

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: arts voert ondanks negatief advies van de consulent levensbeëindiging op verzoek uit. Zij verantwoordt haar handelen zorgvuldig en uitgebreid.

Zorgvuldigheidseis: onafhankelijke arts geraadpleegd

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: 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

verslag onafhankelijke psychiater

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levenseindekliniek (verder te noemen: SLK)
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- 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

Patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, had ernstig invaliderende, chronische buikklachten die medisch onvoldoende verklaarbaar gebleken waren (SOLK). Zij kreeg vier jaar voor het overlijden, na een hemorroïdeningreep en gebruik van laxantia, buikklachten. Patiënte werd hiervoor medicamenteus behandeld, maar dit had onvoldoende effect. De klachten verergerden zelfs. Patiënte onderging opnieuw behandeling maar ook hier reageerde patiënte slecht op. Sindsdien ervoer zij onder andere een drukkend en opgeblazen gevoel in haar buik waardoor ook haar ademhaling werd belemmerd. Zij had heftige pijnen in buik en lies, die uitstraalden naar het linkerbeen. Zij vermagerde omdat eten en drinken pijn veroorzaakten; zij woog tussen 35 en 40 kilo bij een lengte van 1.62 m.

Een jaar en vier maanden voor het overlijden, werd patiënte, wegens levensbedreigend ondergewicht en een vermoeden van een somatoforme stoornis, drie maanden gedwongen opgenomen op een psychiatrische afdeling. Er werd een tweesporenbeleid gevolgd, waarbij een specialist in consult werd gevraagd om een behandeladvies te geven ten aanzien van de somatische klachten. Er was een vermoeden van lactose-intolerantie, prikkelbaar darmsyndroom of verklevingen na beperkte perforatie.

Zij werd behandeld met medicatie voor haar buikklachten, echter zonder resultaat. Tegelijkertijd werd met verschillende psychofarmaca behandeling van een vermoede waanstoornis ingezet. Vanwege bijwerkingen staakte patiënte het gebruik van deze medicatie. De behandelend psychiater voerde veel gesprekken met patiënte. Zij zelf beleefde haar klachten niet als een psychiatrische stoornis. Zij had daardoor (zeker na de gedwongen opname en de suggestie van onderliggende psychiatrische problematiek) in de loop van de tijd een grote woede en wrok tegen het "medische systeem" ontwikkeld.

Omstreeks een jaar voor het overlijden, werd patiënte, wegens de complexiteit van de klachten, naar een andere psychiatrische afdeling overgedragen voor een second opinion over zowel de somatische klachten als de vermoede psychiatrische stoornis. Als diagnose werd gesteld dat sprake was van een somatoforme stoornis met een pre-occupatie voor buikklachten. Er werd aanbevolen patiënte te leren leven met haar klachten. Zij was hiervoor echter niet gemotiveerd. Zij wilde absoluut niet langer opgenomen worden en ging naar huis. Patiënte werd sindsdien, in overleg met haar huisarts, poliklinisch door verschillende specialisten gezien waarbij meerdere behandelopties werden geprobeerd, opnieuw zonder resultaat. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit hevige, niet te bestrijden, aanhoudende buikklachten. Zij had forse last van pijn in haar onderbuik en bekken uitstralend naar een been. Zij hield voortdurend haar buik steunend vast, omdat dit enige verlichting van de klachten bracht. Eten en drinken deed patiënte nog nauwelijks, omdat dit leidde tot toename van de pijnklachten. Patiënte had het gevoel, dat alles wat zij dronk en at, vast werd gehouden door haar darmen. Zij had dunne, ongevormde feces en het gevoel zich niet goed te kunnen ontlasten. Patiënte had veel gewicht verloren en dit proces zette door; zij was ernstig vermagerd en verzwakt en was nauwelijks meer tot iets in staat. Zij ervoer geen kwaliteit van leven meer.

Patiënte had veel verschillende en langdurige behandelingen ondergaan, zonder dat deze enige verbetering van haar klachten brachten. Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. Het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van patiënte was niet onmiddellijk duidelijk voor de arts in de eerste vijf gesprekken die zij met patiënte voerde onder andere omdat patiënte zo boos was en daardoor niet in staat was om een goed gesprek te voeren over haar lijden en verdriet. Daarop werd omstreeks drie maanden voor het overlijden, in een MDO van de SLK besproken de behandeling van het verzoek van patiënte over te dragen aan een psychiater van de SLK, omdat het team meende dat sprake was van onderliggende psychiatrische problematiek.

Enkele dagen later voltrok zich in het zesde gesprek tussen arts en patiënte echter een omslag in het gedrag van patiënte (zij was niet meer zo afwerend), waardoor voor de arts de ondraaglijkheid van het lijden duidelijk zichtbaar werd. De arts zag een radeloze, ondraaglijk lijdende vrouw, intens verdrietig om haar lot. Zij nam waar dat patiënte worstelde met haar wil om te leven, versus het onvermogen om nog kwaliteit van leven te ervaren door haar klachten. Daarop werd binnen de SLK besloten dat de arts verder zou gaan met de euthanasieprocedure.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De arts raadpleegde omstreeks een maand voor het overlijden een onafhankelijke psychiater om te beoordelen of er nog psychiatrische behandelopties waren voor patiënte. Deze psychiater constateerde, hiermee aansluitend bij de psychiatrische second opinion van een jaar daarvoor, dat er geen aanwijzingen waren voor een psychotische- of stemmingsstoornis. Hij stelde vast dat de klachten van patiënte niet primair terug te voeren waren op waanbelevingen en dat er sprake was van een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Zij had zowel in het reguliere als alternatieve circuit een enorme hoeveelheid behandelingen ondergaan zonder enige verlichting van haar klachten. Klinische psychiatrische behandeling gedurende enkele maanden had geen enkele verbetering gebracht. Hij had met patiënte gesproken over de mogelijkheid een behandelstrategie op cognitief niveau in te zetten maar patiënte gaf aan hier absoluut niet meer aan mee te willen werken. Volgens de psychiater had de (begrijpelijke) gedwongen opname ertoe geleid, dat patiënte geen enkele invalshoek van een psychologische benadering meer kon accepteren.

Hij schatte in dat de belasting van de voorgestelde behandeling, ook in relatie tot haar ondergewicht, met een grote mate van waarschijnlijkheid niet zou opwegen tegen een eventueel (zeer) beperkt resultaat dan wel dat door de chroniciteit van het klachtenpatroon geen verandering in het lijden zou ontstaan. Hij concludeerde dat er geen reële behandelalternatieven meer aanwezig waren.

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 en verschillende behandelende specialisten over euthanasie gesproken. De huisarts kon om persoonlijke redenen niet zelf tot uitvoering van de levensbeëindiging overgaan, maar bleef wel betrokken bij de behandeling van patiënte. De huisarts had een goede relatie met patiënte.

Ongeveer anderhalf jaar voor het overlijden had patiënte zich aangemeld bij de SLK. Het team van de SLK had contact met de huisarts en patiënte, maar omdat patiënte nog in diverse behandeltrajecten zat, werd in overleg besloten het euthanasietraject 'on hold' te zetten.

Omstreeks negen maanden voor het overlijden meldde patiënte zich opnieuw aan bij de SLK. Een psychiater van de SLK heeft patiënte toen op een spreekuur gezien, om een goed beleid af te stellen. Vanaf zeven maanden voor het overlijden heeft de arts acht keer intensief met patiënte gesproken over haar verzoek. Enkele maanden voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. In alle daaropvolgende gesprekken heeft patiënte haar verzoek tegenover de arts herhaald. De arts vond patiënte helder van geest, niet depressief en volledig wilsbekwaam.

De door de arts, anderhalve maand voor het overlijden, geraadpleegde onafhankelijke psychiater vond patiënte wilsbekwaam ten opzichte van haar verzoek. Volgens de onafhankelijke psychiater had patiënte een al een jaar bestaand, weloverwogen en consistent verzoek omdat zij al zo lang ondraaglijk leed en omdat er geen reële behandelmogelijkheden meer open stonden.

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 twee 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. De consulent twijfelde niet aan de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte. De consulent was echter niet overtuigd geraakt van de uitzichtloosheid van het lijden van patiënte.

Volgens de consulent had patiënte waanideeën betreffende de buikklachten en haar gezondheid. Ook vond de consulent de boosheid en frustratie bij patiënte zodanig op de voorgrond staan, dat deze de beoordeling van de situatie en eventuele mogelijkheden en bereidheid om tot een behandeling over te gaan, beïnvloedde.

De consulent meende, dat er behandelmogelijkheden waren als patiënte gemotiveerd was tot een gecombineerde somatische/psychiatrische behandeling.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Nadien had de consulent contact opgenomen met de arts, waarbij zij de arts in overweging gaf te kunnen kiezen voor een tweede SCEN-consultatie. De arts heeft niet voor een tweede SCEN-consultatie gekozen, omdat patiënte had aangegeven dat zij totaal uitgeput was. De arts wilde het traject van onafhankelijke beoordelingen niet nog langer maken en verwachtte geen nieuwe inhoudelijke informatie van een tweede SCEN-consultatie. De arts trad wel in overleg met de consulent. De arts was zelf overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van reële behandelopties. Maar zij begreep ook dat het moeilijk was om door de afwerende en boze houding van patiënte, gericht tegen bijna alle medische hulpverleners, heen te kijken omdat dit ook haar eigen ervaring was geweest.

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.

Consultatie

Naar aanleiding van het feit dat de consulent van oordeel was dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan, heeft de arts zich nader verantwoord aan het slot van haar modelverslag. In de onderhavige casus was de consulent van oordeel dat de uitzichtloosheid van het lijden niet vaststond en dat er nog behandelmogelijkheden waren. Met cognitieve therapie zouden de pijnklachten wellicht nog kunnen verminderen. Patiënte had deze suggestie al eerder in gesprekken met de arts en de onafhankelijk psychiater, resoluut afgewezen.

De arts overlegde nog uitgebreid met de consulent. Zij heeft haar voorgenomen handelen wel degelijk laten spiegelen door de consulent maar was uiteindelijk zelf wél overtuigd dat ook aan deze twee eisen was voldaan.

De arts besloot geen tweede consulent te raadplegen omdat zij dit te belastend vond voor patiënte en omdat zij geen toegevoegde inhoudelijke bijdrage meer verwachtte. Zij legde in het modelverslag uitgebreid uit hoe haar besluitvorming was verlopen. De arts heeft zich laten leiden door het zeer indringende verzoek en het langdurig ondraaglijk lijden van patiënte. Zij liet bij haar besluitvorming onder andere het oordeel van de consulent, de rapportage van de onafhankelijk psychiater evenals het interne beraad van de SLK meewegen. Zij was er uiteindelijk van overtuigd dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt dat de arts een negatief advies van de consulent naast zich neer kan leggen en de euthanasie kan uitvoeren. De arts is volgens de Euthanasiewet verantwoordelijk, maar zal goed moeten onderbouwen waarom hij/zij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven (KNMG Richtlijn Goede Steun en Consultatie bij Euthanasie, par. 23, en zoals ook uiteen wordt gezet in de Code of Practice par. 3.6 en 4.10).

De commissie is van oordeel dat de arts in haar verslagen uitgebreid en overtuigend heeft onderbouwd waarom zij tot de overtuiging is kunnen komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere mogelijkheden waren om het lijden te verlichten.

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 uitzichtloos en ondraaglijk 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 haar 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.