

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: de arts heeft tweemaal een onafhankelijke psychiater geraadpleegd. De eerste psychiater was er niet van overtuigd dat er geen behandelalternatieven waren.

Zorgvuldigheidseis: onafhankelijke arts geraadpleegd

Aandachtspunt: twee verschillende oordelen onafhankelijke psychiaters

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:

(...), 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

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)
- patiëntenjournaal huisarts
- schriftelijke wilsverklaring
- specialistenbrieven, waaronder rapportages van twee psychiaters

De commissie had behoefte aan een nadere toelichting van de arts en heeft deze daarom uitgenodigd voor een gesprek. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op (...). Van dit gesprek is een verslag gemaakt dat voor reactie aan de arts is voorgelegd.

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 , werd vijf jaar voor het overlijden een mitralisklep door een prothese vervangen nadat zij sinds zeven jaar benauwdheidsklachten en perioden met atriumfibrilleren had doorgemaakt. In de jaren na de operatie, die met complicaties gepaard was gegaan, verslechterde haar situatie. Patiënte viel 10 kg in gewicht af en werd als gevolg van permanent hartfalen steeds benauwder en vermoeider. Verder had zij een slechte visus en had zij last van artrose van handen, voeten en knieën. Tevens waren ten gevolge van een Zenkers divertikel van de oesophagus slikstoornissen ontstaan. Genezing van het hartfalen en de artrose was niet meer mogelijk. Eerder, twee jaar voor het overlijden , constateerde een psychiater van een psychiatrisch zorgbedrijf bij patiënte een depressief toestandbeeld mogelijk gevoed door lichamelijke achteruitgang in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek. Patiënte kreeg daarna ambulante psychiatrische begeleiding. Zij wees medicamenteuze behandeling tegen somberheid echter af, aangezien deze geen oplossing zou bieden voor haar hartfalen. Bovendien wilde zij niet nog meer medicatie gebruiken, gezien de hoeveelheid medicamenten die zij al slikte. Daarop werd de ambulante begeleiding na ongeveer een half jaar gestaakt.

Het lijden van patiënte bestond uit het feit dat haar conditie na haar hartklepoperatie toenemend verslechterd was. Door haar vermoeidheid en kortademigheid bij geringe inspanning was zij in een bijna volledig isolement geraakt. Daarbij had patiënte pijn als gevolg van artrose en kon zij alleen nog maar gemalen voedsel innemen vanwege haar slikstoornissen. De laatste twee jaar voor overlijden kwam patiënte niet meer buiten, kleepte zij zich niet meer aan en was zij steeds meer afhankelijk geworden van hulp door anderen. Zij kon niet meer de lichamelijke en psychische kracht vinden om de strijd tegen haar afbrokkelende vitaliteit aan te gaan en moest iedere dag motivatie zoeken om de dag door te komen.

Patiënte, die voorheen een actieve vrouw was geweest, ervoer haar lijden en de wetenschap dat haar situatie alleen maar verder achteruit zou gaan 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.

Patiënte was volgens een door de huisarts op verzoek van de arts in het kader van de beoordeling van de wilsbekwaamheid ruim een half jaar voor het overlijden geraadpleegde psychiater, eveneens werkzaam bij vorenbedoeld psychiatrisch zorgbedrijf, al langer depressief en dysfoor. Zij bleef om de hiervoor genoemde redenen echter afwijzend staan tegenover gebruik van antidepressiva.

Volgens een tweede, in het kader van een herbeoordeling van de wilsbekwaamheid van patiënte ruim drie weken voor het overlijden geraadpleegde psychiater was bij patiënte geen sprake van een depressie in engere zin die als regel met medicatie en goede gespreksondersteuning behandeld kan worden. Behandeling met antidepressiva zou bij patiënte ook niet eenvoudig zijn, gezien de grote hoeveelheid medicatie die zij al voor haar hartlijden gebruikte. Patiënte leed aan depressieve klachten als reactie op het niet kunnen omgaan met haar fysieke klachten en beperkingen. De klachten van patiënte behoefden primair psychosociale ondersteuning. Daar werd in enige mate aan voldaan, maar deze hieven het isolement niet op. De persoonlijkheidsvariabelen zorgden er voor dat patiënte zich meer afkeerde van haar nog bestaand sociaal netwerk. Hier had een taak gelegen voor het ambulante team, maar helaas was die begeleiding gestaakt, aldus de tweede psychiater. Dagopvang op een afdeling ouderenzorg zou zeker ook kunnen bijdragen aan vermindering van het isolement, maar

patiënte wees dit af, omdat zij dacht dit somatisch niet aan te kunnen. Inmiddels was volgens de tweede psychiater de doodswens van patiënte zodanig consistent dat deze niet meer zou verminderen door adequate sociaal-psychiatrische begeleiding. Wel zou dergelijke begeleiding het lijden van patiënte enigszins draaglijker kunnen maken. Verder was het een illusie te verwachten dat de persoonlijkheidsvariabelen in deze fase van het leven van patiënte nog bij te stellen waren, aldus de tweede psychiater.

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 eerder met haar eigen huisarts over haar euthanasiewens gesproken en hem een schriftelijke wilsverklaring overhandigd. Aangezien de huisarts twijfels hield ten aanzien van de honorering van het euthanasieverzoek, heeft hij patiënte circa een jaar voor het overlijden verwezen naar de SLK. Gedurende het proces tussen patiënte en de SLK heeft de huisarts alle medewerking verleend. Ook is de huisarts patiënte blijven begeleiden.

Negen maanden voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en hem daarbij tevens om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar verzoek tijdens vier daaropvolgende gesprekken met de arts herhaald.

Zoals hiervoor reeds overwogen, hebben op verzoek van de arts twee psychiaters de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasieverzoek beoordeeld. Volgens de eerste psychiater, die patiënte ruim een half jaar respectievelijk vijf maanden voor het overlijden bezocht, was patiënte consistent in haar euthanasiewens mede in verband met haar somatische achteruitgang. Zij was - als gezegd - al langer depressief, dysfoor en hield psychiatrische behandeling af. Dit interfereerde met de wilsbekwaamheid, aldus de eerste psychiater. De tweede psychiater concludeerde ruim drie weken voor het overlijden dat de depressieve klachten van patiënte reactief waren en niet dusdanig ernstig dat daardoor haar wilsbekwaamheid onder druk kwam te staan. De doodswens van patiënte was consistent en zonder invloed van derden tot stand gekomen.

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 tweeënhalve week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts en de huisarts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie, waaronder de rapportages van de twee geraadpleegde psychiaters. De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens de consulent was patiënte ten tijde van het gesprek alert en actief bij het gesprek betrokken. Haar stemming was dysfoor, maar niet depressief. Hij concludeerde dat de euthanasiewens van patiënte niet uit haar psychische gesteldheid voortkwam en achtte haar wilsbekwaam. De consulent vond de conclusie van de eerste, door de huisarts benaderde psychiater, dat patiënte niet wilsbekwaam was niet overtuigend en ongemotiveerd. Dit gevoel werd versterkt door het feit dat deze psychiater zich aanvankelijk tegenover de huisarts in andere zin had geuit en haar mening een dag later had gewijzigd. De bevindingen van de tweede psychiater waren volgens de psychiater beter gemotiveerd en stemden overeen met wat de andere betrokken artsen vonden.

In zijn 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 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.

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat de arts in verband met de beoordeling van de wilsbekwaamheid van patiënte tweemaal een onafhankelijke psychiater had geraadpleegd. De eerste psychiater heeft patiënte ruim een half jaar, respectievelijk vijf maanden voor de levensbeëindiging gesproken. Volgens deze psychiater werd de wens van patiënte ingegeven door haar somatische achteruitgang en was patiënte consistent in haar wens. Volgens de psychiater was patiënte al langer depressief, dysfoor en hield zij psychiatrische behandeling af. Dit interfereerde met haar wilsbekwaamheid.

In het kader van een herbeoordeling van de wilsbekwaamheid van patiënte raadpleegde de arts drie weken voor de levensbeëindiging een tweede psychiater. Volgens de tweede geraadpleegde psychiater leed patiënte aan depressieve klachten als reactie op het niet kunnen omgaan met haar fysieke klachten en beperkingen. Daarbij speelden persoonlijkheidsvariabelen mede een rol. Haar depressieve klachten waren volgens deze psychiater niet dusdanig dat daardoor haar wilsbekwaamheid onder druk kwam te staan. De commissie vroeg zich onder meer af waarom de arts er voor had gekozen om voor de herbeoordeling van de wilsbekwaamheid van patiënte een second opinion door een andere psychiater aan te vragen.

Het was de commissie verder opgevallen dat volgens de rapportage van de eerste psychiater en psychiatrisch verpleegkundigen patiënte psychiatrische behandeling afhield. De tweede geraadpleegde psychiater heeft in zijn rapportage gespreksbegeleiding en dagopvang op een afdeling ouderenzorg genoemd als mogelijkheid om het lijden van patiënte wat draaglijker te maken. De commissie vroeg zich af in hoeverre de arts deze mogelijkheden met patiënte had besproken en waarom de arts van mening was dat er geen redelijke alternatieven meer bestonden om het lijden van patiënte te verlichten. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een gesprek tijdens haar vergadering.

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

De arts was overtuigd van de somatische oorsprong van het lijden van patiënte. Patiënte was wel somber en had ook een persoonlijkheidsstoornis. De arts achtte echter – net als de eigen huisarts – patiënte zonder meer wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek en niet depressief in enge zin. Omdat patiënte twee jaar voor het overlijden door een psychiater was beoordeeld en deze toen een depressief toestandsbeeld had geconstateerd, leek het de arts wel verstandig om de wilsbekwaamheid van patiënte door een psychiater te laten bevestigen.

Daarop heeft de eigen huisarts van patiënte de eerste psychiater benaderd. Bij de SLK is het gebruikelijk om niet zelf de psychiater te benaderen, maar om de vaste behandelaar te vragen dit te doen. Bovendien wilde de huisarts van patiënte nauw bij haar begeleiding betrokken blijven. De arts was verbaasd over de conclusie van deze eerste psychiater dat er een depressie was die interfereerde met de wilsbekwaamheid van patiënte en vond deze slecht onderbouwd. Uit overleg met de huisarts van patiënte kwam ook naar voren dat de eerste psychiater aanvankelijk telefonisch aan de huisarts had meegedeeld dat patiënte wel wilsbekwaam was. Na intern overleg van de eerste psychiater met haar collega's zou zij echter haar conclusie hebben gewijzigd. Daaropvolgend telefonisch overleg tussen de huisarts en de eerste psychiater leidde niet tot aanpassing van de rapportage van de eerste psychiater. De arts heeft zelf geen contact gehad met de eerste psychiater.

De rapportage van de eerste psychiater is ook voorgelegd aan één van de psychiaters verbonden aan de SLK. Deze SLK-psychiater vond de rapportage van de eerste psychiater mager. De conclusie was niettemin dat met deze rapportage niet tot euthanasie kon worden overgegaan. De arts stond daarom op het punt de procedure te staken, maar wilde patiënte niet in de steek laten.

De arts heeft patiënte toen drie opties voorgelegd:

- de euthanasieprocedure staken;
- conform voorstel van de eerste psychiater een depressie-behandeling starten;
- een tweede onafhankelijke psychiater raadplegen.

Patiënte begreep de verschillende opties goed en koos voor de laatste. Zij wist dat de tweede psychiater ook zou kunnen concluderen dat zij niet wilsbekwaam was en dat de arts de euthanasieprocedure dan definitief zou staken.

Vervolgens is de arts op zoek gegaan naar een nieuwe psychiater die de wilsbekwaamheid van patiënte zou kunnen beoordelen. Na eerst zonder succes vier door een bevriende huisarts genoemde personen te hebben benaderd, stuitte de arts op de Steungroep Psychiaters, een landelijke groep van psychiaters die bereid zijn om dit soort beoordelingen te verrichten. Een van hen was de tweede psychiater, die patiënte heeft bezocht en vervolgens een rapportage heeft opgesteld. Zijn conclusie was duidelijk: bij patiënte was voorafgaand aan haar somatische klachten geen sprake van psychiatrische klachten en zij was wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Hiermee kon de euthanasieprocedure worden voortgezet.

Op de vraag van de commissie of de arts door de psychiaters voorgestelde behandel- en begeleidingsmogelijkheden met patiënte had besproken en waarom de arts van mening was dat er geen redelijke alternatieven meer bestonden om het lijden van patiënte te verlichten antwoordde de arts dat, toen de SLK bij de euthanasiewens van patiënte betrokken raakte, er al heel veel was gebeurd. Patiënte was al twee jaar met de eigen huisarts in gesprek over haar levenseinde. Twee jaar en een jaar voor het overlijden hadden psychiaters van het psychiatrisch zorgbedrijf patiënte voorgesteld om antidepressiva te gaan gebruiken. Patiënte wilde dit echter niet, gezien ook de grote hoeveelheid medicatie die zij al gebruikte. Zij zag ook niet wat ermee bereikt kon worden: haar lichamelijke klachten als gevolg van het hartfalen zouden er immers niet door verminderen. Ook de arts verwachtte van een dergelijke behandeling geen effect, omdat geen sprake was van een depressie in enge zin. Bovendien was zo'n behandeling bij hartpatiënten niet zonder risico's.

Inmiddels was de lichamelijke conditie van patiënte te slecht geworden voor gesprekstherapie en psychologische begeleiding. Patiënte leefde in haar woonkamer en haar actieradius was heel klein geworden. Patiënte kreeg wel dagelijks thuiszorg en steun van een vaste mantelzorger. Zij wilde in verband met haar slechte conditie niet naar een dagopvang. Patiënte wilde ook niet weg uit haar huis. Haar overleden echtgenoot was kunstschilder. Zijn atelier was nog helemaal hetzelfde en het hele huis hing vol met zijn schilderijen en was een soort museum geworden. Patiënte verbleef in verband met haar slechte conditie twee keer in een zorghotel, maar ging daarna toch weer naar huis.

De tweede psychiater die door de arts was geraadpleegd was van mening dat het psychiatrische zorgbedrijf eerder, twee jaar voor het overlijden, steken had laten vallen. Toen bleek dat patiënte geen psychiatrische behandeling wilde, had er van die zijde op moeten worden gestuurd dat patiënte andere zorg kreeg, in de vorm van mentale ondersteuning en begeleiding. Uiteindelijk was het hiervoor te laat. De arts had de mogelijkheid van meer ondersteuning en begeleiding nog wel onderzocht, ook met het kerkgenootschap waarbij patiënte aangesloten was, maar was tot de conclusie gekomen dat patiënte niet voldoende draagkracht meer had voor een begeleidingstraject. Patiënte was aan het eind van haar Latijn, waarbij haar somatische klachten sterk op de voorgrond stonden. Het grote verschil tussen de persoon die patiënte vroeger was en de persoon die zij nu was maakte het lijden van patiënte voor de arts invoelbaar.

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, zoals door de arts nader mondeling toegelicht, komt de commissie tot het oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. 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.

De commissie overweegt daarbij over de uitzichtloosheid van het lijden, de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en de vraag of er een redelijke andere oplossing was nog het volgende.

Gebleken is dat de arts - in het kader van de beoordeling van de wilsbekwaamheid - twee onafhankelijke psychiaters heeft geraadpleegd. Hij heeft de tweede psychiater geraadpleegd een aantal maanden nadat de eerste psychiater tot de conclusie kwam dat de depressie van patiënte en het feit dat zij psychiatrische behandeling afhiel, interfereerden met haar wilsbekwaamheid. De tweede psychiater was - kort weergegeven - van mening dat bij patiënte geen sprake was van een depressie in engere zin, maar van depressieve klachten als reactie op het niet kunnen omgaan met haar fysieke klachten en beperkingen. Hij achtte deze klachten niet zodanig ernstig dat daardoor haar wilsbekwaamheid onder druk kwam te staan. Deze tweede psychiater zag mogelijkheden om het lijden van patiënte draaglijker te maken.

De commissie acht het - bij verschil van inzicht tussen de arts en een psychiater - denkbaar dat de arts nog een andere psychiater benadert. Het is echter niet de bedoeling dat een arts net zo lang zoekt tot hij een psychiater treft die het met hem eens is ("shoppen"). Gehoord de mondelinge toelichting van de arts, was daarvan in dit geval geen sprake. Gelet ook op de inhoud van de uitvoerige rapportage van de tweede psychiater, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat patiënte - anders dan de eerste psychiater meende - voldoende wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Gehoord de mondelinge toelichting van de arts, is de commissie voorts van oordeel dat de arts met patiënte kon menen dat er geen reële andere mogelijkheden meer waren om het lijden van patiënte te verlichten. Aannemelijk is dat dit in een eerder stadium met meer sociaal-psychiatrische begeleiding misschien nog wel mogelijk was geweest. Toen de arts bij het euthanasieverzoek van patiënte betrokken raakte, waren inmiddels echter met name de somatische klachten van patiënte hiervoor te aanzienlijk.

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.