

Oordeel: onzorgvuldig

Samenvatting: Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar met psychische klachten in het verleden, leed ruim tien jaar aan tinnitus en tevens aan ernstige hyperacusis en neuralgie. Door de ernst van haar klachten kon zij vrijwel geen normale activiteiten ondernemen of sociale contacten onderhouden. Behandelingen bleven zonder resultaat. Patiënte vond haar lijden ondraaglijk en wenste euthanasie. Arts en consulent achtten extra consultatie door een onafhankelijke psychiater niet nodig. Zij verzochten de SLK-psychiater haar rapportage, in het kader van een triage opgesteld, aan te vullen.

De arts heeft onvoldoende onderzoek gedaan naar het bestaan van reële alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten en daarmee naar de uitzichtloosheid van het lijden.

OORDEEL

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 patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- dossiers Stichting Levenseindekliniek (verder te noemen SLK)
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts verzocht haar melding mondeling toe te lichten tijdens de commissievergadering. Van de toelichting is een verslag gemaakt. Aanvullingen van de arts daarop zijn in het verslag 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

Patiënte, een vrouw van 40 - 50 jaar, leed ruim tien jaar aan tinnitus, waarvan de oorzaak vermoedelijk in de hersenen lag. In de loop der jaren verergerden haar klachten. Uiteindelijk had patiënte 24 uur per dag last van een hard geluid in haar hoofd, als van een voorbijrijdende trein met piepende remmen. Daarnaast kampte zij met een ernstige hyperacusis en neuralgie. Patiënte kon geen geluiden meer verdragen, zelfs het ruisen van de bomen of het knisperen van een boterhamzakje deed pijn. 's Avonds, voor het slapen gaan, had zij last van elektrische schokken.

Patiënte had in de loop der jaren verschillende medisch specialisten in binnen- en buitenland geraadpleegd. Zij had vele behandelingen ondergaan, waaronder medicamenteuze behandeling (onder meer antidepressiva), transcraniële magnetische stimulatie, een tinnitusmarkeerder en gedurende korte tijd cognitieve gedragstherapie door een psychiater, echter allemaal zonder resultaat. Ook probeerde patiënte vergeefs voor experimentele behandelingen in aanmerking te komen. De laatste jaren voor het overlijden waren de klachten zo hevig dat deze haar leven beheersten. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit de hevige klachten van tinnitus en hyperacusis, waaronder de permanent aanwezige pijn. Hierdoor was zij ernstig geïnvaleideerd en zeer snel vermoeid. Patiënte kon vrijwel geen normale activiteiten meer ondernemen, haar werk en hobby's niet meer uitoefenen en was sterk belemmerd in het onderhouden van sociale contacten. "Overal is lawaai". Zij was ook bang om nog meer pijn te zullen lijden. De dag doorkomen was voor patiënte een enorme opgave. Zij 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 eigen huisarts over euthanasie gesproken. Deze arts wilde hier echter geen medewerking aan verlenen. Daarop meldde patiënte zich ongeveer anderhalf jaar voor overlijden aan bij de SLK. Ruim een half jaar voor overlijden stelde een psychiater, verbonden aan de SLK, vast dat er bij patiënte geen duidelijke aanwijzingen waren voor een depressieve of psychotische stoornis dan wel angst- of persoonlijkheidsstoornis. Ongeveer vijf maanden voor het overlijden heeft patiënte met de arts over euthanasie gesproken. Ruim vijf weken voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Nadien heeft zij dit verzoek herhaald. 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 ongeveer vijf 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 op de commissievergadering zijn er bij de commissie onder meer vragen gerezen betreffende de vrijwilligheid van het verzoek van patiënte en de ondraaglijkheid van haar lijden. Voorts wenste de commissie nader te worden ingelicht over de wijze waarop de arts tot het oordeel was gekomen dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en uitzichtloos was.

De commissie wilde met de arts ingaan op het feit dat patiënte gedurende het euthanasietraject het proces diverse malen had stopgezet. Dit in het licht van de voorgeschiedenis van patiënte die op psychische kwetsbaarheid duidde (anorexia nervosa, posttraumatische stresstoornis, angststoornis, depressie). Daarbij wilde de commissie aandacht schenken aan de kwaliteit van het psychiatrisch onderzoek en de interventies gedurende het proces door de steungroep, gevormd uit de vriendenkring van patiënte. Verder vroeg de commissie zich af hoeveel contacten de arts met patiënte had gehad en op basis waarvan zij tot de overtuiging was gekomen dat patiënte ondraaglijk leed en er geen alternatieve mogelijkheden meer bestonden 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:

Vanuit de Stichting Levenseindekliniek (SLK) werd patiënte allereerst gezien door een aan de SLK verbonden psychiater tijdens een spreekuurcontact, ruim een half jaar voor overlijden, in het kader van een triage.

Deze psychiater kwam tot de conclusie dat er geen sprake was van psychiatrische problematiek, dat het lijden van patiënte een somatische oorzaak had en dat patiënte problemen had met coping. De SLK psychiater stelde voor patiënte aan een team toe te wijzen. Gedurende de teambespreking voorafgaand aan het eerste huisbezoek sprak de arts tegen de verpleegkundige: "No way: zo 'n jonge vrouw met jonge kinderen!"

De arts had patiënte voor het eerst ontmoet circa vijf maanden voor overlijden van patiënte. Het gesprek duurde één tot anderhalf uur. Reeds na vijf minuten was de arts "om". De ondraaglijkheid van het lijden van patiënte was voor haar heel invoelbaar geworden.

Patiënte had haar lijden ten gevolge van onbehandelbare tinnitus en hyperacusis goed kunnen verwoorden. Na de geboorte van haar tweede kind had zij last gekregen van een voortdurend geluid in haar hoofd. Dit geluid was in de loop der jaren steeds luider en meer overheersend geworden, was continu aanwezig en had haar leven steeds meer beïnvloed. Ook deden door de hyperacusis externe geluiden pijn.

Eén van de door patiënte genoemde voorbeelden betrof het luide spreken van de burens. Wanneer zij hun gehoorapparaat uit hadden en daardoor hard tegen elkaar spraken, dan had zij daar al last van. Aanvankelijk leidde zij een vol leven, gevuld met werk, haar gezin en hobby's. Uiteindelijk was haar leven teruggebracht tot een 'leven op een postzegel'. Zij leefde in een huis dat potdicht zat om geluid zoveel mogelijk buiten te sluiten. Patiënte was gescheiden. Zij zag haar kinderen gedurende de weekenden. Dit was alleen mogelijk dankzij het feit dat gedurende het weekend afwisselend de moeder van patiënte of een vriendin van patiënte eveneens aanwezig was om te koken. De kinderen probeerden in dat weekend zo stil mogelijk te zijn.

Na afloop van het eerste gesprek met de arts liet patiënte weten dat zij voor 80% achter haar wens stond. Deze uitspraak had bij de arts de gedachte opgeroepen: "gelukkig, zij zet vast niet door".

De arts wist dat patiënte twee jaar eerder een einde aan haar lijden wilde maken. Patiënte had echter verklaard dat zij omwille van haar kinderen het liefst afzag van zelfdoding. Zij wilde voorkomen dat er na haar dood recherche over de vloer zou komen.

Circa twee maanden voor overlijden liet patiënte telefonisch weten dat zij het euthanasietraject wilde vervolgen nu onder andere de verjaardagen van de kinderen achter de rug waren en zij de kinderen over haar voornemen had verteld.

Tijdens het tweede gesprek was het de arts opgevallen hoeveel slechter patiënte eruit zag in vergelijking met vier maanden tevoren. Patiënte was vermagerd, meer vermoeid en had wallen onder haar ogen.

Patiënte had verklaard dat zij nog geruime tijd de gelegenheid wilde hebben om samen met haar kinderen toe te groeien naar het definitieve afscheid. In die laatste periode heeft zij samen met haar kinderen aan een schilderij gewerkt, bestaande uit meerdere delen, waarvan elk kind later (na de dood van patiënte) een deel zou kunnen meenemen. Na dit gesprek werd de euthanasieprocedure daadwerkelijk in gang gezet en werd een SCEN-arts benaderd.

Tijdens de derde ontmoeting met patiënte had de arts eveneens contact gehad met de partner en de kinderen van patiënte. De partner had verklaard de situatie van patiënte te beleven als het omgaan met een terminale patiënt. De kinderen hadden aangegeven te begrijpen dat hun moeder zo niet verder kon leven.

Tot verbazing van de arts concludeerde de SCEN-arts direct dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Deze consulent had het lijden van patiënte invoelbaar gevonden en zag kennelijk geen reden om nog een tweede SCEN-arts te raadplegen. Wanneer een tweede SCEN-arts wel zou zijn geraadpleegd en negatief zou hebben geoordeeld, zou de arts afgezien hebben van de euthanasie en terug zijn gegaan naar de SLK voor nader overleg.

Op de expliciete vraag van de arts aan de consulent of zij nog een psychiater moest raadplegen had de SCEN-arts ontkennend geantwoord. De SCEN-arts wilde patiënte niet aandoen dat zij nogmaals een gesprek over haar situatie moest voeren. Wel had de SCEN-arts de casus nog voorgelegd aan een collega SCEN-arts ter bevestiging van haar eigen conclusie. Volgens de SCEN-arts was de rapportage van de psychiater naar aanleiding van de triage onvoldoende uitgewerkt. De SCEN-arts had er bij de psychiater tot tweemaal toe op aangedrongen de rapportage aan te passen en aan te vullen met conclusies ten aanzien van As I en As II volgens DSM, waarna het bij de stukken bedoeld voor de toetsingscommissie kon worden gevoegd. De psychiater van de SLK heeft betreffende rapportage twee maanden voor het overlijden van patiënte aangevuld.

De arts verklaarde desgevraagd dat zijzelf en de verpleegkundige van het SLK team gedurende het hele traject met patiënte geen persoonlijk contact hadden gehad met de steungroep rondom patiënte.

Deze groep was er vooral om allerlei praktische zaken voor patiënte te regelen en telefoontjes te plegen, bijvoorbeeld naar een verzekeringsmaatschappij. Telefoneren was voor patiënte immers pijnlijk. De arts had de mails en brieven van de steungroep wel gelezen.

De arts had zich geheel niet door patiënte of haar omgeving gemanipuleerd gevoeld.

De arts had ook geen druk ervaren door de wetenschap dat patiënte middelen in huis had die zelfdoding mogelijk maakten.

Voor de arts was het wel belangrijk geweest dat patiënte zelf een drankje innam. De arts had tevens een noodset euthanatica meegenomen om – zo nodig – intraveneus toe te kunnen dienen.

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. Beoordeeld dient te worden of er naar heersend - wetenschappelijk verantwoord - medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

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 patiënte.

De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen betreffende het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, redelijke alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten en de raadpleging van tenminste één andere onafhankelijke arts merkt de commissie in onderlinge samenhang het volgende op.

De commissie stelt voorop dat tinnitus een ernstige aandoening kan zijn, zeker in combinatie met hyperacusis, en dat een euthanasieverzoek op basis van een dergelijke aandoening door een arts gehonoreerd kan worden als aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie acht het aannemelijk dat patiënte, gelet op haar voorgeschiedenis met anorexia nervosa, posttraumatische stresstoornis, angststoornis en depressie, psychisch kwetsbaar was. Dat brengt mee dat van de arts verwacht mag worden dat zij extra behoedzaam te werk gaat om tot de overtuiging te komen dat aan de verschillende zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Op het moment dat de arts voor het eerst werd geïnformeerd over de problematiek van patiënte, had een aan de SLK verbonden arts (psychiater) in het kader van een triage geconcludeerd dat de bron van het lijden van patiënte somatisch was. Volgens deze arts leed patiënte aan een onbehandelbare tinnitus en hyperacusis. In haar eerste korte verslag van de triage plaatste zij vraagtekens na de zinsnede dat patiënte 'een keer een psychiater had bezocht. Psychiatrie?' Deze aan de SLK verbonden psychiater was met betrekking tot dat punt aanvankelijk niet tot een duidelijke conclusie gekomen en adviseerde het verzoek om hulp bij zelfdoding nader te verkennen. De casus van patiënte werd met dat doel aan de arts en een verpleegkundige toegewezen.

Blijkens het SLK journaal heeft de arts nog expliciet aan de triage-arts gevraagd of zij een AS I of AS II diagnose had kunnen stellen en in dat verband nog opgemerkt: “het klinkt me wel erg psychiatrisch met anorexia nervosa in de VG.”

Daarop is geen reactie gekomen.

Het is de commissie niet gebleken dat deze SLK-psychiater patiënte in verband met de triage aan een psychiatrisch onderzoek heeft onderworpen. Het door deze arts uitgevoerde onderzoek was een procedureel onderzoek in het kader van een triage. Het betrof geen psychiatrisch onderzoek volgens de state of art.

De arts heeft haar verbazing geuit over het feit dat de door haar geraadpleegde SCEN-arts het niet nodig vond om nog een onafhankelijke psychiater te raadplegen. De door de arts geraadpleegde SCEN-arts gaf daarvoor als reden op dat zij wilde voorkomen dat patiënte nog een gesprek moest voeren met een onafhankelijke psychiater. Wel heeft deze consulent er bij de SLK-psychiater tot tweemaal toe op aangedrongen om haar opgemaakte rapportage naar aanleiding van de triage aan te passen en aan te vullen met conclusies ten aanzien van AS I en AS II volgens DSM.

De SLK-psychiater heeft haar verslag maanden later aangevuld.

Gesteld noch gebleken is dat de psychiater in verband met deze aanvulling van het verslag patiënte nog gezien heeft en psychiatrisch heeft onderzocht. Er moet dan ook van worden uitgegaan dat de psychiater de aanvulling gemaakt heeft op basis van de aantekeningen die zij had gemaakt over de triage die maanden eerder had plaatsgehad. Dit doet de commissie twifelen aan een goede onderbouwing van deze aanvulling.

Volgens deze aanvulling had patiënte eenmaal een psychiater gezien. Patiënte had een door deze psychiater geadviseerde behandeling met Depakine geprobeerd, was in verband met ervaren bijwerkingen met deze medicatie gestopt en had de behandeling vervolgens afgebroken. Voorts stelde de SLK-psychiater in haar aanvulling vast dat de coping van patiënte om met het oorsuizen te leren omgaan tekort schoot.

Uit het dossier blijkt dat patiënte weliswaar met diverse behandelaren contact heeft gezocht, maar dat zij diverse malen de gekregen adviezen niet volgde, behandelingen niet begon of afbrak. Zo is er –

buiten de psychiater die Depakine adviseerde – ook geen psychiater geweest die enige serieuze behandeling of diagnostiek heeft kunnen uitvoeren respectievelijk stellen. Daarmee ontbrak het de arts enerzijds aan een duidelijke somatische diagnose en anderzijds aan een onderbouwd psychiatrisch oordeel. Op grond hiervan kon zij haar eigen standpunt aangaande uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden niet voldoende onderbouwen.

De commissie is dan ook van oordeel dat de arts alvorens het euthanasieverzoek van patiënte in te willigen, gelet op de voorgeschiedenis van patiënte, zowel wat haar diagnoses in het verleden (anorexia nervosa, posttraumatische stressstoornis, angststoornis en depressie) als wat haar attitude aangaande behandelvoorstellen betreft, een psychiatrisch onderzoek volgens de regelen der kunst had dienen te laten plaatsvinden, te meer nu de arts aanvankelijk kennelijk een “niet pluis”gevoel bij dit verzoek had (zij wilde immers toen zij bij dit verzoek betrokken werd er niet op ingaan, was verbaasd over de snelle positieve reactie van de SCEN-arts en het feit dat deze raadpleging van een onafhankelijke psychiater niet nodig oordeelde en drong aan op een aangepaste brief van de triage arts).

Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat naar het oordeel van de commissie de arts onvoldoende onderzoek heeft gedaan naar het bestaan van reële alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten en de vraag of er sprake was van uitzichtloos lijden heeft beantwoord zonder in dat kader onderzoek althans voldoende onderzoek te doen.

Ten aanzien van het consultatievereiste merkt de commissie het volgende op.

Door een onafhankelijke SCEN-arts te raadplegen die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen heeft de arts formeel voldaan aan het vereiste dat tenminste één onafhankelijke consulent moet zijn geraadpleegd.

Gelet op het bovenstaande heeft de arts *niet aannemelijk kunnen maken* dat zij zonder nader onderzoek tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

4. BESLISSING

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