

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënte, een vrouw van 50-60 jaar, maakt vier jaar voor de levensbeëindiging een CVA door met ernstige restverschijnselen als gevolg. Er was sprake van een persoonlijkheidsverandering, afasie en motorische uitval. Zij leed onder het vrijwel nergens meer toe in staat zijn, vage pijn door het hele lichaam, hulpbehoevendheid, afhankelijkheid en vermoeidheid. Sinds het CVA had patiënte een doodswens en suïcidale neigingen. Een psychiater stelde vast dat er geen sprake was van een vitale depressie. De huisarts zag wel dat patiënte ondraaglijk en uitzichtloos leed maar had emotionele problemen met het uitvoeren van euthanasie bij een niet-terminale patiënt. Patiënte wendde zich tot de Stichting Levensindekliniek. De arts meende dat een extra consult van een onafhankelijke psychiater geen nieuw inzicht zou opleveren. De arts kon tot de overtuiging komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

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 patiënte. De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring
- dossier Stichting Levensindekliniek (SLK)

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 patiënte, een vrouw van 50-60 jaar, werd vier jaar voor de levensbeëindiging een CVA vastgesteld. Restverschijnselen na intensieve revalidatie waren een persoonlijkheidsverandering, partiële afasie en motorische uitval van een lichaamshelft. Patiënte was ernstig beperkt en niet meer in staat tot werken, vriendschappen onderhouden en hobby's uitoefenen. Zij voelde zich anders dan voorheen; zij was somber en neerslachtig. Twee jaar voor de levensbeëindiging dronk zij veel alcohol en was zij suïcidaal. Zij werd een tijdje opgenomen in een GGZ-kliniek. Er was toen geconstateerd dat patiënte als gevolg van het niet aangeboren hersenletsel (NAH) somber was. Patiënte staakte na een poosje de behandeling door de GGZ omdat dit toch niets aan haar situatie kon veranderen. Patiënte was uiteindelijk gestopt met veel alcohol drinken.

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

Het lijden van patiënte bestond uit het vrijwel nergens meer toe in staat zijn, niet meer zichzelf zijn, een vage pijn hebben in het hele lichaam en vermoeidheid.

Zij leed onder de hulpbehoevendheid en afhankelijkheid. Zij ervoer vrijwel geen kwaliteit van leven meer. 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 het CVA een doodswens. Zij voelde zich daarin lange tijd onbegrepen en had ook suïcidale neigingen. Patiënte had eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts van patiënte raadpleegde enkele maanden voor het overlijden een psychiater om patiënte te onderzoeken. De psychiater constateerde na een gesprek met patiënte dat geen sprake was van een vitale depressie. De huisarts zag wel dat patiënte ondraaglijk en uitzichtloos leed maar had toch emotionele problemen met euthanasie bij deze niet-terminale patiënte en wilde niet meewerken aan uitvoering van de levensbeëindiging. Patiënte wendde zich tot de SLK.

Omstreeks zeven weken voor het overlijden heeft patiënte de arts van de SLK om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts van de SLK sprak verschillende malen langdurig met patiënte. De arts van de SLK had uitgebreid contact met de huisarts van patiënte. Hij had ook contact en overleg met de psychiaters die patiënte hadden behandeld/gezien in verband met de vraag van de consulent of patiënte misschien een persoonlijkheidsstoornis had. Alle behandelaars kwamen tot de conclusie dat patiënte geen persoonlijkheidsstoornis had en dat, als zij die al zou hebben, behandeling onmogelijk zou zijn. De arts en het team van de SLK waren er van overtuigd dat een extra consult van een psychiater geen nieuw inzicht zou opleveren vooral gezien het feit dat de handicaps van patiënte daarmee niet opgelost zouden worden.

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 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 en de aard van het lijden van patiënte. De consulent kon goed met patiënte praten ondanks haar afasie. De consulent vroeg zich nog af of patiënte misschien een persoonlijkheidsstoornis had. Hij meende een minderwaardigheidscomplex te constateren. Hij vroeg zich af of dat nog behandelbaar was.

In een nadere mail van vier dagen voor de levensbeëindiging schreef de consulent dat hij, mede op basis van het gesprek met patiënte en na terugkoppeling van de arts aan hem in antwoord op zijn vragen en ook nog nadat de consulent zelf contact had opgenomen met een van de behandelende psychiaters, tot de conclusie was gekomen 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 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 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.