

**Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Samenvatting: Bij patiënte, 50-60 jaar, was sprake van een chronisch vermoeidheidssyndroom, pijn in haar gewrichten, een ernstige recidiverende depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis NAO met ontwijkende trekken. Patiënte werd zonder succes langdurig intramuraal en ambulant behandeld. Ook kreeg zij een ECT-behandeling. Kort voor het overlijden had een onafhankelijk psychiater patiënte nog onderzocht; hij constateerde dat er geen reële behandelingsopties meer waren en achtte patiënte wilsbekwaam. De arts heeft de grote behoedzaamheid betracht die nodig is bij een verzoek om euthanasie van patiënten met een psychiatrische stoornis.**

## **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:

- Dossier Stichting Levenseindekliniek (verder te noemen: SLK)
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

## 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 50-60 jaar, had sinds dertig jaar voor het overlijden een chronisch vermoeidheidssyndroom. Zij was hierdoor rolstoelgebonden geraakt en leed aan toenemende pijn in haar gewrichten. Na het overlijden van haar partner elf jaar voor haar levensbeëindiging, met wie zij een goed leven had geleid en op wie zij altijd had kunnen terugvallen, raakte patiënte zeer ernstig depressief en maakte zij periodes van conversie door. Aanvankelijk werden deze klachten geduid als gestoorde rouw. Later werd vastgesteld dat patiënte een dissociatieve stoornis had waardoor zij tot dissociatie en conversie neigde als moeilijke gevoelens naar boven kwamen of als zij wanhopig was. Patiënte had een ernstige recidiverende depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis NAO met ontwijkende trekken. Haar behandelaars achtten het hoogstwaarschijnlijk dat patiënte als kind was getraumatiseerd. Zij werd langdurig behandeld. Zo werd zij diverse malen opgenomen in een GGZ-instelling, verbleef zij in een herstellingsoord, werd zij langdurig ambulante behandeld en begeleid en werd zij tevens uitgebreid medicamenteus behandeld door haar psychiater. Twee jaar voor het overlijden was een langdurige opname in een GGZ-instelling noodzakelijk in verband met ernstige depressieve klachten. Patiënte werd daar, zonder resultaat, behandeld met elektroconvulsietherapie. Alle ingezette behandelingen hadden niet kunnen bewerkstelligen dat patiënte contact kon voelen met anderen, terwijl haar behoefte ernaar intens was.

In het jaar voor het overlijden werd zij onderzocht door een cardioloog, reumatoloog en neuroloog om een somatische oorzaak van haar klachten uit te sluiten. De onderzoeken toonden geen lichamelijke afwijkingen aan.

In de loop van dat jaar nam de somberheid van patiënte weer toe. Zij beseftte dat er geen zicht was op verbetering van haar situatie, ging zichzelf beschadigen en dacht steeds meer na over zelfdoding. Patiënte werd ambulante wekelijks begeleid. Zij had elke week contact met haar psychiater, volgde psychomotore- en creatieve therapie en VERS-training (Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis). Ongeveer eenmaal per maand werd patiënte voor een korte periode opgenomen in verband met haar wanhoop met suïcidale gedachten. De vele, diverse behandelingen die patiënte jarenlang had ondergaan verbeterden haar toestand niet, maar verslechterden deze juist door toegenomen inzicht en afbraak van beschermende factoren: door minder te dissociëren was patiënte meer gaan voelen, waardoor haar depressieve gevoelens toenamen.

De mogelijkheid om niet meer zelfstandig maar in een andere woonvorm te wonen, bleek geen optie omdat patiënte ook tijdens opnames (dus in gezelschap van anderen) de diepe wanhoop die haar voortdurend overspoelde, bleef ervaren.

Vijf weken voor het overlijden had een onafhankelijke psychiater, op verzoek van de behandelend psychiater, patiënte onderzocht om te beoordelen of er nog behandelalternatieven voorhanden waren. De onafhankelijke psychiater zag geen behandelalternatieven waar patiënte nog profijt van zou kunnen hebben. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Patiënte kwam opgewekt over en kon haar eigen gevoelens goed verbergen. Haar opgewektheid presenteerde zij niet bewust, maar leek een tweede natuur voor haar te zijn. Onder deze opgewektheid ging echter diepe wanhoop verscholen, die zij af en toe kon tonen. Vaak dissocieerde zij echter waardoor zij niet meer in staat was haar gevoelens te laten zien.

Alles was loodzwaar en erg vermoeiend voor patiënte. Zij leed onder haar somatische klachten; maar haar lijden werd vooral bepaald door haar geestelijk lijden. Patiënte zorgde voor haar huis, haar eten en probeerde haar hele dag te vullen met activiteiten, “zodat zij maar niets hoefde te voelen”. Zij voelde zich echter nooit blij, kon nergens van genieten, maar bleef maar voortgaan om haar wanhoop zo weinig mogelijk te ervaren. Patiënte leed onder het gevoel dat zij er niet toe deed. Zij had het idee steeds voor anderen te moeten zorgen, te moeten glimlachen en zeggen dat het goed ging en te moeten zwijgen over haar eigen behoeften en nood. Zij leed onder de zinloosheid van haar bestaan, het gebrek aan zicht op een toekomst en het voortdurende gevoel zich in een zwart gat te bevinden. Omdat zij niet in staat was binding te kunnen maken of te voelen met een ander, ervoer zij diepe wanhoop en

eenzaamheid.

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 en behandelend psychiater over euthanasie gesproken. Het was voor de behandelend psychiater en de huisarts, om hen moverende redenen, niet mogelijk patiënte te begeleiden. De behandelend psychiater had patiënte verwezen naar de Stichting Levensindekliniek (SLK).

Vier maanden voor het overlijden, tijdens haar eerste gesprek met de arts, heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij had haar verzoek in de zes daarop volgende gesprekken herhaald.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, hetgeen was bevestigd door een onafhankelijke psychiater die, ongeveer vijf weken voor het overlijden, patiënte op verzoek van haar behandelend psychiater had onderzocht. Hij had geconcludeerd dat patiënte ten aanzien van haar verzoek wilsbekwaam was.

#### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte ongeveer 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. Zij meende dat patiënte wilsbekwaam was. Er waren geen tekenen van cognitieve problemen, waanideeën of een blijvende conversietoestand.

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 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.

De commissie overweegt dat bij een verzoek om euthanasie van patiënten met een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met dit verzoek. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan. De arts heeft immers bij het maken van haar afweging aangaande het euthanasieverzoek, behalve het oordeel van de onafhankelijke SCEN-arts, ook dat van een geconsulteerde onafhankelijke psychiater betrokken, die zich uitsprak over de wilsbekwaamheid van patiënte en die concludeerde dat er geen relevante behandelopties meer waren. Patiënte was in staat om de gevolgen van haar verzoek te overzien, haar wens was consistent en al langere tijd aanwezig. Door de consulent werd de arts bevestigd in het oordeel dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan en dat met name na een lange periode met een ernstige

recidiverende depressie en een persoonlijkheidsstoornis NAO het lijden van patiënte uitzichtloos was, dat haar wens al lange tijd bestond en weloverwogen was en dat er voor haar geen reële alternatieven meer waren.

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 haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de hulp bij zelfdoding 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.