

**Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Inhoudsindicatie: patiënte met een lichte verstandelijke beperking, bij wie al dertig jaar psychiatrische problematiek aanwezig was en die daarnaast de laatste jaren aan COPD GOLD IV leed. Er zijn twee onafhankelijke psychiaters geraadpleegd. Mede op grond van hun conclusies kon de arts tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden.**

**Zorgvuldigheidseisen: vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden**

**Aandachtspunt: combinatie van somatiek en psychiatrie bij een patiënte met een lichte verstandelijke beperking**

## OOORDEEL

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

van:

(...), klinisch geriater, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek  
verder te noemen: de arts

bij:

(...)  
verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werd:

(...), huisarts, 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 patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensidekliniek (verder te noemen SLK)
- 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 patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, was zowel sprake van somatische als psychiatrische problematiek. Sinds twee jaar voor het overlijden leed zij aan COPD, inmiddels Gold 4. De longarts was van mening dat de toestand van patiënte uitzichtloos was en dat er geen reële mogelijkheden tot palliatie waren. Opioïden leken niet te werken en zuurstoftherapie kon niet worden voorgeschreven bij het rookgedrag van patiënte. Sinds vier jaar voor het overlijden leed zij aan gonarthrose en osteoporose.

Patiënte kampte sinds dertig jaar tevens met chronische schizofrenie en een moeizame levensloop die gekenmerkt werd door veel psychosociale problematiek en (psycho)traumata. Er was sprake van PTSS. Zij had een lichte verstandelijke beperking. Patiënte was vroeger tweemaal opgenomen geweest, maar had verder geen therapie voor haar psychische problemen gevolgd. Zij stond wel onder controle van de huisarts en kreeg maandelijks antipsychotische middelen toegediend. Een onafhankelijke psychiater, die patiënte een jaar voor het overlijden beoordeelde in het kader van haar euthanasiewens, was van oordeel dat er nog mogelijkheden voor behandeling waren zoals slaapmedicatie of antidepressiva. Deze behandelmogelijkheden werden echter door patiënte afgewezen. Omdat de betreffende psychiater van oordeel was dat er nog behandelperspectief was voor patiënte, heeft de arts een tweede onafhankelijke psychiater gevraagd patiënte te herbeoordelen. Deze psychiater, die patiënte tweeënhalve maand voor haar overlijden heeft gezien, was van oordeel dat er voor de massale diffuse en goeddeels niet uitgesproken psychiatrische problematiek geen adequate oude of nieuwe behandelmethode voorhanden waren. Patiënte gaf zelf aan dat zij absoluut niet gemotiveerd was om aan haar PTSS te werken, uit angst om haar trauma's te moeten herbeleven. Patiënte leefde alleen en werd begeleid vanuit de GGZ door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

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

Door de COPD was patiënte benauwd, ernstig uitgeput en cachectisch. Door haar slapte had zij de neiging te vallen wat zij eng vond. Patiënte wilde niets breken. Zij had continu het gevoel dat zij moest plassen en zij was incontinent, waar zij zich voor schaamde. Ook kampte zij met gordelroos.

Als gevolg van de gonarthrose en osteoporose had patiënte chronisch pijn die therapieresistent was.

Ook was zij in haar bewegingsvrijheid beperkt. Patiënte was een natuurmens en ging het liefst naar buiten, maar dat ging niet meer. Zij was bijna aan bed gekluisterd en kon nauwelijks meer lopen.

Door het liggen ontstonden er doorligplekken. Patiënte leed niet alleen onder haar lichamelijke situatie, maar tevens onder de psychiatrische problematiek waar zij mee kampte. Door de toename van haar lichamelijke problemen ervoer zij geen draagkracht meer. Het lukte haar steeds minder om haar traumatische verleden te ontlopen. Patiënte moest er steeds aan denken en vond dit vreselijk. Zij had last van nachtmerries en medicatie om haar nachtrust te verbeteren, werkte onvoldoende.

Ophoging van de medicatie wilde zij niet, omdat zij niet als een 'zombie' rond wilde lopen. En zij voorvoelde dat met praten en langdurige contacten met de psychiatrie het lijden alleen maar erger zou worden. Patiënte, die altijd sterk was geweest, was nu op en wilde niets meer. Zij 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 een al langer bestaande euthanasiewens. Haar huisarts had echter moeite met de wijze waarop patiënte haar wens uitte en zich gedroeg. De psychiater die patiënte een jaar voor het overlijden had beoordeeld, had in zijn rapportage aangegeven dat patiënte hem had kunnen overtuigen van haar doodswens, maar niet van de consistentie van deze wens. Patiënte leek hem wél wilsbekwaam.

Een jaar voor het overlijden heeft patiënte zich aangemeld bij de SLK. Om onduidelijke reden is daar vertraging ontstaan in de behandeling van haar aanvraag. Ruim vier maanden voor het overlijden heeft de arts voor het eerst een bezoek aan patiënte gebracht waarbij zij direct haar euthanasiewens kenbaar heeft gemaakt en om uitvoering op de kortst mogelijke termijn heeft verzocht. Nadien heeft zij in alle daarop volgende gesprekken met de arts haar verzoek herhaald. De arts heeft patiënte in totaal vijfmaal bezocht, samen met een verpleegkundige van de SLK.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook de door de arts geraadpleegde psychiater was van oordeel dat er sprake was van een consistent, op het beperkte niveau van patiënte toch goed doordacht, euthanasieverzoek.

#### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte vijf weken 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. Hij was van oordeel dat er sprake was van een uitzichtloze psychische en somatische situatie waar geen reële behandelopties meer voor waren. Volgens de consulent was er geen verder herstel meer te verwachten. Er was volgens hem sprake van een wilsbekwaam, vrijwillig en weloverwogen verzoek.

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 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.

### **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.

Ten aanzien van de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van het verzoek van patiënte overweegt de commissie het volgende. Patiënte had een lichte verstandelijke beperking maar gaf er blijk van goed te beseffen waar ze om vroeg. Er was sprake van een consistent, op haar beperkte niveau toch goed doordacht euthanasieverzoek. De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte.

Ten aanzien van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden overweegt de commissie het volgende. Het is evident dat patiënte kampte met meerdere ernstige, progressieve en niet te behandelen somatische aandoeningen. Voor de massale diffuse en merendeels niet uitgesproken psychiatrische problematiek waren geen adequate oude of nieuwe behandelmethoden voorhanden. Patiënte had beperkte copingmogelijkheden en had eventuele theoretisch mogelijke psychiatrische behandelingsmethoden gemotiveerd afgewezen. Zij was voldoende gesteund en structurerend begeleid en was in deze zin uitbehandeld. De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was 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 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.