

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt, een man van 50–60 jaar, kreeg twintig jaar voor het overlijden klachten die toen werden geduid als een burn-out. Hij kwam onder psychiatrische behandeling te staan voor recidiverende depressieve klachten. Vijf jaar voor het overlijden maakte patiënt een CVA door en bleek dat er eerdere infarcten waren geweest. De klachten van patiënt werden hier alsnog aan toegeschreven. Patiënt had door de infarcten een scala aan cognitieve problemen. Hij leed onder vermoeidheid en beperkingen. Ook kampte patiënt met een sombere stemming, een slechte visus en zijn toenemende afhankelijkheid. De behandelend psychiater en de eigen huisarts wilden geen medewerking verlenen aan euthanasie. Daarop wendde patiënt zich tot de Stichting Levenseindekliniek. Een geraadpleegde psychiater concludeerde dat er geen sprake was van een depressie in enge zin en dat patiënt wilsbekwaam was.

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

Verslag arts

Verslag consultant

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levenseindekliniek
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal (huisarts)
- 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

Patiënt, een man van 50 – 60 jaar, kreeg ruim twintig jaar voor het overlijden tijdens zijn werkzaamheden hoofdpijn. Hij heeft sindsdien zijn werkzaamheden niet meer kunnen hervatten. Destijds werd dit accident geduid als een burn-out. In verband met aanhoudende klachten van moeheid en geheugenverlies werd patiënt verwezen naar een psychiater. Vanaf twintig jaar voor het overlijden heeft patiënt onder psychiatrische behandeling gestaan voor recidiverende depressieve klachten. Vijf jaar voor het overlijden deed zich een CVA voor. Neurologische diagnostiek maakte duidelijk dat er sprake was van forse infarcten in de rechter hemisfeer. Daarbij werd ook aan het licht gebracht dat zich eerdere infarcten hadden voorgedaan. De klachten die ruim twintig jaar voor het overlijden als burn-out werden geduid, bleken retrospectief te berusten op eerdere infarctering. Op basis van deze bevindingen werd neuropsychologische diagnostiek ingezet en vond begeleiding bij cognitieve revalidatie plaats. Er bleek bij patiënt sprake van een scala aan cognitieve problemen samenhangend met de doorgemaakte infarcten. Met name de executieve- en visuospatiële problemen speelden hem parten. Vierenhalf jaar voor het overlijden werd bij patiënt op verzoek van de psychiater neurologisch onderzoek verricht en onderzocht of de problemen die patiënt ervoer, veroorzaakt werden door depressie of door multi herseninfarcten. De conclusie bleek niet eenduidig. Drieënhalf jaar voor het overlijden bezocht patiënt een neuroloog waarbij werd besproken dat patiënt in principe in aanmerking kwam voor het plaatsen van een arteria cerebri media stent. Patiënt wees deze experimentele behandeling af omdat hieraan naar de mening van patiënt te veel onzekerheden waren verbonden, het voor hem te belastend was en het geen verbetering zou opleveren van de reeds bestaande problemen. Ruim drie jaar voor het overlijden werd patiënt enige tijd opgenomen in verband met een tentamen suïcidi. Enkele maanden later bracht patiënt bij de psychiater zijn euthanasiewens naar voren. De psychiater wilde op dit verzoek niet ingaan omdat er nog mogelijkheden waren om de woonsituatie van patiënt te verbeteren. Patiënt besloot ongeveer tweeënhalf jaar voor het overlijden om het contact met de psychiater te verbreken. De psychiater stelde bij het beëindigen van het contact vast dat er bij patiënt sprake was van een depressieve stoornis, die recidiverend en deels in remissie was. Twee jaar voor het overlijden verhuisde patiënt naar een begeleid wonen project waar hij werd begeleid door een ambulante team en mantelzorgers. Patiënt persisteerde in zijn doodswens. Het lijden van patiënt bestond uit vermoeidheid en beperkingen als gevolg van cognitieve problemen en verlies van executieve vaardigheden. Hij leed onder geheugenproblemen, evenwichtsproblemen, geen ruimtelijk inzicht hebben en een slechte visus. Patiënt kon niet meer zelfstandig naar buiten omdat hij daarbij overprikkeld raakte, veel onrust kreeg en oververmoeid raakte. Hij had een sombere stemming waarbij hij zich lamgeslagen voelde en niet meer tot iets in staat was. De hele dag werd hij met zijn beperkingen geconfronteerd en moest hij geholpen worden bij alle simpele ADL-taken. Hij kwam moeilijk de dag door en was niet in staat om zelfstandig met behoud van enig regie te functioneren. Daarnaast leed hij onder reële angst voor nog een nieuw CVA, met mogelijk meer ernstige consequenties voor zijn communicatieve vaardigheden en cognitief functioneren waardoor hij wellicht zijn wens niet meer zou kunnen uiten. Hij leed onder progressieve afhankelijkheid, het verlies van autonomie en de uitzichtloosheid van zijn situatie. 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 drie jaar voor het overlijden met zijn voormalig huisarts over euthanasie gesproken en zijn euthanasiewens geuit. Deze huisarts adviseerde patiënt om zijn euthanasiewens voor te leggen aan zijn behandelend psychiater. De psychiater wilde aan het verzoek van patiënt geen uitvoering geven omdat naar zijn mening een verhuizing naar een andere vorm van beschermd wonen nog perspectief zou kunnen bieden. Patiënt verbrak daarna het contact met deze psychiater. Niettemin volgde patiënt het advies van deze psychiater en veranderde hij van woonsituatie. Patiënt bleef echter persisteren in zijn doodswens.

Ruim een jaar voor het overlijden heeft patiënt met zijn huidige huisarts over euthanasie gesproken en de huisarts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De huisarts wilde vanwege principiële bezwaren de euthanasie niet uitvoeren.

Ongeveer een jaar voor overlijden heeft patiënt zich - met medeweten van de huisarts - aangemeld bij de Stichting LevensEinde Kliniek. Patiënt heeft ruim elf weken voor het overlijden voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en direct de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zijn verzoek heeft hij herhaald in drie daarop volgende gesprekken met de arts.

De arts heeft de huisarts verschillende malen van de ontwikkelingen rondom het euthanasieverzoek van patiënt op de hoogte gesteld.

Op verzoek van de consulent heeft een psychiater ruim een week voor het overlijden onderzoek gedaan naar de mogelijke aanwezigheid van een depressie, de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van zijn verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden. De psychiater oordeelde dat er geen sprake was van een depressief toestandsbeeld in engere zin en dat patiënt wilsbekwaam was. Deze psychiater was daarbij van mening dat het ziektebeeld van patiënt eerder imponeerde als neurologisch met stemmingsproblemen dan als psychiatrisch met recidiverende depressies. Volgens de psychiater was er sprake van uitzichtloos lijden.

Er is een schriftelijk euthanasieverzoek aanwezig.

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 ruim twee 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.

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.

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 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.