

**Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Samenvatting: Patiënt leed aan bronchiale hyperactiviteit, spastische dysfonie en vocal cord dysfunction, als gevolg waarvan hij voortdurend kortademig was.**

**Daarnaast kampte hij met chronische therapieresistente hoofdpijn. Patiënt onderging diverse behandelingen en revalidatietrajecten inclusief psychologische ondersteuning, echter zonder resultaat.**

**De arts lichtte het verloop van het euthanasietraject mondeling toe aan de commissie en ging daarbij onder meer in op de ondraaglijkheid voor patiënt van het lijden als gevolg van klachten als heesheid, benauwdheid en hoofdpijn. De commissie concludeerde dat de arts voldoende oog had gehad voor een eventuele psychiatrische component in de vorm van somatisatie van de klachten.**

## ORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

van:

(...), huisarts

verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werd:

(...), andere medisch specialist, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de consulent

### 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
- patiëntenjournaal
- 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**

Bij patiënt, een man van 50-60 jaar, werd dertien jaar voor het overlijden bronchiale hyperactiviteit vastgesteld. Patiënt werd uitgebreid behandeld door een longarts en werd ook diverse keren opgenomen. Ruim tien jaar voor het overlijden werden vervolgens de diagnoses spastische dysfonie en vocal cord dysfunction gesteld. Ook hiervoor onderging patiënt diverse behandelingen.

Als gevolg van de aandoeningen was patiënt continu dyspnoisch. Daarnaast had hij sinds vier jaar voor het overlijden last van chronische therapieresistente hoofdpijn.

Vier jaar voor het overlijden en twee jaar voor het overlijden had patiënt nog intensieve revalidatietrajecten doorlopen waarbij ook psychologische ondersteuning werd verleend. Geen enkele behandeling bracht echter een verlichting van de klachten.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënt bestond uit continue hevige dyspnoe, hoofdpijn en vermoeidheid.

Hij leed onder de toenemende afhankelijkheid en hij raakte door de beperking van zijn actieradius steeds meer in een sociaal isolement.

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

Er waren 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 de arts over euthanasie gesproken. Enkele maanden voor de levensbeëindiging werd zijn wens steeds concreter.

Patiënt werd onderzocht en begeleid door een psychologe die was verbonden aan de huisartsenpraktijk. Zij stelde vast dat er geen sprake was van een depressie.

Drie weken 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.

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt tweemaal. De eerste keer een half jaar voor de levensbeëindiging en de tweede keer drie weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënt 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 patiënt.

Tijdens het eerste bezoek gaf patiënt aan nog een aantal dingen te willen regelen. Zijn verzoek was nog niet concreet. Wel stelde de consulent vast dat aan alle andere zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zij sprak af dat zij patiënt opnieuw zou bezoeken als zijn verzoek concreet zou zijn.

Drie weken voor de levensbeëindiging bezocht de consulent patiënt opnieuw. Zijn fysieke toestand was verder verslechterd. Patiënt uitte nu wel een concreet verzoek.

In haar 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 KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

#### **e. Nadere mondelinge toelichting van de arts**

Verslag van de nadere mondelinge toelichting door de arts gegeven op de commissievergadering van (...).

Het was de commissie opgevallen dat patiënt een half jaar voor het overlijden al een verzoek om euthanasie uitte terwijl hij pas in (...) uitvoering van de levensbeëindiging wenste, hetgeen ook zo is geschied. De commissie wilde graag dat de arts het verloop van dit traject nader toe zou lichten.

Het was de commissie op grond van de verslaglegging onvoldoende duidelijk geworden waarom het lijden voor patiënt als gevolg van de klachten als heesheid, benauwdheid en hoofdpijn, veroorzaakt door bronchiale klachten en spastische dysfonie, zo ondraaglijk en uitzichtloos was dat euthanasie de enige oplossing was voor patiënt. Daarbij was de vraag gerezen of somatisatie van psychische klachten misschien een rol speelde bij het lijden.

De arts werd uitgenodigd om een nadere mondelinge toelichting te komen geven.

De arts gaf de volgende –zakelijk weergegeven- mondelinge toelichting.

Patiënt had al ruim twee jaar voor het overlijden na de zoveelste behandeling voor het eerst om euthanasie gevraagd. Een half jaar voor het overlijden namen de arts en patiënt samen het besluit om de euthanasieprocedure serieus door te zetten. Patiënt had last van somberheidsklachten en daarom werd de psychologe, die in de praktijk van de arts werkzaam is, gevraagd om dit nader te onderzoeken. De arts zou bij de diagnose depressie of een andere psychiatrische aandoening niet zijn meegegaan in het verzoek van patiënt. De psychologe kwam tot de conclusie dat patiënt niet leed aan een depressie maar dat hij reactief somber was. Voor de arts betekende dit nog geen vrijbrief om door te gaan. De arts had de SCEN-arts die hij als consulent raadpleegde, expliciet gevraagd om de wilsbekwaamheid van patiënt te beoordelen. Daarnaast was uiteraard de reden van consultatie om te verifiëren of aan alle zorgvuldigheidscriteria was voldaan en/of er nog aanbevelingen waren alvorens het euthanasietraject te continueren dan wel te staken. De consulent bezocht patiënt twee maal en kwam beide keren tot de conclusie dat patiënt niet depressief was maar volkomen wilsbekwaam.

De consulent was uiteindelijk na haar tweede bezoek, zonder voorbehoud van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Patiënt wilde na het eerste bezoek van de consulent nog tijd hebben om zijn taken als vader en echtgenoot te volbrengen. Daarnaast wilde hij zijn 'levenswerk' (vrijwilligerswerk bij een club) afmaken. Dit lukte hem wel maar kostte hem bovenmatig veel moeite. Patiënt wilde ook zijn afscheid van zijn gezin en vrienden heel goed voorbereiden.

De arts vond de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt heel invoelbaar. De situatie van patiënt verslechterde ook steeds meer.

De arts wilde niet voor zijn verantwoordelijkheid weglopen maar vond het een lastig traject omdat patiënt niet terminaal was. De arts en de praktijkpsychologe hebben door het voeren van gesprekken ook veel aandacht besteed aan het gezin van patiënt.

Desgevraagd vertelde de arts wat meer over de persoonlijkheid van patiënt.

Patiënt had een groot verantwoordelijkheidsgevoel; hij legde de lat voor zichzelf hoog.

De arts had zeker nagedacht of er sprake was van somatoforme klachten bij patiënt maar daarvoor waren geen aanwijzingen; patiënt was een heel reële man. In de loop der jaren was patiënt meerdere malen psychisch onderzocht (tijdens of na longrevalidatie) zonder dat er bijzonderheden werden geconstateerd. Dit was ook het geval een jaar voor het overlijden; psychotherapeutisch onderzoek door een onafhankelijke psycholoog leverde geen aanwijzing op voor psychiatrische problematiek.

De arts zelf heeft nooit aan echte psychiatrische problematiek gedacht bij deze patiënt. Diens voorgeschiedenis gaf daar ook geen enkele aanleiding toe.

### **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 nadere mondelinge toelichting van de arts maakte duidelijk dat hij voldoende oog had gehad voor een eventuele psychiatrische component in de vorm van somatisering van de klachten, bij het lijden van patiënt. Patiënt was in de loop van de tijd, in het kader van longrevalidatie, meerdere keren door deskundigen onderzocht; allen kwamen tot de conclusie dat er geen sprake was van depressie of een andere psychiatrische aandoening. De arts zelf had nooit getwijfeld aan de psychische stabiliteit van patiënt. De arts heeft tevens voldoende duidelijk gemaakt hoe het euthanasietraject in elkaar stak. De commissie concludeerde dat de arts, terwijl hij respectvol met de wensen van patiënt omging, met grote zorgvuldigheid te werk is gegaan.

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 haar 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.