Patiënte bleef bij haar euthanasiewens. Op verzoek van de arts vond ongeveer een maand voor het overlijden een second opinion plaats door een psychiater. De psychiater oordeelde dat de euthanasiewens van patiënte doordacht was en vond patiënte wilsbekwaam. Ook werden nog andere therapeutische wegen verkend waaronder Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT). Patiënte wilde echter niet meer behandeld worden. De arts kon zich daarmee verenigen omdat ingeschat werd dat haar persoonlijkheidsstructuur onvoldoende sterk was om een dergelijke ingrijpende behandeling (MBT) te kunnen verdragen zonder onbeheersbaar suïcidaal of depressief te worden. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit het hebben van altijd negatieve gedachten en uit het altijd negatief oordelen over haarzelf. De gedachte dat zij het leven niet waard was, het niet aan kon en dood wilde, was altijd aanwezig. In de nacht had zij nachtmerries en beleefde zij de jeugdtrauma's telkens opnieuw. Patiënte haatte het leven en dat zou naar eigen zeggen ook het geval zijn als de negatieve ervaringen uit het verleden geheel zouden verdwijnen. Zij leed onder het gebrek aan perspectief op verbetering van haar situatie. Na jarenlange behandelingen had zij nog geen verbetering van haar toestand ervaren. Zij voelde al heel lang tegenzin tegen het leven en na lange tijd vechten, wilde patiënte rust.

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 na de opname, een jaar voor het overlijden, met haar vorige behandelaar over euthanasie gesproken en een verzoek gedaan. Nadat de arts, een psychiater, de behandeling van patiënte had overgenomen voor wat betreft het euthanasietraject, had zij ook met de arts over euthanasie gesproken. Patiënte kon ondanks het besef dat zij haar familie met haar besluit veel verdriet deed, het niet opbrengen om te blijven leven.

Ongeveer vijf maanden voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Haar verzoek had zij bij ieder contact herhaald.

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

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke huisarts/SCEN-arts. De SCEN-arts bezocht patiënte twee maal.

De consulent bezocht patiënte vijftientig dagen en tweentwintig dagen 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. De consulent was van mening dat patiënte de consequenties van haar euthanasieverzoek goed overzag. Volgens de consulent waren de besproken alternatieven niet meer reëel; bij een nieuwe trauma-gerichte aanpak was er bij patiënte een grote kans op dissociatie en suïcide.

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.

### **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.