

Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Bij patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, werd jaren voor het overlijden posttraumatische reflexdystrofie vastgesteld na een trauma van de duim. Later werd de diagnose complex regionaal pijnsyndroom gesteld. In de loop der jaren breidden haar klachten zich uit naar alle ledematen en nek en rug en werd zij rolstoel- en hulpafhankelijk.

Patiënte had alle gangbare therapeutische mogelijkheden geprobeerd. Zij weigerde psychotherapeutische behandeling omdat hiermee het functioneren, de progressieve afhankelijkheid en de pijnklachten niet zouden verbeteren.

Omdat er sprake was van een bijzonder ziektebeeld had de arts een psychiater ingeschakeld die had geconcludeerd dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.

oordeel

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

van:

(...), arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek
verder te noemen: de arts

bij:

(...)
verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werd:

(...), huisarts, tevens SCEN-arts
verder te noemen: de consulent

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 patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensindekliniek (hierna te noemen: SLK)
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- schriftelijke wilsverklaring
- Verslag onafhankelijk psychiater

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 patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, werd achttien jaar voor het overlijden posttraumatische reflexdystrofie vastgesteld: zij stootte haar duim, waarbij een avulsiefractuur ontstond. Later werd de diagnose complex regionaal pijnsyndroom (CRPS) gesteld. In de loop der jaren breidden haar klachten zich uit naar alle ledematen en nek en rug. Sinds zes jaar voor het overlijden waren haar klachten veel ernstiger geworden en was zij rolstoel- en hulpafhankelijk geworden.

Patiënte had alle gangbare therapeutische mogelijkheden geprobeerd. Twee maanden voor het overlijden was een psychotherapeutische behandeling voorgesteld om patiënte te leren beter om te gaan met haar klachten. Zij weigerde deze therapie omdat hiermee haar slechte functioneren en progressieve afhankelijkheid en haar pijnklachten niet zouden kunnen worden weggenomen. De behandeling zou te belastend zijn voor patiënte.

De hoog gedoseerde pijnmedicatie die patiënte kreeg, hielp onvoldoende. Patiënte kreeg het voorstel te proberen de pijn te bestrijden door middel van een risicovolle behandeling met een neurostimulator, maar het effect van die behandeling was onzeker en de risico's ervan waren groot. Zij zag ook hiervan af.

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

Het lijden van patiënte bestond uit pijn en spierzwakte in armen, benen, nek en rug, incontinentie voor urine en faeces en vermoeidheid. Patiënte was bedlegerig en vrijwel volledig afhankelijk van de zorg van anderen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Zij ervoer haar huidige staat van leven als menonwaardig.

Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie en onder het verlies van kwaliteit van leven.

Patiënte had altijd de regie over haar gezin en huishouden gehad en vond het onverdraaglijk dat haar echtgenoot steeds meer taken moest overnemen en zij haar moederrol niet meer kon vervullen.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had eerder met de eigen huisarts over euthanasie gesproken. Deze voerde vanwege een gewetensconflict geen euthanasie uit en verwees patiënte door naar de SLK.

Op verzoek van de arts heeft een psychiater anderhalve maand voor het overlijden patiënte onderzocht ten aanzien van haar psychische gesteldheid in relatie tot haar euthanasiewens. De psychiater concludeerde dat bij patiënte geen specifieke kenmerken van cognitieve stoornissen aanwezig waren en dat haar stemming niet somber oogde. Patiënte was wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek om euthanasie.

De arts bezocht patiënte drie keer.

Tijdens het eerste bezoek van de arts, tweeënhalve maand voor het overlijden, heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij herhaalde haar verzoek tijdens de twee daaropvolgende huisbezoeken, respectievelijk drieënhalve week voor het overlijden en een week voor het overlijden.

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 patiënte tweeënhalve week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte 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 patiënte. De consulent typeerde patiënte als een heldere, verbaal sterke vrouw, die haar huidige staat van leven goed kon beschrijven.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de hulp bij zelfdoding 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 patiënte. Omdat er sprake was van een bijzonder ziektebeeld had de arts een psychiater ingeschakeld die had geconcludeerd dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.

De arts heeft ook tot de overtuiging kunnen komen dat patiënte ondraaglijk leed.

Wat de uitzichtloosheid van haar lijden betreft stelt de commissie dat patiënte nog een psychotherapeutische behandeling alsmede een (risicovolle) behandeling met een neurostimulator had kunnen ondergaan. De commissie heeft er echter begrip voor dat patiënte van deze behandelingsmogelijkheden afzag omdat zij voor haar geen reële opties vormden.

De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Zoals reeds overwogen waren de voorgestelde behandelingen in haar geval geen reële optie.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de hulp bij zelfdoding 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.