

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënt, 70-80 jaar, is sprake van lichamelijke en psychische problematiek. Patiënt onderneemt een paar maanden voor het overlijden een tentamen suïcidii. Hij wordt in het ziekenhuis opgenomen en verzoekt de arts, zijn huisarts, om euthanasie. Arts raadpleegt als consulent een onafhankelijk huisarts/SCEN-arts, waarna nog een behandeling met een antidepressivum plaatsvindt: deze heeft geen effect. De arts raadpleegt een tweede consulent, eveneens huisarts/SCEN-arts, die oordeelt dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen zal zijn voldaan als blijkt dat er geen sprake is van een evidente stoornis. Vervolgens stelt een ouderenpsychiater vast dat er geen sprake is van een manifest psychiatrisch ziektebeeld en dat patiënt een duidelijke doodswens heeft.

Voor de arts is het duidelijk dat het lijden voor patiënt ondraaglijk is door de pijn, de toestand van verwaarlozing, de bedlegerigheid en ook vanwege het sociale isolement. De arts kan tot het oordeel komen dat patiënt wilsbekwaam is en dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

(...)

1. PROCEDURE

De commissie 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 euthanasieverklaring

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 70 en 80 jaar, bestond sinds ruim een jaar, na een val, een doodswens. Patiënt was eenzaam en had weinig sociale contacten. Vanwege tuberculose heeft hij in zijn jeugd jaren doorgebracht in sanatoria. Patiënt was hier erg door getraumatiseerd hetgeen zich uitte in contactstoornissen. Zijn leven werd ook beheerst door angsten en een diep wantrouwen jegens zijn medemens.

Na de val was de lichamelijke toestand van patiënt verder achteruit gegaan en werd hij toenemend somber. Patiënt ondernam drie maanden voor het overlijden een tentamen suïcide waarbij hij zijn rechter bovenbeen brak. Patiënt weigerde een operatieve behandeling, zodat een conservatief beleid middels een gipskoker werd ingesteld. Er ontstond een pijnlijke pseudoarthrose. Door de tuberculose had hij al bijna zestig jaar een stijve rechter knie waar hij ook veel pijn aan had. Door deze aandoeningen was patiënt uiteindelijk zeer beperkt in zijn mobiliteit. Alle eerdere pogingen om zijn situatie te verbeteren waren mislukt. Voor hem was een onomkeerbare situatie ontstaan. Patiënt ervoer slechts een zeer matige kwaliteit van leven.

Hij was op advies van een tijdens de opname in het ziekenhuis ingeschakelde psychiater nog gestart met een antidepressivum, maar hij merkte hier geen enkel effect van. Patiënt had ook al lange tijd een blaasretentie. Hij wilde geen nader onderzoek; wel kreeg hij een urinekatheter.

De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Enkele maanden voor het overlijden, toen de arts patiënt in het ziekenhuis bezocht, heeft patiënt ten overstaan van de arts een doodswens geuit. Patiënt was al jaren in de praktijk van de arts ingeschreven maar hij had de arts tot dan toe nauwelijks bezocht.

Er was volgens de psychiater die patiënt bezocht vanwege de status na het tentamen suïcide, sprake van een matige depressie. Patiënt startte met een antidepressivum.

Patiënt werd drie dagen voor de levensbeëindiging op aanraden van de eerste consulent gezien door een ouderenpsychiater die vaststelde dat patiënt een duidelijke doodswens had. Er was zijns inziens geen sprake van een manifest psychiatrisch beeld. Het antidepressivum waarmee patiënt was gestart, had geen verandering in zijn psychische toestand gegeven.

Volgens de arts was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde twee consulenten, beiden huisarts en onafhankelijke SCEN-arts.

De eerste consulent bezocht patiënt ruim drie maanden voor de levensbeëindiging tijdens de opname van patiënt in het ziekenhuis 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 van de patiënt en de aard van diens lijden. Volgens de consulent werd het lijden van patiënt bepaald door zijn algehele achteruitgang gecombineerd met zijn moeilijke karakter, zijn problemen met het aangaan van contacten en eenzaamheid. Voor de consulent was het lijden invoelbaar. Patiënt maakte geen depressieve indruk op de consulent maar zij adviseerde toch een behandeling met een antidepressivum.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Wanneer zijn wens na een proefbehandeling met een antidepressivum niet zou zijn veranderd, zou wel aan de zorgvuldigheidseisen zijn voldaan. De eerste consulent raadde een consultatie van een psychiater en een tweede consulent aan.

De tweede consulent bezocht patiënt twee weken voor de levensbeëindiging voor de eerste keer. Patiënt vertelde hem zijn trieste levensverhaal.

De tweede consulent bezocht patiënt negen dagen voor de levensbeëindiging voor een tweede maal. Tijdens dit bezoek gaf patiënt aan dat hij wel sombere gevoelens had maar hij kwam niet depressief over op de consulent. Volgens hem was patiënt volledig vastgelopen. Hij was lichamelijk geheel verzwakt en bedlegerig. De tweede consulent was van mening dat wanneer uit de rapportages van de psychiaters (het verslag van de assistent-psychiatrie die patiënt in het ziekenhuis had bezocht en een ouderenpsychiater die patiënt nog moest bezoeken) geen evidente stoornis zou blijken te bestaan, aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen en op de wijze als aanbevolen in de Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp. De hoeveelheid van 1500 mg thiopental wijkt weliswaar af van de geadviseerde dosering maar de arts controleerde de diepte van het coma alvorens hij de spierverslapper toediende.

e. Mondelinge toelichting

Bij de behandeling van de melding was het voor de commissie niet duidelijk waardoor het lijden van patiënt werd veroorzaakt en waarom het ondraaglijk was voor patiënt. Verder vroeg de commissie zich af of het lijden in overwegende mate werd bepaald door een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De arts werd uitgenodigd om ter vergadering een nadere toelichting te geven.

De arts gaf op de vragen van de commissie, zakelijk weergegeven, het volgende antwoord.

Patiënt was een man tussen de 70 en 80 jaar die de arts voorheen nauwelijks had bezocht.

Hij was zijn hele leven eenzaam en alleen en sociaal niet ontwikkeld. Als gevolg van TBC in zijn been was zijn rechter knie stijf geworden. Er was ongeveer zestig jaar geleden een arthrodese verricht.

Op een gegeven moment werd de arts door een orthopeed gebeld dat patiënt was opgenomen in het ziekenhuis na een sprong van het balkon. Waarschijnlijk was er sprake van een appèl tentamen suicide (TS). Patiënt liep hierbij een breuk in zijn rechter bovenbeen op. Desgevraagd gaf de arts aan dat de aanleiding voor de TS door hem niet nader was onderzocht en uitgevraagd.

De orthopeed en de ingeroepen arts-assistent psychiatrie toonden tijdens het verblijf in het ziekenhuis weinig compassie met patiënt. De arts had de indruk dat zij patiënt snel naar huis wilden laten gaan.

De arts-assistent psychiatrie stelde vast dat er bij patiënt sprake was van een matige lijdensdruk en een matige depressie. De arts trof patiënt in een slechte toestand aan. De breuk in het bovenbeen was op verzoek van patiënt conservatief behandeld met gips. Hij kreeg vanwege plasklachten een urinekatheter. Patiënt zei direct bij het eerste bezoek van de arts in het ziekenhuis dat hij verder geen behandeling wilde. Hij wilde niets meer; hij wilde dood. Hij wilde ook niet terug naar zijn huis (bejaardenhuis) want daar was lawaaioverlast en hij had ruzie met medebewoners (volgens de arts mogelijk als gevolg van zijn antisociale persoonlijkheid).

De arts zag de wens van patiënt als een euthanasieverzoek en hij schakelde een SCEN-arts in (mei 2012). De eerste consulent bezocht patiënt in het ziekenhuis. Zij oordeelde dat (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat zij een depressie niet kon uitsluiten. Deze eerste consulent raadde aan te starten met een proefbehandeling met antidepressiva en dan een tweede consulent in te schakelen. De tweede consulent werd telefonisch benaderd op 25 mei 2012, maar alvorens een bezoek aan patiënt te brengen zou eerst afgewacht worden of patiënt zou reageren op de antidepressiva. Patiënt startte rond zijn ontslag uit het ziekenhuis met antidepressiva die de arts-assistent psychiatrie na overleg met een ouderenpsychiater voorschreef. Patiënt werd zeer tegen zijn zin naar huis gestuurd. In het ziekenhuis werd niet gezocht naar een andere verblijfsmogelijkheid.

De toestand van patiënt ging achteruit in de daarop volgende maanden. Hij viel af, was bedlegerig en verzorgde zich slecht. Hij had veel pijn in zijn been, dat niet genas (er ontstond een pseudoarthrose) en steeds in hetzelfde gips bleef omdat patiënt een gipswissel weigerde. De euthanasievraag van patiënt bleef bestaan. Patiënt had geen effect bemerkt van de antidepressiva.

De arts verzocht toen (augustus 2012) de tweede consulent een bezoek te brengen aan patiënt. De arts schakelde daarna op verzoek van de tweede consulent een ouderenpsychiater in die vaststelde dat patiënt een duidelijke doodswens had zonder dat er sprake was van een manifest psychiatrisch beeld.

De arts gaf aan dat hij wel in wilde gaan op het verzoek van patiënt maar dat hij binnen de grenzen van de wet wilde handelen. De mogelijkheid van versterven was wel bij de arts opgekomen, maar hij voelde zich gesteund door de beide SCEN-artsen om in te kunnen gaan op het euthanasieverzoek van patiënt vanwege het feit dat patiënt geestelijk en lichamelijk leed. Voor de arts was het duidelijk dat het lijden voor patiënt ondraaglijk was door de pijn, de toestand van verwaarlozing waarin patiënt verkeerde, de bedlegerigheid en ook vanwege het feit dat patiënt nooit enige relatie had kunnen opbouwen vanwege zijn sociale isolement. Ook met hulpverleners verliepen de contacten moeizaam. De arts vertelde dat de hele procedure hem veel tijd had gekost. Dit had hij van tevoren niet goed ingeschat. Het proces had hem persoonlijk geraakt, maar het was ook een leerzaam proces geweest. Als mens en medicus staat hij nog steeds achter het feit dat hij bij patiënt euthanasie heeft uitgevoerd.

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.

Wat betreft de eis of er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënt overweegt de commissie het volgende.

Patiënt uitte tijdens het verblijf in het ziekenhuis en daarna thuis regelmatig een doodswens ten overstaan van de arts. De arts zag dit als een euthanasieverzoek. Patiënt werd in het ziekenhuis ook gezien door een arts-assistent psychiatrie die een matige depressie vaststelde en een antidepressivum

voorschreef, dat echter geen effect had op de gemoedstoestand van patiënt, noch op zijn doodswens. Op aanraden van de eerste SCEN-arts heeft de arts in een later stadium opnieuw een (andere) psychiater geraadpleegd. Deze psychiater stelde vast dat er geen sprake was van een manifest psychiatrisch ziektebeeld en dat patiënt een duidelijke doodswens had.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden en gezien de opinie van de psychiaters, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat patiënt wilsbekwaam was en dat hij zijn wens vrijwillig en weloverwogen uitte.

Wat betreft de vraag of de arts tot het oordeel is kunnen komen dat er voor patiënt sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en of de arts met patiënt tot de overtuiging is kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was, overweegt de commissie als volgt.

Eerst heeft de commissie moeten vaststellen of patiënt leed aan een in overwegende mate medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De arts heeft aangegeven dat het lijden van patiënt uiteindelijk (mede) werd veroorzaakt door de gevolgen van zijn (niet behandelde) fractuur en de gevolgen van de vroeger doorgemaakte TBC. Deze aandoeningen die hebben geleid tot het ondraaglijke lijden, liggen binnen het medische domein. Dat de karakterstructuur van patiënt aan het ondraaglijke lijden heeft bijgedragen, zoals de arts heeft aangegeven, maakt dit niet anders.

De term ‘uitzichtloos’ heeft tenminste twee betekenissen die voor een beoordeling van het lijden van belang zijn. In de eerste plaats wordt het lijden van een patiënt als uitzichtloos beschouwd als ieder reëel behandelingsperspectief ontbreekt. De ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt, is niet te genezen en er is ook geen reëel uitzicht op verzachting van de symptomen. Het vaststellen van deze uitzichtloosheid is primair aan de arts.

In de onderhavige casus meent de commissie dat ten tijde van het uiten van de doodswens in het ziekenhuis, kort na het tentamen suïcide met de beenbreuk als gevolg, er zeker nog reële (al dan niet palliatieve) behandelmogelijkheden waren om het been van patiënt te optimaliseren. Patiënt wees echter elke behandeling af. Hierdoor ontstond uiteindelijk een situatie waarbij de lichamelijke toestand van patiënt erg achteruit ging en hij bedlegerig werd. De breuk was toen niet meer te herstellen vanwege de pseudoartrose die was ontstaan. De mobiliteit van patiënt was nagenoeg nihil. Vanuit medisch perspectief was de situatie waarin patiënt was terechtgekomen daarom uitzichtloos.

In de tweede plaats heeft uitzichtloos ook een betekenis die met de persoon van een patiënt heeft te maken.

Voor de al vele jaren bestaande contactstoornissen en de karakterstructuur van patiënt, waarschijnlijk ontstaan in zijn vroege jeugd als gevolg van de lange opname in het sanatorium, waren geen reële behandelmogelijkheden meer. Volgens de beide psychiaters die patiënt hebben gezien, leed hij ook niet aan een psychiatrische aandoening die te behandelen was. De arts kon daarom uiteindelijk tot de overtuiging komen dat het lijden voor deze patiënt ook in dit opzicht uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossing voor handen was.

Wat de ondraaglijkheid van het lijden betreft, merkt de commissie het volgende op. Lijden wordt doorgaans veroorzaakt door een ziekte en toont zich in symptomen en verlies van functies. Dat is de objectief vast te stellen kant ervan. Echter, of, en zo ja wanneer, de symptomen en klachten van het lijden ondraaglijk worden is uiteindelijk afhankelijk van de mens die lijdt en daardoor aan de persoon gebonden. De ondraaglijkheid van het lijden wordt tenslotte bepaald door de fysieke en psychische

draagkracht als expressie van levenservaringen en biografie én de manier waarop de toekomst wordt ervaren. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart, is voor een andere patiënt ondraaglijk.

De fysieke toestand van patiënt was uiteindelijk erg slecht. Hij was nauwelijks nog mobiel en nagenoeg bedlegerig geworden. Omdat hij als gevolg van zijn karakterstructuur last had van angsten en wantrouwen jegens de medemens verliep de verzorging moeizaam. Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De commissie is van oordeel, dat de arts uiteindelijk tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor deze patiënt invoelbaar ondraaglijk was.

De commissie merkt echter met nadruk op dat het haar bevreemd heeft dat de arts vrijwel direct op de doodswens van patiënt is ingegaan. De commissie sluit niet uit dat wanneer de arts direct na het tentamen suïcide van patiënt de reden van diens doodswens nader had onderzocht patiënt wellicht nog wel behandelmogelijkheden ten aanzien van de beenbreuk had geaccepteerd.

De arts heeft de patiënt uiteindelijk voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. Wel meent de commissie dat, in het licht van hetgeen hierboven is opgemerkt, de arts patiënt in een eerder stadium beter had kunnen voorlichten over behandelalternatieven.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

De commissie merkt in dit kader op dat de arts direct nadat patiënt zijn doodswens uitte een consulent heeft ingeschakeld, zonder de wens van patiënt nader te exploreren. Door direct een consulent in te schakelen wordt de indruk gewekt dat de arts de regie niet in handen had. Het feit dat de consulent concludeerde dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en zij aanraade een psychiater en een tweede consulent te raadplegen onderschrijft deze zienswijze. Ook het feit dat pas enkele maanden later een tweede consulent wordt ingeschakeld die aanraade opnieuw een psychiater in te schakelen, onderschrijft dit. De commissie vraagt zich af of op het moment waarop de arts de consultatieprocedure in gang zette, hij wel voldoende zich ervan had vergewist dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Wel is de commissie ervan overtuigd geraakt dat in elk geval op het moment waarop de euthanasie werd toegepast, dit het geval was.

De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd ondanks het feit dat hij is afgeweken van de Richtlijn KNMP/WINAp 2007 door 1500 mg thiopental toe te dienen omdat hij heeft aangegeven dat hij de diepte van het coma heeft gecontroleerd alvorens de spierverslapper toe te dienen.

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.