

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Hoewel twee geraadpleegde SCEN-artsen van mening waren dat het lijden niet uitzichtloos was, heeft de arts toch de levensbeëindiging uitgevoerd. De arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, had patiënt, die een bijzondere karakterstructuur had, zeer frequent bezocht. De arts schakelde ook een deskundige op het gebied van ondraaglijk lijden in die van mening was dat het lijden voor patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was. Het verslag van deze deskundige, de uitgebreide schriftelijke verslaglegging van de arts en zijn mondelinge toelichting hebben de commissie ervan overtuigd dat de arts, ondanks de negatieve adviezen van de consultants, tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor deze patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was.

OORDEEL

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

(...)

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 consultant

Verslag psychiater

Verslag deskundige ondraaglijk en uitzichtloos lijden

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Uit de verslaglegging van de arts en de consultant en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënt, een man van 70 - 80 jaar, bestonden diverse klachten die niet direct levensbedreigend waren maar die hem wel kwetsbaar maakten. De kwetsbaarheid ontstond niet alleen door gezondheidsproblemen maar ook door het feit dat patiënt niet beschikte over ruime sociale vaardigheden en/of een sociaal netwerk. Patiënt was een perfectionist pur sang en hij kon met dit leven niet uit de voeten.

Wat de somatische klachten betreft was er sprake van een uitgebreid arteriosclerotisch lijden met hartfalen, perifere vaatlijden en CVA's. Na een CVA anderhalf jaar voor het overlijden kreeg patiënt zeer veel last van hevige rugpijn, die uitstraalde door zijn hele lichaam waarvoor hij hoge doses fentanyl kreeg, maar waarmee de pijn niet verminderde. Er was sprake van een gegeneraliseerd pijnbeeld waarvoor geen anatomische oorzaak werd gevonden. Patiënt was zeer slechthorend. Hij was blind (kokerzien) en had een hemiparese als gevolg van een CVA. Patiënt kon nauwelijks op zijn benen staan. Voorts was hij incontinent voor feces en urine.

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

Het lijden van patiënt bestond uit het feit dat zijn aandoeningen veel klachten veroorzaakten.

Hij leed met name onder de hevige pijn, het verlies van autonomie en kwaliteit van leven. Voorts was patiënt benauwd, misselijk en erg vermoeid.

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.

Op verzoek van de arts bezocht een arts, deskundige op het gebied van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, patiënt teneinde haar expertise in te zetten voor een beoordeling van het lijden van patiënt. Deze deskundige bezocht patiënt vier dagen voor de levensbeëindiging. Zij was van mening dat er bij patiënt sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Zijn lijden werd veroorzaakt door een gegeneraliseerd pijnsyndroom met lichamelijke en psychische aspecten dat was ontstaan in aansluiting op een CVA waarbij een hemibeeld en milde cognitieve stoornissen optraden. De ondraaglijkheid bestond uit het continue vechten tegen de lichamelijke en geestelijke pijn, de afhankelijkheid, het verlies van waardigheid en verlies van regie. Zijn lijden was ook uitzichtloos; er had uitgebreide somatische en psychiatrische diagnostiek plaatsgevonden. Deze onderzoeken hadden geen behandelopties voor het gegeneraliseerde pijnsyndroom opgeleverd. Gezien zijn levensverhaal, persoonlijkheidsstructuur en copingsmechanismen was het niet reëel te verwachten dat het pijnsyndroom met psychotherapeutische interventies te behandelen zou zijn.

Vanwege het feit dat twee SCEN-artsen van mening waren dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat het lijden niet uitzichtloos was, heeft er een overleg plaatsgevonden tussen de arts en drie andere artsen van de Stichting Levensidekliniek (SLK), tevens SCEN-artsen. Het team was unaniem van oordeel dat er sprake was van een heftig onderliggend lijden. Na een grondige discussie concludeerde het team dat er sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Het team steunde het voornemen de arts om euthanasie uit te voeren ondanks twee negatieve SCEN-consultaties.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënt had eerder met de huisarts over euthanasie gesproken. Omdat de huisarts twijfelde aan de uitzichtloosheid van het lijden wilde zij niet ingaan op het euthanasieverzoek van patiënt. Er was nooit een duidelijke diagnose gesteld van de oorzaak van de pijnklachten en de huisarts vermoedde dat er sprake was psychiatrische problematiek.

Patiënt heeft zich gewend tot de Stichting Levensidekliniek (SLK). Ruim drie maanden voor het

overlijden heeft de arts patiënt voor het eerst bezocht en toen heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts voerde vervolgens vele uitgebreide gesprekken (meer dan 17) met patiënt waarbij deze zijn verzoek steeds herhaalde.

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

Een onafhankelijke psychiater bezocht patiënt twee weken voor de levensbeëindiging. Volgens de psychiater was er sprake van een adequate oordeelsvorming. De stemming van patiënt was normofoor bij een adequaat en normaal modulerend affect. Er was geen sprake van een psychiatrisch toestandsbeeld, met name niet van een depressie, psychose, delier of cognitieve deterioratie. Ook waren er geen aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis. Patiënt vroeg om deskundige hulp om een einde te maken aan het aftakelingsproces en om een opname wegens te grote afhankelijkheid voor te zijn.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt ruim drie weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Patiënt gaf tijdens het gesprek regelmatig aan dat hij dood wilde. Hij kon zijn verhaal chronologisch vertellen en hij maakte geen depressieve indruk op de consulent. Patiënt gaf aan dat hij "op" was en pijn had op de borst en in zijn benen. Ook noemde hij andere klachten.

Behandelingen zouden niet helpen, aldus patiënt. De consulent bemerkte een discrepantie tussen de verwoording van de klachten en zijn lichaamshouding hierbij. Patiënt toonde geen emotie.

Volgens de consulent was het invoelbaar dat patiënt leed aan het leven maar hij gaf ook de indruk "klaar met leven" te zijn. Mogelijk waren er nog behandelmogelijkheden voor het lichamelijk lijden en wellicht was er ook sprake van psychische problematiek. Volgens de consulent was het lijden niet uitzichtloos. Patiënt uitte wel een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De eerste consulent raadde aan een psychiater in te schakelen met de vraag of er een psychiatrische grondslag voor het lichamelijke lijden was aan te wijzen.

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

De arts raadpleegde als tweede consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt een week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De tweede consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt.

De tweede consulent bezocht patiënt nadat een onafhankelijke psychiater patiënt had gezien. Patiënt antwoordde adequaat en formuleerde helder. Er waren geen tekenen van een depressie. Patiënt gaf aan dat de pijn in zijn hele lichaam zijn voornaamste klacht was. De pijn was ondraaglijk voor hem. Er was geen oorzaak gevonden voor de pijn en de pijn was niet te bestrijden met medicatie. Patiënt was ook bang af te takelen en volledig afhankelijk te worden. Patiënt gaf aan dat als de pijn weg zou zijn, hij helemaal niet dood zou willen. Volgens de tweede consulent was het lijden ondraaglijk en uitte patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De uitzichtloosheid van het lijden stond voor de tweede consulent niet vast. Volgens de tweede consulent waren er misschien nog mogelijkheden op psychologisch gebied of was pijnreductie te bereiken met pijnbestrijdingstechnieken.

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

Nadat een expert op het gebied van ondraaglijk en uitzichtloos lijden een bezoek aan patiënt had gebracht en een verslag had geschreven, heeft de arts dit verslag aan de tweede consulent gestuurd met het verzoek om een hernieuwd consult te verrichten of om het eerdere verslag te actualiseren.

De tweede consulent bleef bij zijn mening dat onvoldoende was aangetoond dat het lijden van patiënt

uitzichtloos was. De oorzaak van de pijn was onvoldoende aangetoond omdat patiënt geen uitgebreider onderzoek wil ondergaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met 2 gram pentobarbital i.v. en na een diep coma te hebben vastgesteld met 100 mg Tracrium i.v

e. Nadere mondelinge toelichting door de arts.

De arts gaf aan dat hij graag een mondelinge toelichting wilde geven op de melding. Het was de commissie opgevallen dat de beide door de arts geconsulteerde SCEN-artsen een negatief oordeel gaven. Ook viel het de commissie op dat de communicatie tussen de arts en de beide SCEN-artsen moeizaam verliep. Om meer inzicht te krijgen in het verloop van de procedure heeft de commissie de arts uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven.

De arts gaf, zakelijk weergegeven, de volgende toelichting.

De eigen huisarts van patiënt is ook SCEN-arts. Deze huisarts had geen goede relatie met patiënt. De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke SCEN-arts, tevens psychiater. De eerste consulent bezocht patiënt drie weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. De eerste consulent vond patiënt niet depressief. Het verzoek van patiënt stond los van vroegere psychiatrische problematiek. Patiënt was volledig wilsbekwaam. Om een psychiatrische aandoening uit te sluiten heeft patiënt een psycholoog bezocht. Patiënt vertelde deze psycholoog direct dat hij euthanasie wilde. De psycholoog vond patiënt niet depressief maar wist niet wat zij verder met patiënt aan moest. Patiënt had het gesprek als zeer onprettig ervaren.

In de praktijk van de huisarts was ook een jonge huisarts werkzaam die ongeveer een jaar voor het overlijden bereid was de euthanasieprocedure in te zetten. Na 7 maanden was de jonge huisarts er echter nog niet van overtuigd dat patiënt ondraaglijk leed. Zij voelde zich ook onder druk gezet door de patiënt en kon geen kant met hem op. Het hoofd van de thuiszorg die vaak bij patiënt kwam, vond wel dat patiënt ondraaglijk leed. Zij stelde patiënt voor een euthanasieverzoek te doen bij de Stichting Levensindekliniek (SLK). De jonge huisarts was het hier ook mee eens.

De arts van de SLK (verder te noemen: de arts) bezocht patiënt voor het eerst drie maanden voor het overlijden. Na het bezoek stelde hij vast dat patiënt autistische kenmerken had. Hij had een moeilijk leven achter de rug, met twee scheidingen. Hij botste met bijna iedereen. Hij was wel heel goed in zijn vak. Ook zijn huishouden en tuin had hij zeer goed op orde. Hij was zeer perfectionistisch.

Patiënt had vanaf ongeveer een jaar voor het overlijden een doodswens. Sinds een CVA was hij paretisch, hij was duizelig en viel vaak, was incontinent voor feces en urine, zag en hoorde slecht en had last van respiratoire insufficiëntie. Daarbij had patiënt pijn in heel zijn lichaam die niet te verklaren was en die niet reageerde op zeer hoge doses morfine. Gezien de termijn die was verstreken sinds het CVA was verbetering van de klachten niet meer te verwachten.

De arts wendde zich tot een collega die eerder huisarts was geweest van patiënt, toen hij elders woonde. Deze voormalig huisarts van patiënt bezocht patiënt een maand voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts schakelde vervolgens de eerste SCEN arts in. De arts gaf aan dat hij persoonlijk langs deze consulent ging om hem de medische gegevens te overhandigen en hem een mondelinge toelichting te geven. De SCEN-arts vond het vreemd dat de eigen huisarts, die ook SCENarts is, niet in wilde gaan op het euthanasieverzoek van patiënt. De consulent leek dan ook meteen zijn hakken in het zand te zetten.

De consulent bezocht patiënt vervolgens wel. Volgens patiënt verliep het gesprek erg slecht. De consulent had zich niet verdiept in het dossier van patiënt. De consulent had wel informatie

ingewonnen bij de eigen huisarts van patiënt. De consulent had niet meer overlegd met de arts. De consulent kon niet vaststellen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij vond een consult door een psychiater noodzakelijk.

Het gesprek tussen patiënt en deze psychiater verliep goed. Volgens de psychiater waren er geen tekenen van psychiatrische aandoeningen die de wilsbekwaamheid van patiënt beïnvloedden. De psychiater heeft telefonisch aan de arts gemeld dat wat hem betrof aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts was erg opgelucht hierdoor. Hij deelde patiënt mee dat de euthanasie kon worden uitgevoerd. Hij vroeg de SCEN-arts of deze diens verslag wilde actualiseren met de bevindingen van de psychiater. De consulent ondernam echter geen actie; hij had geen tijd en ging op vakantie en adviseerde de SCEN-arts die die week dienst had te consulteren.

De arts besprak de casus in het multidisciplinaire overleg (MDO) van de SLK. Geadviseerd werd toen ook om toch een tweede SCEN-arts in te schakelen.

De tweede consulent bezocht patiënt en kwam ook niet tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij wilde dat er nader onderzoek zou worden gedaan naar de oorzaak van de pijn die patiënt ervoer. De arts vond het uitstel erg vervelend voor patiënt. De arts was overtuigd van het lijden van patiënt. De pijn zou, zoals door een specialist ouderengeneeskunde, collega van het MDO van de SLK werd uitgelegd, het gevolg kunnen zijn van een CVA, waardoor een onbegrepen chronisch pijnsyndroom kan ontstaan.

De arts schakelde vervolgens een arts, deskundige op het gebied van ondraaglijkheid van het lijden, in. Zij was na een bezoek aan patiënt ervan overtuigd dat patiënt ondraaglijk leed.

De arts was van mening dat het tijd kostte om het vertrouwen te winnen van deze patiënt en contact met hem te krijgen. Dat werd bepaald door de persoonlijkheid van de patiënt. Patiënt had zijn hele leven met anderen gebotst. Door de persoonlijkheid van patiënt was het moeilijk om tot hem door te dringen. Hij verborg ook zeker zijn zwakke punten en hij deed zich beter voor dan hij was. De consulenten hadden het vertrouwen van patiënt niet gewonnen.

Volgens de arts hadden de beide SCEN-artsen zijn handelen getoetst en niet de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt noch de vrijwilligheid en weloverwogenheid van diens verzoek.

De arts vertelde voorts dat de apotheker van patiënt hem de euthanatica niet wilde leveren omdat de arts en niet de eigen huisarts van patiënt de euthanasie zou uitvoeren. Uiteindelijk is de levering toch in orde gekomen.

Volgens de arts heeft patiënt langer geleden dan nodig als gevolg van de opstelling van de eigen huisarts en de beide SCEN-artsen.

De arts verklaarde dat hij een patiënt in het vervolg pas zal meedelen dat de euthanasie zal worden uitgevoerd als alles helemaal geregeld en in orde is.

De arts onderzoekt de mogelijkheid om een klacht in te dienen over het handelen van beide SCEN-artsen.

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 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.

Wat betreft de consultatie overweegt de commissie het volgende. De arts heeft twee andere, onafhankelijke artsen geraadpleegd, die patiënt hebben gezien en schriftelijk hun oordeel hebben gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Beide consulenten oordeelden dat naar hun mening niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat naar hun mening het lijden niet uitzichtloos was.

Indien een consulent om hem moverende redenen aangeeft dat hij meent dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en de arts van mening is dat het verzoek van patiënt daar wel aan

voldoet kan de arts een tweede consulent inschakelen. Een arts kan een negatief oordeel van de consulent naast zich neerleggen en de euthanasie uitvoeren. De arts blijft zelf verantwoordelijk en zal goed moeten onderbouwen waarom hij de adviezen van de consulenten terzijde legt (zie de KNMG Richtlijn voor SCEN artsen Goede Steun en Consultatie bij euthanasie uit februari 2012).

Het is de commissie, gedurende het gesprek met de arts, duidelijk geworden dat patiënt een man was met een bijzondere, mogelijk autistische karakterstructuur die moeilijk contact maakte met anderen en die zijn zwakke punten verborg en zich moeilijk blootgaf. De beide consulenten hadden slechts een éénmalig en kortdurend contact met patiënt en kregen volgens de arts geen goed inzicht in het karakter en het lijden van patiënt.

Door het verslag van de deskundige en de zeer uitgebreide verslaglegging van de arts en zijn mondelinge toelichting is de commissie er wel van overtuigd geraakt dat de arts, ondanks de negatieve adviezen van de consulenten, tot de overtuiging is kunnen komen dat het lijden voor deze patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was.

De arts heeft de levensbeëindiging 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.