

Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Patiënte, een vrouw tussen 60 en 70 jaar, leed al jaren aan tinnitus. Zij ontwikkelde een aanpassingsstoornis met een gemengde angstige en depressieve stemming. Psychotherapie en medicatie werden gestart maar door patiënte afgebroken. Zij kon niet leren leven met haar aandoening omdat de mogelijkheid tot coping ontbrak, mogelijk als gevolg van haar persoonlijkheid, beperkte intelligentie dan wel beperkte cognitieve vermogens. Hoewel volgens een geconsulteerde psychiater er behandelmogelijkheden waren op psychiatrisch gebied, was patiënte niet in staat die te benutten. De arts kon tot de overtuiging komen dat het lijden uitzichtloos en ondraaglijk was.

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

Verslag arts

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring
- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)

De commissie heeft bij brieven van (...) de arts en de consulent uitgenodigd om een mondelinge toelichting op de melding te geven. De arts en de consulent hebben tijdens de commissievergadering van (...) mondelinge toelichting verstrekt.

Verslagen van deze toelichting zijn voor commentaar aan de arts en de consulent voorgelegd. Reacties van de arts en de consulent op de inhoud daarvan zijn in de verslagen verwerkt.

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Uit de verslaglegging van de arts en de consultant en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Patiënte een vrouw van 60-70 jaar, leed al 10 jaar aan tinnitus. Aanvankelijk was de aandoening nog te verdragen maar sinds enkele jaren namen de klachten in hevigheid toe. Patiënte kreeg last van hyperacusis en ontwikkelde daarbij psychische klachten, zoals angst voor geluid. Genezing van de tinnitus was niet mogelijk. De behandeling hiervoor was uitsluitend nog palliatief van aard.

Na een auto-intoxicatie enkele jaren eerder werd patiënte enkele dagen vrijwillig opgenomen en vervolgens enkele malen gezien door een psychiater. Bij patiënte werd een aanpassingsstoornis met gemengde angstige en depressieve stemming vastgesteld. Psychotherapie en ergotherapie waren geïndiceerd maar de motivatie tot behandeling ontbrak bij patiënte.

Na een suïcidepoging drie jaar voor het overlijden werd patiënte enkele maanden begeleid door een neuropsychiater. De diagnose diffuse angststoornis en ernstige tinnitus werd gesteld. Patiënte startte met medicatie. Zij brak psychotherapeutische behandeling echter af omdat de gesprekken voor haar geen zin hadden.

De arts heeft, daartoe geadviseerd door een onafhankelijke psychiater, patiënte een jaar voor het overlijden laten opnemen in een centrum voor doven en slechthorenden met psychische problemen. Helaas lukte het daar niet om haar coping op een zodanige manier aan te passen dat zij zou kunnen leren leven met de tinnitus. Er werd wel degelijk vooruitgang geboekt, maar patiënte zag dit niet in. Zij was niet ontvankelijk voor therapie waardoor het niet zinvol was haar langer dan zes weken te blijven behandelen. Eenmaal weer terug in huis verviel patiënte meteen in haar oude gedrag; zij ging direct in bed liggen en kwam er nauwelijks meer uit.

Het lijden van patiënte bestond uit het gevoel continu te worden belaagd met allerlei verschillende en vreselijke geluiden. Alleen slapend in bed was zij gevrijwaard van geluid. Zij kon niet douchen, geen huishoudelijke taken verrichten en kon evenmin tegen bezoek vanwege de effecten die de geluiden op haar hadden. Zij kwam de deur niet uit en was volkomen geïsoleerd geraakt van de buitenwereld.

Omdat zij ook haar eigen stem niet kon verdragen sprak zij zacht.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. De arts zag patiënte lijden terwijl zij naar haar keek en met haar sprak.

Er waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Het enige alternatief voor patiënte zou het plegen van zelfmoord zijn. Patiënte had al een paar maal een poging daartoe ondernomen. De arts was ervan overtuigd dat patiënte dit weer zou doen. Ondanks deze overtuiging voelde de arts zich niet gedwongen de euthanasie uit te voeren. Volgens de arts was euthanasie de enige uitweg voor patiënte.

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 de eigen huisarts over euthanasie gesproken. De eigen huisarts wilde niet ingaan op haar verzoek.

Veertien maanden voor de levensbeëindiging meldde patiënte zich aan bij de SLK. Acht maanden voor de levensbeëindiging bezocht de arts patiënte voor de eerste keer. Patiënte heeft de arts meteen om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts bezocht patiënte vervolgens zeven maanden, vier maanden en een maand voor de levensbeëindiging. Bij ieder contact herhaalde zij haar verzoek. Arts en patiënte hadden ook diverse malen telefonisch contact.

Op verzoek van de arts werd patiënte vijf maanden voor overlijden door een psychiater, gespecialiseerd in psychische problemen bij gehoorstoornissen, onderzocht om te beoordelen of er bij

patiënte sprake was van een depressie en om te beoordelen of er nog behandelopties voor patiënte bestonden. Volgens deze psychiater had patiënte chronische aanpassingsproblemen bij de tinnitus met angst-en stemmingsklachten en vermijdingsgedrag bij geluiden. Tevens constateerde de psychiater beperkte copingvaardigheden bij mogelijk verminderde intelligentie en/of cognitieve stoornissen. Gelet op de bevindingen van deze psychiater besloot de arts om patiënte medio (...) op te laten nemen in een GGZ centrum voor doven en slechthorenden. Ondanks de in dit centrum geboekte vooruitgang bleef bij patiënte, mede als gevolg van haar laag intelligentieniveau, de euthanasiewens op de voorgrond staan.

Op basis van alle bezoeken aan patiënte en het vernemen van resultaten van onderzoeken kwam de arts tot de conclusie dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De eerste consulent bezocht patiënte ruim drie weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Hij was van mening dat patiënte ondraaglijk leed als gevolg van de tinnitus. Omdat hij niet in bezit was van de ontslagbrief van de laatste opname in het gespecialiseerde centrum kon hij niet vaststellen dat het lijden uitzichtloos was. Wel was hij ervan overtuigd dat patiënte een vrijwillig en weloverwogen verzoek uitte. Hij achtte patiënte voldoende wilsbekwaam, maar wilde wel een nader psychiatrisch onderzoek daaromtrent.

In zijn verslag kwam de eerste consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan mits een tweede consulent zou oordelen dat het lijden uitzichtloos zou zijn en de wilsbekwaamheid van patiënte zou kunnen bevestigen.

De arts raadpleegde als tweede consulent een onafhankelijk SCEN-arts, tevens psychiater. De tweede consulent bezocht patiënte zeven dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts en de eerste consulent over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De tweede consulent gaf een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

De tweede consulent stelde vast dat patiënte wilsbekwaam was. Zij was op haar eigen niveau voldoende geïnformeerd en goed in staat te beslissen.

Volgens de tweede consulent leek het lijden van patiënte medisch psychiatrisch gezien niet uitzichtloos omdat patiënte sinds jaren elk behandelaanbod op psychologisch en psychiatrisch gebied afwees omdat dit geen positief effect zou hebben op haar klachten of omdat zij zich niet serieus genomen voelde. De persoonlijkheidskenmerken van patiënte en haar intellectuele beperkingen resulteerden echter in een onvermogen om te kunnen profiteren van psychologische of psychiatrische hulp. Volgens de tweede consulent waren de somatische behandelopties uitgeput.

De tweede consulent concludeerde op basis van het gesprek met patiënte dat de arts ervan overtuigd kon zijn dat het lijden uitzichtloos was en er geen redelijke alternatieve behandelopties voor patiënte resteerden.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek 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.

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over het gehele proces dat de arts met patiënte had doorlopen.

De commissie wilde met de arts onder meer ingaan op het dwingende karakter van patiënte en de mate van betrokkenheid van de arts bij patiënte. Verder wilde de commissie met de arts ingaan op de uitzichtloosheid van het lijden aangezien patiënte veel behandelingen vroegtijdig afbrak. Tevens wilde de commissie van de arts vernemen hoe de rapportages van de twee SCEN-artsen zich tot elkaar verhielden. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

De arts heeft - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting gegeven:

De arts verklaarde dat de casus van patiënte aan haar werd voorgelegd via de SLK met het verzoek deze nader te onderzoeken samen met een verpleegkundige.

Reeds gedurende het eerste kwartier van het eerste contact met patiënte zagen de arts en verpleegkundige patiënte lijden. In een later contact werd hen duidelijk dat patiënte al last had van het geluid van water dat in een waterkoker werd opgewarmd. De arts had bij patiënte aan de orde gesteld dat er heel veel mensen zijn die tinnitus hebben en dat de meesten van hen daarmee om kunnen gaan. De arts had in een andere casus het euthanasieverzoek van een patiënt met tinnitus afgewezen. Gedurende veel vervolcontacten met patiënte is het de arts gebleken dat er voor deze patiënte geen mogelijkheden bestonden om er mee te leren omgaan.

De arts heeft contact gezocht met de huisarts van patiënte en met diverse andere behandelaars (psychiaters). Mede op basis van de van hen verkregen informatie was het haar duidelijk geworden dat patiënte in het verleden weliswaar heel veel behandelingen heeft ondergaan, maar dat ook dikwijls verkeerde behandelingen werden ingezet. Tevens was het de arts duidelijk geworden dat patiënte behandelingen vaak wilde afbreken en dat er dan door de behandelaars niet bij haar op werd aangedrongen dat zij deze behandeling(en) nog even probeerde vol te houden.

De arts verklaarde verder dat zij omwille van haar eigen besluitvorming het nodig had gevonden patiënte door een onafhankelijke psychiater voor doven en slechthorenden te laten beoordelen. Patiënte stemde daarin toe omdat zij wist dat dit contact een harde voorwaarde was, zonder welke de arts niet bereid was om haar euthanasiewens eventueel te honoreren.

Ongeveer vijf maanden voor het overlijden had deze onafhankelijke psychiater patiënte thuis bezocht om te beoordelen of er bij haar mogelijk sprake was van een depressie en om na te gaan of er nog behandelopties voor patiënte bestonden.

Mede gelet op de bevindingen van deze psychiater heeft de arts besloten om patiënte op te laten nemen in een GGZ-centrum voor doven en slechthorenden. Tijdens het derde gesprek met patiënte heeft de arts haar dit besluit meegedeeld. Patiënte reageerde aanvankelijk met hevig protest; zij werd boos en begon te huilen. Daarop had de arts tegen patiënte gezegd dat zij er alleen op uit was om patiënte te helpen een goed leven te leiden. De arts sprak de verwachting uit dat patiënte in genoemd centrum werkelijk geholpen kon worden. De arts voelde zich weliswaar betrokken bij patiënte, maar niet té betrokken. Wanneer patiënte niet bereid zou zijn om aan de opname mee te werken, zou de arts stoppen met de beoordeling van haar euthanasieverzoek. De familie van patiënte reageerde positief op deze opnamemogelijkheid.

In het derde gesprek had patiënte beloofd dat zij haar best zou doen. De arts had van haar kant beloofd dat zij patiënte op de helft van de opnameperiode (van drie maanden) eenmaal zou bezoeken.

Zes weken na de opname van patiënte werd de arts vanuit het GGZ-centrum gebeld met het verzoek om een gesprek. Bij dit gesprek waren ook patiënte en enkele familieleden aanwezig. Het was de arts opgevallen dat patiënte er inmiddels een stuk beter uitzag. Zij bleek weer te durven douchen en deed mee aan verschillende activiteiten. Patiënte bleef echter niet in de gemeenschappelijke ruimte om te eten, maar trok zich meestal met haar bord op haar eigen kamer terug om minder last te hebben van het lawaai.

In het gesprek kwam – net als in het eerdere telefoongesprek - aan de orde dat behandelaars van het centrum vastzaten in hun behandelmogelijkheden omdat patiënte niet meer mee wilde werken. De familie reageerde berustend op dit bericht. De arts kreeg de indruk dat het aan haar was om te bepalen wat er verder moest gebeuren.

De arts verklaarde zich te distantiëren van de inhoud van het ontslagbericht van het GGZ-centrum. Daarin staat vermeld dat er nog wél behandelopties waren. De arts heeft daarop telefonisch contact gezocht met medewerkers van het centrum. Tijdens dat gesprek bleek dat behandelaars geen behandelopties meer zagen.

Zodra patiënte weer thuis was, nam zij een grote hoeveelheid oxazepam in en ging weer op bed liggen. Patiënte verviel direct in haar oude patroon en verzocht de arts om euthanasie.

De arts verklaarde er 100% van overtuigd te zijn dat patiënte zichzelf van het leven zou beroven wanneer haar euthanasieverzoek niet zou worden gehonoreerd. Zij had immers meerdere malen een suïcidepoging gedaan. De arts had zich hierdoor niet onder druk gezet gevoeld.

De arts verklaarde desgevraagd dat zij zich, voorafgaand aan de laatste opname van patiënte, georiënteerd had op eventuele andere behandelmogelijkheden, zoals die in het Universitair Medisch Centrum te Maastricht. In Maastricht worden de behandelingen poliklinisch gegeven. In dat geval zou patiënte opgenomen moeten worden in een hotel en van daaruit met een auto naar het behandelcentrum moeten rijden of gereden worden. Het behandelcentrum in Maastricht stelt diverse voorwaarden om in aanmerking te komen voor behandeling aldaar. Er wordt gewerkt met patiënten bij wie een cochleair implantaat is geplaatst. Patiënten moeten ook psychisch stabiel zijn.

Patiënten met hyperacusis, zoals bij patiënte het geval was, ervaren dat de implantaten het geluid juist versterken. Een behandeling in Maastricht viel dan ook om meerdere redenen af.

Voor wat betreft de twee geraadpleegde SCEN-consulenten lichtte de arts het volgende toe. De eerste consulent had haar telefonisch laten weten dat hij behoefte had aan een nadere beoordeling door een psychiater van de wilsbekwaamheid van patiënte en de uitzichtloosheid van haar lijden. Het ontbrak de eerste consulent aan voldoende expertise om deze aspecten in onderhavige casus goed te kunnen beoordelen. De tweede consulent, tevens psychiater, werd op verzoek van de eerste SCEN-consulent door de arts geraadpleegd.

Deze psychiater achtte patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek en was van mening dat de behandelend arts ervan overtuigd kon zijn dat het lijden van patiënte uitzichtloos was en dat er geen redelijke alternatieve behandelopties meer voor patiënte resteerden.

De arts merkte op dat zijzelf al tot de conclusie gekomen was dat er bij patiënte sprake was van uitzichtloos lijden voordat zij de bevindingen van deze consulent had gelezen.

Voor wat betreft de uitvoering lichtte de arts het volgende toe. Veel artsen geven er de voorkeur aan dat een patiënt zelf een drankje inneemt. In dit geval had de arts daarvan echter afgezien omdat patiënte opzag tegen de bittere smaak van het drankje en omdat de arts niet goed kon inschatten hoe patiënte op het drankje zou reageren gelet op haar langdurige medicijngebruik.

Rond de uitvoering waren de arts en familieleden onrustig, maar patiënte zelf was rustig.

De arts merkte tenslotte op dat zij nog helemaal achter haar besluit stond om het euthanasieverzoek van deze specifieke tinnituspatiënte te honoreren.

f. Mondelinge toelichting consulent

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over de oordeelsvorming door de SCEN-consulenten ten aanzien van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van patiënte. Tevens wilde de commissie met de consulent ingaan op de vraag hoe de twee consultatieverslagen zich tot elkaar verhielden. De commissie heeft de consulent daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

De consulent heeft - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting gegeven:

De consulent verklaarde dat hij na zijn gesprek met patiënte een concept-verslag had opgesteld en in afwachting was van het ontslagbericht van het GGZ- centrum voor doven en slechthorenden. Het was zijn bedoeling om daarna zijn verslag af te ronden. Het ontslagbericht liet echter lang op zich wachten. De tijd begon te dringen aangezien hijzelf spoedig met vakantie zou gaan.

In een overleg tussen meldend arts, consulent en collega consulent-psychiater is besloten dat de consulent zijn opdracht niet zou hoeven teruggeven, maar zijn verslag zou afronden met een voorwaardelijke conclusie. Zijn collega SCEN-consulent, tevens psychiater, zou op basis van een eigen gesprek met patiënte de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid van het lijden van patiënte beoordelen en over haar bevindingen verslag uitbrengen. Beide verslagen zouden in onderlinge samenhang gelezen moeten worden. Volgens deze afspraak is de consultatieprocedure vervolgd.

De consulent verklaarde verder dat hij - na afloop van zijn vakantie - telefonisch contact heeft gezocht met de arts om te horen of de verzochte euthanasie ook daadwerkelijk was uitgevoerd. De euthanasie bleek de dag ervoor te hebben plaats gevonden.

Voor wat betreft het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van patiënte merkte de consulent het volgende op. De consulent kon patiënte aanvankelijk niet goed verstaan. Zij sprak heel zacht omdat zij anders last had van haar eigen stemgeluid. Om haar beter te kunnen verstaan was de consulent naast haar gaan zitten. Toen hij vervolgens sprak zag hij patiënte terugdeinzen. Die reactie was niet gespeeld. Mede door deze reactie werd haar lijden voor de consulent invoelbaar.

Na zijn vakantie had de consulent kennis genomen van het ontslagbericht van het GGZ-centrum, waarin onder meer werd geconcludeerd dat patiënte geen gebruik wilde maken van een (aangepast) behandelaanbod en medewerking weigerde. De consulent lichtte toe dat het in de psychiatrie van belang is dat een patiënt 'behandelfähig' moet zijn om een behandeling te laten aanslaan. Patiënte was altijd bereid geweest om aan somatische behandelvoorstellen mee te werken. Zodra het psychiatrische behandelvoorstellen betrof, haakte patiënte af. Tinnitus betreft een somatische aandoening. Patiënte was, vanuit haar primitieve denkvermogen, alleen gericht op het geheel wegnemen van de tinnitus. Op het moment dat tot haar doordrong "ik kom er nooit meer van af", was haar lijden voor haar uitzichtloos en ondraaglijk geworden en was zij alleen nog gericht op euthanasie.

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.

Voor wat betreft het zorgvuldigheidsvereiste met betrekking tot een vrijwillig en weloverwogen verzoek, in samenhang met het vereiste van het geven van voldoende voorlichting, merkt de commissie het volgende op:

Uit de door de arts aangeleverde stukken en mondelinge toelichting is het beeld naar voren gekomen van een patiënte die cognitieve beperkingen, dan wel een verminderde intelligentie had en een angststoornis had ontwikkeld voor geluiden. Zij deed haar verzoek niet uit een opwelling. Zij was zich terdege bewust geweest van de betekenis en gevolgen van haar euthanasieverzoek en was consistent in haar verzoek. Zij stond daarbij niet onder druk van haar omgeving.

Ter verificatie van haar eigen inzichten heeft de arts een onafhankelijke psychiater geraadpleegd, onder meer om de wilsbekwaamheid van patiënte te beoordelen. Deze psychiater stelde angst- en stemmingsklachten vast met vermijdingsgedrag voor geluiden, maar constateerde geen vitale verschijnselen van een depressie. De door de arts en eerste SCEN-consulent geraadpleegde tweede consulent, tevens psychiater, twijfelde niet aan de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens.

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. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten.

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden in samenhang met het niet bestaan van redelijk andere oplossingen overweegt de commissie als volgt:

Op basis van de door de arts aangeleverde stukken en haar nadere mondelinge toelichting is komen vast te staan dat patiënte in de loop der jaren vele behandelingen aangeboden heeft gekregen. Patiënte was steeds bereid om behandelingen op het somatische vlak te ondergaan. Behandelingen gericht op het psychische, psychiatrische vlak brak zij echter regelmatig af of weigerde zij te starten.

De arts heeft een onafhankelijke psychiater geraadpleegd om naast de wilsbekwaamheid van patiënte eveneens te beoordelen of er nog alternatieve behandelmogelijkheden bestonden.

Op advies van deze psychiater heeft de arts patiënte laten onderzoeken en behandelen in een GGZ-instelling voor doven en slechthorenden.

Ook deze opname is voortijdig afgebroken. Behandelaars achtten verdere behandeling niet meer zinvol nu patiënte aan vervolgbehandelingen gericht op het beter leren omgaan met de tinnitus, niet meer wilde meewerken. De focus van patiënte lag, mogelijk als gevolg van haar persoonlijkheid, beperkte cognitieve vermogens dan wel beperkte intelligentie, geheel op het laten verdwijnen van deze aandoening, wat niet tot de mogelijkheden behoort.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts er alles aan heeft gedaan om patiënte te leren omgaan met haar tinnitus. Zij heeft patiënte immers laten onderzoeken door een onafhankelijke psychiater, heeft patiënte - na onderzoek van behandelmogelijkheden in andere centra - laten opnemen (ondanks protest van patiënte) in een GGZ-centrum voor doven en slechthorenden en heeft patiënte ook aldaar bezocht teneinde resultaten van de behandeling te bespreken.

Nu ook geraadpleegde consulenten, onder wie een psychiater, overtuigd waren van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van patiënte, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er bij patiënte sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. 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 op verzoek 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.