

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt, 60-70 jaar, is al tientallen jaren bekend met schizofrenie, chronisch alcoholmisbruik en tabaksverslaving. Hij wordt diverse malen opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, waar tevergeefs wordt getracht hem van zijn alcoholverslaving af te krijgen. Patiënt onderneemt meerdere tentamen suïcidiï. Door langdurig neurolepticagebruik lijdt hij aan parkinsonisme. Ook is sprake van COPD en hartfalen. Zijn gezondheidstoestand gaat steeds verder achteruit en hij vraagt om euthanasie. Arts, huisarts, raadpleegt de behandelend psychiater en deze stelt vast dat de vraag om euthanasie weloverwogen is en dat er geen sprake is van psychiatrische contra-indicaties voor euthanasie. De consulent, onafhankelijk huisarts/SCEN-arts, oordeelt 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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts inclusief bijlage

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- 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

Patiënt, een man tussen 60 en 70 jaar, leed al tientallen jaren aan schizofrenie en er was sinds vele jaren sprake van chronisch alcoholmisbruik en tabaksverslaving. Patiënt was diverse malen in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen geweest. Tijdens de opnames was tevergeefs getracht hem van zijn alcoholverslaving af te krijgen. Patiënt had meerdere malen een poging tot zelfdoding ondernomen. Hij gebruikte onder meer antipsychotische- en sederende psychomedicatie. Door langdurig neurolepticagebruik leed patiënt aan parkinsonisme. Er was sprake van continue en progressieve onrust in benen, armen en handen, ondanks medicatie. Tevens kampte hij met ernstig COPD en hartfalen. Bij patiënt was een AICD pacemaker geïnstalleerd en hij werd behandeld met uitgebreide cardiale en longmedicatie. Wegens zijn hartklachten kon hij niet worden behandeld met anti-depressiva tegen een mogelijke depressie. Gaandeweg was patiënt steeds verder afgetakeld. De laatste paar maanden kampte hij met aanhoudende klachten van misselijkheid, braakneigingen en anorexie. Er werd een reflux-oesophagitis geconstateerd. Medicatie leidde niet tot verbetering van klachten. Bij patiënt was voorts sprake van mictieklachten, incontinentie en van een erectiele dysfunctie waardoor hij in zijn dagelijks leven en welzijn zeer werd belemmerd. Patiënt werd begeleid door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die hem wekelijks bezocht en werd tweemaal per dag geholpen door de thuiszorg.

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

Patiënt leed onder het feit dat hij niets meer kon en dat het proces van lichamelijke en geestelijke aftakeling niet tegen te houden was. Hij was voortdurende benauwd en extreem vermoeid, zelfs bij de minste inspanning. Ademhalen ging piepend en moeizaam en hij hoestte regelmatig. Patiënt was al maanden niet meer buiten geweest en kwam de trap in huis niet meer omhoog. Hij leed onder de continue misselijkheid, ondanks de medicatie, en de anorexie. De geringste inname leidde al tot braken. Ook leed hij onder het feit dat hij zichzelf bevulde, onder zijn motorische beperkingen en het feit dat hij afhankelijk was hulp. Patiënt, die geen verdere aftakeling meer mee wilde maken en leed onder het verlies van een menswaardig bestaan, 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

Patiënt had eerder met de arts, alsmede met andere zorgverleners, over euthanasie gesproken. De arts had met de patiënt afgesproken dat, in verband met de misselijkheid, eerst nog het oordeel van de internist afgewacht zou worden. Er bleek echter geen oplossing te zijn.

Een maand voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij heeft zijn verzoek nadien herhaald.

Om nader te bepalen of de schizofrenie en/of een mogelijke depressie patiënt minder bewust maakte van zijn verzoek, had de arts de deskundigheid van de behandelend psychiater ingeschakeld. Deze was van oordeel dat patiënt compos mentis was en dat zijn vraag om euthanasie weloverwogen was vanuit een reële lijdensdruk. Er was volgens de psychiater geen sprake van psychiatrische contra-indicaties voor euthanasie.

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 patiënt ongeveer twee weken 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 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 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.