

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënt, een man van 30-40 jaar, werd in zijn jeugd een autistische stoornis vastgesteld. Hij was verwaarloosd en mishandeld en vanaf jonge leeftijd had hij meerdere pogingen tot zelfdoding gedaan. De behandelend psychiater wilde niet ingaan op zijn euthanasiewens en vroeg de arts, collega psychiater, de begeleiding van patiënt over te nemen. De arts achtte patiënt wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. Er vond nog een behandeling plaats en een onafhankelijke psychiater werd om een second opinion gevraagd. Deze concludeerde dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. De geconsulteerde huisarts/SCEN-arts concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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 patiënt. De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Verslag second opinion psychiater

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 30-40 jaar, werd meer dan twintig jaar geleden een autisme spectrum stoornis (syndroom van Asperger) vastgesteld. Deze aandoening is niet te genezen. In zijn vroege jeugd was patiënt tevens verwaarloosd en mishandeld. Al op jonge leeftijd had hij een poging tot zelfdoding gedaan. Later had hij meerdere pogingen ondernomen. Patiënt werd uitgebreid medicamenteus behandeld en kreeg ondersteunende begeleiding.

Toen patiënt drie jaar voor het overlijden zijn toenmalige behandelaar verzocht om levensbeëindiging, had deze een beroep gedaan op de expertise van een centrum voor autisme. Aan de behandeling die daarna werd ingezet, werkte patiënt gemotiveerd mee. Toen de motivatie voor zijn behandeling wegviel en patiënt zich voornam zichzelf te doden, werd een afdeling van een GGZ-instelling om ondersteuning bij het verzoek om euthanasie gevraagd. De behandelend psychiater van de GGZ-instelling wilde het traject niet begeleiden, omdat hij vond dat de situatie van patiënt niet uitzichtloos was en er nog behandelalternatieven voorhanden waren. Bovendien had hij gewetensbezwaren met betrekking tot levensbeëindiging bij psychiatrische patiënten.

Ongeveer anderhalf jaar voor het overlijden vroeg de behandelend psychiater, de arts, eveneens psychiater, de begeleiding van het euthanasie-traject over te nemen. De arts vond het verzoek van patiënt reëel en achtte patiënt ten aanzien van diens verzoek wilsbekwaam. Na overleg met de begeleider van patiënt bij het centrum voor autisme, werd met patiënt afgesproken dat hij gedurende een jaar medicamenteus zou worden behandeld, passende psychosociale begeleiding zou krijgen, indien mogelijk in een specifieke beschermde woonvorm zou worden opgenomen en de regie voor de behandeling uit handen zou geven via een BOPZ-maatregel. Opname in de specifieke beschermde woonvorm bleek echter niet eenvoudig en daarbij verslechterde de toestand van patiënt dermate dat ongeveer een jaar voor het overlijden een gedwongen opname in een GGZ-instelling noodzakelijk was. Met patiënt werd afgesproken dat hij zich aan bepaalde behandelvoorwaarden moest houden (zoals bijvoorbeeld herstel van de relatie met zijn behandelaren en familie), wilde hij medewerking van de arts, de andere begeleiders en behandelaren krijgen bij zijn euthanasie-traject.

In de maand voor het overlijden vroeg de arts een onafhankelijk psychiater om een second opinion met betrekking tot de behandeling van patiënt. Deze psychiater kwam na onderzoek tot de conclusie dat er genoeg behandel- en begeleidingsinterventies waren geprobeerd om te concluderen dat patiënt hiervan weinig tot geen verbetering van zijn klachten had ervaren. Tevens meende de psychiater dat er geen sprake was van een andere As 1 stoornis die behandeling zou behoeven. Zij vond dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, veroorzaakt door een autisme spectrum stoornis en concludeerde dat zijn euthanasiewens in behandeling zou moeten worden genomen.

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

Het lijden van patiënt bestond uit het voortdurend op vele en verschillende niveaus in zijn hoofd bezig zijn met gedachten en het zich niet kunnen afsluiten voor prikkels of gedachten-lijnen. Hij vond dat uitputtend. Hij wilde graag zijn gedachten uitzetten en rust hebben. Patiënt leed onder het feit dat hij grote behoefte had aan de nabijheid van anderen, terwijl hij lang durende sociale contacten niet kon volhouden. Dit kwam doordat hij interacties verkeerd inschatte en de neiging had tot grensoverschrijdend gedrag. Hij kon spontaan en heftig, soms wel extreem, op zaken reageren. Dit leidde vaak tot problemen. Patiënt kon echter niet leren van deze ervaringen. Hij was gefrustreerd door zijn 'verboden' gevoelens, zoals verlangen naar seksuele intimiteit. Hij leed onder zijn onophoudelijke hunkering naar betekenisvolle relaties en zijn terugkerende frustratie op dit gebied door zijn onvermogen adequaat met nabijheid en sociale contacten om te gaan. Zijn beschadigde ontwikkeling en de daaruit voortvloeiende geringe frustratie-tolerantie en gebrek aan basaal veiligheidsgevoel, droegen bij aan zijn verminderde capaciteit om te leren met de beperkingen van zijn ziekte om te gaan. 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 een toenmalig behandelaar en de arts over levensbeëindiging gesproken. Ongeveer twee maanden voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij heeft zijn verzoek daarna meerdere keren herhaald. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, hetgeen was bevestigd door de second opinion psychiater die ongeveer een maand voor het overlijden tweemaal met patiënt had gesproken.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke huisarts/SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt ongeveer anderhalve week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt 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 patiënt. In zijn 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.

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 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 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.