

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt, een man van 80-90 jaar, had het gevoel dat het leven hem niets meer te bieden had. Een geraadpleegde GZ-psycholoog concludeerde dat hij een consistente euthanasiewens had. Het lijden van patiënt werd veroorzaakt door een stapeling van kwalen als gevolg van hoge ouderdom die een toenemende aftakeling veroorzaakte. Patiënt kon door functieverlies en afhankelijkheid geen betekenis meer geven aan zijn bestaan. Dit leven ging zijn draagkracht te boven. Arts en consulent hebben aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënt een medische grondslag had en dat dit voor hen invoelbaar ondraaglijk was. Redelijke alternatieven waren niet voorhanden.

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 mondelinge toelichtingen van de arts en consulent; beiden hebben de gespreksverslagen goedgekeurd

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 80 - 90 jaar, was door hoge ouderdom sprake van een combinatie van lichamelijke klachten en het gevoel dat het leven hem niets meer te bieden had.

Patiënt en zijn echtgenote waren tientallen jaren jaar bij elkaar geweest. Er bestond een zeer hechte band tussen de twee echtelieden en zij hadden genoeg aan elkaar gehad. Zij hadden geen kinderen.

Patiënt had jarenlang voor zijn vrouw gezorgd toen zij ziek was. Dat had patiënt nog een laatste doel in het leven gegeven. Zij was ongeveer een half jaar voor zijn overlijden overleden en daarna was bij patiënt de belangstelling voor de wereld om hem heen verdwenen. Hij was altijd een einzelgänger geweest. Hij had nooit echte vrienden gehad en voelde zich een buitenstaander.

Patiënt kon radio en televisie niet meer volgen. Ook nam hij de inhoud van wat hij las niet meer op.

Patiënt was moe en futloos en had nergens meer zin in. De motoriek van patiënt werd door onder andere artrose en osteoporose steeds slechter; hij liep moeilijk en was onhandig met zijn handen waardoor hij bijvoorbeeld zijn eigen brood niet meer kon klaarmaken. Patiënt was bang om in een rolstoel terecht te komen en nog afhankelijker te worden. Ook had hij mictieproblemen en droeg altijd incontinentiemateriaal.

Patiënt wilde geen psychosociale begeleiding of andere bemoeienis meer.

Genezing was niet mogelijk. Er bestonden geen behandelingsmogelijkheden meer.

Het lijden van patiënt werd bepaald door het gevoel dat verder leven op deze manier volstrekt zinloos en zonder kwaliteit was.

Er was sprake van lichamelijke aftakeling door veroudering waardoor hij niet meer tot veel in staat was. Maar de ondraaglijkheid van het lijden werd vooral veroorzaakt door het gevoel dat er voor hem niets meer van het leven te verwachten was. Patiënt beschouwde zijn leven als voltooid. 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

Patiënt had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Ruim twee maanden voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts kende patiënt al tientallen jaren en begreep het perspectief van patiënt goed.

Patiënt sprak op aanraden van de consulent nog een aantal malen met een GZ-psycholoog die concludeerde dat de wens van patiënt consistent was.

De arts was overtuigd van de wilsbekwaamheid van patiënt.

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 tweemaal, respectievelijk ruim twee maanden en negentien 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 eerste verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt.

De consulent was na zijn eerste bezoek nog niet overtuigd van de consistentie van het verzoek van patiënt.

Hij raadde de arts aan om nog een deskundige zoals een psycholoog gespecialiseerd in ouderen of een ouderenpsychiater te raadplegen om te bezien of er nog een andere oplossing gevonden kon worden.

Na drie gesprekken met een GZ-psycholoog volhardde patiënt in zijn verzoek waarop de arts de consulent nogmaals raadpleegde.

De consulent was, geruggesteund door de bevindingen van de GGZ-psycholoog, na het tweede bezoek van oordeel dat het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen was. De ondraaglijkheid van het lijden was voor hem invoelbaar.

In zijn tweede verslag kwam de consulent mede op basis van de twee gesprekken 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.

e. Nadere mondelinge toelichting van de arts

Zoals de commissie het in eerste instantie in het dossier las, leek de belangrijkste oorzaak van de ondraaglijkheid van het lijden het voltooid leven aspect te zijn. De commissie vroeg zich daarom af of de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt wel in voldoende mate zijn oorsprong vond in een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De arts werd gevraagd om een mondelinge toelichting te komen geven op de commissievergadering. De arts gaf aan deze uitnodiging gevolg.

De arts gaf -zakelijk weergegeven- de volgende toelichting.

De arts kende patiënt al uit zijn jeugd. Sinds dertig jaar was hij de huisarts van patiënt.

Patiënt kon de laatste jaren bijna niets meer. Er was sprake van osteoporose. Patiënt had pijn door inzakkingsfracturen. Hij viel herhaaldelijk waardoor dan grote hematomen ontstonden. Na een CVA een jaar voor het overlijden was zijn linker lichaamshelft gedeeltelijk verlamd. Hij had veel hoofdpijn. Er was sprake van een slechte nierfunctie waardoor medicamenteuze behandeling van de pijn lastig was. Patiënt had last van incontinentie voor urine. Hij kon nog maar een paar stappen lopen, mede door zijn gonartrose. Er bestond atriumfibrilleren. Patiënt kon niet goed meer zien, waardoor hij niet meer kon lezen. Patiënt was geestelijk nog goed.

De echtgenote van patiënt was nog de reden geweest voor zijn bestaan. Zijn trouw en toewijding voor haar hadden hem ondanks al zijn lichamelijke klachten, nog gaande gehouden. Zolang hij kon, had hij voor haar gezorgd ook al herkende ze hem niet meer doordat zij leed aan de ziekte van Alzheimer. Na haar overlijden ervoer patiënt zijn leven en lijden als zinloos.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden van patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was.

De ondraaglijkheid, die voor de arts zeer invoelbaar was, werd bepaald door onbehandelbare pijn, incontinentie, een sterk verhoogd valrisico, toenemende invaliditeit, verlies van autonomie en zorgafhankelijkheid. Dit lijden bestond al langer maar na het overlijden van zijn vrouw (zij hadden geen kinderen), wilde en kon patiënt niet meer verder. De arts mocht patiënt graag en gunde hem euthanasie.

f. Nadere mondelinge toelichting van de consulent

Zoals de commissie het in eerste instantie ook in het consultatieverslag las, leek de belangrijkste oorzaak van de ondraaglijkheid van het lijden het voltooid leven aspect te zijn. De commissie vroeg zich daarom af of de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt wel in voldoende mate zijn oorsprong vond in een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De consulent werd gevraagd om een mondelinge toelichting te komen geven op de commissievergadering. De consulent gaf aan deze uitnodiging gevolg.

De consulent gaf -zakelijk weergegeven- de volgende toelichting.

De consulent vond patiënt een erg aardige man waarmee je heel goed kon praten. Patiënt wilde toch geen nadere sociale contacten onderhouden. Dit kwam onder andere voort uit lichamelijke beperkingen zoals slechthorendheid en slechtziendheid. Zijn motoriek werd steeds slechter en hij kon vrijwel niet meer lopen; hij kwam nauwelijks nog buiten. Ook incontinentie was een onderdeel van zijn aanzienlijke handicaps. Nadat de vrouw van patiënt was overleden, verzocht patiënt om

euthanasie. Bij het eerste bezoek van de consulent, gaf patiënt aan dat hij nog zijn volgende verjaardag wilde meemaken alvorens hij overleed. De consulent wilde toen weten hoe consistent het verzoek van patiënt nu eigenlijk was. Patiënt had nog een aantal gesprekken met een GZ-psycholoog. Bij het tweede bezoek aan patiënt raakte de consulent overtuigd dat patiënt écht euthanasie wou. Hij vond patiënt zeker wilsbekwaam. Na het overlijden van zijn vrouw wilde patiënt verder geen bemoeienis van anderen in de vorm van verzorging, therapie of familiebezoek meer. Hij wilde niet afhankelijk zijn.

De consulent was overtuigd dat het lijden van patiënt een lichamelijke component had maar de persoonlijkheid van patiënt droeg ook zeker bij aan het beleven van het lijden. Uiteindelijk stelde de consulent vast dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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 commissie heeft zich nog afgevraagd of de ondraaglijkheid van het lijden wel in voldoende mate zijn oorsprong vond in een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening. Na lezing van het dossier en na de gesprekken met de arts en de consulent kwam de commissie tot de conclusie dat het lijden van patiënt werd veroorzaakt door multimorbiditeit als gevolg van hoge ouderdom die een toenemende aftakeling veroorzaakte. Deze ouderdomskwalen, zoals gonartrose, pijn door inzakkingsfracturen als gevolg van osteoporose, hoofdpijn, een slechte nierfunctie, incontinentie, visusvermindering, atriumfibrilleren en hemiparese door een CVA stonden in nauw verband met het medische domein. Nadat de echtgenote van patiënt overleden was, viel voor patiënt de zin van zijn bestaan weg. Hij ervoer zijn lijden al langer als ondragelijk maar had nog volgehouden om zijn zieke vrouw bij te staan.

Patiënt kon als gevolg van functieverlies en toenemende afhankelijkheid, gelet op zijn levensgeschiedenis en zijn eigen waarden, geen betekenis meer geven aan zijn bestaan. Het leven op deze manier ging zijn draagkracht te boven. De arts en de consulent hebben voor de commissie voldoende aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënt een zeer duidelijke medische grondslag had en dat het lijden voor hun invoelbaar ondraaglijk was. Passende interventies ofwel redelijke alternatieven waren niet meer voorhanden.

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.