

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: eerste consulent niet overtuigd van uitzichtloos lijden; arts en tweede consulent zijn hier wel van overtuigd

Zorgvuldigheidseis: uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Aandachtspunt: tweede consulent beoordeelt de uitzichtloosheid van het lijden van patiënt anders dan de eerste consulent

OORDEEL

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

van:

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

bij:

(...)

verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werden:

(...), huisarts, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de eerste consulent

en

(...), huisarts, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de tweede 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

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen SLK)
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

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

Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, kampte sinds dertig jaar voor het overlijden met polyarthrose en sinds acht jaar voor het overlijden met osteoporose met chronische refractaire pijn en mobiliteitsproblemen als gevolg. Fysiotherapie had matig effect gehad en fentanylpleisters hadden geleid tot verwardheid. Daarom werd het gebruik daarvan gestaakt. Er was tevens sprake van kyfose, visusverlies, incontinentie en ijzergebreksanemie. De afgelopen acht jaar had patiënte last van vaginaal bloedverlies wat mogelijk het gevolg was van een maligniteit, maar patiënte weigerde nader onderzoek. Dertien jaar voor het overlijden had zij een operatie en radiotherapie ondergaan in verband met een mammacarcinoom in haar ene borst en tien jaar voor het overlijden had patiënte dezelfde behandeling ondergaan in verband met een mammacarcinoom in haar andere borst. Sinds de bestraling had patiënte last van benauwdheid bij inspanning. Zij wilde niet afhankelijk zijn van zorg en wilde dan ook geen thuiszorg. Het laatste half jaar was er sprake van een sterke toename van haar klachten.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Ondanks de pijnmedicatie die patiënte wél nog verdroeg, had zij pijn in haar benen. Patiënte had het gevoel door haar benen te zakken en er was sprake van valgevaar. Zij liep achter een rollator en het laatste jaar was zij niet meer buiten geweest. Patiënte voelde zich totaal uitgeput en was vermagerd. Opstaan uit een stoel of bed was zeer inspannend voor haar en zichzelf verzorgen kostte veel energie. Patiënte sliep slecht. Door nachtelijke mictieklachten en incontinentie voor urine moest zij verschillende keren per nacht haar bed uit wat haar moeilijk lukte en veel energie kostte. Een verblijfskatheter werd door patiënte geweigerd. Door haar slechte visus kon zij niet meer lezen en door neuropathie kon zij niet meer schrijven en een pen vasthouden. Patiënte beleefde haar verval in toenemende mate als 'creperen' en ervoer het psychisch als onnoemelijk zwaar om met steeds verdergaande ontluistering te leven. Zij was angstig dat zij zou komen te vallen en in een zieken- of verpleeghuis terecht zou komen, wat zij onder geen beding wilde. Patiënte, die geen familie had en alles zelf deed, ervoer hulp als aantasting van haar autonomie en was ervan overtuigd dat zij alleen maar slechter zou worden. Zij wilde sterven in haar eigen huisje, wilde "naar Huis", dicht bij God zijn. Patiënte, die altijd zelfstandig was geweest en een actief leven had gehad, 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 een al jaren bestaande doodswens. Zij had al decennia een wilsverklaring. Een half jaar voor het overlijden had patiënte haar huisarts om euthanasie verzocht. De huisarts was echter alleen bereid om euthanasie te verlenen bij terminaal lijden. Ruim drie maanden voor haar overlijden heeft patiënte zich aangemeld bij de SLK.

Anderhalve week na haar aanmelding bij de SLK heeft de arts een eerste kennismakingsgesprek met patiënte gevoerd waarbij door patiënte werd aangedrongen op euthanasie. Zij heeft haar verzoek steeds bij alle daarop volgende gesprekken met de arts herhaald. De arts heeft samen met een verpleegkundige van de SLK vier bezoeken aan patiënte gebracht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts heeft twee consulenten als onafhankelijke SCEN-arts geraadpleegd.

De eerste consulent bezocht patiënte ruim vijf weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De eerste consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Daarbij merkte zij op dat zij vanwege de complexiteit van de casus tweemaal met de arts had gesproken en eenmaal met de huisarts van patiënte. Ook had zij met twee collega SCEN-artsen overlegd. De eerste consulent was van mening dat er van uitzichtloos lijden niet eenduidig sprake was: weliswaar leed patiënte ondraaglijk, maar de medische basis daarvoor waren ouderdomsklachten die volgens de eerste consulent doorgaans behandelbaar zijn. Door mogelijke behandelingen af te wijzen creëerde patiënte volgens de eerste consulent zelf een ondraaglijke situatie. Zo zou met behandeling en de juiste hulp- of verpleegartikelen de urine-incontinentie met de daardoor veroorzaakte slapeloosheid in ieder geval verbeterd kunnen worden. De eerste consulent was het niet met de arts eens dat het afwijzen van behandeling door een zeer autonome patiënte te billijken was. In haar verslag kwam zij dan ook mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts was het niet eens met het oordeel van de eerste consulent onder meer omdat de chronische pijn waar patiënte mee kampte onderbelicht bleef en de voorgestelde maatregelen voor het verbeteren van haar toestand volgens de arts futiel waren in het licht van haar totale toestand. Na intern overleg binnen de SLK en een vergeefse poging van patiënte om haar situatie door het dragen van modern incontinentiemateriaal te verbeteren, heeft de arts vervolgens een tweede consulent benaderd.

De tweede consulent bezocht patiënte twaalf dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De tweede consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. De tweede consulent besprak met patiënte welke klachten zij had en wat deze voor haar betekenden. De tweede consulent was wél van mening dat er sprake was van uitzichtloos lijden aangezien er geen verbetering te verwachten was van patiënte's slechte conditie en slechte functioneren die zou leiden tot voldoende zelfredzaamheid en enige kwaliteit van leven. Op deelproblemen zou volgens de tweede consulent nog iets te verbeteren zijn, maar patiënte wenste geen uitgebreide diagnostiek en zeker geen ingrepen. Volgens de tweede consulent berustten de klachten van patiënte deels op ouderdom, deels op gevolgen van eerdere behandeling (radiotherapie) en op een mogelijke maligniteit die niet behandelbaar waren en alleen maar zouden toenemen. In haar verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënte 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.

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.

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.

Ten aanzien van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie als volgt.

De arts moet de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

Wat de ondraaglijkheid van het lijden betreft, overweegt de commissie dat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is en dient te worden beoordeeld in het licht van de levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, normen en waarden en (fysieke en psychische) draagkracht van de patiënt in kwestie. De angst voor in het verschiet liggende (verdere) achteruitgang van de gezondheid kan voor de patiënt een bepalende factor bij het lijden zijn (zie in dit kader de Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie 2015, p. 14). De commissie meent dat de arts - evenals de twee door de arts geraadpleegde consultants - in casu terecht tot de overtuiging heeft kunnen komen dat patiënte ondraaglijk leed. Patiënte leed niet alleen onder de chronische refractaire pijn als gevolg van artrose en osteoporose, ernstige vermoeidheid, incontinentie en verminderde visus, maar ook onder het vooruitzicht van verdergaande ontluistering en aftakeling waardoor zij afhankelijk zou worden van anderen. In het licht van de levens- en ziektegeschiedenis van patiënte en haar persoonlijkheid was dit lijden voor patiënte ondraaglijk.

Ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden overweegt de commissie dat het lijden van een patiënt als uitzichtloos wordt beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie. Daarbij moet rekening worden gehouden met zowel de mate van verbetering die door een behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze behandeling voor de patiënt met zich brengt. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de vraag of er voor het wegnemen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat (artikel 2 lid 1 onder d WTL). Hierbij spelen de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol. Er is sprake van een redelijke andere oplossing indien deze leidt tot een wezenlijke vermindering van het ondraaglijk lijden van de patiënt (zie in dit kader paragrafen 3.3 en 3.5 van de Code of Practice). In tegenstelling tot de arts was de eerste consultant van oordeel dat er van uitzichtloos lijden geen sprake was aangezien volgens haar de ouderdomsklachten waar patiënte mee kampte doorgaans behandelbaar zijn. De eerste consultant meende dat patiënte, door mogelijke behandelingen af te wijzen, zelf een ondraaglijke situatie creëerde. De tweede consultant deelde echter de opvatting van de arts dat er bij patiënte wel degelijk sprake was van uitzichtloos lijden aangezien er geen verbetering te verwachten was van patiënte's slechte conditie en slechte functioneren die zou leiden tot voldoende zelfredzaamheid en enige kwaliteit van leven. De commissie meent dat de arts terecht tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was die tot een wezenlijke vermindering van haar lijden zou kunnen leiden en dat er aldus sprake was van uitzichtloos lijden.

De commissie overweegt verder dat de arts de patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar 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.