

uitspraak tuchtcollege

Regie bij euthanasieverzoek

Een specialist ouderengeneeskunde geeft aan minimaal twee tot drie maanden nodig te hebben om een euthanasieverzoek van een 88-jarige patiënt in te schatten. De patiënt overlijdt binnen een maand. De familie klaagt de arts aan omdat hij het euthanasieverzoek heeft getraineed en heeft afgewezen op onduidelijke gronden.

Het regionaal tuchtcollege spreekt de arts vrij. De argumentatie van het tuchtcollege snijdt hout als het gaat om de tijd en ruimte die arts en patiënt nodig hebben bij een euthanasieverzoek. Of een tijdspanne van twee tot drie maanden noodzakelijk is om een euthanasieverzoek te beoordelen, is geen wet van Meden en Perzen. De suggestie van de familie om een SCEN-arts te raadplegen was in dit geval nog niet zo gek. Die is er immers ook voor het bieden van steun, waarmee ook druk van de ketel kan worden gehaald.

De vraag is waarop deze specialist ouderengeneeskunde zijn conclusie baseerde dat hij niet op het verzoek kan ingaan, twee weken na het euthanasieverzoek in plaats van de eerdergenoemde termijn? De specialist ouderengeneeskunde betoogt terecht dat bij euthanasie een open en professionele communicatie hoort. De vraag is of de arts bij dit euthanasieverzoek zich voldoende actief heeft opgesteld en regie heeft gehouden.

Hans van Santen, huisarts

Eric van Wijlick, beleidsadviseur

Regionaal Tuchtcollege voor de
Gezondheidszorg te Zwolle d.d.
6 september 2012

Beslissing in de zaak onder nummer 274/2011 naar aanleiding van de op 17 januari 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B, klaagster, tegen C, arts ouderengeneeskunde, werkzaam te B, bijgestaan door mr. J.D.H. van de Kraats, advocaat te Enschede, verweerder.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift met de bijlagen, het verweerschrift met de bijlagen, de repliek, de dupliek met de bijlagen, het medisch dossier, uitgezonderd het huisartsendossier. Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek. De zaak is behandeld ter openbare zitting van 20 juli 2012, alwaar zijn verschenen, klaagster en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde.

2. De feiten

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Op 17 februari 2011 is de heer D, geboren in 1922 en overleden in 2011, hierna patiënt te noemen, opgenomen op de psychogeriatrische afdeling E van de locatie F van G. Patiënt had op 6 februari 2011 ten gevolge van een val zijn linker dijbeen gebroken en werd diezelfde dag geopereerd in het H. Tijdens de ziekenhuisopname werd de indicatie voor een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis afgegeven. Tevens had patiënt een art. 60 BOPZ-indicatie, vastgesteld door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Patiënt was in zijn medische voorgeschiedenis bekend met verwardheid, een totale heupprothese links en een tongcarcinoom. Op de dag van de opname heeft de persoonlijke begeleidster van patiënt, mevrouw I, een intakegesprek

gevoerd met patiënt in het bijzijn van zijn echtgenote en klaagster. I heeft in haar dagrapportage van 17 februari 2011 beschreven: *'Patiënt is in het bezit van een euthanasieverklaring met een dementieclausule, dit wordt doorgegeven aan de arts. (...) Patiënt was voor opname in ZKH al bekend met verwardheid/dementie.'*

Ook verweerder heeft die dag een gesprek gevoerd met patiënt. In het dossier heeft verweerder hierover het volgende genoteerd: *'Femur# onder prothese na THP-li, tongca, beginnende dementie, THP li en re, 6 wk onbelast bed/stoel. Dwaalde thuis al, aanvraag PGOT thuis al gedaan. (...) Forse geheugen- en oriëntatiestoornissen, valt voortdurend in herhaling. Toekomst wrsch opname Postenpg, mevr. wil thuis blijven wonen. Observatie functioneren, blijvend PG? Evt NPO Gesprek familie 2/3 weken. Deellijst geschreven. Ergo, rolstoel. Fysio, oefenth. Geen medische overdracht, derhalve opvragen.'*

Verweerder ging de dag na de opname met vakantie tot 3 maart 2011. Tijdens zijn vakantie werd hij gebeld door de oudste dochter van patiënt die een collega was van zijn echtgenote. Tijdens dit gesprek kwam aan de orde dat de familie veel zorgen had over patiënt en dat hij volgens hen niet thuis hoorde op de afdeling waar hij was opgenomen. Op 25 februari 2011 heeft een collega van verweerder in het dossier genoteerd: *'Veel onvrede bij familie over plek, 2 pers kamer in oud gebouw. Veel commotie, zie notities in bijlage. Dochter uit J 2 keer gesproken. Ze zijn aan het kijken naar een andere plek. (...) Hij is wel echt dement zoals ik hem zie en delier speelt ongetwijfeld nog rol. (...)'*

Op 3 maart 2011 vond er een multidisciplinair overleg plaats in aanwezigheid van verweerder. Het euthanasieverzoek van patiënt is tijdens dit overleg aan de orde gesteld. In het dossier staat: *'Hr heeft euthanasieverklaring met dementieclausule. Hr zit rustig in stoel, maakt tevreden indruk. Duidelijke geheugenstoornissen en woordvindproblemen ervaart hij als lastig. Ook oriëntatiestoornissen in tijd. Familie vindt dat dhr niet dement is. Lijkt mij minimaal begin dementeringsproces.'*

Daarnaast ervaart hij huiskamer als acceptabel.'

De dementieclausule was door een dochter van patiënt ingevuld, waarna patiënt heeft ondertekend. Op 9 maart 2011 heeft verweerder opdracht gegeven tot het uitvoeren van een neuropsychologisch onderzoek (NPO). Verweerder beschreef in zijn aanvraag: *'Graag spoedig NPO plannen. Familie denkt dat hr niet dement is, mi zijn er toch wel cognitieve problemen die zouden kunnen passen bij beginnend dementieel syndroom. Vraag is: Zo snel mogelijk NPO. Is deze afdeling wel geschikt? Woonvorm, toch pg-verpleegafdeling, niveau begeleiding of toch somatiek? Zal verzorgingshuis nog haalbaar zijn?'* Op 16 en 17 maart 2011 is patiënt door een psycholoog onderzocht in het bijzijn van de echtgenote van patiënt. De conclusie van het NPO is op 1 april 2011 in het geautomatiseerde cliëntendossier geplaatst, maar door verweerder pas na overlijden van patiënt gelezen: *'(...) Meneer lijkt wisselend heel goed te beseffen dat hij lichamelijk en cognitief erg achteruit is gegaan. Hij laat milde depressieve klachten zien, waarmee hij aangeeft dat hij het leven in zijn situatie niet meer waardevol vindt en hij er het liefst niet meer zou willen zijn. Op grond van bovenstaande cognitieve tekorten lijkt er sprake te zijn van een dementieel syndroom van waarschijnlijk Alzheimerstype. Meneer lijkt zich al in een wat verder gevorderd stadium van het dementieproces te bevinden. Gezien de bovenstaande cognitieve tekorten is meneer, zoals de situatie nu is, gebaat bij de zorg van een pg-verpleeghuis, waarbij hij warme zorg krijgt en er niet te veel van hem wordt verwacht. Het probleem is echter dat meneer van zichzelf te veel verwacht. Acceptatie van met name zijn cognitieve achteruitgang lijkt een onmogelijke opgave voor hem. Zijn eigen kijk op zijn leven zoals het nu is, in verhouding tot zijn voormalig cognitief functioneren, maakt het begrijpelijk dat meneer zich mogelijk ook in een pg-verpleeghuis niet prettig zal voelen en bij zijn standpunt blijft om niet meer te willen leven. Een medicamenteuze behandeling om de depressieve klachten te verminderen is wellicht een optie om zijn stemming te verbeteren.'*

Op 17 maart 2011 heeft verweerder

een gesprek met klaagster gevoerd in tegenwoordigheid van haar zus. Tijdens dit gesprek kreeg verweerder de originele euthanasieverklaring van patiënt onder ogen. De inhoud van de euthanasieverklaring werd voor de eerste keer bij verweerder aan de orde gesteld. Klaagster gaf aan dat patiënt zich ongelukkig voelde en niet verder wilde met zijn leven. Dit was reeds eerder met de huisarts van patiënt besproken, maar had geen vervolg gekregen door opname in het ziekenhuis. De huisarts heeft euthanasie bij patiënt geweigerd. Verweerder gaf tijdens het gesprek aan dat hij minimaal twee tot drie maanden nodig had om een inschatting te maken over het euthanasieverzoek en dat hij contact wilde opnemen met de huisarts van patiënt. Verweerder heeft een voorlopig beleid afgesproken met betrekking tot patiënt, hetgeen inhield dat er geen ziekenhuisopname of uitgebreid medisch onderzoek meer zou plaatsvinden en geen levensverlengende handelingen zouden worden toegepast. Verweerder gaf aan dat hij wat betreft het euthanasieverzoek nader overleg wenste te hebben met de echtgenote van patiënt. Patiënt heeft op 17 maart 2011 een controle bij de orthopeed gehad. Op 21 maart 2011 heeft verweerder telefonisch contact gehad met de zus van klaagster. Zij vroeg of een SCEN-arts (arts voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) geraadpleegd kon worden om na te gaan of de termijn van twee tot drie maanden niet te lang was om nader onderzoek te doen ten aanzien van het euthanasieverzoek.

Verweerder heeft meegedeeld dat hij op dat moment geen reden zag om een SCEN-arts te consulteren. Op 22 maart 2011 heeft verweerder telefonisch overleg gepleegd met de huisarts van patiënt over het euthanasieverzoek. Op 31 maart 2011 had verweerder een vervolgesprek met de echtgenote van patiënt, klaagster en haar zus. Mevrouw I was ook bij het gesprek aanwezig.

Verweerder heeft de inhoud van het gesprek als volgt weergegeven in het dossier: *'Euthanasieverzoek opnieuw besproken en meegedeeld dat ik zoals ik nu kan beoordelen hier niet in mee kan gaan, dit tot teleurstelling van echtgenote en dochters. Zij vinden dat vader lijdt, op afdeling merken wij hier weinig van. Komt tgv cognitieve achteruitgang. Wel komende periode goed observeren. Echtgenote gaat in gesprek met de huisarts over euthanasie man. Zij houden ons op de hoogte. Nu eerst zo door, beleid conform 17/3. Met verzorging zal goede observatie worden afgesproken zodat we inzicht krijgen in stemmingsbeeld en cognitie. Wel is duidelijk bij iedereen dat hr cognitief verder is achteruitgegaan sinds opname.'*

Vanaf (...) april 2011 ging patiënt verder achteruit. Verweerder vermeldde in het dossier: *'(...) begint zelf over gesprek met mij of iemand anders. Geeft aan dat hij van alles af wil zijn. Nadere specificatie blijft uit.(...).'*

Op (...) april 2011 heeft verweerder een gesprek met de echtgenote van patiënt: *'Nogmaals eea besproken. Mw vindt het moeilijk dat er geen actieve euthanasie uitgevoerd is, zij heeft zoveel moeite gedaan dat voor elkaar te krijgen, is niet gelukt. Accepteert wel komend overlijden, vindt de route moeilijk te accepteren. Is nu wel akkoord zoals we hebben (RTG onleesbaar) palliatief sederen.'* Patiënt is op (...) 2011 overleden. In juni 2011 heeft de familie van patiënt een klacht ingediend over verweerder bij de klachtencommissie cliënten G. Op 27 september 2011 heeft de klachtencommissie uitspraak gedaan.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster verwijt verweerder, zakelijk weergegeven, dat hij: het euthanasieverzoek heeft getraineed en dit heeft afgewezen op onduidelijke gronden; niet openstond voor de verslaglegging ten aanzien van psychisch en cognitief functioneren en het verhaal van de familie; niet openstond voor consultatie van de SCEN-arts; niet openstond voor verdere hulp; communicatief niet vaardig was en laakbare taal gebruik-

te met kwetsende opmerkingen omtrent het lijden van de patiënt; niet op de hoogte was van de mogelijkheden binnen de huidige euthanasiewetgeving.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder voert, zakelijk weergegeven, aan dat hij niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Gelet op de omstandigheden van het euthanasieverzoek is de termijn die hij hiervoor in acht heeft genomen niet onredelijk. Van traineren is geen sprake geweest. Hij heeft open en professioneel gecommuniceerd. Hij kon nog niet tot de afronding van zijn besluitvormings- en uitvoeringsproces komen omdat patiënt in die periode van nader onderzoek is komen te overlijden. Zolang hij dat proces niet had afgerond, was ook geen aanleiding voor consultatie van de SCEN-arts. Hij vindt het spijtig dat bepaalde opmerkingen die hij heeft gemaakt als grievend zijn ervaren, wat hij nooit zo heeft bedoeld. Hij biedt hiervoor zijn excuses aan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Het verwijt aan verweerder komt er in de kern op neer dat hij niet voortvarend heeft gehandeld bij de beoordeling van het euthanasieverzoek van patiënt. Daarenboven zou hij volgens klaagster onprofessioneel en ondeskundig hebben gehandeld. Hieromtrent wordt als volgt geoordeeld.

5.3. Euthanasie is een bijzondere

vorm van medisch handelen voor situaties waarin geen reële behandelingsmogelijkheden zijn om het lijden van de patiënt te verlichten. Er is geen recht van de patiënt op euthanasie en evenmin is de arts verplicht aan een dergelijk verzoek mee te werken. Voorwaarde voor het rechtmatig handelen van de arts bij euthanasie is dat hij een aantal wettelijke zorgvuldigheidseisen in acht neemt. Voorts is in 2003 door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een standpunt omtrent euthanasie ingenomen. Tezamen geven zij weer wat ten tijde van het handelen door verweerder in maart/april 2011 als professionele norm dient te gelden.

5.4 Als voorwaarde (eerste zorgvuldigheidseis) geldt dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De arts moet zich ervan vergewissen dat het verzoek niet wordt ingegeven door druk van anderen en/of uit vrees anderen teveel te belasten. Voorts geldt als voorwaarde (tweede zorgvuldigheidseis) dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Het is de taak van de arts om over het euthanasieverzoek in al haar facetten een zorgvuldige besluitvormingsprocedure te voeren.

5.5 Bij de beoordeling van de klacht gaat het college ervan uit dat het euthanasieverzoek met de dementieclausule pas bij verweerder aan de orde is gesteld, ergo concreet is gedaan, tijdens het gesprek van klaagster met verweerder van 17 maart 2011. Weliswaar is bij de intake gemeld dat patiënt in het bezit was van een euthanasieverklaring, maar tot het controlebezoek aan de orthopeed van de 17e maart was er, zo blijkt uit de stukken, bij de familie hoop op mogelijke verbetering van de fysieke toestand van patiënt. In een dergelijk geval zou euthanasie niet aan de orde zijn, zo begrijpt het college. Blijkens zijn aantekeningen in het medisch dossier heeft verweer-

der een voorlopig behandelbeleid afgesproken en heeft hij de afspraak gemaakt dat nader overleg zou plaatsvinden over het euthanasieverzoek. Hij heeft daarbij gezegd een termijn voor beraad van twee à drie maanden in acht te willen nemen. Omstandigheden waardoor een dergelijke termijn bij patiënt als onzorgvuldig moet worden beschouwd, zijn het college niet gebleken. Verweerder heeft meege-deeld dat hij zich over het verzoek wilde verstaan met de huisarts en de echtgenote van patiënt. Niet kan worden vastgesteld dat verweerder zich tijdens dat gesprek onprofessioneel heeft gedragen of niet voornemens was uitvoering te geven aan het euthanasieverzoek, nu hij dat gemotiveerd heeft weersproken wat door zijn handelingen wordt ondersteund. Verweerder heeft voorts uitgelegd dat hij – hoewel de instelling het beleid voerde dat bij dementiepatiënten geen euthanasie kan worden uitgevoerd – zijn eigen afwegingen op dat gebied maakte. Dat verweerder bij patiënt wilde toetsen of deze toestemming gaf en of de deels door de dochter opgestelde dementieverklaring juist was en of al dan niet sprake was van een actueel verlangen naar euthanasie, kan hem gezien de eerste zorgvuldigheidseis evenmin worden tegengeworpen.

5.6 Uit de feitelijke gang van zaken volgt dat klaagster en haar familie zich niet hebben willen neerleggen bij de lengte van de termijn voor beraad, indachtig hun belofte aan patiënt dat zij zich sterk zouden maken voor euthanasie, en dat zij hebben getracht om verweerder te bewegen zich eerder uit te laten over zijn medewerking aan het euthanasieverzoek. Verweerder heeft dat ervaren als het uitoefenen van druk op hem. Dat verweerder niet is ingegaan op het verzoek van klaagster om een SCEN-arts te raadplegen, is hem niet te verwijten. Consultatie van een dergelijke arts was (zeker begin 2011) pas aan de orde als verweerder ervan overtuigd zou zijn geweest dat bij patiënt sprake was van een weloverwogen verzoek

en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Naar verweerder ter zitting heeft verklaard, wilde hij voor die beoordeling eerst de benodigde feiten verzamelen en had hij het besluitvormingsproces daarover nog lang niet afgerond. Uit het medisch dossier volgt dat dit kort na het eerste gesprek over de euthanasie van 17 maart 2011 wederom met klagster en de echtgenote van patiënt is gecommuniceerd en wel twee weken later, op 31 maart 2011. Anders dan klagster betoogt kan, mede gelet op de ten verweerde overgelegde verklaring van I, niet worden aangenomen dat verweerder geen euthanasie wilde uitvoeren en 'de deur heeft dichtgegooid'. Tijdens het gesprek was sprake van uitleg van de beleidsregels van de instelling en van 'een pas op de plaats', zulks mede ter verdere beoordeling van het euthanasieverzoek, aldus verweerder en I blijkens haar verklaring. Ook uit het medisch dossier blijkt dat daarbij de afspraak is gemaakt dat de komende periode zou worden benut voor verder onderzoek naar cognitie en stemmingsbeeld van patiënt. Dat dergelijk onderzoek tussen 17 en 31 maart 2011 is gedaan, wordt weliswaar beweerd door verweerder, maar is niet duidelijk terug te vinden in de verslaglegging. Van verweerder mag worden verlangd in een voorkomend geval, ook in verband met eventuele waarneming, dat hij zijn observaties duidelijk en concreet in het medisch dossier neerlegt. Tot een nadere beoordeling van het euthanasieverzoek door verweerder is het niet gekomen omdat de fysieke toestand van patiënt op (...) april 2011 zodanig is verslechterd dat hij een paar dagen daarna is overleden.

5.7 Gezien al het vorenstaande, zoals de korte tijdsperiode (drie weken) tussen het moment van het eerste verzoek en het overlijden van patiënt, de diverse gesprekken die verweerder met klagster en haar familie heeft gevoerd waarin is aangegeven dat euthanasie op dat moment niet aan de orde was en nader onderzoek diende plaats te vinden (wat in het licht van de zorgvuldigheidseisen

gerechtvaardigd was), is de conclusie dat geen sprake is geweest van het beweerdelijk trainen van het euthanasieverzoek. Het besluit om euthanasie te verrichten is een gezamenlijk besluit van arts en patiënt en beiden moeten tijd en ruimte hebben gehad om hun visie te ontwikkelen en te verwoorden. Uit het NPO blijkt immers dat er wellicht nog behandelmogelijkheden voor patiënt waren om zijn stemming te verbeteren. Niet kan worden aangenomen dat verweerder onevenredig veel tijd heeft genomen voor het nemen van een beslissing over het euthanasieverzoek. Het feit dat hij anderen, zoals de verpleging, bij zijn besluitvormingsproces heeft willen betrekken past bij een zorgvuldige besluitvorming. Evenmin kan aan de hand van wat klagster daartoe heeft aangedragen of op grond van het dossier worden aangenomen dat verweerder niet op de hoogte is van de mogelijkheden binnen de euthanasiewetgeving. 5.8 Klachtonderdeel is tot slot de wijze van communiceren door verweerder. Klagster stelt in dat verband dat verweerder zich kwetsend en laakbaar heeft uitgelaten. Als voorbeelden noemt klagster: 'Als het je niet aanstaat wat ik doe, dan zoek je het verder zelf maar uit', en 'dan wens ik u verder veel succes, want dat wordt zoeken naar een speld in een hooiberg', en na het overlijden van patiënt: 'Zo nu heeft hij toch nog zijn zin'. Verweerder heeft betwist dat hij de eerste zinsnede heeft uitgesproken. Voorts heeft hij aangevoerd dat de familie veel druk op hem heeft uitgeoefend en dat zijn opmerkingen in een ander perspectief dienen te worden geplaatst.

5.9 Van een arts mag als professional verwacht worden dat hij bestand is tegen druk en dat hij een onderwerp als euthanasie helder en inzichtelijk bespreekt, zonder dat dit leidt tot verbale escalatie. Ook dient hij zich te onthouden van kwetsende opmerkingen. Het college stelt vast dat partijen van mening verschillen over wat door verweerder is gezegd en in

welke context. Niet is vast komen te staan dat verweerder bewust kwetsende opmerkingen jegens klagster of haar familie heeft gemaakt, terwijl het bovendien – zij het op de grens – opmerkingen zijn die ook in een ander perspectief kunnen worden geplaatst. De opmerking na het overlijden van patiënt behoeft, hoewel naar het oordeel van het college 'ongelukkig' door verweerder geformuleerd, niet kwetsend bedoeld te zijn geweest, maar kan zoals verweerder heeft betoogd ook zijn geuit omdat patiënt uit zijn lijden was verlost. Het verdient uiteraard aanbeveling om dergelijke voor meerdere uitleg vatbare opmerkingen achterwege te laten. Verweerder ziet dat ook in. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen is evenwel geen sprake.

5.10 Alles overziende is de conclusie dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is.

6. De beslissing

Het college

- wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter, mr. D.M. Schuiling, lid-jurist, dr. A.P.E. Sachs, A.S.M. Kraak en J. Edwards van Muijen, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 6 september 2012 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op www.medischcontact.nl/uitspraak.

Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.