

Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Patiënt, 70-80 jaar, leed al meer dan vijftig jaar aan hoofdpijn. Later kwamen daar andere somatische klachten en psychische klachten bij. Er vonden ambulante en klinische behandelingen plaats. Als diagnose werd gesteld: dysthyme stoornis, persoonlijkheidsstoornis NAO en een pijnstoornis gebonden aan psychische en somatische factoren.

De arts raadpleegde een onafhankelijke psychiater, die concludeerde dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek en dat er vanuit psychiatrisch oogpunt geen realistische behandelmogelijkheden meer aanwezig waren.

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke psychiater/SCEN-arts. Deze oordeelde dat patiënt wilsbekwaam was, maar vond het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van patiënt niet invoelbaar. De arts heeft een week later een tweede consulent (huisarts/SCEN-arts) geraadpleegd, die oordeelde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie merkt op dat het niet de bedoeling is dat een arts net zo lang zoekt tot hij een consulent treft die met een oordeel komt die hem welgevallig is. Wanneer volgens een consulent niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, is het aan de arts om extra goed te motiveren waarom dat wél het geval is. In dit geval heeft de arts zich voldoende ingespannen om zijn visie te onderbouwen.

OORDEEL

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

van:

(...), arts, verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek

verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werden:

(...), psychiater, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de eerste consulent

en

(...), huisarts, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de tweede consulent

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)
- specialistenbrieven
- brief onafhankelijke psychiater
- patiëntenjournaal huisarts
- schriftelijke wilsverklaring

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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)
- specialistenbrieven
- brief onafhankelijke psychiater
- patiëntenjournaal huisarts
- schriftelijke wilsverklaring

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

Patiënt, een man van 70-80 jaar, leed meer dan vijftig jaar frequent aan migraine hoofdpijn, waardoor hij vaak voor zijn werk moest verzuimen. Een behandeling met medicatie, voorgeschreven door een neuroloog, had geen effect, waarna patiënt met die medicatie stopte. Vanaf dat moment had patiënt naar eigen zeggen veel last van angstklachten. Dertig jaar voor overlijden werd hij volledig afgekeurd voor zijn werk. De laatste tien tot veertien jaar voor overlijden kreeg patiënt last van overige somatische klachten zoals hypertensie, buikpijnen, gewrichtspijnen, duizeligheid en evenwichtstoornissen. Deze klachten namen in de loop der jaren in ernst toe, met name na een val acht jaar voor het overlijden. Patiënt accepteerde medicatie voor zijn hypertensie en maagklachten, had de beschikking over een rollator en driepoot en maakte gebruik van de thuiszorg.

Vanaf vijftientwintig jaar voor het overlijden werd patiënt ambulant door verschillende psychiaters begeleid door middel van gesprekken en anti depressiva. In de loop der jaren deed patiënt diverse suïcidepogingen. Vier jaar voor het overlijden werd hij kortdurend en vanaf tweeënhalf jaar voor het overlijden gedurende een jaar klinisch behandeld na suïcidepogingen. Gedurende de laatste opnameperiode werd patiënt behandeld met verschillende anti depressiva en heeft patiënt vijfmaal elektroshock therapie ondergaan. Patiënt weigerde nog meer ECT behandelingen te ondergaan aangezien hij geen merkbare verbetering ervoer. Twee jaar voor het overlijden werd de eerder gestelde diagnose (depressie) ingetrokken en werd als diagnose dysthyme stoornis, persoonlijkheidsstoornis NAO en een pijnstoornis gebonden aan psychische en somatische factoren gesteld. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. Medicatie voor zijn psychische klachten wilde patiënt uiteindelijk niet meer gebruiken vanwege de ervaren hinderlijke bijwerkingen.

Het lijden van patiënt bestond uit jarenlang bestaande hoofdpijnlachten en toenemend krachtsverlies. Daarbij had hij pijn in veel gewrichten, voortdurend buikpijn, last van pijnlijke obstipatie en was hij incontinent voor urine en faeces. Tevens had hij last van evenwichtsstoornissen waardoor hij vaak viel, had hij veel last van eczeem in de liezen en last van pijnklachten als gevolg van het dragen van steunkousen. Als gevolg van zijn klachten kwam hij nooit meer buitenshuis en als gevolg van zijn persoonlijkheidsstoornis had hij geen sociaal netwerk meer. Televisie kijken was te vermoeiend voor hem evenals het beoefenen van hobby's. Hij lag alleen nog maar op bed doelloos te wachten op zijn dood. Patiënt vond zijn leven op deze wijze zinloos en menonwaardig en ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De arts verzocht een onafhankelijke psychiater te onderzoeken of er nog reële behandelmogelijkheden bestonden om het lijden van patiënt te verlichten. De onafhankelijke psychiater onderzocht patiënt ruim anderhalve maand voor de levensbeëindiging tweemaal. Tevens had deze psychiater contact met twee psychiaters die patiënt hadden behandeld en nam de psychiater kennis van relevante stukken uit het medisch dossier van patiënt.

Volgens de onafhankelijke psychiater waren er vanuit psychiatrisch oogpunt geen realistisch uitvoerbare behandelmogelijkheden aanwezig.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënt had eerder met zijn huisartsen en behandelende psychiaters over zijn doodswens gesproken. Aangezien zijn behandelaren niet wilden ingaan op zijn wens, heeft patiënt zich circa anderhalf jaar voor overlijden aangemeld bij de SLK. De huisarts van patiënt bleef betrokken bij de behandeling van somatische klachten van patiënt.

Vijf maanden voor overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en hem daarbij meteen concreet om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij heeft zijn concrete verzoek tijdens twee daaropvolgende contacten met de arts herhaald en zijn wens daarna ook ten overstaan van een verpleegkundige van het SLK team geuit.

Op verzoek van de arts onderzocht de onder a. genoemde onafhankelijke psychiater naast eventuele behandelalternatieven tevens de wilsbekwaamheid van patiënt. De onafhankelijke psychiater sprak met patiënt ruim anderhalve maand voor de levensbeëindiging. Volgens de psychiater kon er bij patiënt, ondanks zijn depressieve klachten, geen depressieve stoornis worden vastgesteld. Patiënt had een jarenlang bestaande consistente doodswens en was wilsbekwaam terzake van zijn euthanasieverzoek. 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 patiënt ruim vier weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts en twee behandelend psychiaters over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Volgens de eerste consulent was patiënt wilsbekwaam en zeer vasthoudend ten aanzien van zijn wens tot levensbeëindiging. De consulent betwijfelde echter of deze wens weloverwogen kon worden genoemd gelet op de persoonlijkheid van patiënt. Volgens de eerste consulent verminderden de objectief moeilijk vast te stellen lichamelijke beperkingen van patiënt diens validiteit, maar deze klachten veroorzaakten volgens de consulent redelijkerwijs geen ondraaglijk en uitzichtloos lijden. In zijn verslag kwam de eerste consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De tweede consulent bezocht patiënt ruim drie weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts en een behandelend psychiater over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Na het gesprek met patiënt heeft de tweede consulent de casus besproken met de eerste consulent en met enkele andere collega's uit zijn SCEN intervisiegroep. Op basis van deze contacten heeft de tweede consulent meer gericht de vraag onderzocht of er voor patiënt nog redelijke alternatieven zouden kunnen bestaan om zijn lijden te verlichten.

De tweede consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Volgens de tweede consulent had patiënt een consistente doodswens en was hij voldoende helder en intelligent om de gevolgen van zijn wens te overzien. Patiënt was wilsbekwaam. Patiënt was maximaal behandeld voor zijn psychisch en somatisch lijden, maar ervoer deze behandelingen niet als afdoende verlichting van zijn lijden. Patiënt bemerkte en verwachtte dat zijn situatie alleen maar verder zou verslechteren en wilde beslist niet naar een verpleeghuis. Patiënt ervoer zijn lijden en de uitzichtloosheid ervan als ondraaglijk. De consulent achtte het verzoek van patiënt invoelbaar, mede gelet op het beperkte aanpassingsvermogen van patiënt. In zijn verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënt 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.

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 patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Met betrekking tot het consultatievereiste overweegt de commissie als volgt.

In onderhavige melding heeft de arts met een tussenpoos van één week twee SCEN-consulenten geraadpleegd. Beide consulenten verschilden van inzicht met betrekking tot de invoelbaarheid van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van patiënt en kwamen tot verschillende conclusies met betrekking

tot de vraag of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan om tot uitvoering van levensbeëindiging over te gaan.

De commissie merkt allereerst op dat het niet de bedoeling is dat een arts in geval van een voorgenomen uitvoering van levensbeëindiging gaat 'shoppen', dat wil zeggen net zo lang zoekt tot hij een consulent treft die met een oordeel komt die hem welgevallig is.

Wanneer een consulent meent dat nog niet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan of een enkele kritische kanttekening plaatst, is het aan de arts om extra goed te motiveren waarom hij desondanks ervan overtuigd is dat wél aan alle door de wet gestelde eisen is voldaan.

In casu heeft de arts, nadat hij telefonisch van de eerste consulent diens bedenkingen had vernomen, in een brief aan deze consulent uitvoerig toegelicht waarom hij meende dat kon worden ingegaan op het euthanasieverzoek van patiënt.

De tweede consulent heeft ten behoeve van zijn oordeelsvorming de casus bediscussieerd met leden van zijn intervisiegroep, onder wie de eerste consulent, en heeft op basis van die discussie extra aandacht geschonken aan de vraag of er voor deze patiënt nog redelijke alternatieven bestonden om diens lijden te verlichten. De arts heeft kennis genomen van zijn verslag en voelde zich daardoor gesterkt in zijn eigen oordeel.

De commissie is van oordeel dat de arts zich heeft ingespannen om zijn eigen visie te motiveren en ter discussie te stellen. De arts heeft aannemelijk gemaakt dat hij op basis van het lezen en horen van argumenten van verschillende consulenten tot de overtuiging kon komen dat aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

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.