

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: De voor een second opinion geraadpleegde specialist ouderengeneeskunde was van mening dat er sprake was van "voltooid leven problematiek" en "lijden aan het leven" door verlies van regie en autonomie als gevolg van de rolstoelafhankelijkheid van patiënte en zag geen ondraaglijk lijden in enge zin. De arts was overtuigd dat de combinatie van ernstige en invaliderende klachten met de totale uitzichtloosheid van de situatie een grote lijdensdruk veroorzaakte.

Zorgvuldigheidseis: uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Aandachtspunten: ondraaglijk lijden door een stapeling van ouderdomsaandoeningen. Geen "lijden aan het leven".

OORDEEL

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

van:

(...), specialist ouderengeneeskunde

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

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- 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

Bij patiënte, een hoogbejaarde vrouw van 90-100 jaar, was sprake van een stapeling van ouderdomsaandoeningen. Hierdoor was zij geleidelijk achteruit gegaan in haar fysieke conditie en was zij zeer kwetsbaar. De laatste twee maanden had zij flink aan mobiliteit ingeboet. Patiënte kampte met ernstige, deformatieve polyartrose en osteoporose met chronische pijn. Ook was er sprake van een status na anterieure schouderluxatie met humeruskop deformatie. Ruim een half jaar voor het overlijden bleek dat hiervoor geen behandeling meer mogelijk was. Patiënte had sinds enkele maanden tevens last van forse heesheid met bijna afonie als gevolg van retrosternaal struma met recurrensparese en lichte hyperthyreoïdie. Medicatie leidde tot enige verbetering. Er was tevens sprake van een status na diverse fracturen en een status na ulcus cruris en decubitus die weliswaar eerder was genezen, maar recent was er een recidief stuitdecubitus opgetreden. Ook was zij ernstig hardhorend. Sinds een aantal jaren wilde patiënte geen therapeutische ingrepen of diagnostiek meer. Pijnstilling was geïntensiveerd, maar gaf onvoldoende soelaas. Meer pijnstilling dan wel snellere ophoging van de dosering weigerde patiënte, omdat zij de controle wilde houden en niet te suf wilde worden. Ook zijn er paramedische interventies geweest zonder voor patiënte goed of bevredigend resultaat.

De arts heeft een specialist ouderengeneeskunde gevraagd om een second opinion. Hij wilde graag advies ten aanzien van de vraag of in zijn optiek patiënte's situatie, verzoek en uiting voldeed aan de zorgvuldigheidscriteria voor euthanasie. Deze specialist ouderengeneeskunde was van mening dat er sprake was van "voltooid leven problematiek" en "lijden aan het leven" door verlies van regie en autonomie als gevolg van de rolstoelafhankelijkheid van patiënte. Hij zag geen ondraaglijk lijden in enge zin, maar was van mening dat er mogelijk sprake was van een onderliggende depressie en adviseerde een proefbehandeling met antidepressieve medicatie. Ook adviseerde hij aanvullend neuropsychologisch onderzoek te laten uitvoeren ter analyse van de cognitieve status van patiënte. De arts heeft vervolgens een psycholoog gevraagd om een gesprek met patiënte aan te gaan en de volgende aspecten nader te onderzoeken:

- 1) haar cognitie, met name in relatie tot haar wilsbekwaamheid inzake haar euthanasiewens;
- 2) haar stemming: patiënte was regelmatig verdrietig en soms somber. Patiënte zelf gaf aan niet depressief te zijn en ook de arts had niet die indruk;
- 3) de invoelbaarheid van haar lijden.

De psycholoog heeft ongeveer twee weken voor het overlijden patiënte bezocht. De arts heeft vervolgens de bevindingen van de psycholoog met patiënte besproken waarbij hij aangaf dat ook de psycholoog van mening was dat er geen sprake was van een depressie, wel van depressieve en sombere gevoelens gerelateerd aan haar fysieke achteruitgang en situatie. Antidepressieve medicatie was volgens de arts dan ook niet geïndiceerd of zinvol. Bovendien gaf patiënte aan dat zij dat niet wilde. De arts gaf tevens aan dat de cognitieve stoornissen moeilijk te testen waren en mogelijk ook deels gerelateerd waren aan haar pijnmedicatie.

Door de arts aangedragen alternatieven voor actieve levensbeëindiging - medisch terughoudend beleid, palliatieve sedatie (volgens de arts medisch gezien niet aan de orde vanwege de nog te lange levensverwachting) en versterven - zijn uitgebreid en herhaald besproken. Patiënte had herhaaldelijk aangegeven deze alternatieven niet wenselijk te vinden.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Patiënte kon helemaal niets meer en zat na fors pijnlijke ADL-zorg en transfer met passieve tillift in haar op basis van ergotherapie aangepaste stoel. Zij kon zelf nog amper bewegen en kon haar zithouding niet zelfstandig goed aanpassen. Zitten was zeer ongemakkelijk en pijnlijk. Patiënte was voor alles volledig afhankelijk van anderen. In verband met de pijnlijke en moeizame toilettransfers was in overleg met patiënte een blaascatheter ingebracht. Dit gaf weinig tot geen verbetering in haar

situatie en beleving. Het leven van patiënte was doelloos geworden. Zij zat de hele dag, deed bijna niets meer en had ook nergens meer zin in.

Patiënte, die leed onder haar situatie, 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 twee maanden voor het overlijden met de arts over euthanasie gesproken en hem een week later om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar verzoek nadien meerdere malen herhaald.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ondanks enige cognitieve stoornissen achtte hij patiënte consistent in haar wens en wilsbekwaam ter zake. Patiënte begreep wat haar verzoek inhield en overzag de consequenties hiervan.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte acht dagen 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.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij was van mening dat de arts zorgvuldig tot zijn besluit was gekomen.

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 en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts kon tot de overtuiging komen dat de combinatie van ernstige en invaliderende klachten met de totale uitzichtloosheid van de situatie een grote lijdensdruk veroorzaakte. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze 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. 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 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.