

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt, een man van 80-90 jaar, was bekend met een inoperabel cardiacarcinoom. Patiënt leed pijn, had last van braakneigingen en verlies van eetlust, vermagering, vermoeidheid en loopstoornissen. Ook hoorde en zag hij niet goed. Hij was volledig afhankelijk van anderen. Patiënt werd gezien door een psychiater die een psychiatrisch toestandsbeeld uitsloot. Volgens de psychiater was er wel sprake van forse cognitieve achteruitgang. Om de wilsbekwaamheid vast te stellen zou een opname nodig zijn maar patiënt weigerde dit. De arts kon desondanks tot de overtuiging komen dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek en dat hij zijn verzoek weloverwogen had geuit.

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
- dossier Stichting Levensindekliniek

De commissie heeft de arts en de consulent om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. De arts heeft haar nadere schriftelijke toelichting gegeven bij brief d.d. (...). De consulent heeft zijn nadere schriftelijke toelichting gegeven bij brief d.d. (...).

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, werd ongeveer een jaar voor het overlijden een cardiacarcinoom vastgesteld. Een operatie was niet mogelijk en patiënt wees palliatieve behandeling af. In de maanden voor het overlijden was sprake van een geleidelijke verslechtering van de toestand van patiënt. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Op verzoek van de huisarts heeft een psychiater ongeveer drie maanden voor het overlijden onderzoek gedaan naar de mogelijke aanwezigheid van een psychiatrisch toestandsbeeld. De psychiater concludeerde dat er geen sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld, wel constateerde zij een forse cognitieve achteruitgang.

Het lijden van patiënt bestond uit pijn, braakneigingen, verlies aan eetlust, vermagering, vermoeidheid en loopstoornissen. Patiënt was volledig afhankelijk van de zorg van anderen en lag voornamelijk op een bank. Er was sprake van zichtbare passagestoornissen. Patiënt leed onder het niets meer kunnen, het niet goed kunnen zien en horen en het besef van het hebben van een ongeneeslijke ziekte.

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 eigen huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts respecteerde het verzoek van patiënt maar was vanwege persoonlijke redenen niet in staat om de euthanasie uit te voeren. De huisarts verwees patiënt daarom door naar de Stichting Levensindekliniek (SLK). Zij bleef betrokken bij de zorg voor patiënt.

Zeven weken voor het overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts gesproken. Hij heeft de arts daarbij direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Sindsdien hebben arts en patiënt nog twee gesprekken gevoerd. Ook heeft de arts met de huisarts, wijkverpleegkundige en familie van patiënt gesproken.

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 bijna 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. Volgens het verslag van de consulent trof hij patiënt in zijn woonkamer aan. Patiënt was in staat om te benoemen waar de consulent voor kwam. In het gesprek viel het de consulent op dat patiënt dingen vaak herhaalde, confabuleerde en stukken van langer geleden niet meer wist. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënt vooral bepaald door de lichamelijke ontluistering, de pijn, de uitzichtloosheid en de vermoeidheid. De

consulent achtte patiënt wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek om euthanasie ondanks de cognitieve problemen. Gezien de ernstige mate van ziekzijn, vond hij nadere analyse van deze problemen niet gepast.

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. Schriftelijke toelichting arts en consulent

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering was het de commissie opgevallen dat patiënt door zijn huisarts was verwezen naar een psychiater ter beoordeling van het psychiatrisch toestandbeeld. De psychiater concludeerde dat er sprake was van forse cognitieve achteruitgang met in de differentiaal diagnose het Korsakov syndroom. De psychiater heeft zich in dat verslag niet uitgelaten over de wilsbekwaamheid van patiënt. Zowel de arts als de consulent hebben geoordeeld dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Uit het dossier blijkt niet dat de arts de wilsbekwaamheid heeft laten beoordelen door een psychiater.

Omdat er bij patiënt sprake was van (forse) cognitieve stoornissen, zou de commissie graag van de arts en de consulent vernemen hoe zij tot het oordeel zijn gekomen dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek en hoe zij tot het oordeel zijn gekomen dat het verzoek weloverwogen was gedaan.

De commissie heeft de arts en de consulent verzocht hierover een nadere schriftelijke toelichting te geven.

De arts en de consulent hebben deze toelichting per brief gegeven.

De arts gaf - zakelijk weergegeven - de volgende schriftelijke toelichting:

De eigen huisarts van patiënt heeft voordat de arts bij de casus betrokken was, voorwerk verricht door met een consulent over het verzoek van patiënt te overleggen. Vanwege de voorgeschiedenis van patiënt, lorazepam- en alcoholverslaving waarvoor opname in een kliniek, was het advies patiënt te verwijzen naar de psychiater. De assistent-psychiater heeft geen uitspraak gedaan over wilsbekwaamheid van patiënt, wel sloot zij een psychiatrisch toestandbeeld uit. Ze stelde dat er cognitieve stoornissen zijn mogelijk op basis van het syndroom van Korsakov.

In de maanden voor het overlijden heeft het ambulante team patiënt driemaal langdurig bezocht en daarnaast patiënt telefonisch gesproken. Hoewel patiënt in deze gesprekken moeilijk geconcentreerd kon blijven op een onderwerp was elke keer wel duidelijk dat hij zich volledig bewust was van zijn (fatale) diagnose. Hij herhaalde keer op keer dat hij bij toenemende pijn niet langer zou willen leven en in aanmerking zou willen komen voor euthanasie. Drie maanden voor het overlijden was de pijn door middel van morfinepleisters nog draaglijk zodat er nog geen verzoek om daadwerkelijke uitvoering was.

Patiënt was een ongeschoolde man en schrok van de intensiteit van de gesprekken.

Dat maakt dat hij in het tweede gesprek geïrriteerd raakte. Door intellectueel onvermogen om verbaal duidelijk te maken waarom en wanneer het leven voor hem ondraaglijk zou worden gaf hij vervolgens maar aan af te zien van zijn euthanasiewens. Het werd hem allemaal te

moeilijk.

Aangezien patiënt op dat moment nog weinig symptomen van de maligniteit ervoer, behoudens progressieve vermoeidheid, heeft de arts op dat moment besloten dat er nog niet aan de zorgvuldigheidscriteria werd voldaan.

Dit heeft de arts vervolgens met de eigen huisarts besproken met het verzoek contact op te nemen bij progressie van symptomen en een persisterende wens tot overlijden. De huisarts heeft de arts een maand voor het overlijden gebeld met de mededeling dat er inderdaad sprake was van progressie van de ziekte en dat patiënt bij haar wekelijkse visites bleef aangeven te willen overlijden. Zij verzocht dringend om een nieuwe afspraak.

Bij het bezoek van de arts ongeveer drie weken voor het overlijden waren zowel de eigen huisarts als de wijkverpleegkundige aanwezig. Patiënt heeft in dit gesprek aangegeven dat zijn leven niet meer draaglijk was vanwege de fors toegenomen pijnklachten ondanks hogere dosering pijnstillers alsmede passageklachten van zowel vloeibaar als vast voedsel. Hij uitte nadrukkelijk de wens tot overlijden. Hoewel hij over andere onderwerpen zoals drankgebruik of zijn relatie met zijn echtgenote duidelijk niet conform de realiteit praatte, was hij zich zeer bewust van zijn ziekte en de onomkeerbare gevolgen van zijn euthanasiewens mocht deze uitgevoerd worden. De uitleg van de arts over de procedure kon hij begrijpen én herhalen. Dat maakte voor de arts duidelijk dat hij ten aanzien van de euthanasiewens wilsbekwaam was. In het aansluitende overleg met de huisarts en de wijkverpleegkundige vertelden zij dat patiënt zich in de maand dat de arts geen gesprekken met hem gevoerd hebben consistent is gebleven in zijn wens tot overlijden. Dat bevestigde voor het ambulante team de weloverwogenheid van het verzoek alsmede de wilsbekwaamheid van patiënt.

Ook in de contacten met de consulent is de wilsbekwaamheid van patiënt ter sprake gekomen. De consulent heeft nog contact opgenomen met de assistent psychiater met het verzoek ook een uitspraak te doen over de wilsbekwaamheid van patiënt. Zij achtte zich daartoe echter niet bekwaam en heeft overleg gepleegd met haar opleider. Deze stelde een klinische observatie voor. Patiënt wees dit af, daarmee was het voorstel van de psychiater om patiënt klinisch te observeren om de diagnose Korsakov en de wilsbekwaamheid vast te stellen niet realistisch. Ook de consulent was deze mening toegedaan en gaf aan op grond van zijn eigen bevindingen opgedaan bij zijn bezoek aan patiënt hem ten aanzien van zijn euthanasieverzoek wilsbekwaam te achten. Patiënt was zich volledig bewust van de strekking en de gevolgen van zijn euthanasieverzoek.

Ook in het Multidisciplinaire Overleg (MDO) binnen de SLK is dit nog een punt van bespreking geweest. Gesteld werd in het MDO dat een psychiatrische opname zou vallen buiten de wettelijke eisen aangezien zowel het ambulante team als de consulent als de eigen huisarts patiënt op het punt van de euthanasiewens wilsbekwaam achtten.

Op de dag van de daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie had patiënt een aantal naasten om zich heen verzameld: een kind, daarnaast een vriendin van zijn kind die patiënt ook al heel lang kende en een buurvrouw die mantelzorg had verleend. Na een laatste sigaret heeft hij op aandoenlijke wijze afscheid genomen zich welbewust van het aanstondse einde van zijn leven. Hij vond het afscheid moeilijk maar wilde absoluut doorgaan met de uitvoering van de euthanasie. Zijn houding en gedrag op deze dag bevestigde nogmaals de eerdere bevindingen van de arts.

De consulent gaf - zakelijk weergegeven - de volgende schriftelijke toelichting:

De consulent heeft tweemaal telefonisch contact gehad met de assistent psychiater. Zij was werkzaam vanuit de crisisdienst en heeft patiënt gezien met het verzoek de wilsbekwaamheid te beoordelen. In het eerste gesprek met de consulent gaf ze aan dat ze geconstateerd had dat

er geen sprake was van een psychiatrische toestandsbeeld, maar wel dat er cognitieve stoornissen waren. Zij voelde zich op het moment van de beoordeling onvoldoende deskundig om een oordeel te kunnen vormen omtrent de wilsbekwaamheid. Zij heeft verzuimd om een vervolg te geven aan de consultatie, wat eigenlijk wel de bedoeling was. Na het telefonisch overleg met de consulent heeft de assistent psychiater contact gehad met haar opleider. In het tweede gesprek gaf de assistent psychiater aan dat het advies was om patiënt op te nemen in een kliniek om tot een oordeel te komen over de wilsbekwaamheid. Dit voorstel vond de consulent niet gepast gezien de beperkte levensverwachting van patiënt en zijn uitdrukkelijke wens om niet meer elders opgenomen te worden. De consulent heeft overwogen om op zoek te gaan naar een andere psychiater maar besloten om dat niet te doen en af te gaan op zijn eigen oordeel.

De consulent kwam tot het oordeel dat patiënt wilsbekwaam was middels een gesprek met patiënt. Naast dit gesprek heeft hij de medische verslagen, het patiëntenjournaal en de specialistenbrieven bestudeerd. In het gesprek met patiënt bleek gaandeweg dat er sprake was van met name desoriëntatie in tijd en dat patiënt de dingen anders benoemde dan ze in werkelijkheid waren geweest. De huisarts vond de wens van patiënt om euthanasie invoelbaar, hoewel ze zelf vanwege persoonlijke omstandigheden niet in staat was om de euthanasie uit te voeren.

Patiënt kon zijn keuze voor euthanasie bij herhaling duidelijk kenbaar maken, zowel bij de huisarts, bij de psychiater, bij de arts als bij de consulent. Ook in het verleden had patiënt de keuze gemaakt om zich niet te laten behandelen. In het gesprek zei patiënt tegen de consulent: "Vroeger heb ik op televisie gezien dat ze je kunnen helpen als je dood wil gaan. Dat wil ik ook." Daarnaast gaf hij in het gesprek een aantal keren aan "ik wil dood". Duidelijk was dat hij op de manier waarop het nu ging niet verder wilde. Het begrijpen van relevante informatie bleek duidelijk door zijn keuze om zich niet te laten behandelen. Hij wees verdere behandeling en opname in een ziekenhuis consequent af. Ook was hij in staat te benoemen waarom de consulent er was.

Het logisch redeneren en het gebruik maken van alle informatie was heel moeilijk voor patiënt. Het benoemen van voor- en tegen argumenten kon hij niet zo goed. Waarschijnlijk werd dit veroorzaakt door een combinatie van cognitieve problemen en het niet zo slim zijn. Het was makkelijker voor hem om de conclusie te benoemen, namelijk; ik wil dood.

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 overweegt ten aanzien van de weloverwogenheid van het verzoek:

Op verzoek van de eigen huisarts van patiënt heeft een assistent-psychiater onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van een psychiatrisch toestandsbeeld. Zij heeft geen uitspraak gedaan over de wilsbekwaamheid van patiënt. Op verzoek van de consulent heeft zij overlegd met haar opleider waarna zij om de wilsbekwaamheid vast te stellen een korte klinische opname adviseerde. Patiënt wees dit af. De arts achtte dit ook geen realistisch voorstel, nu patiënt al

bij herhaling te kennen had gegeven absoluut niet in een ziekenhuis opgenomen te willen worden.

In de nadere schriftelijke toelichting hebben de arts en de consultant de commissie ervan overtuigd dat patiënt wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek was. Zij gaven er in hun verslaglegging blijk van dat zij hadden vastgesteld dat patiënt het vermogen had om informatie te begrijpen, tot waardering van informatie te komen, kon redeneren over verstrekte informatie en in staat was om een besluit daarover te nemen. Onder meer bleek in de periode voor het overlijden dat patiënt de euthanasie procedure kon reproduceren en dat hij zijn begrafenis op adequate wijze regelde. De arts voelde zich in haar oordeel dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek om euthanasie gesteund door het feit dat op de dag van de euthanasie bleek dat hij zich goed had voorbereid door de juiste personen om zich heen te verzamelen.

De weloverwogenheid van het verzoek blijkt voorts uit het feit dat patiënt ook in de maand dat hij geen gesprekken heeft gevoerd met de arts en het ambulante team bij herhaling tegenover de huisarts en de wijkverpleegkundige zijn wens tot overlijden heeft geuit. Met deze schriftelijke toelichting is naar het oordeel van de commissie de wilsbekwaamheid van patiënt en daarmee de weloverwogenheid van het verzoek komen vast te staan.

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 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.