

Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Bij patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, ontstonden jaren voor het overlijden inzakkingsfracturen vanwege ernstige osteoporose. Ook werd een vorm van Parkinsonisme geconstateerd. Een jaar voor het overlijden werd diverticulose met ulcera vastgesteld.

Het lijden van patiënte bestond uit hevige pijn in rug en buik waardoor haar mobiliteit werd beperkt.

De arts heeft de uitzichtloosheid van het lijden van patiënte en haar beoordeling van de ingezette en resterende mogelijkheden van pijnbestrijding mondeling nader aan de commissie toegelicht. Zij heeft lering getrokken uit het feit dat zij dit aanvankelijk te weinig had onderzocht.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van patiënte voor haar ondraaglijk en uitzichtloos was.

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: patiënte

geconsulteerd werd:

(...), specialist ouderengeneeskunde, 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:

- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)
- specialistenbrieven

- samenvatting en patiëntenjournaal huisarts
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts bij brief van (...) uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting.

De arts heeft tijdens de commissievergadering van (...) de melding nader toegelicht en vervolgens aanvullende correspondentie toegestuurd. In het verslag van de mondelinge toelichting zijn enkele wijzigingsvoorstellen van de arts verwerkt.

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 70-80 jaar, ontstond vier jaar voor het overlijden een forse inzakkingsfractuur op basis van ernstige osteoporose. Drie en twee jaar voor het overlijden ontstonden meerdere inzakkingsfracturen en na een val eveneens ribfracturen. Diverse ingestelde behandelingen tegen de pijn hadden onvoldoende of averechts effect.

Twee jaar voor het overlijden werd bij patiënte een vorm van Parkinsonisme geconstateerd, mogelijk ontstaan als bijwerking van het door patiënte gebruikte medicijn tegen haar somberheidsklachten. Betreffende medicatie werd gestaakt en later weer aangepast, maar had onvoldoende waarneembaar effect. Patiënte werd voor haar Parkinsonisme behandeld met anti-Parkinson medicatie.

Een jaar voor het overlijden werden een uitgebreide diverticulose van het colon descendens en het sigmoïd alsmede ulcera in het colon vastgesteld. Medicatie voor de buikproblemen veroorzaakten wisselend obstipatie en diarree.

Het lijden van patiënte bestond uit onophoudelijke, niet goed te bestrijden pijn in rug en buik.

Daardoor werd haar mobiliteit ernstig beperkt en was buitenshuis geen enkele activiteit meer mogelijk. Patiënte kon het in geen enkele houding lang volhouden. In bed had zij de minste pijn, al was zij ook daar niet pijnvrij. Als gevolg van de continue pijn raakte patiënte uitgeput waardoor haar weerstand verder afnam. Patiënte leed onder het feit dat zij grotendeels aan bed gebonden was geraakt, tot vrijwel niets meer in staat was en afhankelijk van anderen was geworden. Tevens leed zij onder de wetenschap dat haar situatie alleen maar verder zou verslechteren.

Patiënte, die altijd een actieve vrouw was geweest, ervoer haar leven op deze wijze als zinloos en 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, de huisarts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had vanaf drie jaar voor het overlijden diverse malen met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken en hem ongeveer een half jaar voor het overlijden concreet om euthanasie verzocht. De huisarts wilde (nog) niet ingaan op het verzoek van patiënte en heeft haar doorverwezen naar de Stichting Levensindekliniek.

Zeven weken voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en haar daarbij meteen om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar concrete verzoek in de daarop volgende contacten herhaald.

Een door de huisarts geraadpleegde onafhankelijke psychiater bezocht patiënte ruim zeven weken voor haar overlijden. Deze psychiater constateerde dat er bij patiënte niet sprake was van een aantoonbare

depressie en dat zij wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte twee weken 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 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 eerste behandeling van de melding was het de commissie onvoldoende duidelijk welke pijnbehandelingen patiënte in het verleden had ondergaan en in hoeverre de arts de mogelijkheden van pijnbestrijding nader had onderzocht. De commissie wilde nagaan in hoeverre de arts tot de overtuiging kon komen dat er voor patiënte geen redelijke andere oplossing was om haar lijden te verlichten. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

De arts heeft -zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting gegeven:

Tijdens het eerste gesprek dat de arts met patiënte voerde bevond patiënte zich in bed in haar slaapkamer. Zij bleek om de paar minuten te moeten gaan verliggen vanwege de pijn. Patiënte had verklaard dat zij over haar hele lichaam pijn voelde en dat zij al vier jaar lang pijn had. De arts en de verpleegkundige van het team konden zich indenken dat patiënte zich een leven zonder pijn niet meer kon voorstellen.

Omdat patiënte een wat theatrale persoonlijkheid had en heftig in huilen kon uitbarsten, heeft het SLK-team na het eerste gesprek geconcludeerd dat enige tijd nodig was om alle aspecten van het lijden van patiënte te onderzoeken.

Gedurende het tweede gesprek bevond patiënte zich eveneens in haar slaapkamer. Een van haar kinderen was bij het gesprek aanwezig. De arts had begrepen dat deze persoon altijd wat toegeeflijk op patiënte reageerde. Gedurende het gesprek had deze persoon zich echter heel directief jegens patiënte opgesteld, in de zin van aandringen en van haar verwachten dat ze antwoord gaf op de gestelde vragen door het team van de SLK.

Patiënte verklaarde te begrijpen dat zij over zichzelf moest spreken, maar lichtte toe dat haar dat niet lukte omdat zij zoveel pijn had.

Tijdens dit tweede gesprek heeft patiënte excuus aangeboden voor het feit dat zij op eerdere momenten niet in staat was geweest om een goed gesprek te voeren.

Het derde gesprek werd gevoerd in de woonkamer. Een van haar kinderen haalde patiënte op vanuit haar slaapkamer. Het bleek een uitputtingsslag voor patiënte te zijn om naar boven en naar beneden te gaan.

De arts kon zich inmiddels steeds beter voorstellen dat patiënte, die altijd een zeer actief leven had geleid, haar klachten en beperkingen als ondraaglijk ervoer.

Desgevraagd schatte de arts in dat de pijnklachten 80 % van het ondraaglijk lijden uitmaakten. De overige 20% bestond uit ernstige vermoeidheid. Ondanks deze klachten was patiënte er circa twee maanden voor overlijden in geslaagd een (laatste) reis naar het buitenland te volbrengen.

Ten aanzien van de pijnbehandeling merkte de arts op dat zij misschien teveel heeft aangenomen dat de huisarts van patiënte en de behandelende geriater van het ziekenhuis dit traject optimaal hadden ingezet, waarbij een medisch onderlegde naaste van patiënte alles kritisch had gevolgd blijkend uit het journaal van de huisarts. De naaste had aan de arts verteld dat patiënte veel verschillende medicatie had gekregen en dat patiënte het beste bleek te reageren op de medicijnen die zij gebruikte ten tijde van de gesprekken met de arts. De arts merkte op dat zij, wanneer een geriater medicatie voorschrijft, zich onvoldoende deskundig acht om deze medicatie te betwisten. Achteraf bezien had zij die behandelingen beter in detail moeten documenteren.

De arts verklaarde inmiddels over brieven van de geriater te beschikken die zij na oproeping voor de zitting bij de toetsingscommissie bij de huisarts heeft opgevraagd. Ten tijde van haar contacten met patiënte beschikte zij daarover niet. De arts zegde toe deze brieven aan de commissie te zullen toezenden.

Zoals de arts later is gebleken, heeft patiënte drie en twee jaar voor het overlijden ook een behandeling van een pijnteam gehad. Daarover zat geen documentatie in het dossier; ook de huisarts bleek daarover geen correspondentie te bezitten. De arts zegde toe het betreffende bericht eveneens na te zenden.

De arts heeft niet overwogen om zelf een pijnpoli te benaderen om te onderzoeken of er nog een behandeling voor patiënte bestond om haar lijden te verlichten.

Het was bovendien de vraag of patiënte daartoe nog te motiveren was geweest, nu zij had aangegeven geen behandelingen meer te willen ondergaan.

De arts merkte verder op dat gesprekken over euthanasie altijd intensief zijn en per gesprek circa anderhalf uur in beslag nemen. Wanneer een arts van de SLK meent dat er nog een behandeling moet worden uitgetoet kan een zaak 'on hold' worden gezet. Dit gebeurt ook in de praktijk.

In het algemeen is er vanuit de SLK frequent contact met de eigen huisarts. De zorgmanager neemt na aanmelding door een patiënt direct contact op met de huisarts, onder andere om te informeren of de eigen huisarts mogelijk toch bereid is het verzoek te onderzoeken. De arts van een ambulant team neemt tijdens het onderzoek deze contacten over.

De arts verklaarde dat het contact met de huisarts van patiënte moeizaam was verlopen. De telefonische contacten met de huisarts waren zeer kort geweest. Dit heeft mogelijk een rol gespeeld bij haar beslissing om bij de huisarts niet naar eventueel aanwezige extra documenten navraag te doen. Evenmin is er een nagesprek geweest met de huisarts, hetgeen wel de gebruikelijke werkwijze is bij de SLK. Uiteraard is de huisarts wel kort voor de uitvoering van de euthanasie op de hoogte gesteld van de datum waarop de uitvoering plaats zou vinden.

De huisarts heeft op een gegeven moment contact opgenomen met de SLK om na te gaan of de levensbeëindiging daadwerkelijk had plaats gevonden.

Voor wat betreft de verslavingsgevoeligheid van patiënte lichtte de arts toe dat zij daarover beperkt melding heeft gemaakt in haar verslaglegging. Zij heeft dat zelf niet geconstateerd en vond het daarom niet relevant. Omdat zij er via het huisartsendossier van op de hoogte was, zocht zij naar mogelijke tekenen die konden wijzen op verslaving. Zij bemerkte hiervan echter geen signalen.

In het dossier bevindt zich een brief van een medewerker van een verslavingskliniek waarin wordt gemeld dat patiënte haar gedrag had aangepast en geen verdere begeleiding meer wilde.

De arts verklaarde zich te kunnen voorstellen dat patiënte, gelet op de situatie waarin zij verkeerde, in (...) troost en pijnvermindering zocht.

De arts lichtte tenslotte toe dat patiënte voor de levensbeëindiging een drankje heeft ingenomen waarin 15 g pentobarbital was opgelost. Rond de inname heeft patiënte duidelijk verteld hoe blij zij was dat 'het ging gebeuren'. Direct na de inname heeft zij haar kinderen nog eens hartelijk bedankt.

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 nader toegelichte 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. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Ondraaglijk lijden

Ten aanzien van het zorgvuldigheidsvereiste betreffende het ondraaglijk lijden, overweegt de commissie het volgende.

Vast is komen te staan dat patiënte leed aan osteoporose ten gevolge waarvan sinds drie jaar voor het overlijden diverse fracturen waren ontstaan. Twee jaar voor het overlijden werd bij haar een vorm van Parkinsonisme gediagnosticeerd en een jaar voor het overlijden werden diverse buikklasten geconstateerd. In de periode tot aan het moment van overlijden namen met name de pijnklachten van patiënte toe, ondanks gebruik van diverse soorten pijnstilling.

De arts heeft voor de commissie aannemelijk gemaakt dat zij in de drie gesprekken die zij met patiënte heeft gevoerd een steeds beter beeld heeft kunnen krijgen van de continu aanwezige pijnklachten van patiënte. Ook heeft zij kunnen aannemen dat die klachten haar ernstig belemmerden in haar dagelijks functioneren en haar steeds meer aan huis en aan bed bonden. Patiënte was uiteindelijk steeds meer ADL-afhankelijk en uitgeput geraakt.

De arts heeft in de door haar aangeleverde stukken en in haar mondelinge toelichting voldoende aannemelijk gemaakt dat zij ervan overtuigd was geraakt dat patiënte, mede gelet op de wijze waarop patiënte altijd gewend was haar leven inhoud te geven, haar lijden als ondraaglijk ervoer.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van patiënte voor haar ondraaglijk was.

Uitzichtloos lijden, voldoende voorlichting en redelijke alternatieven

Ten aanzien van de zorgvuldigheidsvereisten betreffende uitzichtloos lijden, het geven van voldoende voorlichting en het niet bestaan van een redelijke andere oplossing, in onderlinge samenhang bezien, overweegt de commissie het volgende.

In zijn algemeenheid geldt dat een aan de SLK verbonden arts pas in een laat stadium bij de situatie van een patiënt betrokken raakt: als een patiënt een euthanasiewens heeft geuit en hij voor de uitvoering daarvan geen gehoor vindt bij de behandelend arts.

Een SLK-arts dient zich voor de ziektegeschiedenis van de patiënt te informeren bij eerdere behandelaren van de patiënt en moet zich verdiepen in het opgevraagde medisch dossier. Voor de goede beoordeling van het euthanasieverzoek is het van belang dat een SLK-arts zo volledig mogelijk wordt geïnformeerd door de eerdere behandelaren.

Vast is komen te staan dat patiënte leed aan osteoporose en een vorm van Parkinsonisme. Dit zijn ziektebeelden waarvoor geen genezing mogelijk is en waarbij in de regel steeds meer complicaties ontstaan. Toch zal de uitvoerend arts ter beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden moeten nagaan of er een reëel uitzicht bestaat op verzachting van de symptomen.

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 mee brengt.

Gedurende haar ziektegeschiedenis is patiënte lange tijd in behandeling geweest van haar huisarts en van de internist-geriater, die haar in de loop der jaren diverse soorten pijnstilling hebben voorgeschreven. Een naaste van patiënte die medisch geschoold is heeft de arts laten weten dat veel van die voorgeschreven medicatie niet had geholpen en dat patiënte het best reageerde op de medicatie die zij de laatste periode voor overlijden (rond de bezoeken van de arts) gebruikte.

De arts is er van uitgegaan dat deze drie artsen, waaronder twee behandelaars, zich al voldoende hadden gebogen over de mogelijkheden om de pijnklachten van patiënte te verminderen. De arts heeft zich toen niet c.q. onvoldoende afgevraagd of er een kans bestond dat de geboden pijnbehandeling niet optimaal was en of er eventueel een behandelmogelijkheid over het hoofd was gezien waar patiënte baat bij zou kunnen hebben. Zo is de arts niet nagegaan of patiënte bij een pijnpoli voor onderzoek en eventuele behandeling was geweest. Zij heeft deze mogelijkheid evenmin met patiënte besproken.

De arts heeft erkend zich pas ter voorbereiding van het gesprek met de commissie te hebben afgevraagd of zij nog informatie had gemist. Toen bleek haar dat patiënte drie en twee jaar voor het overlijden nog een behandeling bij een pijnpoli had ondergaan. Onduidelijk is gebleven om welk soort behandeling het is gegaan.

De commissie stelt vast dat de arts deze later opgevraagde en ontvangen informatie niet heeft kunnen meewegen op het moment dat zij moest beslissen of aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan om aan de euthanasiewens van patiënte uitvoering te kunnen geven.

Op zich volgt de commissie de inschatting van de arts dat patiënte waarschijnlijk nadere pijnbehandeling zou weigeren. Patiënte had immers al veel uiteenlopende behandelingen ondergaan en haar conditie was verslechterd, zodat een nieuwe behandeling belastend voor haar zou kunnen zijn. Dat doet echter niet af aan de verantwoordelijkheid van de arts om redelijke alternatieven zelf te onderzoeken en met patiënte te bespreken en deze vervolgens in haar afweging te betrekken.

Voor de beantwoording van de vraag welke consequentie verbonden moet worden aan het feit dat de arts geen zelfstandig eigen onderzoek heeft verricht naar eventueel resterende mogelijkheden om met name de pijnklachten van patiënte te verminderen, overweegt de commissie als volgt.

Vast is komen te staan dat er een moeizame verhouding tussen de huisarts en (de familie van) patiënte bestond en dat het contact tussen de huisarts en de arts eveneens stroef verliep.

De commissie heeft er begrip voor dat deze omstandigheid er toe heeft bijgedragen dat de arts geen navraag meer bij de huisarts heeft gedaan naar eventuele andere informatie, bijvoorbeeld over specifieke pijnbehandelingen.

De arts heeft na bestudering van het door de SLK opgevraagde dossier en gedurende drie uitvoerige gesprekken met patiënte en haar familieleden de hulpvraag van patiënte nader onderzocht en is op basis van haar onderzoek ervan overtuigd geraakt dat het lijden van patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was en dat er geen voor patiënte reële alternatieve mogelijkheden bestonden om haar lijden te verlichten.

Volgens de commissie heeft de arts in haar mondelinge toelichting voldoende aannemelijk gemaakt dat zij tot deze overtuiging kon komen. De arts heeft er tijdens het gesprek bovendien blijk van gegeven dat zij lering uit de situatie heeft getrokken en voortaan meer onderzoek zal instellen naar de gegeven behandelingen en de behandelingen zal documenteren.

De commissie komt op grond van het voorgaande, alle omstandigheden afwegend, tot het oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos lijden en dat er voor de situatie

waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten.

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.