

Oordeel: Niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Patiënte leed aan meerdere aandoeningen en had al zestig jaar onbegrepen darmklachten.

De consulent meende dat deze klachten te wijten waren aan het ouder worden en mede in stand werden gehouden door deels ingebeelde ziektes en haar denkbeelden daarover, haar eenzijdige dieet en haar weigering zich te laten onderzoeken. Hij adviseerde een geriater te raadplegen. Na aanvankelijke aarzeling kwam de consulent tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie is van oordeel dat de aan de Stichting Levensidekliniek (SLK) verbonden arts, mede gelet op het door de consulent én het in het interne overleg van de SLK geuite advies om een geriater te raadplegen, lichtvaardig is meegegaan in de weigering van patiënte om zich te laten onderzoeken.

De arts heeft voor de commissie niet aannemelijk gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek en van uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing voorhanden was.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van hulp bij zelfdoding

van:

(...), arts verbonden aan de Stichting Levensidekliniek
verder te noemen: de arts

bij:

(...)
verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werd:

(...), huisarts n.p., 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 hulp bij zelfdoding bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensidekliniek (hierna: SLK), een aanvullend stuk en op verzoek nagezonden stukken
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- schriftelijke wilsverklaring

Omdat de commissie behoefte had aan nadere toelichting door de arts, heeft zij de arts uitgenodigd voor een gesprek tijdens een commissievergadering. Van het gesprek is een verslag gemaakt waar de arts op heeft gereageerd. Een aantal voorgestelde wijzigingen is in het verslag opgenomen.

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 ouder dan 90 jaar, kampte sinds haar zesde jaar met visusklachten en sinds enkele jaren met een verdere toename van de slechtziendheid wegens maculadegeneratie. Daarnaast had patiënte al ruim zestig jaar last van darmklachten. Op grond daarvan was ruim zestig jaar voor het overlijden de diagnose coeliakie gesteld, maar die diagnose werd veel later herroepen. Sinds tientallen jaren had patiënte rugklachten. Zij had slikklachten in de vorm van dysfagie en een globusgevoel bij een tweemaal doorgemaakte halskliertuberculose. Ongeveer een half jaar voor het overlijden kon patiënte, vanwege haar zeer matige zicht, haar scootmobiel niet meer gebruiken en raakte zij aan huis gebonden. Gedurende de laatste maanden van het leven van patiënte verslechterde haar situatie verder en verloor zij fors gewicht doordat zij nauwelijks at. Ongeveer drie maanden voor het overlijden stopte zij met haar jarenlange vitaminesuppletie, omdat zij meende dat zij verkeerde vitamines had gekregen. Patiënte zag af van verdere diagnostiek en behandeling. Zij weigerde in te gaan op het advies van haar behandelend specialist en het team van de SLK om een geriater te consulteren. Patiënte zag er de meerwaarde niet van in; haar kwaliteit van leven zou er toch niet door verbeteren. Genezing van de aandoeningen was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënte bestond uit aftakeling en toenemende zwakte. Door de achteruitgang van de visus en doordat zij zeer moeizaam liep en frequent viel, kwam patiënte niet meer buiten. Zij sliep slecht en had pijn in haar rug omdat het korset dat zij al jaren droeg, in verband met ingezakte wervels, niet meer paste door haar gewichtsverlies. Wegens de darmproblemen was haar buik opgezet en pijnlijk en wegens de keelklachten had zij moeite met slikken, een droge mond en pijn in de halsklieren. Patiënte, die ondanks haar gezondheidsklachten steeds zelfstandig had gefunctioneerd, leed ondraaglijk onder het verlies van autonomie en mobiliteit. Zij bracht haar dagen door op de bank en leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Patiënte wenste niet in een verpleeghuis te worden opgenomen.

Patiënte 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 haar huisarts over euthanasie gesproken.

Ongeveer drie maanden voor het overlijden heeft patiënte haar huisarts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De huisarts wilde geen euthanasie toepassen omdat patiënte niet terminaal ziek was en verwees haar door naar de Stichting Levensindekliniek. Daar meldde patiënte zich aan en werd een euthanasietraject met haar opgestart.

Ongeveer anderhalve maand voor de levensbeëindiging, tijdens het eerste gesprek tussen patiënte en de arts, heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Tijdens de drie daarop volgende gesprekken heeft patiënte haar verzoek steeds 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 ruim een maand voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

Patiënte reageerde fel afwijzend op het voorstel van de consulent om specialistisch onderzoek te ondergaan bij de polikliniek Geriatrie en om haar bloed te laten onderzoeken.

De consulent meende dat de klachten van patiënte voor het merendeel functioneel waren en dat patiënte ten aanzien van haar klachten een sterke fixatie had op ooit genoemde diagnoses (zoals coeliakie), die niet strookten met de naar zijn mening meest waarschijnlijke diagnose (Irritable Bowel Syndrome). De consulent stelde dat patiënte verstrikt was geraakt in deels ingebeelde ziektes en opvattingen over deze ziektes. Zij leek daarin niet te corrigeren. Haar fysieke achteruitgang was echter zeker ook te wijten aan het ouder worden en de daarmee gepaard gaande fysieke achteruitgang, waarbij haar eenzijdige dieet met mogelijk vitamine- of mineraalafwijkingen ook een rol kon spelen.

De consulent kon, op grond van de fysieke achteruitgang van patiënte, begrip opbrengen voor haar wens te sterven. Hij meende echter dat de klachten met betrekking tot haar rug, buik en hals, in feite al jaren bestonden en mede in stand werden gehouden door haar leefstijl en dieet en haar weigering zich daarvoor te laten onderzoeken door specialisten zoals een MDL-arts of een geriater.

De consulent meende dat het verzoek vrijwillig was gedaan en dat patiënte wilsbekwaam was. Hij vond de weloverwogenheid moeilijker te beoordelen, omdat patiënte weigerde zich te laten onderzoeken en heel specifieke ideeën had over haar kwalen. Zij was niet geneigd te luisteren naar medisch advies en volgde haar eigen spoor dat al vaak had geleid tot het afbreken van het contact met eerdere huisartsen en behandelend specialisten.

Ten aanzien van het voorhanden zijn van een redelijke andere oplossing, meende de consulent dat een deel van de klachten van patiënte nog eens beoordeeld zouden kunnen worden door een geriater.

Na zijn bezoek aan patiënte uitte de consulent zijn twijfels aan de arts en raadde hij de arts aan om het verzoek van patiënte nogmaals kritisch te beoordelen en daar mogelijk samen nogmaals over van gedachten te wisselen. Daarop bezocht de arts patiënte ruim twee weken na het bezoek van de consulent opnieuw. Zij stuurde de consulent een verslag van dit bezoek toe. In dit verslag stelde de arts opnieuw vast dat de wens tot levensbeëindiging overduidelijk aanwezig bleef en dat patiënte geen alternatief wenste te aanvaarden. Na nogmaals door de arts telefonisch te zijn benaderd kwam de consulent, na aanvankelijk enige aarzeling van zijn zijde, 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 en de weloverwogenheid van het verzoek van patiënte.

De commissie wilde graag van de arts weten op welke wijze zij tot de overtuiging was gekomen dat er in casu aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

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

De arts gaf aan dat zij tijdens het eerste contact met patiënte dacht dat zij binnen twee dagen zou overlijden. Patiënte verkeerde in een somatisch zeer slechte toestand. Zij had geen kracht meer en had een bolle buik, waarschijnlijk als gevolg van een ileus. Vanwege haar situatie heeft de arts besloten om het tweede gesprek nog binnen een week in te plannen. Normaliter zit er meer tijd tussen de

gesprekken. Patiënte kon volgens de arts haar lijden zeer goed onderbouwen. De arts gaf aan dat de toestand van patiënte tijdens het tweede gesprek verbeterd was. Zij had inmiddels ontlasting gehad waardoor het weer wat beter met haar ging.

Op de vraag van de commissie wat haar overweging is geweest dat het verzoek van patiënte aan de zorgvuldigheidseisen voldeed voordat de SCEN-arts werd ingeschakeld, antwoordde de arts dat patiënte jarenlang als demonstratiepatiënt had gefungeerd. Hierbij is haar somatiek sterk bevestigd door de betrokken professor. Deze had coeliakie gediagnosticeerd en patiënte had hierover een eigen beeld ontwikkeld. Op zijn advies had zij de rest van haar leven een dieet gevolgd, vrijwel geheel bestaande uit hangop, biefstuk en rauwkost.

De achteruitgang van patiënte was volgens de arts duidelijk. Haar gezichtsvermogen werd minder wat leidde tot valpartijen. Daarnaast kampte zij met doofheid, verzwakking, niet meer kunnen eten en gewichtsverlies. Volgens de arts weigerde patiënte naar een geriater te gaan. Zij zou door nader onderzoek toch niet beter kunnen zien, minder zwak worden of in haar korset passen. De arts vond het lijden van patiënte direct invoelbaar. Zonder ingrijpen zou patiënte ook zijn komen te overlijden.

De arts gaf aan dat twee gesprekken normaliter niet voldoende zijn om tot de overtuiging te komen dat voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen, maar dat zij in casu tijdens het eerste gesprek al overtuigd was. Patiënte kon haar verhaal goed vertellen en haar lijden was zichtbaar.

De arts gaf aan dat zij, ondanks het feit dat patiënte zich niet wilde laten onderzoeken, niet twijfelde aan de weloverwogenheid van haar verzoek. Zij lichtte toe dat er veel overleg is geweest met de SCEN-arts. De SCEN-arts wilde voor de volledigheid dat er toch een poging werd gedaan om patiënte door een geriater te laten beoordelen.

In een telefonisch gesprek tussen de arts en de SCEN-arts, vertelde zij hem dat het SLK-team ook een geriatriesch consult had voorgesteld en dat zij dit in een volgend gesprek met patiënte weer aan de orde zou stellen. Patiënte heeft het consult elke keer consequent geweigerd.

Desgevraagd geeft de arts aan dat tijdens het vierde gesprek, waarvan geen verslag in het dossier zit, de uitvoering is besproken. Volgens de arts stond in elk gevoerd gesprek de somatiek op de voorgrond.

De arts geeft aan dat zij zich ervan bewust is dat de verslaglegging summier is en dat er in de toekomst beter dient te worden beargumenteerd, waardoor inzichtelijk zal worden hoe zij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Zij zal de verslaglegging tijdens een komende intervisiebijeenkomst van de SLK aan de orde stellen.

f. Overgelegde stukken

Op verzoek van de commissie heeft de arts nadat het gesprek met haar had plaatsgevonden de volgende stukken nagezonden: 2e gespreksverslag (nieuw en aangevuld), patiëntjournaal en verslag multi disciplinair overleg (MDO) SLK. Uit deze nadere informatie is gebleken dat patiënte was gestopt met alle medicatie en dat ook de controles bij huisarts en diverse specialisten waren gestopt. Voorts bleek daarin te worden bevestigd dat de geraadpleegde SCEN-arts had geadviseerd een geriater te raadplegen en patiënte ondanks dit advies weigerde een geriater te bezoeken.

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.

Ten aanzien van de weloverwogenheid van het verzoek overweegt de commissie het volgende.

Een verzoek is weloverwogen als de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht.

In het onderhavige geval heeft de arts in haar melding en de daarbij behorende (later nagezonden) schriftelijke stukken gesteld dat patiënte een weloverwogen verzoek deed. In haar mondelinge toelichting heeft zij aangegeven dat zij, ondanks het feit dat patiënte zich niet wilde laten onderzoeken, niet twijfelde aan de weloverwogenheid van het verzoek. Zij lichtte toe dat er veel overleg was geweest met de consulent.

De consulent heeft, omdat hij aanvankelijk aarzelingen had, in zijn verslag aangegeven dat de weloverwogenheid van het verzoek van patiënte moeilijk te beoordelen was, omdat zij zich weigerde te laten onderzoeken en heel specifieke ideeën had over haar aandoeningen. De consulent heeft in zijn verslag vraagtekens geplaatst bij het ziekte-inzicht van patiënte. Mede om die reden heeft hij de arts geadviseerd het verzoek van patiënte opnieuw kritisch te beoordelen en een geriater in te schakelen. De arts is niet ingegaan op de door de consulent geuite twijfels met betrekking tot de weloverwogenheid en heeft zich neergelegd bij de weigering van patiënte naar een geriater te gaan. De consulent heeft na het telefonische gesprek met de arts, zijn eerdere conclusie gewijzigd en is na 'aanvankelijke aarzeling' tot de conclusie gekomen dat voldaan is aan alle zorgvuldigheidseisen. De consulent heeft zijn oordeel dat het verzoek weloverwogen was echter niet onderbouwd. Noch uit de mondelinge toelichting, noch uit de schriftelijke stukken is duidelijk geworden of de arts om een nadere motivering van de consulent heeft gevraagd. Noch uit de (nagezonden) stukken behorende bij de melding, noch uit haar mondelinge toelichting heeft de arts voldoende duidelijk kunnen maken waarom zij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er in het onderhavige geval sprake was van een weloverwogen verzoek. Zowel door de consulent als in het MDO-overleg was aangedrongen op het raadplegen van een geriater. De commissie meent dat de arts te lichtvaardig is meegegaan in de weigering van patiënte om zich door een geriater te laten onderzoeken. De arts heeft voor de commissie niet aannemelijk gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek.

Ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden en de afwezigheid van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie het volgende:

Een arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Dit betekent niet dat een patiënt geen behandeling kan weigeren. Het weigeren van een behandeling is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt. Van de arts verwacht de commissie dat deze in de verslaglegging ten behoeve van de beoordeling door

de commissie, aangeeft waarom voor deze patiënt eventuele andere oplossingen niet redelijk of niet aanvaardbaar waren.

De consulent kon, op grond van de fysieke achteruitgang van patiënte, begrip opbrengen voor haar wens om te sterven. Hij meende echter dat de klachten met betrekking tot haar rug, buik en hals, in feite al jaren bestonden en mede in stand werden gehouden door haar leefstijl of dieet en haar weigering zich daarvoor te laten onderzoeken door specialisten zoals een MDL-arts of een geriater. Ten aanzien van het voorhanden zijn van een redelijke andere oplossing, meende de consulent na zijn gesprek met patiënte dat een deel van de klachten van patiënte nog eens beoordeeld zou kunnen worden door een geriater. Deze gedachtegang werd gedeeld door een behandelend specialist van patiënte, het team van de SLK en de arts. Patiënte had echter tegen de consulent gezegd niet mee te willen werken aan onderzoek door een geriater. Toen de arts het haar op een later tijdstip vroeg, bleef zij bij haar weigering.

De arts had daarop de consulent telefonisch bericht over patiëntes volharding in haar wens tot levensbeëindiging en haar weigering behandelalternatieven te aanvaarden en naar een geriater te gaan. De consulent had vervolgens zijn verslag aan de hand van de door de arts gegeven informatie aangepast en geconcludeerd dat nu, na aanvankelijke aarzeling, aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie is van oordeel dat de arts, mede gelet op het door de consulent en in het MDO-overleg geuite advies om een geriater te raadplegen, te lichtvaardig is meegegaan in de weigering van patiënte om zich te laten onderzoeken door een geriater.

De commissie meent dat de arts onvoldoende heeft onderbouwd waarom er volgens haar in het onderhavige geval geen sprake was van redelijke alternatieven en dus ook waarom er naar haar mening sprake was van uitzichtloos lijden. Verder is niet gebleken dat de arts bij de consulent heeft geïnformeerd naar de reden van wijziging van zijn standpunt ná zijn telefoongesprek met de arts. Hiermee heeft de arts het voor de commissie onvoldoende aannemelijk gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing voorhanden was.

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

De commissie is echter van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat het verzoek weloverwogen was en dat het lijden uitzichtloos was. De commissie is van oordeel dat de arts niet met patiënte tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Ten overvloede merkt de commissie op dat het noodzakelijk is dat de commissie vanaf aanvang over een zo compleet mogelijk dossier beschikt en dat de arts daarin is tekortgeschoten.

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.