Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: extra behoedzaamheid goed betracht door deskundige te raadplegen bij combinatie van psychiatrie en somatiek.

Zorgvuldigheidseisen: uitzichtloos en ondraaglijk lijden, vrijwillig en weloverwogen verzoek, geen redelijke andere oplossing

Aandachtspunt: raadplegen ouderenpsychiater voor beoordeling medische grondslag en ondraaglijkheid lijden

OORDEEL

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

van:
(…), huisarts
verder te noemen: de arts

bij:
(…)
verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werd:
(…), 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
Verslagen consulent
Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- verslag onafhankelijke ouderenpsychiater
- 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

Patiënte, een vrouw van 90-95 jaar, leed aan een combinatie van ouderdomsaandoeningen.
Er was sprake van doofheid, visusbeperking, artrose en osteoporose. Een jaar voor het overlijden werden door een klinisch geriater lichte cognitieve stoornissen vastgesteld, voornamelijk bestaande uit traagheid in denken, verlies van executieve functies en geestelijke inflexibiliteit. De gesprekken met patiënte verliepen moeizaam omdat zij last had van taalstoornissen.
Op advies van de door de arts geraadpleegde consulent onderzocht een onafhankelijke ouderenpsychiater patiënte omstreeks zeven weken voor het overlijden om een mening te vormen over de medische grondslag en de ondraaglijkheid van het lijden.
De ouderenpsychiater concludeerde dat onder andere sprake was van een al veel langer bestaande stoornis in het autisme-spectrum. Door het ontbreken van wederkerigheid in de communicatie en het ogenschijnlijk ontbreken van empatische gevoelens bij patiënte was het moeilijker te beoordelen of en waardoor patiënte ondraaglijk leed. Toch kwam de ouderenpsychiater tot de conclusie dat patiënte ondraaglijk leed door het lijden te bezien vanuit het perspectief van een autist. Het verliezen van de regie, mede veroorzaakt door de cognitieve stoornissen, kan voor een autist een ondraaglijk lijden veroorzaken. De onafhankelijke ouderenpsychiater kwam tot de conclusie dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed. Alternatieve behandelmethoden waren volgens hem niet meer voorhanden.
Het lijden van patiënte bestond uit verzwakking, algehele aftakeling, lichamelijke beperkingen met als gevolg verlies van mobiliteit en cognitieve achteruitgang waardoor de reeds bestaande communicatieve beperkingen, voortkomende uit de autistische stoornis, toenamen. Patiënte had geen interesse meer in de wereld om haar heen en was niet meer in staat tot het aangaan van sociale contacten. Zij was zorg- en contactmijdend. Patiënte bracht haar dagen in isolement op haar kamer door en hield zich eigenlijk alleen nog maar bezig met haar ADL. Hulp van anderen sloeg zij af omdat zij alles - volgens vaste rituelen - zelf wilde blijven doen, ook wanneer dat bijna niet meer ging. Zij leed onder het toenemende verlies van regie over haar leven.
Patiënte 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 sinds vijf jaar voor het overlijden met haar vorige huisarts over euthanasie gesproken. Zij vroeg aan haar behandelaars al twee jaar lang consistent concreet om euthanasie. Zij had ook een schriftelijke wilsverklaring opgesteld.
Ruim een jaar voor het overlijden stapte patiënte over naar een andere huisarts, omdat de huisarts die haar aanvankelijk behandelde geen euthanasie uitvoerde. Patiënte vroeg de arts, haar nieuwe huisarts, meteen bij het eerste contact om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging.
Nadien herhaalde zij haar expliciete verzoek aan de arts meerdere malen en ook op de dag van het overlijden sprak zij nogmaals haar euthanasiewens uit. Uit de gesprekken met patiënte leidde de arts af dat zij zich ten volle bewust was van de strekking van haar verzoek en haar situatie. Zij was in staat informatie en afspraken uit voorgaande gesprekken te herhalen.
Zowel de behandelend klinisch geriater als de onafhankelijke ouderenpsychiater vonden patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek. Er was geen sprake van een onderliggende depressie. Volgens de arts was er, ondanks de soms moeizaam verlopende gesprekken, sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte drie keer. De eerste keer bezocht de consulent patiënte ongeveer zes maanden 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 van patiënte. Een gesprek met patiënte kwam niet goed tot stand en de consulent vond het daarom moeilijk om te beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. In zijn verslag stelde de consulent voor enkele weken na zijn eerste bezoek aan patiënte haar nogmaals te bezoeken in aanwezigheid van haar naaste familie.

Nadat de consulent opnieuw door de arts was geïnformeerd, bezocht hij patiënte ongeveer vier maanden voor de levensbeëindiging voor een tweede keer.
In zijn tweede verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De consulent kon geen inschatting maken van de wilsbekwaamheid van patiënte en hij kon niet beoordelen of er sprake was een medische grondslag van het lijden en of er nog redelijk alternatieven bestonden. Hij suggereerde aan de arts om een consult bij een ouderenpsychiater in te winnen ter beoordeling van mogelijk aanwezige psychiatrische problematiek bij patiënte.

De derde maal bezocht de consulent patiënte vijf weken voor het overlijden nadat hij van het verslag van de door de arts geraadpleegde onafhankelijke ouderenpsychiater kennis had genomen. In zijn derde verslag kwam de consulent mede op basis van het verslag van de onafhankelijke ouderenpsychiater en op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij achtte patiënte wilsbekwaam en het verzoek vrijwillig en weloverwogen. Hij beoordeelde het lijden zoals onder a. beschreven als uitzichtloos.
De consulent concludeerde dat arts en patiënte samen hadden vastgesteld dat er geen redelijke alternatieven meer waren. Hoewel voor de consulent het ondraaglijk lijden van patiënte slechts beperkt invoelbaar was, raakte hij overtuigd door de onderbouwde uitleg van de onafhankelijke ouderenpsychiater dat patiënten met een stoornis in het autisme spectrum op een wijze lijden, die voor anderen wellicht niet direct invoelbaar is.

d. Uitvoering

De arts heeft de hulp bij zelfdoding 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.

Het is de commissie uit het dossier gebleken dat de arts en de consulent met extra behoedzaamheid gehandeld hebben. De uitzichtloosheid, de ondraaglijkheid van het lijden, de wilsbekwaamheid en de eventuele redelijke alternatieven waren voor de consulent niet evident doordat patiënte als gevolg van haar psychiatrische conditie en haar cognitieve achteruitgang verbaal niet heel goed in staat was een en ander in een gesprek goed te onderbouwen. Het inschakelen van een onafhankelijke ouderenpsychiater om de situatie van patiënte laten beoordelen getuigt van die extra behoedzaamheid. De onafhankelijke ouderenpsychiater was door zijn specifieke expertise in staat de toestand van patiënte te verduidelijken en haar lijden zodanig inzichtelijk te maken dat de arts en de consulent tot de overtuiging kwamen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Het is voor de commissie aannemelijk geworden dat de arts de overtuiging kon krijgen dat de draagkracht van patiënte door haar psychiatrische toestand verminderd was waardoor zij de algehele aftakeling door degeneratie als ondraaglijk ervoer.

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 hulp bij zelfdoding 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.