

Oordeel: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: arts heeft niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen gehandeld vanwege het ontbreken van duidelijkheid betreffende de uitzichtloosheid van het lijden

Zorgvuldigheidseis: uitzichtloos en ondraaglijk lijden

ORDEEL

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

van:

(...), huisarts

verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werd:

(...), 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

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts bij brief van (...) uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting op (...). Van deze toelichting is een verslag opgemaakt dat op verzoek van de arts op een onderdeel is aangepast. Direct na afloop van het gesprek heeft de arts nog aanvullende informatie per mail aan de commissie verstrekt.

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, werd dertig jaar voor overlijden de diagnose obstructief longlijden met weinig reversibiliteit gesteld. Patiënte werd daarvoor behandeld met inhalatiemedicatie, echter zonder resultaat. Het laatste jaar voor overlijden kreeg patiënte toenemend last van kortademigheid, met name bij inspanning. Behandeling met extra zuurstof wees patiënte af. Verder had patiënte sinds vijftien jaar voor het overlijden last van presbycusis en circa vier jaar last van een slechte eetlust nadat reuk en smaak waren uitgevallen.

Patiënte ervoer daarnaast beperkingen als gevolg van kromstand van haar vingers. Dit was deels het gevolg van verbindweefseling / handtrauma en anderzijds door verdikte pezen, waardoor zogenaamde 'trigger fingers' ontstonden. Injecties hadden aanvankelijk gunstig effect, maar later niet meer. Patiënte had tevens last van vergeetachtigheid.

Genezing van haar klachten was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. Het lijden van patiënte bestond uit de optelsom van haar klachten, waarbij de kortademigheid op de voorgrond stond. Zij was kortademig, met name bij inspanning, kon nog maar kleine stukjes lopen en was ernstig vermoeid. Patiënte had geen eetlust meer en kon zich steeds moeilijker zelfstandig redden. Tevens was zij steeds meer in een sociaal isolement terecht gekomen. Zij leed onder de wetenschap dat haar situatie in de nabije toekomst alleen maar verder achteruit zou gaan. Patiënte vreesde dan niet meer auto te kunnen rijden, niet langer meer zelfstandig te kunnen blijven wonen, afhankelijk van verzorging te worden en binnen afzienbare tijd haar huis uit te moeten. Daar zag zij vreselijk tegen op. Patiënte, die altijd een zeer zelfstandig leven had geleid, 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 eerder met de arts over euthanasie gesproken. Daarbij had zij bij herhaling verklaard euthanasie te wensen wanneer zij niet langer meer zelfstandig in haar huis zou kunnen blijven wonen. Circa vijf maanden voor het overlijden heeft patiënte de arts voor het eerst om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht en de arts verzocht een SCEN-procedure in gang te zetten. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent twee onafhankelijke SCEN-artsen.

De eerste consulent bezocht patiënte tweemaal, te weten ruim vier, respectievelijk ruim drie maanden voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in zijn verslag van beide bezoeken een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. In zijn verslag kwam de eerste consulent mede op basis van de gesprekken met patiënte tot de conclusie dat op dat moment nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan, omdat er nog geen sprake was van een concreet verzoek om uitvoering.

De tweede consulent bezocht patiënte ruim twee weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte 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 patiënte. Volgens de consulent had patiënte de arts inmiddels concreet om uitvoering van euthanasie verzocht. In zijn verslag kwam de tweede 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 behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over de aandoeningen waaraan patiënte leed die voor haar aanleiding waren voor haar verzoek om hulp bij zelfdoding. De commissie wilde met de arts eveneens ingaan op de door hem aangeboden mogelijkheden om het lijden van patiënte te verlichten, het feit dat patiënte daar nauwelijks voor openstond en de reactie van de arts daar op. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

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

Patiënte leed al jarenlang aan longemfyseem waarvoor zij behandeld werd met inhalatiemedicatie (Spiriva). Na medio jaren 80 is er geen verder diagnostisch onderzoek gedaan. Met het oog op het (opnieuw) stellen van een diagnose en behandelmogelijkheden heeft de arts in het beginstadium van haar klachten verschillende malen aan patiënte een verwijzing naar de longarts gesuggereerd om zich verder te laten onderzoeken. Zij zag daarvan af. Het was echter overduidelijk dat patiënte steeds verder achteruit ging. Zij kreeg steeds meer last van kortademigheid. Het lukte haar op het laatst niet meer om buitenshuis een rondje te lopen. Haar leefwereld werd daardoor steeds kleiner. Patiënte werd al kortademig wanneer zij iemand in haar huis binnenliet.

Naast haar progressieve kortademigheid ervoer patiënte beperkingen als gevolg van kromstand van haar vingers, waardoor zij haar zelfstandig functioneren dreigde te verliezen. Verder waren de laatste jaren haar reuk en smaak weggevallen waardoor haar eetlust was verdwenen.

Patiënte had al zestien jaar voor het overlijden een euthanasieverklaring opgesteld en had vanaf twee jaar voor het overlijden heel vaak met de arts over haar euthanasiewens gesproken en nieuwe wilsverklaringen ondertekend. De arts heeft zich nooit gedwongen gevoeld om op haar wens in te gaan.

Zoals hij altijd gewend is om te doen wanneer hij met een euthanasieverzoek te maken krijgt, had hij ook in de situatie van patiënte steeds gezocht naar alternatieven. Zo heeft hij heel concreet met patiënte de mogelijkheid besproken van het betrekken van een appartement in haar directe omgeving, waarin alles gelijkvloers is.

Patiënte wilde die mogelijkheid alleen overwegen wanneer euthanasie niet uitgevoerd kon worden omdat bijvoorbeeld een consulent van mening was dat niet aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zij zou echter het gelukkigst worden van levensbeëindiging.

Een alternatieve behandelmogelijkheid met extra zuurstof werd door patiënte heel beslist afgewezen.

De arts verklaarde desgevraagd dat de wens van patiënte om haar leven te beëindigen niet alleen werd ingegeven door het feit dat zij haar leven als voltooid beschouwde. Dat zou voor hem onvoldoende geweest zijn. Bij patiënte speelden haar beperkingen de hoofdrol. Volgens een geraadpleegde SCEN-arts leed patiënte ook onder het besef dat zij enigszins cognitief achteruit ging. Zij was altijd een intelligente vrouw geweest.

Patiënte had minder om voor te blijven leven sinds haar man was overleden. Zij had geen kinderen.

Vijf maanden voor het overlijden ontstond voor de arts het moment dat hij “om” ging. Patiënte was steeds meer kortademig geworden en kon daardoor steeds minder. Patiënte wilde graag een euthanasieprocedure opstarten. Zij wilde weten of er volgens de consulent aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Dat zou haar rust geven. Zij wilde daarna nog de mogelijkheid hebben om een en ander af te ronden.

De arts wist uit zijn eerdere ervaringen met een voorgenomen levensbeëindiging dat een verslag van de consulent soms te laat bij hem binnenkwam. Zo'n situatie wilde hij voorkomen. Hij was daarom bereid om tijdig de consultatieprocedure op te starten zonder met patiënte een definitieve datum voor de uitvoering te bespreken.

In verband met het verstrijken van de tijd na het bezoek van de consulent heeft hij vervolgens nog een keer een consulent geraadpleegd. Beide keren kreeg hij via ATACOM een consulent toegewezen. Betreffende consulenten hebben niet onderling contact opgenomen.

f. Aanvullende schriftelijke toelichting arts

Naar aanleiding van de tijdens het gesprek aan de arts gestelde vraag waarop de diagnose COPD geënt was en of er nog verder onderzoek naar was gedaan, heeft de arts de commissie per mail nadere informatie uit het medisch journaal van patiënte verstrekt. Volgens de arts was daaruit ook op te maken dat bij patiënte frequent longfunctietesten werden afgenomen met slechte resultaten. Er was tevens een ECG gemaakt om een ritmestoornis of andere eventuele cardiale problematiek op het spoor te komen.

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 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 en van ondraaglijk lijden.

Voor wat betreft het zorgvuldigheidsvereiste betreffende uitzichtloos lijden overweegt de commissie het volgende.

Uit de stukken en het gesprek met de arts heeft de commissie begrepen dat de hoofdoorzaak van het lijden van patiënte was gelegen in een niet afdoende te behandelen kortademigheid. Deze kortademigheid beperkte haar dusdanig in haar actuele en toekomstige bewegingsvrijheid en zelfstandigheid dat patiënte de arts herhaalde malen om euthanasie had verzocht.

In het algemeen verwacht de commissie van een arts dat deze, in een situatie waarin een patiënt hem om euthanasie verzoekt vanwege een als ondraaglijk ervaren lijden, allereerst nagaat of de oorzaak van dat lijden is komen vast te staan en op adequate wijze is behandeld.

In onderhavige casus verwacht de commissie dan ook van de arts dat deze nagaat of de oorzaak van de kortademigheid voldoende vaststaat en zich vervolgens afvraagt of patiënte daarvoor adequaat is behandeld.

De commissie heeft uit de stukken en de nadere toelichting van de arts begrepen dat patiënte circa dertig jaar leed aan astma /COPD, mogelijk erfelijk emfyseem. Op basis daarvan heeft de arts patiënte behandeld met inhalatiemedicatie en haar mee laten lopen in de ketenzorg voor COPD. Behandeling met Ventolin had onvoldoende tot geen effect. In de loop der jaren heeft de arts bij patiënte spirometrieën laten verrichten. De uitslagen van die metingen lieten een wisselend beeld van uitademingsbelemmeringen zien. Dat zou kunnen passen bij astma/COPD, echter niet bij emfyseem. Het is de commissie opgevallen dat patiënte niet reageerde op de medicatie die zij op grond van de werkdiagnose COPD kreeg voorgeschreven en dat haar benauwdheidsklachten toenamen.

Daardoor is bij de commissie twijfel ontstaan of de kortademigheidklachten ook werkelijk het gevolg waren van COPD. Spirometrieën kunnen het vermoeden van een diagnose weliswaar ondersteunen, maar zijn onvoldoende om de diagnose COPD/emfyseem of astma te stellen.

Daarvoor is namelijk aanvullend onderzoek door een longarts nodig.

De arts heeft patiënte weliswaar verschillende malen een verwijzing naar de longarts gesuggereerd, maar heeft de laatste twee jaar voorafgaand aan de levensbeëindiging niet aangedrongen op nader medisch specialistisch onderzoek en zich volgens de commissie te snel neergelegd bij het feit dat patiënte nader onderzoek afwees.

Toen patiënte niet bleek te reageren op de haar jarenlang voorgeschreven medicatie had het op de weg van de arts gelegen om te verifiëren of de kortademigheidklachten op een andere wijze bestreden hadden kunnen worden opdat het lijden van patiënte door haar niet meer als ondraaglijk zou worden ervaren. De arts heeft echter alleen nog een ECG laten verrichten om eventuele cardiale problematiek op het spoor te komen, welk ECG evenmin een verklaring gaf voor haar kortademigheid.

Alle verkregen informatie overziend is de commissie van oordeel dat de arts onvoldoende onderzoek heeft gedaan naar de oorzaak van de kortademigheid van patiënte, zich te weinig kritisch heeft opgesteld ten aanzien van de uitslagen van metingen in de ketenzorg en te lichtvaardig heeft geoordeeld dat haar lijden uitzichtloos was. Het had op de weg van de arts gelegen het belang van nader onderzoek naar de oorzaak van haar lijden meer te benadrukken.

De commissie tekent daarbij aan dat zij ervan overtuigd is dat de arts te goeder trouw heeft gehandeld. Hij heeft veel gesprekken met patiënte gevoerd en haar daarin onder meer gewezen op alternatieve woonmogelijkheden om haar lijden te verzachten.

De arts zal ook steun voor zijn voorgenomen handelen hebben ervaren door de conclusie van de tweede SCEN-consulent dat inmiddels aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Dit doet echter niet af aan het feit dat de arts in de ogen van de commissie onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij tot de overtuiging kon komen dat er bij patiënte sprake was van uitzichtloos 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 hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

4. BESLISSING

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