

Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Patiënt kampte na enkele gecompliceerde herniaoperaties met een Failed Back Surgery Syndrome. Ondanks revalidatie en gebruik van pijnmedicatie was er geen verbetering mogelijk. Patiënt leed onder met name de pijn en de sterke achteruitgang in zijn lichamelijk functioneren. De eerste geraadpleegde consulent vond het moeilijk om de ondraaglijkheid van het lijden in te schatten; de tweede consulent oordeelde dat er geen sprake was van uitzichtloos lijden. Onder meer op advies van de SCEN-organisatie werd een derde consulent geraadpleegd. Deze oordeelde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft de gang van zaken mondeling aan de commissie toegelicht. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat er geen redelijke alternatieve behandelingen meer voorhanden waren.

ORDEEL

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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring
- dossier Stichting Levensindekliniek (SLK)
- verslag van de mondelinge toelichting door de arts; de arts heeft het verslag goedgekeurd

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 patiënt, een man van 40 - 50 jaar, werd drie jaar voor het overlijden een herniaoperatie verricht. Vanwege complicaties werd patiënt tweemaal opnieuw geopereerd. Tijdens de laatste operatie werd een spondylodese uitgevoerd. Na de ingrepen had patiënt onverminderd hevige pijnklachten in rug en been. Er was sprake van een Failed Back Surgery Syndrome. Patiënt werd diverse malen opgenomen in revalidatiecentra echter zonder dat er enige verbetering optrad. Ook werd patiënt op de pijnpoli behandeld met diverse soorten analgetica zoals morfine en neuropatische pijnstillers. Deze middelen gaven of onoverkomelijke bijwerkingen of hadden een beperkt of tijdelijk effect op de pijn. Patiënt werd een jaar voor het overlijden behandeld door een psychiater die constateerde dat patiënt een reële doodswens had bij een chronisch pijnsyndroom. Daarna werd tevergeefs de pijnmedicatie opnieuw aangepast.

Een neurochirurg die voor een second opinion werd geraadpleegd, zag geen indicatie voor een heroperatie. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond uit al jarenlang bestaande, onbehandelbare pijnen en vermindering van spierkracht in de benen met als gevolg een sterke achteruitgang in het lichamelijke functioneren. Patiënt was door zijn beperkingen zijn baan kwijtgeraakt. Het onvermogen om nog iets te ondernemen en het aan huis en deels aan bed gekluisterd zijn, vormden een belangrijk onderdeel van het lijden. Zijn toestand ging steeds verder achteruit. Patiënt leed ook onder het verlies van waardigheid en de uitzichtloosheid van het lijden.

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 zijn huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts worstelde met het euthanasieverzoek van deze relatief jonge patiënt die niet aan een terminale aandoening leed. Ondanks het feit dat de huisarts zag dat patiënt ondraaglijk leed, vond de huisarts het moeilijk om de levensbeëindiging zelf uit te voeren. De huisarts zelf meldde patiënt aan bij de Stichting Levensindekliniek (SLK) en zorgde zo voor een goede informatieoverdracht.

Drie maanden voor het overlijden heeft patiënt de arts van de SLK om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Bij elk volgende bezoek herhaalde patiënt zijn verzoek. De arts en verpleegkundige van de SLK bezochten patiënt drie maal samen; de verpleegkundige bezocht patiënt twee maal alleen. De arts stelde de huisarts steeds op de hoogte van het verloop van de procedure. Patiënt had 18 jaar eerder een zware depressie doorgemaakt en was toen gestart met antidepressiva. Patiënt gebruikte nog steeds antidepressiva maar nu voor depressieve klachten die nauw samenhangen met zijn lichamelijke klachten.

De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater in verband met het euthanasieverzoek van patiënt.

De psychiater bezocht patiënt ruim twee maanden voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

Volgens de psychiater oogde patiënt alert maar vermoeid. Hij was helder van bewustzijn. Hij was bij momenten verdrietig maar dit was passend bij het gespreksonderwerp. Patiënt was niet depressief in engere zin. Hij was wilsbekwaam. De psychiater was van mening dat patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek uitte. De euthanasiewens stond naar zijn mening los van de vroegere psychiatrische problematiek. Het lijden dat achter diens woorden schuilging was tastbaar en invoelbaar voor de psychiater. Patiënt had lang gevochten om de pijn de baas te kunnen zijn maar hij gaf aan dat

hij al lang geen kwaliteit van leven meer ervoer. Volgens de psychiater was er ook geen kans meer op vermindering van het lijden.

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

c. Consultatie

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke SCEN-arts, een specialist ouderengeneeskunde. De eerste consulent bezocht patiënt zeven weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënt 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 patiënt. De eerste consulent vond het moeilijk om de ondraaglijkheid van het lijden in te schatten. In haar verslag schreef de eerste consulent mede op basis van het gesprek met patiënt dat zij niet durfde te concluderen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zij raadde aan een tweede SCEN-arts te consulteren. Zij motiveerde haar conclusie niet nader.

De arts raadpleegde als tweede consulent een onafhankelijke SCEN-arts, een niet praktiserend arts. De tweede consulent bezocht patiënt zes dagen na het bezoek van de eerste consulent nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De tweede consulent wilde vooral weten hoe en wanneer patiënt op het idee was gekomen dat euthanasie nog de enige uitweg uit zijn lijden kon zijn.

De tweede consulent gaf aan dat hij het moeilijk vond om het verband tussen de ernst van de klachten en de aandoening te duiden. Er zouden naar zijn mening nog psychologische en zingevingsaspecten bij de behandeling betrokken kunnen worden.

In zijn verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat niet volledig aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, omdat er geen sprake was van een uitzichtloos lijden. De tweede consulent meende dat er nog verbetering in de toestand van patiënt mogelijk was en dat er eerder vermelde redelijke andere oplossingen waren.

Gezien de complexiteit van de melding en het feit dat twee consulenten niet tot de conclusie waren gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan werd na uitvoerig multidisciplinair beraad van de SLK en op advies van de centrale SCEN-organisatie van de KNMG een derde onafhankelijke SCEN-arts, tevens psychiater, gevraagd een consultatie te verrichten.

De derde consulent bezocht patiënt drie dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Ook had de derde consulent inzage in de verslagen van de consulenten die patiënt eerder hadden bezocht. De derde consulent gaf een samenvatting van hetgeen de vorige consulenten hadden vastgesteld.

Patiënt gaf in het gesprek met de derde consulent aan dat zijn pijnen toenamen en dat hij steeds minder kon doen. Het toekomstbeeld dat het steeds slechter met hem zou gaan en er geen remedie was, kon hem naar de keel grijpen. Volgens patiënt konden anderen niet aan hem zien dat het zo slecht met hem ging maar dat was zijn manier van omgaan met de omgeving. Volgens de derde consulent veranderde patiënt tijdens het gesprek steeds van houding hetgeen hem zichtbaar pijn deed. Tijdens het gesprek was de aandacht goed te trekken en te behouden. Er waren geen vitaal depressieve kenmerken behoudens de doodswens die gezien werd om een einde aan de pijn te maken en niet als suicidaliteit vanuit een depressie. De derde consulent zag een gespannen man met een hoge lijdensdruk als het ging over de afwijzingen van de SCEN-artsen en de pech rondom de operaties. Voor de derde consulent was de lijdensdruk zeer invoelbaar. Patiënt was ervan doordrongen dat de pijn aan de rug niet zou verminderen. Het perspectief van geen herstel met daarbij progressie van de klachten en vermindering van de actieradius bekleemde patiënt, hetgeen voor de derde consulent invoelbaar was. De derde consulent was er ook van overtuigd dat patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek uitte. In zijn verslag kwam de derde consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was 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 Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding waren bij de commissie vragen gerezen over hoe de arts tot de overtuiging was gekomen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en hoe de arts, samen met patiënt, tot de overtuiging was gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was. Tevens wilde de commissie de arts bevragen over de wijze waarop de derde consulent was benaderd. De arts werd uitgenodigd om op de commissievergadering een nadere mondelinge aanvulling op zijn verslag te geven.

De arts gaf - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting.

Allereerst beschreef de arts patiënt globaal: hij was jong, well to do en erudiet. Hij had een goede relatie met zijn partner. Door de leeftijd van patiënt was de casus zwaarbeladen.

De arts en verpleegkundige hebben patiënt drie keer anderhalf uur gesproken. De verpleegkundige was nog vaker bij patiënt geweest. Daarnaast vonden er diverse telefonische consulten plaats. Tijdens de bezoeken was het lijden van patiënt duidelijk waarneembaar. Hij bewoog uiterst moeizaam. Pijn vormde het voornaamste lijden. Patiënt was onrustig door de pijn en moest regelmatig gaan verzitten of in het in de woonkamer staande ziekenhuisbed gaan liggen. Atrofie van de benen was duidelijk zichtbaar; patiënt droeg orthopedisch schoeisel. Patiënt gaf aan dat elke dag een kwelling was. Hij maakte op het eerste gezicht een enigszins obsessief-compulsieve indruk door zijn focus op euthanasie. Later werd het de arts duidelijk dat patiënt veel had ondernomen om zijn klachten te verhelpen. Hij was uitgebreid behandeld door orthopeden, neurochirurgen en revalidatieartsen. Niets had geholpen; op een gegeven moment was patiënt gestopt met de revalidatie omdat er geen enkele verbetering tot stand kwam. Het wereldje van patiënt was erg klein geworden. Hij kon nog met veel moeite, wanneer het weer het toeliet, samen met zijn partner, een therapeutisch rondje fietsen in de wijk. Patiënt was een ambitieus iemand, die geconfronteerd werd met een totaal onvermogen om nog iets te ondernemen. Hij ervoer zijn beperkingen en de pijn als onacceptabel. Na de uitgebreide gesprekken begreep de arts patiënt goed. De arts vond patiënt uiteindelijk niet meer een obsessieve maar juist een oprechte indruk maken.

De uitzichtloosheid van het lijden was duidelijk aangezien er geen behandelalternatieven meer waren voor de pijn veroorzaakt door het failed back surgery syndrome.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden bestaande uit somatische klachten zoals pijn en krachtsverlies met daarbij het nergens meer toe in staat zijn en verlies van waardigheid met het vooruitzicht op verdere aftakeling, voor patiënt ondraaglijk was. Uiteraard speelde de persoonlijkheid van patiënt mee in het ervaren van het lijden maar er was geen sprake van dwangmatig omgaan met de pijn en de levensbeëindiging. Voor de zekerheid schakelde de arts een onafhankelijk psychiater in die patiënt onderzocht. Deze psychiater stelde vast dat patiënt wel wat cluster C trekken had.

De onafhankelijke psychiater stelde echter vast dat de euthanasiewens daar los van stond. Naar aanleiding van een vraag van de commissie hoe de communicatie met de eerste twee consulenten was verlopen, sprak de arts zijn verbazing uit over de opmerking van de eerste consulent inhoudende dat patiënt zich relatief makkelijk bewoog. Hij snapte die opmerking absoluut niet en had zelf een heel ander beeld gezien. Wel vertelde de arts nog dat de eerste consulent had gezegd veel moeite te hebben met de casus omdat patiënt nog zo jong was; als hij in de tachtig was geweest, zou zij het niet problematisch hebben gevonden.

De eerste consulent durfde geen oordeel over de toetsingscriteria te geven. Na de eerste consultatie werd opnieuw binnen de SLK overlegd. Er werd besloten om nogmaals via Atacom een SCEN-arts te raadplegen. De tweede consulent vond dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat het lijden niet uitzichtloos zou zijn omdat er volgens hem nog behandelopties voorhanden waren.

Overigens vond de arts het heel lastig dat de tweede consulent een consultatie uitvoerde nadat de casus was besproken in de SCEN-intervisiegroep. Hij meende dat daardoor de onafhankelijkheid van de tweede consulent in het gedrang was gekomen. Bovendien stelde de tweede consulent alternatieve behandel mogelijkheden voor aan patiënt. De arts vond dit een onjuiste gang van zaken en was van mening dat de tweede consulent dit niet met patiënt maar met de arts of de huisarts had moeten bespreken. Deze hele procedure heeft aanleiding gegeven om binnen een multidisciplinair overleg (MDO) van de Levensindekliniek deze casus uitvoerig te bespreken. Unaniem werd door dit MDO geconcludeerd dat er geen valide SCEN-consultaties hadden plaatsgevonden. Het team van de SLK kreeg het advies via de centrale SCEN-organisatie te Utrecht (SCEN-Utrecht) verdere actie te verzoeken. SCEN-Utrecht raadde aan om een SCEN-arts met specifieke deskundigheid te raadplegen en gaf twee namen van psychiaters/SCEN-artsen door. Een van die twee was in deze casus al opgetreden als onafhankelijk psychiater. Dus benaderde de arts als derde consulent de andere SCEN-arts/psychiater. Deze derde consulent concludeerde dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. De huisarts van patiënt met wie de arts meerdere keren had overlegd, had bij de aanmelding van patiënt gevraagd of de SLK snel kon komen omdat de lijdensdruk voor patiënt steeds groter werd. De arts had in de vier maanden die de SLK-procedure in beslag had genomen, gezien dat de toestand van patiënt behoorlijk verslechterd was.

Patiënt vroeg, nadat hij aanvankelijk om de intraveneuze methode had gevraagd, om hulp bij zelfdoding omdat door deze manier van levensbeëindiging in zijn ogen zijn autonomie werd bevestigd.

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.

Overweging ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden en de redelijke alternatieven.

Aangezien de tweede consulent twijfels had over de uitzichtloosheid van het lijden en het een bijzondere casus betreft, vroeg de commissie de arts om deze aspecten van de zorgvuldigheidseisen ook nog eens mondeling op een commissievergadering toe te lichten.

In casu werd het lijden initieel bepaald door onbehandelbare pijnklachten als gevolg van een Failed Back Surgery Syndrome. Als gevolg van de pijnklachten ontwikkelde zich progressief somatisch en psychisch lijden. Het uitzichtloos lijden is in beginsel een medisch objectiveerbaar criterium. Uiteraard speelt de persoonlijkheid en voorgeschiedenis een rol bij het ervaren van lijden maar de arts was ervan overtuigd dat patiënt niet dwangmatig omging met de pijn. Voor de zekerheid raadpleegde hij een psychiater om te laten onderzoeken of psychiatrische pathologie een rol speelde bij het lijden.

De psychiater concludeerde dat dit niet het geval was.

Patiënt heeft veel specialisten bezocht en veel behandelingen ondergaan en wilde niet nog meer proberen. De arts en daarvoor de huisarts, was samen met patiënt tot de conclusie gekomen dat er voor de situatie waarin patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing met uitzicht op verbetering op de situatie van patiënt binnen een afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen het resultaat en de belasting voor patiënt voorhanden was.

De arts heeft voor de commissie door de zorgvuldige dossiervorming en door zijn mondelinge aanvulling daarop, zeer aannemelijk gemaakt dat hij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke behandelalternatieven meer voorhanden waren. Het feit dat de arts, op advies van SCEN-Utrecht, uiteindelijk nog een derde consulent met specifieke deskundigheid heeft geraadpleegd die concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, maakte voor de commissie de zaak rond.

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. Er waren geen redelijke alternatieve behandelingen meer voorhanden. De arts heeft de hulp bij zelfdoding 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.