

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, leed aan aangeboren oogaandoening waardoor zij uiteindelijk vrijwel niets meer kon zien. Zij kampte onder meer met haar afhankelijkheid door de toegenomen visuele beperking. De hulpmiddelen die werden aangedragen om beter met de handicap om te kunnen gaan kon zij niet accepteren. Huisarts kon niet ingaan op het euthanasieverzoek en verwees patiënte naar de Stichting Levenseindekliniek. Een psychiater sloot een depressie uit. Arts, die uitgebreid met patiënte had gesproken, kon tot overtuiging komen dat patiënte ondraaglijk leed onder haar visuele beperking. Arts zag op grond van informatie van huisarts af van nader oogheelkundig onderzoek. Commissie acht dit een tekortkoming, maar is niettemin van oordeel dat arts wat betreft uitzichtloosheid van het lijden niet onzorgvuldig heeft gehandeld. Ook overigens aan zorgvuldigheidseisen voldaan.

OORDEEL

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

(...)

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 hulp bij zelfdoding bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslagen arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- verslagen arts en verpleegkundige Stichting Levenseindekliniek
- schriftelijke euthanasieverklaring

De commissie heeft de arts en de consulent om een nadere mondelinge toelichting gevraagd. De arts en de consulent hebben hun mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering van (...).

De commissie heeft op grond van het bepaalde in artikel 8 derde lid van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bij de huisarts inlichtingen ingewonnen, nu dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk was.

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 60-70 jaar, werd geboren met een aangeboren slechtziendheid. Ruim tien jaar voor het overlijden ging haar visus achteruit tot ze volgens eigen zeggen vrijwel niets meer kon zien. Een jaar later werd een gecombineerde myope degeneratie en retinale dystrofie vastgesteld. Toen werd ook vastgesteld dat het linker oog alleen lichtperceptie had en dat patiënte met haar rechter oog een visus had van 0,32. Twee jaar daarna heeft nog een cataract operatie plaatsgevonden aan haar rechter oog. Patiënte vond het leven met haar visuele handicap een onmogelijke opgave. Volgens patiënte kon zij nog wat schimmen en kleuren onderscheiden, maar verder zag ze helemaal niets meer. Patiënte had veel hoofdpijn en was erg moe. Alle hulpmiddelen die werden aangedragen om beter met de handicap om te kunnen gaan, thuiszorg, huishoudelijke hulp of een organisatie voor slechtzienden, kon zij niet accepteren. Die gaven haar het zicht niet terug. Patiënte ervoer dat heel langzaam haar leven werd overgenomen. Zij wilde geen verlies van de controle en kon er ook niet tegen dat zij niet zelfstandig kon leven.

Sinds haar toegenomen visuele beperking verlangde patiënte naar de dood. Ongeveer acht jaar voor het overlijden kwam de eerste keer haar wens om een einde aan haar leven te maken naar boven. Zij ondernam enkele jaren daarna een aantal pogingen tot suïcide die mislukten.

Uiteindelijk wilde patiënte rustig en waardig overlijden.

Het lijden van patiënte bestond uit de afhankelijkheid door de toegenomen visuele beperking en het verlies van de schoonheid die de visus haar gaf. Patiënte kon niet meer genieten en worstelde zich door de dagen heen. Zij voelde zich door haar dode ogen van binnen dood. Ook leed zij onder de uitzichtloosheid van haar situatie en de angst om volledig blind te worden.

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.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte heeft vijf jaar voor het overlijden voor het eerst met de eigen huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts gaf aan dat zij om persoonlijke redenen niet op het verzoek van patiënte in kon gaan. Patiënte heeft daarom contact gezocht met de Stichting Levenseindekliniek (SLK).

Drie maanden voor het overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts, verbonden aan voornoemde kliniek, over euthanasie gesproken. Zij heeft de arts toen ook direct om

daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere, ook telefonische, gesprekken gevoerd.

Op verzoek van de arts heeft een psychiater onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van een depressie. De psychiater concludeerde dat er geen depressieve stoornis in engere zin was.

Hooguit was sprake van een aanpassingsstoornis ten aanzien van de gevolgen van haar visuele handicap.

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 patiënte ruim drie weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte 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 patiënte.

Volgens het verslag van de consulent trof zij patiënte in haar woning aan. Zij deed zelf de deur open en ging de consulent, tastend naar de vaste punten in haar huis, voor. Alles in haar huis had een vaste plek. Zij zag er zeer verzorgd uit. Ondanks dat patiënte veel contact had met familie, voelde zij zich erg eenzaam en alleen. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënte vooral bepaald door de visuele handicap. De consulent was ervan overtuigd dat het voor patiënte onleefbaar was, ook al was dat voor haar persoonlijk moeilijk invoelbaar. In haar 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 Richtlijn van de KNMG/KNMP Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding was bij de commissie een aantal vragen gerezen.

Op de eerste plaats zou de commissie graag van de arts vernemen hoe de besluitvorming om over te gaan tot de uitvoering van de euthanasie tot stand was gekomen.

Op de tweede plaats vroeg de commissie zich af of er voor patiënte op sociaal en psychisch gebied, gezien de aanwezigheid van op de aandoening van patiënte gerichte specifiek geschoolde hulpverleners, nog een redelijke andere oplossing was. Was door de arts in gesprek met patiënte nog bekeken of er voor de situatie waarin patiënte zich bevond een redelijke andere oplossing was?

Op de derde plaats was het de commissie opgevallen dat in een van de gespreksverslagen patiënte ontkennend had geantwoord op de vraag of de doodswens ook zou bestaan indien zij met dezelfde aandoening jong geweest zou zijn. De commissie vroeg zich af, nu het er op lijkt dat er iets anders speelde, of dit antwoord voor de arts aanleiding is geweest tot het nader onderzoeken van de doodswens van mevrouw.

Op de vierde plaats zou de commissie graag vernemen hoe de arts, in het kader van de DSM-

IV classificatie op AS I, aanpassingsstoornis met depressieve stemming, de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasieverzoek heeft beoordeeld, nu de psychiater in zijn verslag hierover geen uitspraak heeft gedaan en in hoeverre deze uitspraak van de psychiater tot nader onderzoek met betrekking tot de wilsbekwaamheid had moeten leiden.

Op de vijfde en laatste plaats vroeg de commissie zich af, nu patiënte geboren was met een aangeboren slechthoortheid, wat voor patiënte de klachten waren waardoor voor haar het lijden ondraaglijk werd.

De arts gaf -zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting:

Volgens de arts waren er geen alternatieven meer voor patiënte. Alle alternatieven die besproken werden, zoals het nemen van een hond, wees patiënte van de hand. Ook het aanschaffen van een computer is met haar besproken. Zij had dat al eerder uitgeprobeerd en wilde dat nu niet meer.

Vóórdat de arts patiënte voor de eerste keer sprak, ging zij er van uit dat patiënte een vrouw was, die “slechts” blind was en had zij twijfel of zij op het euthanasieverzoek zou kunnen ingaan.

Maar toen de arts met patiënte in gesprek was gekomen, werd het haar duidelijk dat er sprake was van een ondraaglijk lijden van patiënte. De arts vond het moeilijk om de emoties van patiënte goed op papier vast te leggen. Zij heeft met artsen van de SLK overlegd of het niet mogelijk was om in deze situatie vooraf met de regionale toetsingscommissie te overleggen, maar dat bleek niet te kunnen.

Voor heel veel mensen, die net als patiënte blind waren, waren er hoogst waarschijnlijk nog wel mogelijkheden geweest om het leven draaglijk te maken. De arts en de verpleegkundige hebben met patiënte over deze mogelijkheden gesproken, maar patiënte wees alles af.

Naar aanleiding van haar eerdere zelfmoordpogingen had de eigen huisarts van patiënte haar naar een psychiater gestuurd. Dat was vijf jaar geleden. Volgens patiënte begon de psychiater toen al met een verkeerde opmerking door te zeggen: “Mooi weer is het buiten”. Daarmee werd patiënte weer geconfronteerd met iets wat zij niet kon zien en was zij al klaar met deze psychiater.

In het verleden was alles al geprobeerd om het lijden van patiënte te verlichten en haar situatie te verbeteren. Patiënte had een goed zorgsysteem om zich heen: zij kon iedere dag eten bij haar kind en diens partner. Maar dit was voor haar allemaal onvoldoende.

Patiënte heeft tegenover de arts aangegeven dat zij, als zij jonger was geweest en blind was geworden, niet dood had gewild. Patiënte vertelde de arts over een jonge blinde vrouw, die zij op het schoolplein had gesproken, en die haar had verteld dat zij zo eenzaam was door haar blindheid. Patiënte had zich helemaal herkend in het verhaal van deze jonge vrouw. Naar aanleiding daarvan had de arts aan patiënte gevraagd of zij ook dood had gewild als zij op zo jonge leeftijd blind was geworden. Patiënte heeft daarop geantwoord dat zij dat toen niet gewild zou hebben, omdat haar kind toen nog jong was en zij nog de zorg over haar kind had. Vanaf het moment dat het duidelijk werd dat patiënte blind ging worden, bestond bij haar een doodswens. Toen zij achter op de tandem bij haar man zat en zij over een brug reden -zij was toen nog niet blind- heeft zij voor het eerst overwogen om zich vanaf de tandem in de diepte omlaag te laten vallen.

Volgens de arts was er niet echt sprake van een obsessie om dood te willen bij patiënte. Patiënte probeerde namelijk op haar manier toch nog iets van het leven te maken. Zij ging bijvoorbeeld nog lange tijd met haar kind en diens partner mee op vakantie.

Het is ook niet zo dat patiënte een claim legde op de arts en de verpleegkundige om haar te helpen bij zelfdoding. Zij wilde niet dat de arts en de verpleegkundige in de problemen zouden komen door haar daarmee te helpen.

Als de arts patiënte niet zou helpen, dan was patiënte van plan om zelfmoord te plegen. Zij had daar al ideeën over, zoals de dodelijke middelen door haar kleinkind in Zwitserland te laten halen.

Op de vragen of de arts de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar vond of dat zij het idee had dat zij door patiënte op sleeptouw was genomen, antwoordt de arts dat zij niet op sleeptouw was genomen door patiënte. De arts heeft geprobeerd zich in de situatie van patiënte te verplaatsen: zij probeerde zich voor te stellen wat het was om blind te zijn en kwam daardoor tot de overtuiging dat er heel veel dingen zijn, die een blinde mist: voor de arts was hierdoor de sterke doodswens van patiënte invoelbaar.

De arts wordt voorgehouden dat heel veel mensen slecht zien of blind zijn en door expertisecentra, zoals Visio, kunnen worden geholpen om te leren gaan met hun visuele handicap. De arts wordt gevraagd of er bij patiënte iets specifieks aan de hand was, of er iets in haar levensgeschiedenis was, wat verklaarbaar maakte dat patiënte alleen maar dood wilde. De arts geeft aan dat patiënte haar dat niet goed heeft kunnen duidelijk maken.

De arts geeft aan dat patiënte bijvoorbeeld ontzettend netjes was. Ondanks haar blindheid zag zijzelf en zag haar huis er netjes uit. Patiënte was de hele tijd bezorgd of er vlekken op haar kleding zaten.

Op de opmerking dat de obsessie om dood te willen en daarnaast het gedrag dat patiënte vertoonde zouden kunnen wijzen op een obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis waarvoor behandeling mogelijk is, antwoordt de arts dat zij geen aanleiding heeft gezien om patiënte daarop te laten onderzoeken.

Patiënte was iemand die bepaalde dingen héél belangrijk vond, zoals het zelfstandig kunnen functioneren en het zelf kleding kunnen uitzoeken. Haar netheid was ook zo iets.

De arts vindt dat de vraag waarom patiënte wél dood wilde terwijl andere blinden dat niet willen, ook gesteld kan worden bij mensen die kanker hebben: ook bij patiënten met deze ziekte zijn er die wel dood willen, terwijl anderen dat niet willen.

Bij kanker is weliswaar sprake van een uitzichtloze, ongeneeslijke ziekte, maar blindheid is ook uitzichtloos in de zin van “niet te genezen”.

De arts wordt voorgehouden dat het leven met blindheid voor velen goed te leven is, maar dat patiënte alleen maar sprak over wat zij allemaal niet meer kon, terwijl er zo veel was dat zij wel nog kon.

Volgens de arts waren er inderdaad best veel dingen die patiënte nog kon. Zij was sociaal en had een voldoende sociaal leven, zij ging met een vriendin haar boodschappen doen en uit eten met haar kind en diens partner. Maar desondanks wilde zij met haar blinde ogen dood. Toen de arts voor het eerst met de verpleegkundige naar patiënte toe ging, hadden zij het gevoel dat hier sprake was van een patiënte die “slechts” blind was. De arts begrijpt de vragen van de commissie dan ook wel. Maar toen de arts met patiënte in gesprek ging, had zij al gauw het gevoel gekregen dat bij patiënte sprake was van een ondraaglijk lijden. Iedereen die met haar omging, met name ook haar eigen huisarts, was ervan overtuigd dat patiënte ondraaglijk leed. De huisarts wilde zelf de euthanasie niet uitvoeren en had patiënte daarom verwezen naar de SLK.

Op de vraag hoezeer patiënte visueel gehandicapt was, antwoordt de arts dat patiënte licht en

donker nog kon onderscheiden. Zij gaf aan dat zij schimmen zag en dat zij, als het donker werd, nog lang licht zag.

De arts wordt voorgehouden dat uit brieven van oogartsen in het dossier blijkt dat tien jaar voor het overlijden de visus van patiënte 0,32 was en dat zij twee jaar later nog een staaroperatie heeft ondergaan. De arts wordt gevraagd in hoeverre zij zich ervan heeft vergewist hoe het zat met de visus van patiënte.

De arts geeft aan dat zij dat zelf niet nader heeft geobjectiveerd. Ook van de huisarts heeft zij hierover geen verdere informatie gekregen.

Het was de arts bekend dat acht jaar voor het overlijden het zicht volgens patiënte al zo slecht was dat zij, achterop de tandem zittend, voor het eerst heeft overwogen zelfmoord te plegen. Op jonge leeftijd was door de artsen al verteld aan patiënte dat er een grote kans bestond dat zij blind zou worden.

De arts wordt voorgehouden dat uit het dossier blijkt dat alternatieven die door de huisarts aan patiënte waren aangeboden, door haar waren afgewezen. De arts wordt gevraagd of zij alternatieven, zoals een behandeling door een psychiater, gesprekken met een psycholoog en/of een maatschappelijk werkster, hulp in/van een blindeninstituut, met patiënte heeft besproken en aangeboden.

De arts geeft aan dat met patiënte deze alternatieven allemaal al eerder waren besproken en geprobeerd en dat zij deze alternatieven niet opnieuw heeft aangeboden aan patiënte.

Patiënte was voor ongeveer 98 procent blind en in de jaren voorafgaand aan haar euthanasieverzoek, heeft zij geprobeerd kwaliteit van leven te zoeken, onder andere door met het gezin van haar kind mee op vakantie te gaan. Toen zij tijdens een vakantie van de trap was gevallen, heeft zij besloten niet meer op vakantie te gaan, omdat het voor haar toch niet uitmaakte of zij nou thuis in de zon zat of dat zij in een vakantieoord in de zon zat.

Volgens de arts speelde het overlijden van haar man geen rol in haar euthanasiewens. Toen haar man nog leefde, wilde zij al dood. Haar man had altijd goed voor haar gezorgd en toen hij ziek werd, vond zij het naar dat zij hem niet kon verzorgen. Na zijn overlijden is zij blijven wonen in het huis waar zij met haar man had gewoond. Zij kreeg steun van haar kind en diens gezin.

De arts weet niet of de belasting, die de zorg voor patiënte met zich bracht, de reden van de burn-out van haar kind is geweest. Patiënte had al 3 tot 4 keer een poging tot zelfmoord gedaan en de familie was bang dat zij opnieuw een poging zou doen. Deze angst was belastend voor de familie.

De arts heeft in totaal vier gesprekken met patiënte gevoerd. De eerste keer was de familie daarvan niet op de hoogte en niet bij het gesprek aanwezig. Die keren dat de familie daarbij aanwezig was, speelde de familie geen rol in het gesprek.

Het is niet zo dat de arts meer tijd had willen hebben om de euthanasiewens van patiënte te onderzoeken. Zij vond het voldoende zo en zij heeft geen druk van patiënte of van haar familie of van de huisarts ervaren. Zij heeft ook geen druk vanuit het team van de SLK ervaren. Nadat de SCEN-arts verslag had gedaan is de casus in een multidisciplinair team van de SLK besproken. Daarbij waren meerdere artsen betrokken.

Een alternatief, zoals het stoppen met eten en drinken, wilde patiënte niet, omdat dit voor de familie een naar proces zou zijn. De huisarts had haar al geschetst hoe dat zou gaan bij een goed doorvoed persoon, zoals patiënte was. Zij dacht er wel over te gaan stoppen met eten en drinken als de SLK haar geen hulp zou verlenen.

De arts heeft patiënte als voorwaarde gesteld dat zij zich liet onderzoeken door een psychiater om een depressieve stoornis uit te sluiten. De arts was al blij dat patiënte dat nog heeft laten doen.

De arts heeft de psychiater niet gevraagd om een onderzoek te doen naar de wilsbekwaamheid van patiënte, omdat dit voor de arts geen item was. Zij was er van overtuigd dat patiënte 100 procent wilsbekwaam was. Zij wilde een depressie uitsluiten (alhoewel patiënte op haar niet depressief over kwam), omdat patiënte veel huilde en al eerder antidepressiva had gekregen. De arts geeft aan dat zij dankbaar is dat zij deze patiënte heeft kunnen helpen.

f. Mondelinge toelichting consulent

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat de consulent in haar consultatieverslag had opgenomen ervan overtuigd te zijn dat het leven met haar handicap voor patiënte onleefbaar was, ook al was dat voor de consulent persoonlijk moeilijk invoelbaar. De commissie zou graag van de consulent willen weten wat maakte dat het lijden van patiënte voor haar persoonlijk moeilijk invoelbaar was.

Tevens zou de commissie graag van de consulent vernemen of zij kennis had genomen van het verslag van de psychiater, en zo ja, hoe zij, in het kader van de DSM-IV classificatie op AS I, aanpassingsstoornis met depressieve stemming, de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasieverzoek heeft beoordeeld, nu de psychiater in zijn verslagen hierover geen uitspraak heeft gedaan.

De consulent gaf -zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting:

In haar consultatieverslag heeft de consulent geschreven dat zij er van overtuigd was dat het leven met een visuele handicap voor patiënte onleefbaar was, ook al was het voor de consulent persoonlijk moeilijk invoelbaar. De consulent geeft aan dat deze passage goed haar gevoel weergeeft.

Naar aanleiding van de aanvraag voor een consultatie heeft de consulent patiënte bezocht. Zij ging naar patiënte toe met het idee dat zij niet zou kunnen instemmen met euthanasie. Dit omdat zij wat moeite heeft met het instituut Levenseinde Kliniek en omdat het verzoek kwam van een patiënte die “alleen maar” blind was.

De consulent heeft een gesprek van ongeveer anderhalf uur met patiënte gehad. Daarin werd het haar duidelijk dat er reeds tien jaar een proces bezig was, waarbij zij aan het einde werd ingeschakeld om een oordeel te geven. Alle mogelijkheden, die de consulent aan de orde stelde en bij patiënte navroeg of zij die al had uitgetoetst, zoals het nemen van een hond, waren kennelijk al meermalen aan de orde geweest. Uit de manier waarop patiënte haar antwoord direct klaar had, bleek dat die vragen al vele keren aan haar waren gesteld en door haar waren beantwoord. In de loop van het gesprek bemerkte de consulent dat zij niets meer aan de optie van patiënte kon veranderen.

Naar aanleiding van dat gesprek had de consulent nog de behoefte om met een psychiater te spreken. Zij heeft een gesprek georganiseerd waarbij patiënte, haar kind en diens partner, psychiater en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, die beiden patiënte al kenden, en de consulent zelf aanwezig waren. In dat gesprek kwam geen enkel nieuw gezichtspunt naar voren. Na dit gesprek heeft de consulent haar definitieve consultatieverslag opgemaakt. Alternatieven, zoals het laten verzamelen van pillen door haar kind, waren geen reële optie

voor patiënte, omdat zij het haar kind nooit zou kunnen aandoen verantwoordelijk voor haar dood te moeten zijn. Patiënte had ook zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen voor haar dood door te stoppen met eten en drinken, maar volgens de consulent was patiënte daar veel te vitaal voor en was dit een bijna onmogelijke optie.

De consulent was er absoluut van overtuigd dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en onveranderbaar was. Jaren geleden waren er mogelijk nog oplossingen beschikbaar geweest maar nu, op het moment dat de consulent patiënte zag, was dat een gepasseerd station en niet meer mogelijk.

Als de consulent tien jaar eerder bij patiënte betrokken was geraakt, waren er wellicht nog alternatieven geweest. Nu waren die er niet meer.

De consulent vond patiënte obsessief in haar doodswens. Zij vond patiënte niet obsessief in andere dingen en volgens haar was er geen obsessieve stoornis bij patiënte.

De enige optie voor patiënte was om dood te gaan. Patiënte vertelde uitgebreid tegen welke obstakels zij aanliep om zelfmoord te plegen: hoe zou zij bijvoorbeeld alleen op de bovenste verdieping van een flatgebouw kunnen komen?

De Stichting Levensende Kliniek was voor haar dé oplossing. Een behandelend specialist van haar man, die tevens verbonden was aan de SLK, had patiënte voorgehouden dat er met de komst van de SLK mogelijkheden zouden komen voor de door haar gewenste hulp bij zelfdoding. Hierdoor waren bij patiënte verwachtingen gewekt. Bij de consulent zelf heeft deze uitspraak geen enkele rol gespeeld bij haar oordeel over deze zaak. Deze uitspraak heeft haar oordeelsvorming niet beïnvloed.

Door de arts waren er totaal geen verwachtingen bij patiënte gewekt of toezeggingen gedaan, voordat de consulent haar verslag had opgemaakt.

Door het gesprek dat de consulent met patiënte had was zij tot de overtuiging gekomen dat er voor patiënte geen redelijke andere oplossing was.

Patiënte was blind, maar verder een lichamelijk vitale vrouw. Zij was bijvoorbeeld fysiek in staat om flinke wandelingen te maken. Voor de consulent was het daarom moeilijk invoelbaar dat zij onder die omstandigheden dood wilde. Vele blinden en slechtzienden kunnen met hun handicap leven. Het was voor de consulent moeilijk invoelbaar waarom patiënte niet met haar blindheid kon leven. Patiënte vertelde bijvoorbeeld dat zij haar kind nooit zag, wat letterlijk natuurlijk wel zo was, maar haar kind kwam iedere dag bij haar en verzorgde haar goed.

Op de vraag of voldoende onderzocht was of patiënte wilsbekwaam was, antwoordt de consulent dat nooit bij haar is opgekomen dat patiënte niet wilsbekwaam zou zijn.

De consulent wordt voorgehouden dat uit het dossier blijkt dat patiënte obsessief bezig was met de dood en het de vraag is of de wilsbekwaamheid van patiënte, ten aanzien van de wens om te sterven en het beoordelen hiervan, nog wel aanwezig was.

Volgens de consulent was patiënte volstrekt helder en duidelijk in haar verzoek en waren er geen twijfels over haar wilsbekwaamheid.

Het was voor de consulent duidelijk dat patiënte als blinde en afhankelijke vrouw niet verder wilde leven en haar leven zo ondraaglijk vond. Waarschijnlijk was het haar persoonlijkheid, die maakte dat zij niet met haar blindheid kon leven en alleen maar dood wilde. Patiënte had volgens de consulente nooit eerder tegenslagen gehad in haar leven. Zij had een kind met een partner, die goed voor haar zorgden, een kleinkind, een perfect huis en was financieel in goede doen. Het overlijden van haar man was een halve opluchting voor haar, zo had de consulent dat begrepen.

Patiënte vond de zorg voor haar man namelijk vreselijk en zij kon slecht tegen zijn aftakeling. Toen haar man nog leefde, wilde patiënte ook al dood. Haar doodswens heeft zij uitgesteld toen haar man ziek werd omdat ze vond dat ze de plicht had voor hem te zorgen. Zoals patiënte het de consulent had verteld, was het ongeveer vijf jaar voor het overlijden van haar man (dat moet acht jaar voor het overlijden zijn geweest) voor het eerst bij haar opgekomen dat zij niet verder wilde leven: dat was toen zij bij haar man achter op de tandem zat en zij over een brug fietsten. Al eerder was haar visus veel slechter geworden.

De consulent heeft ook contact gehad met de huisarts van patiënte. De huisarts kende patiënte al heel lang en gunde patiënte ontzettend dat zij zou worden geholpen bij zelfdoding. De huisarts kon deze hulp echter niet zelf geven. De consulent heeft de huisarts gevraagd waarom zij dat niet kon. De huisarts stond niet principieel afwijzend tegenover euthanasie, maar was afhoudend om euthanasie uit te voeren. De huisarts had jaren met patiënte geworsteld en van alles verzonnen en er alles aan gedaan om voor patiënte het leven draaglijk te maken, maar het was nooit genoeg voor patiënte. Toen kwam de SLK en de huisarts heeft patiënt daarnaar verwezen.

Volgens de consulent was de visus van patiënt nihil toen zij om euthanasie verzocht. De consulent heeft dat wel nagevraagd, maar daar heeft zij geen specialistenbrieven over gezien.

g. Ingewonnen inlichtingen huisarts

Uit de door de commissie bij de huisarts ingewonnen inlichtingen is het volgende gebleken. De commissie vroeg zich af op welke wijze de communicatie tussen huisarts en arts is verlopen, met name waar het ging om de mate van slechtheden van patiënte. Uit het dossier is namelijk gebleken dat huisarts, noch arts, hier de laatste acht jaar voor het overlijden nog onderzoek naar hebben gedaan.

De huisarts verklaarde dat zij al tien jaar worstelde met de euthanasiewens van patiënte, maar dat zij daar niet op kon en wilde ingaan.

Op de vraag wat er precies is gebeurd met het onderzoek naar patiënte's visus na de staaroperatie antwoordde de huisarts dat zij ervan is uitgegaan dat daar niets meer aan te doen was, omdat patiënte dat altijd zo tegen haar zei. De visus van patiënte was voor haar eigenlijk nooit meer een onderwerp van discussie geweest.

Er speelden andere dingen die de aandacht van de huisarts opeisten, zoals de dood van patiënte's man, de moeilijkheden die zij ondervond met haar slechtheden en de persisterende euthanasiewens van patiënte.

In de overdracht naar de arts is de visus van patiënte noch de eventuele behandelbaarheid of mogelijkheid tot nader onderzoek daarvan onderwerp van discussie geweest, de huisarts zag het als een fait accompli.

De huisarts is overigens van mening dat patiënte niet te motiveren zou zijn geweest alsnog een oogarts te bezoeken.

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.

De commissie overweegt:

Ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden:

De commissie stelt voorop dat de ondraaglijkheid van het lijden moeilijk vast te stellen is, omdat het in beginsel een persoonsgebonden begrip is. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart kan voor een andere patiënt ondraaglijk zijn. Daarbij is niet de aandoening zelf doorslaggevend, maar het lijden daaraan. De mate waarin dat lijden wordt beleefd is een uiterst subjectieve ervaring die, behalve door de actuele situatie, wordt bepaald door het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht, de persoonlijkheid, de sociale omstandigheden, de ervaringen uit het verleden en de levensgeschiedenis van de patiënt. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden die tezamen de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De ernst van het lijden kan niet worden vastgesteld door alleen naar de aandoening op zichzelf te kijken, maar wordt uiteindelijk bepaald door de betekenis die deze aandoening voor deze patiënt heeft, ook gezien diens levensgeschiedenis en waardepatroon. De ondraaglijkheid van het lijden moet voor de arts invoelbaar zijn. De vraag is hierbij niet of voor mensen in het algemeen of voor de arts zelf een lijden als dat van de patiënt ondraaglijk zou zijn, maar of dit lijden voor deze specifieke patiënt ondraaglijk was. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de patiënt te verplaatsen.

De arts moet voor de commissie aannemelijk kunnen maken dat de ondraaglijkheid van het lijden voor de arts invoelbaar is geweest.

In deze casus heeft de arts in haar verslag en de mondelinge toelichting daarop aangegeven dat zij aanvankelijk sceptisch was over de ondraaglijkheid van het lijden van een patiënte die alleen ernstig visueel gehandicapt en verder lichamelijk gezond was. De arts heeft telefonisch overleg gehad met de eigen huisarts van patiënte. De eigen huisarts gaf aan dat zij de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar vond, maar om haar moverende redenen niet op de euthanasiewens van patiënte kon ingaan. De arts heeft samen met een verpleegkundige van de levenseindekliniek patiënte een aantal malen bezocht en uitgebreide gesprekken met patiënte gevoerd. Ook heeft zij meermalen telefonisch contact met patiënte gehad en multidisciplinair overleg binnen de levenseindekliniek gevoerd.

Uit deze gesprekken werd het de arts duidelijk dat patiënte al jaren lang een doodswens had en het verlies van de schoonheid die de visus haar had gegeven als ondraaglijk ervoer. Zij kon haar kind en kleinkinderen niet meer zien en zij raakte in paniek bij het idee dat er vlekken zaten op haar kleding of dat er rommel in haar huis lag. Door haar handicap was haar zelfbeeld ondermijnd en was haar sociale leven en de mogelijkheden om volwaardige contacten te leggen, belemmerd. De arts was ervan overtuigd dat de ernstige visuele beperking voor deze patiënte een ondraaglijk lijden betekende: het was voor patiënte onmogelijk om met deze beperking verder te leven, haar levensvreugde was verdwenen en het leven had voor haar geen zin meer.

Naar het oordeel van de commissie is de arts redelijkerwijs tot de overtuiging kunnen komen dat patiënte ondraaglijk leed aan haar visuele beperking.

Ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden:

Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of de aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het zodanig verzachten van de symptomen, dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt, ook niet mogelijk dan wel acceptabel is. De uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose en wordt door de arts vastgesteld in samenspraak met een patiënt. Bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van een reëel uitzicht op een verzachting van de symptomen moet rekening worden gehouden met zowel de verbetering die door een medische (palliatieve) of psychologische behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze behandeling voor de patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in deze betekenis slaat op de ziekte of aandoening en de symptomen, waarvoor redelijkerwijs, dat wil zeggen voor de patiënt redelijke, reële curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken.

Patiënten gebruiken de term uitzichtloos ook om aan te geven dat het feit, dat er geen verbetering meer mogelijk is, voor hen onaanvaardbaar is en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

In deze casus heeft de arts verklaard dat zij naar patiënte is gegaan met twijfels over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden van een vrouw die “alleen maar” ernstig visueel gehandicapt en verder helemaal gezond was. De arts is, zoals zij zelf heeft verklaard, in het gesprek met patiënte ervan overtuigd geraakt dat de aandoening waaraan patiënte leed, voor patiënte zelf niet alleen een ondraaglijk lijden betekende maar door haar ook als (emotioneel) uitzichtloos werd ervaren.

Over de slechthziendheid die aan het lijden van patiënte ten grondslag lag, biedt het dossier weinig aanknopingspunten. In het dossier bevinden zich brieven van de oogartsen betreffende een onderzoek dat tien jaar voor het overlijden heeft plaatsgevonden en van een andere oogarts, twee jaar later, waaruit duidelijk wordt dat het linker oog alleen lichtperceptie had, dat patiënte met het rechter oog een visus had van 0.32 en dat aan het rechter oog toen een staaroperatie heeft plaatsgevonden.

Uit de bij de huisarts ingewonnen inlichtingen blijkt dat de huisarts bij de overdracht van de patiënte in het geheel niet heeft gesproken over de eventuele behandelbaarheid van de oog-aandoening of de mogelijkheid tot een nieuw oogheelkundig onderzoek, aangezien zij er steeds van is uitgegaan dat aan de oog-aandoening van patiënte niets meer te doen was.

De arts heeft de door patiënte als uitzichtloos ervaren slechthziendheid als vaststaand aangenomen op grond van door de huisarts verstrekte stellige informatie. Zij heeft geen zelfstandig onderzoek gedaan naar eventueel onderliggend somatisch lijden en geen aanleiding gezien een nieuw oogheelkundig onderzoek te entameren.

De commissie acht dit een tekortkoming die haar valt aan te rekenen.

De commissie is desondanks, gezien de informatie aan haar door de huisarts verstrekt, van oordeel dat de arts ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden niet onzorgvuldig heeft gehandeld.

Ten eerste kan de commissie zich voorstellen dat de arts er tijdens de overdracht van de informatie van uit is gegaan dat een reëel behandeltraject reeds door de huisarts was aangeboden dan wel ingezet en niet tot resultaten had geleid. Bovendien is het denkbaar dat in de afgelopen tien jaar patiënte de indruk heeft gekregen dat er voor haar probleem geen reële

behandelalternatieven meer waren. Vanuit dit standpunt is het begrijpelijk dat patiënte haar situatie als uitzichtloos ervoer en alle alternatieven die door de arts werden aangedragen van de hand heeft gewezen. Het was voor patiënte, zoals de consulent eerder aangaf, een gepasseerd station.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, de mondelinge toelichtingen van de arts en de consulent daarbij mede in aanmerking genomen, 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 een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Gelet op het hierboven overwogene kan gezegd worden dat de arts de patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met de 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 haar 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.