

Oordeel: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: de arts heeft niet tot de overtuiging kunnen komen dat andere oplossingen om het lijden weg te nemen ontbraken en het lijden daarmee uitzichtloos was

Zorgvuldigheidseisen: geen redelijke andere oplossing, uitzichtloos en ondraaglijk lijden

ORDEEL

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

van:

(...), specialist ouderengeneeskunde, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek
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

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- patiëntenjournaal
- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)
- schriftelijke wilsverklaring

Naar aanleiding van de melding zijn bij de commissie vragen gerezen. Bij brief d.d. (...) heeft de commissie de arts verzocht op haar eerstvolgende vergadering d.d. (...) een mondelinge toelichting te geven. Van dit gesprek is een verslag gemaakt dat aan de arts is voorgelegd ter verificatie van de correcte feitelijke weergave van het gesprek en is door de arts van commentaar voorzien.

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

Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, kampte met artrose en had daardoor pijn in haar gewrichten, ledematen en rug en last van bewegingsbeperkingen waardoor er sprake was van stijfheid, slecht lopen, vallen, valgevaar en afnemende zelfredzaamheid. Daarnaast deed zich mogelijk vaatproblematiek voor en had patiënte last van oedemen en toenemende dyspneu, meest waarschijnlijk door decompensatio cordis of COPD bij langdurige hypertensie. Deze klachten waren in de loop der jaren ontstaan en langzaam toegenomen. De laatste anderhalf jaar was patiënte door haar klachten steeds meer beperkt geworden. Zij weigerde onderzoek en behandeling door specialisten. Patiënte vond het vanwege haar leeftijd en levensverwachting niet zinvol meer en wilde niet meer dat er aan haar "geprutst" werd. Ook hulpmiddelen voor haar bewegingsbeperkingen werden door patiënte afgewezen, omdat zij merkte dat haar lichaam steeds meer opraaakte. Met diuretica zou haar decompensatio cordis nog iets kunnen verbeteren, maar patiënte zou dan nog steeds beperkt blijven in haar bewegingen.

Het lijden van patiënte bestond uit het feit dat zij slecht ter been was en haar handen minder goed kon gebruiken waardoor zij eigenlijk toenemend hulp nodig had bij alles wat zij deed. Patiënte wilde dat absoluut niet. Zij was vaak misselijk, sliep slecht en de pijn was niet altijd even goed te bestrijden. Patiënte was een bijzondere, zeer eigenzinnige vrouw die weinig op had met allerlei bemoeienissen van anderen. Zij kwam niet meer buiten en was al een paar maal gevallen in huis. Als zij even een klein stukje in huis rond geschuifeld had, moest zij uithijgen. Door haar slechte conditie kon patiënte haar hobby's niet meer uitoefenen, waardoor zij haar kwaliteit van leven als nog slechter ervoer. Patiënte kon alleen nog lezen, keek af en toe televisie en ging 's middags regelmatig naar bed. Eigenlijk zat zij te zitten. Patiënte leed onder de angst voor verdergaande achteruitgang waardoor zij uiteindelijk volledig hulpbehoevend zou worden.

Patiënte, die haar hele leven zeer zelfstandig was geweest en leed onder de toenemende immobiliteit en afhankelijkheid, 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 volgens de arts geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de huisarts patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had enkele maanden eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts vond echter dat er sprake was van "voltooid leven problematiek" en vond het euthanasieverzoek daarom niet op zijn weg liggen. Patiënte had een poging gedaan om zelf haar leven te beëindigen. Zij wendde zich vervolgens tot de SLK.

Het eerste bezoek van de arts aan patiënte vond plaats ruim een maand voor het overlijden, waarbij patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging heeft verzocht. Patiënte heeft haar verzoek nadien tijdens de twee daarop volgende bezoeken van de arts herhaald.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts was ervan overtuigd dat wanneer patiënte geen beperkingen zou hebben, zij niet om euthanasie zou hebben gevraagd.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte twee dagen 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 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 eerste lezing en bespreking van de melding tijdens de commissievergadering is bij de commissie een aantal vragen gerezen.

Zo vroeg de commissie zich af hoe de arts, mede in het licht van de relatief korte tijd die de procedure in beslag heeft genomen, tot de overtuiging was gekomen dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed. Ook wilde de commissie van de arts weten waarom zij in dit geval er niet voor heeft gekozen een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater te raadplegen.

Omwille van de beantwoording van deze vragen heeft de commissie de arts uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven. De arts heeft zich bij het gesprek met de commissie laten vergezellen door de verpleegkundige van de SLK die bij het euthanasietraject van patiënte betrokken is geweest.

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

De arts licht toe dat de verpleegkundige een eerste uitvoerig gesprek met patiënte heeft gevoerd. Vervolgens heeft de arts samen met de verpleegkundige nog drie bezoeken aan patiënte gebracht waarbij uitvoerig met patiënte is gesproken. Hiervan heeft uitgebreide verslaglegging plaatsgevonden. Na de gesprekken had de arts voldoende inzicht gekregen in de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte. De toestand waarin patiënte verkeerde en de manier waarop zij leefde, paste niet bij haar onafhankelijke karakter. Op grond van met name de bewegingsbeperkingen die patiënte ondervond en de impact die dit op haar leven had, was de arts tot de overtuiging gekomen dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed.

De arts geeft aan te hebben gekeken naar eventueel nog bestaande behandelmogelijkheden voor patiënte en heeft getracht deze met haar te bespreken. Echter, patiënte heeft tijdens de gesprekken diverse keren aangegeven beslist niet te willen worden onderzocht of te worden behandeld. De verpleegkundige vult in dit kader aan dat ieder hulpmiddel voor patiënte een brug te ver was. Patiënte stond er zelfs niet voor open om te praten over het gebruik van een rollator.

De arts was dan ook van mening dat er geen behandelalternatieven waren voor patiënte. Desgevraagd geeft de arts aan dat de pijn- en benauwdheidsklachten waar patiënte mee kampte eventueel met aanvullende medicatie verminderd hadden kunnen worden, maar aangezien ieder voorstel van de arts voor nader onderzoek en eventuele behandeling door patiënte werd afgewezen, heeft de arts daar niet

verder meer met patiënte over gesproken. Voor de arts was namelijk doorslaggevend dat er ten aanzien van het verbeteren van de bewegingsbeperkingen van patiënte niets meer te behalen was. Volgens de arts liep patiënte zo slecht dat zij niet meer mobiel had kunnen worden. De arts was van mening dat patiënte niet om euthanasie zou hebben verzocht als zij die beperkingen niet zou hebben gehad. De arts, zelf specialist ouderengeneeskunde, zag geen toegevoegde waarde in het raadplegen van een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater. De arts wijst erop dat ook door de consulent is geconcludeerd dat er weinig behandelmogelijkheden waren. De arts heeft nog telefonisch contact gehad met de huisarts van patiënte, omdat zij wilde weten waarom de huisarts patiënte niet kon of wilde helpen. De huisarts was, anders dan de arts, van mening dat er sprake was van "voltooid leven problematiek". De arts is zich ervan bewust dat er geen nader onderzoek heeft plaatsgevonden bij patiënte en beaamt dat het lastig is wanneer een patiënt zelf helemaal geen onderzoek of behandeling wil. De arts wilde patiënte echter niet in de steek laten.

Op de vraag waarom met patiënte tijdens het euthanasietraject, voordat de consultatie door de consulent had plaatsgevonden, over een datum voor de uitvoering van de levensbeëindiging is gesproken antwoordt de arts dat zij altijd tijdens één van de eerste gesprekken vraagt of een patiënt al een concrete datum in gedachten heeft. Voor de arts is dit namelijk een teken van de ondraaglijkheid van het lijden. Daarnaast zijn er soms praktische zaken die een rol spelen waar rekening mee gehouden moet worden. Op de vraag of dit geen valse verwachtingen wekt bij patiënte antwoordt de arts dat zij altijd duidelijk aangeeft dat er nog een consultatie door een consulent moet plaatsvinden, er tevens nog meerdere gesprekken gevoerd worden en dat vervolgens pas na het multidisciplinair overleg (MDO) bij de SLK duidelijk is of een patiënt geholpen kan worden. Op de vraag of een consulent zich dan niet voor het blok gezet voelt, antwoordt de arts dat zij hierover met consulenten nooit een probleem heeft gehad.

De arts merkt tot slot op dat zij er geheel achter staat hoe zij een en ander heeft gedaan en dat zij onder dezelfde omstandigheden niet tot een andere conclusie zou zijn gekomen.

Na afloop van het gesprek overhandigde de arts een notitie met door haar voorbereide antwoorden op de eerder schriftelijk gestelde vragen van de commissie.

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. De arts heeft voor de commissie aannemelijk gemaakt dat het ondraaglijk lijden van patiënte voor haar invoelbaar was.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie als volgt.

Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie.

Daarbij moet rekening worden gehouden met zowel de mate van verbetering die door een behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze behandeling voor de patiënt met zich brengt. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseisen dat voor het wegnemen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat.

Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven. Het gaat bij deze zorgvuldigheidseisen om een overtuiging van arts en patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Er is sprake van een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënt redelijke, uitweg is om het lijden te verzachten of weg te nemen (zie de Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (2015), p. 13-15).

De commissie stelt vast dat patiënte kampte met diverse klachten ten gevolge van artrose en dat zij tevens last had van oedemen en toenemende dyspneu, meest waarschijnlijk door decompensatio cordis of COPD bij langdurige hypertensie. Ook deed zich mogelijk vaatproblematiek voor. De arts heeft weliswaar aangegeven dat zij heeft getracht eventueel nog bestaande behandelmogelijkheden met patiënte te bespreken, maar dat iedere behandeling door patiënte werd afgewezen. Echter, de commissie meent dat het in de rede had gelegen als de arts - voordat zij aan de wens van patiënte tot euthanasie gehoor had gegeven - als voorwaarde zou hebben gesteld dat patiënte eerst nog mogelijke, voor patiënt niet ingrijpende dan wel belastende, behandelingen zou hebben geprobeerd. Als een patiënt elk onderzoek naar en mogelijke behandeling van haar klachten weigert, is over de uitzichtloosheid geen goed oordeel te vellen, zeker niet door een arts die de patiënt slechts kort kent. Het is van essentieel belang om alternatieven voor euthanasie zorgvuldig te blijven overwegen. In deze casus zijn die mogelijke alternatieven onvoldoende onderzocht. Zo hadden de pijn- en benauwdheidsklachten waar patiënte mee kampte eventueel met medicatie verminderd kunnen worden waardoor er wellicht ook enige verbetering in haar bewegingsbeperkingen zou zijn opgetreden. Mocht na verloop van tijd duidelijk zijn geworden dat, ondanks de ingezette behandeling, er geen of onvoldoende verbetering in de situatie van patiënte was opgetreden, dan had de arts alsnog tot euthanasie over kunnen gaan. Hierbij overweegt de commissie dat het weliswaar geen wettelijk vereiste is dat de arts een behandelrelatie heeft met patiënte, een niet-behandelend arts zal in het algemeen nochtans aannemelijk moeten maken dat hij voldoende tijd heeft genomen om de situatie van de patiënt, in relatie tot de wettelijke eisen, goed te kunnen doorgronden (zie in dit kader Code of Practice p. 10). In casu is de arts echter in een zeer kort tijdsbestek tot de conclusie gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft onvoldoende onderzocht of voor het verminderen van de symptomen van patiënte – waardoor de ondraaglijkheid zou kunnen afnemen – andere redelijke oplossingen waren dan euthanasie.

De commissie meent dan ook dat de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat andere oplossingen om het lijden weg te nemen, ontbraken en het lijden daarmee uitzichtloos was.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie voorts van oordeel dat de arts de patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten, voor zover in casu mogelijk. 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 levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

4. BESLISSING

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

De arts heeft *wel* gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 sub a, c, e en f van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.