Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: **Patiënt, een man van 20-30 jaar, kampte met ernstige restverschijnselen van het syndroom van Guillain Barré. Hij leidde een geïsoleerd bestaan. Kort voor overlijden werd de ziekte van Hodgkin vastgesteld. Patiënt startte met chemotherapie, maar staakte deze behandeling, omdat hij hier erg ziek van werd. Toen patiënt een cholecystitis kreeg was de maat vol. Hij weigerde behalve pijnstilling elke vorm van behandeling. De ziekte van Hodgkin en cholecystitis zijn alleen door uitgebreide behandeling te genezen. Door zijn antisociale persoonlijkheid met extreem zorgmijdend gedrag was patiënt niet in staat om verdere, belastende behandeling te ondergaan. Arts en patiënt konden samen tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin patiënt zich bevond geen redelijke alternatieven meer waren. Een psychiater concludeerde dat geen sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld en dat patiënt wilsbekwaam was.**

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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:
Formulier lijkschouwer
Formulier arts
Verslag arts
Verslag consulent
Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring
- nadere schriftelijke toelichting van de arts

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 van 20 - 30 jaar, was sprake van ernstige restverschijnselen van het syndroom van Guillain Barré dat zich vijf jaar voor het overlijden voordeed. Hij had nauwelijks kracht in zijn benen en was daardoor rolstoelafhankelijk. Hij had ook pijn.
Drie maanden voor het overlijden werd een waarschijnlijk al langer bestaande M. Hodgkin vastgesteld. Patiënt ervoer al weinig kwaliteit van leven voordat de diagnose M. Hodgkin werd gesteld omdat hij wegens zorgafhankelijkheid, zijn gedrag en een eerdere psychose verbleef in een tehuis waar verder alleen maar oudere psychiatrische patiënten woonden. Een duidelijke psychiatrische diagnose werd nooit gesteld; de vijf jaar voor het overlijden doorgemaakte psychose was waarschijnlijk geluxeerd door alcohol - en cannabisgebruik. De ouders van patiënt hadden hun best gedaan om een andere woonomgeving te zoeken voor hun zoon; dit was niet gelukt.
Patiënt had, op aandringen van de arts, nog geaccepteerd om chemotherapeutisch behandeld te worden voor de Hodgkin. Hij werd erg ziek van de chemo en raakte volledig uitgeput. Toen hij daarna ook nog een cholecystitis met galstenen kreeg, was voor hem de maat vol. Patiënt wilde nog wel pijnmedicatie. Hij weigerde elke verdere (therapeutische) behandeling en uitte een euthanasieverzoek. Genezing was door het weigeren van behandeling niet meer mogelijk.
Het lijden van patiënt bestond uit de immobiliteit, afhankelijkheid en de uitzichtloosheid van zijn situatie na het ontstaan van klachten door het syndroom van Guillain Barré. Patiënt leidde een geïsoleerd bestaan door zijn psychische gesteldheid. Daarbij leed hij ernstig onder de vermoeidheid door Hodgkin, het gevoel van malaise en de uitputting door de chemokuren en angst voor het opnieuw ervaren van hevige pijn door cholecystitis. Patiënt 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

Tien dagen voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.
De arts wendde zich tot een onafhankelijk psychiater met het verzoek de wilsbekwaamheid van patiënt te onderzoeken. De psychiater concludeerde, na onderzoek, dat er geen sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld en dat patiënt wilsbekwaam was.
Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De internist, die patiënt behandelde toen hij met spoed was opgenomen wegens de septische cholecystitis, legde in overleg met de arts contact met de consulent, een onafhankelijke SCEN-arts.
De consulent bezocht patiënt een dag 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. De consulent koppelde zijn bevindingen aan de arts en internist terug.

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.

e. Nadere schriftelijke toelichting van de arts

Bij de behandeling van de melding waren bij de commissie nog enkele vragen gerezen. De arts had in zijn verslag geschreven dat de ziekte van Hodgkin de katalysator was van het euthanasieverzoek van patiënt. Daarbij kwamen ook nog eens de galblaasproblemen waardoor de maat voor patiënt vol was. De commissie begreep daaruit dat de ondraaglijkheid van het lijden in eerste instantie vooral werd veroorzaakt doordat patiënt de manier waarop hij nog leefde, als zinloos ervoer. Daarbij speelde een grote rol dat patiënt zich eenzaam en geïsoleerd voelde onder andere als gevolg van de manier waarop hij in het leven stond en zijn woonsituatie. Het was de commissie opgevallen dat er bij deze jonge patiënt geen psychiatrische diagnose was gesteld terwijl hij wel in een psychiatrische instelling verbleef. De commissie wilde graag van de arts weten waarom er geen diagnose was gesteld en waarom er niets aan de woonsituatie van patiënt veranderd kon worden. De commissie vroeg de arts of het in zijn ogen voorstelbaar was dat patiënt bij een meer geschikte woonsituatie en behandeling voor zijn psychiatrische problemen, zich wel zou hebben laten behandelen voor de ziekte van Hodgkin en de cholecystitis.
Kortom; de commissie wilde graag nader door de arts geïnformeerd worden hoe hij tot de overtuiging was gekomen dat het lijden van patiënt uitzichtloos was en dat er geen redelijke alternatieven meer voorhanden waren.

De arts antwoordde als volgt.
Patiënt kwam op het moment, ongeveer tweeënhalf jaar voor het overlijden, dat hij, in het kader van een door GGZ begeleid wonen project, verhuisde naar een tehuis, in de praktijk van de arts. De arts vond eigenlijk dat deze jonge patiënt niet thuis hoorde in de groep van oudere mannen en vrouwen met zeer uitgebreide psychiatrische verledens. Bij het napluizen van het medisch dossier van patiënt bleek aan de arts dat patiënt zeker de laatste vijf jaar een sterk zorgmijdend gedrag had vertoond. Uit gesprekken met de ouders van patiënt werd duidelijk dat patiënt nergens kon aarden. Op verschillende manieren (waaronder opnames) en in verschillende woonsituaties was tevergeefs geprobeerd om zijn isolement en weigerachtige houding te doorbreken. Patiënt isoleerde zichzelf bewust binnen een woonsituatie waarin hij ogenschijnlijk niet paste. In de eerste maanden dat de arts hem wilde bezoeken, weigerde patiënt vaak contact. Daardoor werd M. Hodgkin ook pas laat ontdekt. Het kostte de arts veel moeite om het vertrouwen van patiënt te winnen en om hem te motiveren om zich te laten behandelen. Tot verbazing van de ouders van patiënt, zijn persoonlijk begeleider en de arts stemde hij uiteindelijk in met behandeling van de Hodgkin. Tijdens de chemotherapie werd patiënt echter steeds zieker. De arts kreeg in die periode verrassend genoeg juist beter contact met patiënt. Op het moment dat patiënt besloot te stoppen met de chemotherapie, uitte hij vrijwel meteen zijn euthanasiewens omdat hij verder leven op geen enkele manier meer zag zitten. Na lange gesprekken met patiënt, zijn ouders en de behandelend oncoloog stond voor de arts vast dat het voorbereidingstraject met betrekking tot de euthanasie ingezet kon worden. Toen dit duidelijk was voor patiënt, werd hij opvallend rustig en toegankelijk. Communicatie met hem werd aangenaam en open. De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater om de wilsbekwaamheid van patiënt te laten onderzoeken. Op de dag dat de psychiater patiënt zou bezoeken, kreeg patiënt een acute cholecystitis en een septisch beeld. (De psychiater sprak overigens nog de avond van opname in het ziekenhuis met patiënt). Patiënt weigerde behalve pijnstilling, elke vorm van behandeling. De dag na de opname voerde de arts nog uitgebreide gesprekken met patiënt, zijn familie en de behandelend specialist. De arts raadpleegde daarna een consulent. De consulent en de psychiater zetten hun bevindingen op papier. De arts voerde de levensbeëindiging uit op een eerder dan aanvankelijk door hem ingeschat tijdstip. De arts is er zeker van dat, alles overziend, er geen andere mogelijkheid bestond voor patiënt om zijn

levensomstandigheden te veranderen. De arts was er van overtuigd dat er sprake was van uitzichtloos lijden en dat ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij voelde zich hierin gesteund door de gelijkluidende mening van alle collega's en andere betrokkenen.

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 arts heeft in zijn nadere schriftelijke toelichting een duidelijk beeld van patiënt geschetst waaruit blijkt dat patiënt behept was met een antisociale persoonlijkheid waar extreem zorgmijdend gedrag uit voortkwam. De arts maakte het voor de commissie aannemelijk dat patiënt uitzichtloos leed zeker toen patiënt, de, eigenlijk tot ieders verbazing in eerste instantie geaccepteerde, chemotherapie staakte. De ziekte van Hodgkin en cholecystitis zijn wellicht normaal gesproken te genezen maar alleen door uitgebreide behandeling. Bij weigering van behandeling is het lijden zeker als gevolg van M. Hodgkin naar de huidige medische stand van zaken, uitzichtloos. Patiënt was door zijn gestoorde persoonlijkheid niet meer in staat om verdere, belastende behandeling te ondergaan. De arts en patiënt konden samen tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin patiënt zich bevond geen redelijke alternatieven meer voorhanden waren. De commissie wil haar waardering uitspreken voor de zorgvuldige handelwijze van de arts die blijkt uit zijn inzet voor patiënt en ook uit het feit dat, toen hij eenmaal besloten had om de euthanasieprocedure in gang te zetten, extra behoedzaam te werk is gegaan in deze bijzondere casus. Van inzet getuigt onder andere dat de arts veel moeite heeft gedaan om patiënt zover te krijgen dat hij zich nog wilde laten behandelen en van behoedzaamheid getuigt dat hij nog een psychiater heeft geraadpleegd om de wilsbekwaamheid van patiënt te laten beoordelen.

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.