

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënte, 60-70 jaar, is sprake van lichamelijke en psychische problematiek. Patiënte heeft een hersentumor en is blind geworden. In de jaren voor het overlijden heeft patiënte enkele malen korte tijd paranoïde waanachtige ideeën met een wisselend intacte realiteitstoetsing. Zij komt hiervoor onder behandeling van de arts, psychiater. Patiënte wordt ingesteld op antipsychotica met goed resultaat.

De arts, zelf psychiater, raadpleegt twee consulenten. De eerste consulent, psychiater, wordt gevraagd te beoordelen of er nog behandelmogelijkheden voor patiënte zijn. Na contact met verschillende deskundigen concludeert hij dat er geen reële behandelperspectieven zijn en dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De tweede consulent, neuroloog en SCEN-arts, oordeelt dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van hulp bij zelfdoding

(...)

1. PROCEDURE

De commissie 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

Formulier arts

Verslag arts

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- schriftelijke euthanasieverklaring

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

Patiënte, een vrouw tussen 60 en 70 jaar, was sinds haar jeugd bekend met een cerebellaire astrocytoma. Zij werd hieraan geopereerd en sinds deze operatie was zij blind. Vierentwintig jaar geleden was sprake van een recidief, zij werd opnieuw geopereerd. Twee en een half jaar voor het overlijden was opnieuw sprake van een recidief. Zij werd ook nu geopereerd. Volgens de neurochirurg was er een reële kans op nieuwe groei en daarmee noodzaak tot opnieuw operatief ingrijpen. Als gevolg van de operaties was sprake van een progressieve cognitieve achteruitgang in het geheugen en de concentratie van patiënte.

Vijftien jaar geleden onderging patiënte een urethrotomie. Als gevolg van deze ingreep ontwikkelde patiënte incontinentieklachten. Zij werd in verband met deze klachten steeds meer onzeker in haar zelfzorg en zij was obsessief bezig met haar hygiëne. Patiënte werd toenemend angstig om langere tijd alleen te zijn, iets wat voorheen voor haar nooit een probleem was geweest.

In de loop van de jaren voor het overlijden heeft patiënte enkele malen korte tijd paranoïde waanachtige ideeën gehad met een wisselend intacte realiteitstoetsing. Ongeveer twee jaar voor het overlijden kwam patiënte in verband hiermee in behandeling bij de arts. Daarna had patiënte nog enige tijd stemmingsklachten in het kader van een depressieve stoornis. Patiënte werd ingesteld op antipsychotica met goed resultaat. Er was één maal een recidief ten gevolge van medicatiederving. Conform de richtlijn depressiebehandeling schreef de arts verschillende antidepressiva voor om de stemming en de angstige obsessieve onzekerheid van patiënte te beïnvloeden. Hierop werd patiënte rustiger, minder paniekerig en minder claimend in contact en kon zij beter rekening houden met gedachten en gevoelens van anderen. Gespreksbehandelingen wees patiënte af. Zij zag er tegen op om alles te bespreken met weer iemand anders, zij was altijd gesloten geweest en erop gericht om haar problemen zelf te dragen. Zij was bang dat gesprekken haar te zwaar zouden belasten en dat zij deze niet goed zou kunnen volgen.

Er werd neuropsychologisch onderzoek verricht om de cognitieve achteruitgang van patiënte nader te objectiveren en om advies over eventuele behandelmogelijkheden te verkrijgen. In vergelijking met een eerder onderzoek was er sprake van cognitieve achteruitgang. Het advies was om bij de behandeling of begeleiding rekening te houden met de vooral verbale geheugenstoornissen die een belemmerende rol zouden kunnen spelen.

Uiteindelijk was patiënte volledig afhankelijk van de zorg van anderen. Met haar werd gesproken over een andere woonsituatie met meer verzorging. Zij kreeg een verpleeghuisindicatie. Patiënte stond ambivalent ten opzichte van verhuizen, maar zij werkte wel mee door actief verschillende mogelijke tehuizen te bezoeken. Bij verschillende tehuizen werd zij echter afgewezen omdat zij te jong was, omdat zij blind was of omdat gevreesd werd voor problematisch gedrag van patiënte. Patiënte stelde zich uiteindelijk coöperatief op bij de afspraken rond intensievere thuiszorg en hulp met dagbesteding. De psychische toestand van patiënte verbeterde in het jaar voor het overlijden. Zij was stabiel geworden en minder claimend in haar gedrag.

Patiënte ervoer met name haar blindheid als een grote last. Met het verlies van de mogelijkheid om braille te lezen en gesproken boeken of tv-programma's te volgen werden haar dagen eenzamer en leger. Nadat een familielid waarmee patiënte intensief contact had zich een jaar voor het overlijden suïcideerde werd het leven van patiënte nog leger. Zij realiseerde zich goed dat haar blindheid niet zou verdwijnen, dat er kans was op nieuwe tumorgroei en verdere achteruitgang. Ze ervoer het leven als afschuwelijk. Alle hulp maakte geen verschil voor wat betreft de wijze waarop patiënte haar dagelijkse leven ervoer en de wens van patiënte om te mogen sterven door middel van euthanasie bleef onverminderd aanwezig.

Er was geen uitzicht op verbetering van het functioneren van patiënte. Zij zou in toenemende mate afhankelijk blijven van de zorg van anderen. Patiënte leed onder angst en het obsessief bezig zijn met haar hygiëne. Elke dag en elk uur van de dag ging de twijfel daarover door haar hoofd. Herhaalde afwijzingen door verschillende tehuizen brachten nieuwe vertwijfeling en machteloosheid. Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er 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 de arts over euthanasie gesproken. Nadat een familielid zich had gesuïcideerd, een jaar voor het overlijden, voelde patiënte zich vrij om aan de arts expliciet om hulp bij zelfdoding. De arts heeft in meerdere gesprekken met patiënte en haar familie hierover gesproken. In elk gesprek vroeg patiënte om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging.

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

c. Consultatie

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke psychiater om te onderzoeken of er nog behandelstappen te zetten waren waarvan redelijkerwijs te verwachten was dat zij de kwaliteit van leven voor patiënte zouden kunnen verbeteren en haar wens om te sterven zouden kunnen beïnvloeden. De arts raadpleegde vervolgens als tweede consulent een onafhankelijke neuroloog, tevens SCEN-arts. De eerste consulent bezocht patiënte ongeveer twee maanden voor de levensbeëindiging. De tweede consulent bezocht patiënte een maand voor het levensbeëindiging. De arts heeft beide consulenten over patiënte geïnformeerd en inzage gegeven in de relevante medische documentatie.

De consulenten gaven in hun verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

Volgens het verslag van de eerste consulent is hem gevraagd of er nog behandelmogelijkheden voor patiënte waren. De eerste consulent nam in het kader van de inventarisatie van behandelmogelijkheden contact op met verschillende deskundigen, onder andere op het gebied van elektroshock therapie en rouwtherapie. Hij concludeerde dat er geen reële behandelprospectieven waren. De afhankelijkheid, ontluistering, eenzaamheid en het verlies van toekomstperspectief zouden hiermee niet verdwijnen. Ook de verder gaande cognitieve achteruitgang kon hiermee niet behandeld worden.

Volgens de eerste consulent was het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

Volgens het verslag van de tweede consulent trof hij patiënte in haar woning aan. Zij maakte op hem een adequate indruk. Gegevens en data die met haar ziekte te maken hadden, wist zij goed. Patiënte was goed georiënteerd en toonde een enkele keer haar emotie. Op de consulent maakte zij geen depressieve indruk. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënte vooral bepaald door de afhankelijkheid, de ontluistering, het verlies van toekomstperspectief en de reële kans op cognitieve verslechtering.

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 Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp.

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.