

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Omdat huisarts van patiënt geen medewerking wilde verlenen aan euthanasie, wendde patiënt zich tot Stichting Levenseinde Kliniek (SLK). Patiënt is nadien ook bij andere huisarts onder behandeling gekomen, maar deze liet reeds ingezette euthanasieprocedure verder over aan arts, verbonden aan SLK. Arts kon tot overtuiging komen dat sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en van vrijwillig en weloverwogen verzoek.

OOORDEEL

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

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- schriftelijke wilsverklaring
- aanmeldingsformulier Levenseindekliniek
- rapportageformulier ledenondersteuningsdienst NVVE
- verslag van het gesprek ledenondersteuner NVVE - patiënt
- verslagen psychiaters
- brief huisarts aan arts
- patiëntenjournaal Stichting Levenseindekliniek

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 tussen de 60 en 70 jaar, werd vijf jaar voor de levensbeëindiging een blaascarcinoom vastgesteld waarvoor patiënt werd geopereerd en behandeld met blaasspoelingen. Een jaar later was er sprake van een recidief urotheelcelcarcinoom van de blaas. Hij onderging hiervoor opnieuw een operatie en blaasspoelingen. Tweeënhalf jaar voor de levensbeëindiging werd wederom een recidief blaascarcinoom vastgesteld. Patiënt gaf aan dat hij, gezien de hoge kans op een recidief en het feit dat hij de blaasspoelingen als erg belastend had ervaren, niet verder meer behandeld wilde worden. Hij kampte met arteriële insufficiëntie van het linkerbeen waardoor hij pijn had bij het lopen, een chronisch pijnsyndroom bij posttraumatische dystrofie na een samengestelde femurfractuur ten gevolge van een auto-ongeluk dertig jaar geleden en postoperatieve pijn na een liesbreukoperatie een half jaar voor de levensbeëindiging. Patiënt leed ook aan een suizend gevoel in zijn hoofd waar hij wisselende klachten van ervoer. Ruim tien jaar voor de levensbeëindiging was bij patiënt - naar aanleiding van klachten van gespannenheid, somberheid, slechte aandacht, moeite met oriëntatie, verwardheid en onzekerheid - op basis van een MRI scan vastgesteld dat er sprake was van perifere atrofie van de beide cerebrale frontaalkwabben. Waarschijnlijk was alcoholabusus over de jaren de oorzaak. Patiënt was hiervoor met succes behandeld geweest. De laatste maanden was er sprake van een algehele verslechtering. Enkele weken voor zijn overlijden was patiënt korte tijd in het ziekenhuis opgenomen wegens obstructie van de blaas bij hematurie. Patiënt had een verblijfscatheter in de blaas gekregen die meerdere malen per dag werd gespoeld. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Patiënt leed onder de langdurige pijnklachten in zijn blaas, lies en linkerbeen, het feit dat hij lichamelijk steeds zwakker werd, nauwelijks van zijn bed af kon komen en aan zelfstandigheid moest inleveren. Hij was sterk vermagerd, maar kon nog wel eten en drinken. Door de pijnstillers viel patiënt soms zo maar in slaap. Een groot deel van de dag kwam hij tot bijna niets meer waardoor hij in toenemende mate niet meer in staat was tot sociaal contact en in een emotioneel isolement terecht was gekomen. Patiënt voorzag een toekomst van pijn en een steeds verder afbrokkelende zelfstandigheid. In verband met de bij hem geconstateerde perifere atrofie van de beide cerebrale frontaalkwabben was patiënt bang dat hij binnen afzienbare tijd niet meer in staat zou zijn psychisch zelfstandig te functioneren en zijn eigen levenssituatie te overzien. Hij was moe, wilde rust en wenste dat er een einde kwam aan zijn pijn en het dagelijkse gevecht om zelfstandig in het leven te kunnen blijven staan. Patiënt, die altijd een zeer autonoom mens was geweest en voor wie zelfstandigheid, waardigheid en behoud van regie over eigen leven essentieel waren, 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

In 2007 had patiënt voor het eerst een levenstestament opgesteld. Naar aanleiding van de bevindingen van de behandelend specialist dat er weer groei (of aangroei) van de blaastumor plaatsvond, was patiënt gesprekken met zijn huisarts en behandelend specialist aangegaan over euthanasie. Deze gesprekken verliepen niet goed. Volgens de patiënt ervoer de huisarts 'druk' en 'pressie', zowel van de patiënt als van diens echtgenote en een zus van patiënt. De behandelend specialist zou vanuit zijn eigen beleving weinig begrip hebben getoond voor patiënt. De huisarts en de behandelend specialist waren van mening dat er nog behandelingsmogelijkheden waren. Bovendien zag de huisarts bij patiënt niet een vorm van lijden die ernstig genoeg was om een besluit tot levensbeëindiging te rechtvaardigen.

Begin 2012 had patiënt contact gezocht met de NVVE waarop een vrijwilliger van de NVVE had bemiddeld tussen huisarts en patiënt. Er vond vervolgens een gesprek plaats tussen de patiënt en de huisarts in het bijzijn van de vrijwilliger van de NVVE. De huisarts gaf hierbij aan bereid te zijn het proces over de vraag tot euthanasie in te zetten door er met regelmaat met patiënt over te praten. De huisarts gaf aan dat hij maanden nodig zou hebben om tot een beslissing te komen.

Ongeveer zeven maanden voor het overlijden heeft patiënt zich aangemeld bij de Stichting Levensindekliniek waarbij hij aangaf dat hij graag hulp bij zelfdoding wilde hebben, maar dat zijn huisarts daartoe nog niet bereid was daar hij onder meer een rapport van een psychiater wilde hebben omtrent de mentale status van patiënt.

Door de huisarts werd een psychiater in consult gevraagd die patiënt ongeveer zes maanden voor het overlijden onderzocht en constateerde dat er geen sprake was van een persoonlijkheidsstoornis, angst of depressie. Wel vertoonde patiënt trekken van een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis waarvan zijn rechtlijnigheid, koppigheid en sterke rechtvaardigheidsgevoel een uitvloeisel leken te zijn en waardoor deels ook zijn vasthoudendheid met betrekking tot zijn euthanasiewens kon worden verklaard. Patiënt gaf aan dat als aan zijn euthanasiewens niet zou worden voldaan hij zelf een einde aan zijn leven zou maken.

Uiteindelijk kon de huisarts de wens van patiënt niet inwilligen.

Ongeveer vier maanden voor het overlijden heeft de Levensindekliniek het verzoek tot levensbeëindiging van patiënt in behandeling genomen. Nadat een verpleegkundige van de Levensindekliniek een eerste bezoek aan patiënt had gebracht, bracht de arts ongeveer drie maanden voor het overlijden samen met de verpleegkundige voor het eerst een bezoek aan patiënt. Voorafgaand aan dit bezoek had de arts eerst telefonisch contact gezocht met de huisarts. Na uitgebreid verslag van zijn geschiedenis te hebben gedaan, heeft patiënt de arts ten tijde van dit eerste bezoek verzocht de euthanasie uit te voeren. Tijdens ieder volgend contact, bij een visite dan wel telefonisch, heeft patiënt zijn verzoek herhaald.

De relatie met de huisarts was inmiddels dusdanig verstoord dat ongeveer vier weken voor het overlijden een nieuwe huisarts patiënt had overgenomen. Deze nieuwe huisarts gaf te kennen de verdere interventies met betrekking tot de euthanasie aan de Levensindekliniek over te laten.

Na diverse gesprekken gevoerd te hebben met patiënt, zijn voormalige huisarts, zijn behandelend specialist en zijn nieuwe huisarts alsmede na veel onderling overleg met collega artsen en verpleegkundigen was de arts van mening dat de wens van patiënt invoelbaar was, het lijden ondraaglijk en dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook de nieuwe huisarts gaf te kennen achter de euthanasie te kunnen staan.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt zes dagen 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 Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp.

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.