

Oordeel: onzorgvuldig

Samenvatting: De houdbaarheidsdatum van een consultatie is beperkt, zeker in het kader van een ingewikkelde casus. Na vier maanden had een tweede bezoek van een consulent aan de patiënt moeten plaatsvinden.

OOORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van hulp bij zelfdoding

(...)

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 hulp bij zelfdoding bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke euthanasieverklaring

De commissie nodigde de arts uit om een mondelinge toelichting te geven. De arts heeft hieraan gehoor gegeven en was aanwezig op de vergadering van (...).

De arts heeft het verslag van de mondelinge toelichting goedgekeurd.

Aan de consulent zijn vragen gesteld, die zij per mail heeft beantwoord.

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 80 - 90 jaar, bestonden diverse aandoeningen waaronder COPD Gold 3, hartfalen met angina pectoris, nierfunctiestoornissen, diabetes mellitus, artrose en een inoperabel aneurysma. Als gevolg van de artrose leed patiënt veel pijn.

Sinds het overlijden van zijn echtgenote, ongeveer een jaar voor het overlijden, had het leven voor patiënt geen zin meer. Hij voelde zich erg eenzaam en had geen doel meer om voor te leven. Volgens de arts was er sprake van een depressie. Patiënt wilde echter niet behandeld worden voor zijn depressie omdat hij dan mogelijk wat blijer in het leven zou staan maar wel in een situatie die voor hem volstrekt ongewenst was. De eenzaamheid zou niet opgevuld worden. Bovendien werd zijn levenskwaliteit door de bijkomende aandoeningen sterk negatief beïnvloed. Genezing van de diverse lichamelijke aandoeningen was niet meer mogelijk. De behandeling daarvoor was uitsluitend nog palliatief van aard.

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 sinds het overlijden van zijn echtgenote aan de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Arts en patiënt voerden hierover vele gesprekken.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Op aanraden van de consulent werd patiënt gezien door een psychiater. Volgens de psychiater leed patiënt aan een depressie. Hij gaf aan dat depressies vaak behandelbaar zijn maar dat instemming dan wel enige medewerking van de patiënt nodig is. Bij patiënt ontbrak de motivatie daartoe. Volgens de psychiater was het cognitief functioneren bij patiënt intact.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte vier maanden voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Volgens de consulent was een depressie of een niet voltooid rouwproces niet geheel uitgesloten. Wel stelde zij vast dat patiënt

wilsbekwaam was. De consulent raadde de arts aan een psychiater of psycholoog in te schakelen. Als een psychiater of psycholoog zou vaststellen dat er geen sprake zou zijn van een depressie of verstoord rouwproces zou wel aan de zorgvuldigheidseisen zijn 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 2012.

e. Verslag mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding vroeg de commissie zich af of de depressie waaraan patiënt leed van invloed was geweest op de wilsbekwaamheid van patiënt en of er nog een redelijke andere oplossing was geweest om het lijden van patiënt te verlichten. Ook wilde de commissie van de consulent horen of zij van mening was dat patiënt ten tijde van haar bezoek wilsbekwaam was.

De commissie nodigde de arts uit om op de commissievergadering een toelichting op deze vragen te geven. Aan de consulent werden bij mail nadere vragen gesteld.

Op de vergadering van de regionale toetsingscommissie van (...) heeft de arts een mondelinge toelichting gegeven.

De arts gaf -zakelijk weergegeven- de volgende toelichting:

Patiënt en zijn familie waren al vele jaren ingeschreven in de praktijk van de arts. Zij waren altijd erg op zichzelf geweest. De vrouw van patiënt had veel gezondheidsproblemen gehad en overleed na een lang ziekbed. Patiënt had al die jaren intensief voor zijn vrouw gezorgd en de arts had hen vaak bezocht. De arts dacht dat het overlijden van de echtgenote bevrijdend zou werken voor patiënt maar het tegendeel bleek waar; patiënt kwijnde weg. De arts voerde vele gesprekken met patiënt. Patiënt vertoonde depressieve kenmerken, die zich ook al vóór het overlijden van zijn echtgenote manifesteerden. Patiënt wilde echter geen behandeling van de depressie in de vorm van medicatie of gesprekstherapie. De arts had hem wel verteld dat zijn stemming mogelijk zou kunnen verbeteren met een behandeling. Patiënt was echter een man die zich niet liet dwingen en hij vond het moeilijk hulp van anderen te aanvaarden.

Naast de depressie leed patiënt aan ernstige somatische aandoeningen die zijn prognose beperkten.

Hij had hartfalen met angina pectoris, COPD, artrose, diabetes en er bestond een inoperabel aneurysma.

Patiënt uitte regelmatig zijn euthanasiewens ten overstaan van de arts. Patiënt had het hart van de arts gestolen en hoewel hij bijna nooit euthanasie uitvoert omdat deze handeling eigenlijk niet bij hem past, besloot de arts uiteindelijk in te gaan op het verzoek.

Het feit dat patiënt leed aan een depressie en dat dit van invloed zou kunnen zijn op het verzoek werd niet door de arts met patiënt besproken. De arts was er steeds van overtuigd dat patiënt ondanks de depressie wilsbekwaam was. De arts wilde ook niet dat een weigering van patiënt van nader onderzoek van de depressie consequenties zou hebben voor het verzoek. Bovendien wilde de arts patiënt niet met deze problematiek belasten, volgens hemzelf mogelijk uit schroom.

Patiënt heeft de arts wel gezegd dat hij de arts niet in problemen wilde brengen en eventueel zonder zijn hulp suïcide zou plegen.

Er ontstond min of meer een patstelling. Voor patiënt was er duidelijk geen kwaliteit van leven meer als gevolg van de lichamelijke aandoeningen en de depressieve gevoelens. Een behandeling van de depressiviteit zou hem niets opleveren omdat het niets aan zijn situatie zou veranderen: zijn lichamelijke aandoeningen zouden hiermee niet verholpen zijn, noch zou zijn sociale isolement opgeheven worden. Hij was altijd een buitenstaander gebleven in de plaats waar hij woonde, contact met zijn ene kind had hij niet en hij vond het niet de taak van zijn andere kind om hem uit zijn isolement te halen. Voor hem was er geen perspectief op verbetering meer.

Patiënt was zeer resoluut in deze opvatting.

De arts heeft vele malen met de patiënt gesproken en tijdens deze gesprekken twijfelde de arts nooit aan de wilsbekwaamheid van patiënt. Patiënt regelde al zijn zaken zoals zijn huishouden, zijn financiën en dergelijke, ook prima.

Voor patiënt was de depressie ook niet de reden voor zijn euthanasieverzoek. Ook indien er geen sprake was geweest van een depressie zou patiënt gezien zijn overige aandoeningen om euthanasie verzoeken. Het was voor patiënt een rationeel besluit.

Vier maanden voor de uitvoering van de euthanasie had de arts een SCEN-consulent ingeschakeld. Deze consulent stelde vast dat er aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan als een depressie of een verstoord rouwproces zou zijn uitgesloten. De arts schakelde een onafhankelijke psychiater in, die vaststelde dat patiënt aan een depressie leed maar niet open stond voor behandeling, waardoor elke kans op genezing ontbrak. De arts was zich bewust van het feit dat de consulent een voorwaardelijk oordeel had gegeven maar hij dacht dat met het inschakelen van een psychiater aan de voorwaarde was voldaan, temeer daar de psychiater patiënt wilsbekwaam achtte.

Desgevraagd gaf de arts aan dat hij er niet aan had gedacht om opnieuw een consulent in te schakelen. Hij had ook geen behoefte aan een tweede consult.

De arts en de patiënt voerden nog vele gesprekken omdat de arts er zeker van wilde zijn dat euthanasie de enige mogelijkheid was. Hierdoor zijn er enkele maanden verstreken. Ook wilde de arts patiënt de kans geven zich alsnog te laten behandelen voor zijn depressie. Patiënt bleef echter weigeren en hij werd uiteindelijk ongeduldig.

De arts zou, achteraf gezien, wel opnieuw een consulent hebben ingeschakeld maar hij was er destijds niet van op de hoogte dat er een zekere houdbaarheidstermijn zit aan een consult.

De arts kon het verzoek van deze patiënt zeer wel invoelen maar hij zou voor zichzelf in deze omstandigheden zeker geen euthanasie hebben gewild. Dat maakte het voor de arts wel lastig. De arts vond het verzoek van deze patiënt echter wel invoelbaar.

f. Schriftelijke toelichting consulent

Naar aanleiding van de melding had de commissie ook enkele vragen aan de consulent. De vragen werden door de arts van de commissie per mail aan de consulent gesteld. De consulent antwoordde per mail.

De eerste vraag aan de consulent was of patiënt leed aan een depressie, en zo ja of de depressie niet de hoofdoorzaak van het lijden was. Had een depressie een aanmerkelijke invloed op zijn wilsbekwaamheid?

De consulent vroeg zich tijdens het consult af of er geen sprake was van een onvoltooid rouwproces of een reactieve depressie. Hier was nog geen onderzoek naar gedaan, omdat patiënt aangaf dit niet te willen, want hij zou er zijn vrouw toch niet mee terug krijgen. De consulent heeft de arts haar twijfel medegedeeld en geadviseerd om toch een psycholoog/psychiater in te schakelen. Dit om een depressie of onvoltooid rouwproces uit te sluiten, dan wel mogelijk te behandelen, als patiënt hiermee zou instemmen.

De consulent was ervan overtuigd dat patiënt op het moment van de consultatie wilsbekwaam was.

De tweede vraag aan de consulent was of het gebruik van antidepressiva of begeleiding door een psycholoog voor deze man in deze situatie een aanvaardbare redelijke andere oplossing was. Als dit niet zo zou zijn, zou er dan wel sprake zijn van een weloverwogen verzoek?

De consulent beantwoordde deze vraag als volgt. Als een psycholoog geen depressie of onvoltooid rouwproces zou constateren dan was er sprake van een voltooid leven inclusief uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zowel op geestelijk als lichamelijk vlak.

Als de psycholoog wel een depressie of onvoltooid rouwproces zou constateren dan zou patiënt behandeld kunnen worden met medicatie of gesprekstherapie. Deze behandeloptie zou alleen ingesteld kunnen worden als patiënt daarin zou toestemmen.

Als patiënt niet zou toestemmen in deze behandeloptie dan zou dat naar de mening van de consulent een weloverwogen keuze zijn van een wilsbekwame man. Voor hem was het leven uitzichtloos geworden en ondraaglijk.

De laatste vraag voor de consulent was of er nog gesproken was over een tweede consultatie, nadat patiënt zou zijn gezien door een psycholoog.

De consulent antwoordde dat zij had aangegeven bereid te zijn een tweede consultatie te verrichten als dit binnen vier weken na het eerste consult zou plaatsvinden. Daarna zou zij afwezig zijn. Zij wees de arts op de mogelijkheid van een nieuwe consultatie via SCEN.

3. BEOORDELING

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen neergelegd 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 moet op grond van de gegevens die de arts overlegt zich een mening vormen of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De commissie merkt op dat zij de dossiervorming van de arts in deze complexe zaak erg summier vond. Mede door de mondelinge toelichting van de arts heeft zij echter wel een goed beeld verkregen van het verloop van het euthanasietraject.

Wat betreft de vraag of de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek overweegt de commissie als volgt.

De arts was van mening dat patiënt depressieve kenmerken had. De arts was er wel van overtuigd dat patiënt wilsbekwaam was. Ook de consulent was ervan overtuigd dat patiënt wilsbekwaam was. Een door de arts, op advies van de consulent, ingeschakelde psychiater, stelde vast dat patiënt aan een depressie leed. De psychiater was van mening dat de depressie waaraan patiënt leed, niet van invloed was op zijn cognitief functioneren.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat, hoewel patiënt depressieve kenmerken had, de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte.

Wat betreft de vraag of de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er bij patiënt sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden overweegt de commissie het volgende.

Over de term ‘uitzichtloos’ maakt de commissie eerst enkele opmerkingen. Uitzichtloos heeft tenminste twee betekenissen die voor de beoordeling van het lijden van belang zijn. In de eerste plaats wordt het lijden van een patiënt als uitzichtloos beschouwd als ieder reëel behandelingsperspectief ontbreekt. De ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt is niet te genezen en er is ook geen reëel uitzicht op verzachting van de symptomen. Het vaststellen van deze uitzichtloosheid is aan de arts en blijkt uit de gestelde diagnose en prognose. Van een reëel uitzicht is alleen sprake als er een redelijke verhouding bestaat tussen de verbetering die door een (palliatieve) behandeling bereikt kan worden en de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich brengt. Uitzichtloos in die betekenis slaat op de ziekte en de symptomen. In de tweede plaats heeft uitzichtloos ook een betekenis die met de persoon van de patiënt samenhangt. Patiënten gebruiken de term uitzichtloos om aan te geven dat zij hun (huidige en toekomstige) lijden niet langer aan kunnen en dat zij wensen dat daaraan een einde komt. In die betekenis wordt de uitzichtloosheid een onderdeel van de ondraaglijkheid van het lijden.

Was aanvankelijk vooral sprake van uitzichtloosheid in deze laatste betekenis, gaandeweg het traject werd het lijden, behalve ondraaglijk, ook uitzichtloos in de eerste betekenis, vooral door de diverse onbehandelbare aandoeningen waaraan patiënt leed.

De commissie is dan ook van oordeel dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden voor patiënt.

De commissie meent dat de arts tot de overtuiging is kunnen komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Het lijden van patiënt werd bepaald door de uitzichtloosheid van zijn situatie als gevolg van de vele lichamelijke ongemakken waaraan hij leed en die niet te behandelen waren. Naast de lichamelijke klachten leed patiënt ook aan een depressie. Patiënt werd gezien door een onafhankelijke psychiater die was ingeschakeld om te bezien of er nog behandelingsmogelijkheden waren. De psychiater had opgemerkt dat depressies in het algemeen wel te behandelen zijn, maar dat dan wel enige instemming en medewerking van de patiënt is vereist. Patiënt wilde echter onder geen beding een behandeling.

De arts was met patiënt van mening dat als de depressie door medicatie zou opklaren, patiënt nog steeds ondraaglijk zou lijden als gevolg van de lichamelijke klachten. Ook het gemis van zijn echtgenote zou door gebruik van antidepressiva niet verdwijnen.

De commissie merkt wel op dat, nu er vier maanden waren verstreken tussen de start van de euthanasieprocedure en de uitvoering, de arts er bij patiënt op had kunnen aandringen toch een proefbehandeling te beginnen met een antidepressivum. Dit te meer omdat de arts na het bezoek aan de psychiater nog vele gesprekken met patiënt heeft gevoerd om te bezien of hij hem op andere gedachten kon brengen.

De commissie stelt vast dat de arts de patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten.

Wat betreft het vereiste dat de arts tenminste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen overweegt de commissie het volgende.

De consulent heeft patiënt vier maanden voor de uitvoering van de levensbeëindiging gezien. De consulent stelde vast dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat een verstoord rouwproces of depressie niet was uitgesloten en er mogelijk nog een behandeling mogelijk zou zijn. Om deze mogelijkheid te onderzoeken raadde zij aan een psychiater in te schakelen, hetgeen geschiedde.

Wanneer een consult in een vroeg stadium plaatsvindt en de geraadpleegde consulent bij het bezoek aan patiënt nog niet kan vaststellen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, dan zal dat in het algemeen betekenen dat een tweede consult nodig is.

De arts heeft gedacht dat de conclusie van de consulent dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan een voorwaardelijke conclusie was. De arts meende dat aan de voorwaarde zou zijn voldaan, zodra patiënt door een psychiater zou zijn gezien en deze zou hebben verklaard dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek.

De commissie is echter van oordeel dat een tweede bezoek van een consulent aan patiënt in deze complexe zaak had moeten plaatsvinden. De consultatie van een onafhankelijke arts vormt een belangrijke waarborg voor een zorgvuldige en zo volledig mogelijke afweging van de arts. Het belang van de consultatie is tweërlei: de kans op een foute beoordeling van de situatie en de vraag om euthanasie wordt verkleind en de consulent kan bijdragen aan een evenwichtiger oordeel omdat hij meer afstand tot de patiënt heeft dan de behandelend arts. De consulent dient de intentie van de hulpvrager professioneel te toetsen en eventuele "blinde vlekken" in de besluitvorming op te sporen.

Met name bij deze patiënt, die zich weinig liet zeggen en het hart van de arts had gestolen en die aan een depressie leed waarvoor mogelijk nog een behandeling in de vorm van het gebruik van antidepressiva mogelijk was geweest, was een tweede consult onontbeerlijk. De conclusie van het consult had immers een voorwaardelijk karakter, nog niet was vastgesteld dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en er waren vier maanden verstreken alvorens de levensbeëindiging werd verricht.

De commissie kan daardoor niet anders dan tot het oordeel komen dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen ex artikel 2 lid 1 sub e van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De arts heeft de hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

4. BESLISSING

De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.