

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**Inhoudsindicatie: combinatie van aandoeningen, somatisch en cognitief.
Onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde en GZ-psycholoog geraadpleegd.**

Zorgvuldigheidseisen: uitzichtloos en ondraaglijk lijden, vrijwillig en weloverwogen 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: patiënt

geconsulteerd werd:

(...), 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 patiënt.

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

Patiënt, een man van 80-90 jaar, leed aan een combinatie van aandoeningen. Sinds een prolaps ligatie van hemorrhoiden meer dan twintig jaar voor het overlijden had hij veel last van anale pijn. Ook had patiënt darmproblemen en sinds veertien jaar voor het overlijden forse mictieklachten als gevolg van prostaathypertrofie. Patiënt was voorts bekend met een hernia met wortelcompressie en tintelingen, chronische idiopathische axonale neuropathie aan handen en benen en longemfyseem. Voorts was sprake van achteruitgang van de cognitieve vermogens van patiënt.

De arts raadpleegde ongeveer twee maanden voor het overlijden een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde. Deze specialist besprak met patiënt verschillende (behandel)opties. Zij concludeerde dat door de cognitieve achteruitgang en de bestaande persoonlijkheid patiënt niet in staat was om veranderingen in zijn gewoontes en situaties te hanteren en dat behandelingen daarom waarschijnlijk niet haalbaar zouden zijn. Zij adviseerde de arts om de cognitie door neuropsychologisch onderzoek verder in kaart te brengen. Daarop raadpleegde de arts ongeveer een maand voor het overlijden een GZ-psycholoog. Deze concludeerde dat de cognitieve deficiënties passend waren bij een matig gevorderd dementieel syndroom en dat deze een belemmering vormden voor mogelijke behandelopties. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënt bestond uit zijn fixatie op zijn defecatie- en mictieproblemen en een allesoverheersende angst om zich te bevuilden. Als gevolg hiervan durfde patiënt al ongeveer tweeënhalf jaar zijn kamer niet meer te verlaten. Hierdoor was zijn actieradius heel erg klein geworden en was hij in toenemende mate geïsoleerd geraakt, hetgeen nog versterkt was na het overlijden van zijn echtgenote. De pijn aan zijn anus gaf patiënt het gevoel dat hij op een gloeiende kogel zat. Daarbij leed hij ook onder pijn aan zijn benen. Door zijn cognitieve problemen miste patiënt het overzicht en de flexibiliteit om eventuele wijzigingen in medicatie of regime uit te proberen. Elke wijziging in zijn rigide regime maakte hem extreem onzeker en angstig.

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. Zij wilde hier geen medewerking aan verlenen, omdat zij van mening was dat nog te weinig diagnostiek had plaatsgevonden. Daarop wendde patiënt zich tot de SLK.

Ongeveer drie maanden voor het overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en de arts toen ook om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Patiënt heeft zijn verzoek in drie vervolggesprekken met de arts herhaald. De arts overlegde over het verzoek met de eigen huisarts van patiënt. Volgens voornoemde GZ-psycholoog was patiënt behoorlijk persistent in zijn opvatting dat het genoeg was geweest: de wens om te sterven was al meer jaren aanwezig en wat de omgeving hierover aandroeg kon hier geen verandering in brengen. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Hij achtte patiënt op het punt van zijn doodswens volledig wilsbekwaam.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt twaalf 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 verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Hij stelde vast dat patiënt een helder bewustzijn had en in het algemeen adequate antwoorden gaf op zijn vragen. Volgens de consulent was patiënt wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasiewens.

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.

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 stelt vast dat er in de onderhavige casus sprake is van een combinatie van somatische en cognitieve aandoeningen. Patiënt was beperkt in staat om om te gaan met zijn somatische klachten vanwege zijn cognitieve deficienties en zijn persoonlijkheid. In het traject van beoordeling van het euthanasieverzoek raadpleegde de arts dan ook, naast de onafhankelijk consulent, een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde en een GZ-psycholoog. Hoewel wenselijk ware geweest in dit geval de conclusies van de betrokkenen bevestigd te zien in een psychiatrisch rapport, is de commissie desondanks van oordeel dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen 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 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.