

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënt, een man van 80-90 jaar, was sprake van een combinatie van geestelijke en lichamelijke klachten. Hij zag en hoorde slecht, er waren complicaties na een heupfractuur en hij had maagklachten. Er was sprake van beginnende cognitieve achteruitgang met woordvindstoornissen. Patiënt had een rigide persoonlijkheid en was erg eenzaam. Patiënt meldde zich bij de Stichting Levensindekliniek (SLK) omdat de huisarts gezien de complexiteit niet wilde ingaan op het verzoek. Vier maanden voor de levensbeëindiging bezocht een verpleegkundige van de SLK patiënt. Arts en verpleegkundige betwijfelden daarna of kon worden gesproken over een medische grondslag voor het lijden van patiënt. Een geraadpleegde, onafhankelijke psychiater stelde vast dat er geen behandelmogelijkheden meer waren en dat er sprake was van een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Mede gezien de lichamelijke problematiek van patiënt (een opeenstapeling van ouderdomsklachten) was de arts toen tot het inzicht gekomen dat er voldoende grondslag was om in te gaan op het verzoek. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

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 consulen

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensindekliniek (SLK)

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Uit de verslaglegging van de arts en de consultant 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, bestond een combinatie van aandoeningen waarbij lichamelijke en geestelijke klachten een rol speelden. Patiënt was slechthorend, zag slecht, liep moeilijk na een heupfractuur en was bang te vallen. Hij had ook veel last van onbegrepen maagklachten waardoor hij slecht sliep. Ook bestonden woordvindstoornissen en was er sprake van een beginnende cognitieve achteruitgang. Daarnaast was patiënt erg eenzaam met name als gevolg van zijn rigide persoonlijkheid. Hij leed onder het feit dat zijn actieradius sterk verminderd was en hij zijn hobby's niet meer kon uitoefenen. Patiënt was bang de regie over zijn leven te zullen verliezen.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Dit omdat patiënt een diep triest leven achter de rug had. Hij had het idee altijd te laat te zijn en hij had niet gekregen wat hij wilde zoals een vrouw, een gezin, liefde.

Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De mogelijkheid van versterven was diverse malen met patiënt besproken maar gezien zijn ervaringen in de oorlog met hongersnood was deze mogelijkheid geen optie voor patiënt. Bovendien zou dit traject door zijn huisarts begeleid moeten worden en hij had geen goede relatie met haar.

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

Enkele jaren voor het overlijden heeft patiënt de huisarts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

De huisarts benaderde een eerste psychiater omdat de huisarts een psychiatrische stoornis of depressie wilde uitsluiten.

Volgens de eerste psychiater was patiënt levensmoe zonder dat er sprake was van ondraaglijk lijden in psychiatrische of fysieke zin. Patiënt was wilsbekwaam. Hoewel er volgens de eerste psychiater sprake was van een PTSS met nachtelijke herbeleving ten gevolge van meerdere trauma's in zijn jeugd naast affectieve verwaarlozing, was de bijdrage hiervan aan zijn levensmoeheid beperkt. Eenzaamheid en moeite met de huidige maatschappij speelden een grotere rol. Volgens de eerste psychiater voldeed patiënt niet aan de voorwaarden om voor euthanasie in aanmerking te komen. Enkele dagen na dit gesprek vond het eerste gesprek tussen arts en patiënt plaats.

Zeven maanden voor de levensbeëindiging meldde patiënt zich aan bij de SLK. Patiënt had de mogelijkheid van euthanasie al zeer dikwijls met zijn huisarts besproken maar volgens patiënt wilde zij niet ingaan op zijn wens. De huisarts gaf in het gesprek met de arts aan dat zij gezien de complexiteit van de casus niet kon ingaan op het verzoek van patiënt. Het contact tussen huisarts en arts verliep steeds plezierig en de huisarts gaf inzage in de uitgebreide HIS. Gedurende het euthanasieproces sprak de arts driemaal uitgebreid over de casus met de huisarts van patiënt.

Gezien de problematiek bezocht een verpleegkundige van de SLK patiënt vier maanden voor de levensbeëindiging voor een vooronderzoek. Zij stelde een uitgebreid verslag op van haar bevindingen. De verpleegkundige stelde dat er op dat moment geen medische grondslag was voor euthanasie. Zij was er wel van overtuigd dat patiënt leed maar dat dit vooral met zijn levensgeschiedenis en huidige situatie (beperkte actieradius, weinig sociale contacten) te maken had. Zijn grootste (ook reële) angst was de regie over zijn leven te verliezen.

Naar aanleiding van dit gesprek en in overleg met een psychiater van de SLK, besloot de arts patiënt te laten onderzoeken door een onafhankelijke tweede psychiater. Met name werd gevraagd of de

psychiater nog behandelmogelijkheden zag.

Drie maanden voor de levensbeëindiging werd patiënt gezien door een onafhankelijke tweede psychiater. Volgens de tweede psychiater waren de traumatische levenservaringen de belangrijkste redenen voor de euthanasievraag. Hierdoor was patiënt niet in staat te realiseren wat hij altijd had gewild; hij was altijd voor alles in het leven te laat. Het ideaalbeeld was niet meer bereikbaar en daarom had hij niets meer om voor te leven.

De tweede psychiater constateerde dat patiënt een lang bestaande euthanasiewens had. In psychiatrisch opzicht was er sprake van een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling veroorzaakt door traumatische ervaringen in de vroege levensjaren waarbij de emotionele, sociale en psychoseksuele ontwikkeling volledig is gestagneerd. De diagnose luidde: een persoonlijkheidsstoornis met rigide, obsessief compulsieve en narcistische kenmerken. Volgens de tweede psychiater was er geen sprake van een PTSS. De tweede psychiater zag gezien de leeftijd van patiënt geen behandelmogelijkheden meer. Het lijden was, gezien de levensgeschiedenis van patiënt, fors. Met het wegvallen van zijn hobby's door een slecht zicht, slecht gehoor en afnemende mobiliteit kwam de dramatiek van zijn leven nog meer op de voorgrond te staan, hetgeen voor patiënt niet te verteren was.

Ruim twee maanden voor de levensbeëindiging bezochten de arts en de verpleegkundige patiënt om zijn euthanasiewens nogmaals te bespreken en ook het rapport van de tweede psychiater. De arts legde patiënt uit dat het onderzoek van de tweede psychiater had uitgewezen dat zijn euthanasieverzoek weloverwogen was en dat hij zijn lichamelijke klachten in combinatie met het psychisch lijden reden zou kunnen zijn om in te gaan op het euthanasieverzoek. De arts stelde wel als voorwaarde dat patiënt nog enkele gesprekken zou voeren met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De gesprekken die volgden met de GGZ POH leidden echter niet tot afname van de wens.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt een maand 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. Hoewel er forse woordvindstoornissen waren kon de consulent zijn verhaal wel volgen. Volgens de consulent was het verzoek zeer weloverwogen geuit, blijkens de vele gesprekken met diverse artsen in de afgelopen jaren. Patiënt was wilsbekwaam. Het verzoek kwam niet voort uit een stemmingsstoornis maar werd wel gekleurd door een persoonlijkheidsstoornis. Voor patiënt was het lijden ondraaglijk.

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.

e. Mondelinge Toelichting

Bij de eerste behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie diverse vragen gerezen. Uit de verslaglegging van de arts bleek dat er bij de arts aanvankelijk twijfel bestond over de medische grondslag van het lijden, maar later was de twijfel weg.

De commissie wilde weten wat de oorzaak was van de omslag in het denken van de arts.

Ook was de commissie benieuwd naar hetgeen de knik in het lijden voor patiënt veroorzaakte waardoor hij zijn lijden als ondraaglijk ervoer.

De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

De arts vroeg voorafgaande aan de vergadering of de verpleegkundige van de SLK die bij het hele euthanasieproces aanwezig was geweest bij het gesprek aanwezig mocht zijn. De commissie stemde in met dit verzoek. Zij heeft de arts af en toe aangevuld tijdens het gesprek.

De arts overhandigde de leden een schriftelijk toelichting tijdens de vergadering, die waar nodig is verwerkt in het gespreksverslag.

De arts heeft - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting gegeven:

Patiënt werd vier maanden voor het overlijden gezien door de arts en verpleegkundige van de SLK in het kader van zijn aanmelding bij de SLK. Beiden vonden na het bezoek dat zijn verzoek niet door de SLK in behandeling genomen kon worden. Er was volgens de arts onvoldoende medische grondslag om in te gaan op het verzoek. Er waren wel lichamelijke klachten maar levenseindeproblematiek leek op de voorgrond te staan. De arts vond de stapeling van ouderdomsziekten niet zodanig ernstig dat zij kon vaststellen dat het lijden invoelbaar ondraaglijk was voor patiënt.

Twee maanden later werd patiënt opnieuw bezocht door de arts en was er sprake van een ommekeer in het denken van de arts en besloot zij het euthanasietraject in te gaan.

Er was geen sprake van een “knik” in het lijden van patiënt geweest maar de wens van patiënt werd geleidelijk steeds sterker door toename van de klachten. De arts legde uit waardoor de verandering in haar opvatting was ontstaan.

Patiënt was geen charismatisch mens en hij kon je niet goed overtuigen. Het kostte tijd om hem te leren kennen. Patiënt had een moeilijk leven achter de rug en hij had altijd het gevoel gehad overal “te laat” voor te zijn.

De arts had overlegd met de huisarts van patiënt die erg worstelde met het verzoek. De huisarts vond de vraag complex en zij had geen goed contact met deze patiënt en verwees patiënt naar de SLK. De huisarts bleef patiënt gedurende het hele traject wel bezoeken. Toen de arts patiënt vertelde dat de huisarts wilde meewerken, verliepen de contacten tussen huisarts en patiënt ook beter.

De complexiteit, die de arts ook onderkende, zat hem in het feit dat patiënt een moeilijke, niet aardige man was die zich moeilijk kon uitdrukken, maar ook in het feit dat er sprake was van een stapeling van lichamelijke en geestelijke klachten. Patiënt had veel last van maagklachten waardoor hij slecht sliep, hij liep slecht na een heupfractuur en zag slecht. Patiënt had steeds meer in moeten leveren en hij kon hier niet mee omgaan. Hij had plastic voor de ruiten geplakt zodat hij zijn tuin niet meer zag; hij kon daar niet meer in lopen. Patiënt maakte snel ruzie met anderen en was achterdochtig. Hij voelde zich zijn hele leven te kort gedaan en was altijd eenzaam geweest.

Patiënt had veel moeite zijn fysieke achteruitgang te accepteren. Hij had altijd kunnen functioneren dankzij zijn intellect; eerst door zijn werk en later door te lezen. Nu dit niet meer kon was het leven doelloos.

De arts zag eerst onvoldoende medische grondslag maar door de bezoeken aan en telefoongesprekken met patiënt, met diens huisarts en met zijn neef ontstond begrip voor de ondraaglijkheid van het lijden voor patiënt. Het onvermogen van patiënt tot “coping” werd steeds duidelijker. Dat de arts zich eerst had gefocust op de lichamelijke klachten kwam ook door de houding van patiënt. Patiënt zag zelf alleen zijn lichamelijke problematiek, dat het ondraaglijke van deze klachten werd veroorzaakt door zijn persoonlijkheidsstoornis kon hijzelf op basis van deze stoornis niet onder woorden brengen. De arts schakelde met goedvinden van patiënt een onafhankelijk psychiater in. De psychiater stelde na een bezoek van drie uur aan patiënt vast dat er sprake was van een ernstige persoonlijkheidsstoornis die mede gezien de leeftijd van patiënt niet meer te behandelen was. Hierdoor was het voor de arts duidelijk dat het lijden met name werd veroorzaakt door een opeenstapeling van lichamelijke ouderdomsklachten in combinatie met zijn ernstige persoonlijkheidsstoornis.

Patiënt sprak op verzoek van de arts nog tweemaal met een POH GGZ in de hoop dat de euthanasiewens zou afnemen door het geven van meer aandacht aan patiënt waardoor hij zich gehoord zou voelen. De gedachten van patiënt veranderden echter niet. Patiënt was erg blij en opgelucht toen de arts hem na het bezoek van de SCEN-arts vertelde dat zij de euthanasie zou uitvoeren.

Patiënt organiseerde alles vervolgens rondom zijn sterven, hij was daar erg druk mee want hij wilde alles tot in de puntjes regelen. Dat door vakantie van de arts de uitvoering een week werd uitgesteld kwam hem daarom goed uit. Er was echter geen enkele twijfel over het feit dat hij vervolgens wilde sterven.

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 en na het gesprek met de arts 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.

Wat de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden betreft overweegt de commissie het volgende.

De ondraaglijkheid van het lijden wordt uiteindelijk bepaald door de persoon van de patiënt, diens fysieke en psychische draagkracht als gevolg van levenservaringen en biografie en de manier waarop de toekomst wordt ervaren. In het onderhavige geval speelden vooral deze elementen een grote rol in de beleving van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt.

Met name na het gesprek met de arts (en de verpleegkundige) is het voor de commissie duidelijk geworden dat de arts tot de overtuiging is kunnen komen dat er voor patiënt sprake was van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat in overwegende mate werd veroorzaakt door een ernstige persoonlijkheidsstoornis die, met name gezien de leeftijd van patiënt niet meer te behandelen was.

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 op verzoek 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.