

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt koos voor palliatieve sedatie, maar was met arts overeengekomen dat deze zou overgaan tot euthanasie, indien sedatie lang zou duren of patiënt niet goed behandelbare complicaties zou krijgen. Weliswaar verkeerde patiënt door sedatie in staat van verlaagd bewustzijn, maar gezien waarneembare tekenen van lijden bij patiënt was euthanasie in dit geval verantwoord.

OORDEEL

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

(.....)

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 met aanvulling

Verslag consulent

Wilsverklaring

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven (uitdraai huisarts)

- patiëntenjournaal

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. De arts heeft deze toelichting gegeven in de commissievergadering. Van deze mondelinge toelichting is een verslag gemaakt dat door de arts is geaccordeerd.

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

Bij patiënt, een man van 50-60 jaar, werd twee maanden voor het overlijden een pancreascarcinoom vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënt wees palliatieve behandeling af vanwege de te verwachten bijwerkingen en omdat dit te weinig kwaliteit van leven zou geven. De klachten van patiënt bleven bestaan. Hij was misselijk en had pijn. Eten en drinken gaven veel klachten. Na onderzoek bleek dat er sprake was van een volledige obstructie van de dunne darm door de tumor. Drie dagen voor het overlijden startte de arts met sedatie in de vorm

van Dormicum en pijnstilling met morfine. Omdat patiënt bang was voor een lijdensweg als hij lang in coma zou liggen en er eventueel niet goed behandelbare complicaties zouden ontstaan wilde hij na een aantal dagen sedatie overlijden middels euthanasie.

Het lijden van patiënt bestond uit pijn, niet meer kunnen eten en drinken en misselijkheid. Patiënt was bedlegerig en volledig afhankelijk van de zorg van anderen. Ook leed hij onder de angst om in coma te raken, verward te raken of pijn te hebben.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er 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

Acht dagen voor het overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Sindsdien hebben arts en patiënt meerdere gesprekken hierover gehad.

Drie dagen voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënt zich bewust van de strekking van het verzoek en zijn lichamelijke situatie.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt vier dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt 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 patiënt.

Volgens het verslag van de consulent trof hij patiënt liggend in bed aan. Hij had zichtbaar last van pijn, die nog net draaglijk leek. Ook oogde hij uitgeput door de afgelopen weken. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënt vooral bepaald door de pijn, de uitputting en het ongemak van de misselijkheid en het verlies van de controle over de gang van zaken. Patiënt was zeer beslist in zijn wens dat hij in slaap wilde worden gebracht en na een paar dagen, als hij niet was overleden, door euthanasie wilde overlijden. Dit lijden was zichtbaar en invoelbaar voor de consulent.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van zijn gesprek met patiënt tot de onvoorwaardelijke 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 Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp.

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat drie dagen voor het overlijden was gestart met palliatieve sedatie waarna alsnog de levensbeëindiging op verzoek werd uitgevoerd. Een en ander was op deze wijze met patiënt afgesproken. Ook was het de commissie opgevallen in het verslag van de consulent dat de consulent akkoord was gegaan met deze afspraak.

De commissie vroeg zich af waarom zowel palliatieve sedatie als euthanasie heeft plaatsgevonden en er niet één keuze is gemaakt. De commissie wilde graag weten waarom niet reeds drie dagen voor het overlijden is overgegaan tot uitvoering van de euthanasie en of er op de dag van overlijden nog wel sprake is geweest van ondraaglijk lijden. Tot slot wilde de commissie graag

weten of de KNMG richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn 2010 is toegepast en zo ja, wat dan de EMV-score is geweest.

De arts gaf – zakelijk weergegeven – de volgende mondelinge toelichting:

De arts heeft met patiënt een heel traject doorlopen, waarin de verzachting van zijn lijden meermalen is besproken. Er was sprake van een snel verloop van de ziekte en van een patiënt die graag de regie over zijn leven hield. De arts heeft met patiënt de opties van palliatieve sedatie en euthanasie besproken.

Patiënt was een jonge man, die een vochtinfuus had. Hij kon niets meer eten en drinken, omdat de tumor zijn darm volledig afsloot. Om die reden had hij een maaghevel, waardoor hij toch nog iets kon drinken, wat er dan via de maaghevel meteen weer uitkwam. Dat infuus had hij tot de dag waarop de palliatieve sedatie werd gestart. De arts heeft tegen patiënt gezegd dat, vanaf het moment dat de palliatieve sedatie werd gestart, het nog wel twee weken zou kunnen duren voordat hij zou overlijden. Patiënt had een voorkeur voor palliatieve sedatie, maar wilde het zijn familie niet aandoen, dat hij twee weken in een geseedeerde toestand zou komen te liggen. Daarom heeft de arts met patiënt afgesproken dat zij zou overgaan tot het uitvoeren van euthanasie als de palliatieve sedatie lang zou duren en/of als patiënt niet goed behandelbare complicaties zou krijgen tijdens de palliatieve sedatie.

De arts had een artikel in Medisch Contact gelezen over euthanasie bij verlaagd bewustzijn, waarin situaties werden beschreven waarin al dan niet tot euthanasie kon worden overgegaan. De arts had uit dat artikel afgeleid dat, als een patiënt door medicamenteuze behandeling, dus ook door palliatieve sedatie, in een toestand van verlaagd bewustzijn zou komen te verkeren, euthanasie mogelijk was. De arts heeft hierover geen contact gezocht met het KNMG.

Op verzoek van patiënt is de arts drie dagen voor het overlijden met de palliatieve sedatie begonnen. Op de dag van het overlijden was patiënt onrustig en kreunde hij af en toe. Patiënt verkrampste steeds en had een snelle onrustige ademhaling. De familie vond het naar om te zien en wilde dat die dag de euthanasie zou worden uitgevoerd.

Op dat moment kreeg patiënt 20 mg Dormicum per uur (stap 1 in het Eibergs schema voor palliatieve sedatie). De arts overwoog om naar stap 2 te gaan en Nozinan toe te voegen. Omdat met patiënt was afgesproken dat zij zou overgaan tot het uitvoeren van euthanasie als de palliatieve sedatie erg lang zou duren, heeft de arts op dat moment de euthanasie uitgevoerd.

De arts schatte de levensverwachting van patiënt bij de start van de palliatieve sedatie op minder dan twee weken. Het was echter wel haar ervaring dat bij jonge mensen, die relatief kort ziek zijn, het toch nog langer zou kunnen duren voordat zij zouden overlijden. Maar deze patiënt had al een paar weken niet kunnen eten en had alleen een vochtinfuus. De arts nam aan dat patiënt binnen twee weken zou overlijden.

Op het moment dat de palliatieve sedatie werd gestart was de pijn redelijk onder controle bij patiënt. De misselijkheid was niet echt onder controle, ondanks de primperan en de maaghevel. Patiënt voelde zich hondsellendig en volgens de arts was er sprake van een refractair complex. De arts geeft aan dat zij had gehoopt dat patiënt binnen 2 á 3 dagen zou overlijden, maar dat zij er rekening mee hield dat dit niet zou gebeuren en zij dan alsnog tot euthanasie zou moeten overgaan. De arts vindt het in zijn algemeenheid (en niet specifiek bij deze patiënt) een erg zware taak om een euthanasie uit te voeren. Zij had liever dat patiënt een natuurlijke dood was gestorven. Zij had ook met patiënt besproken dat het uitvoeren van euthanasie voor een dokter erg ingrijpend is.

Bepaalde familieleden van patiënt lagen dwars, maar dat heeft de arts niet beïnvloed in de wijze waarop zij patiënt heeft begeleid. Vlak voor het overlijden leek er ook een kentering bij deze familieleden te zijn gekomen: zij hielden de hand van patiënt vast ten tijde van de euthanasie. De arts heeft patiënt aangeboden om direct euthanasie uit te voeren, maar patiënt wilde dat niet. De arts is er niet verder op ingegaan waarom patiënt dat niet wilde. Patiënt koos voor palliatieve sedatie.

De SCEN-arts heeft vier dagen voor het overlijden patiënt bezocht. Hij was ermee akkoord dat de arts eerst palliatieve sedatie zou toepassen en, als dat niet snel tot de dood zou lijden, zou overgaan tot euthanasie.

De arts was tevreden over de wijze waarop alles is gegaan en was ervan overtuigd dat zij zorgvuldig had gehandeld. Ook omdat zij door de SCEN-arts werd gesteund in het gevoerde beleid.

De arts zegt dat zij niet zelf SCEN-arts is, maar in het verleden wel als tweede meningarts is opgetreden. Zij is al tientallen jaren praktiserend huisarts. De arts heeft twee maal hulp bij zelfdoding toegepast en drie á vier keer euthanasie.

Bij de onderhavige euthanasie heeft zij samengewerkt met haar collega. Haar collega had de infuusnaald ingebracht en de arts heeft de euthanasie ingespoten.

Voordat de arts de euthanasie uitvoerde, heeft zij niet de EMV-score volgens de Glasgow Coma Scale bij patiënt beoordeeld.

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.

Met betrekking tot de combinatie van palliatieve sedatie en euthanasie overweegt de commissie als volgt:

In deze casus had de patiënt aan de arts een conditioneel verzoek om euthanasie gedaan: hij was met de arts overeengekomen dat deze zou overgaan tot de uitvoering van euthanasie indien de palliatieve sedatie lang zou duren en/of indien de patiënt niet goed behandelbare complicaties zou krijgen tijdens de palliatieve sedatie. Drie dagen na de aanvang van de sedatie heeft de arts, in overleg met de familie van patiënt, de euthanasie uitgevoerd.

Voor de commissie is genoegzaam komen vast te staan dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt op het moment dat door de arts op het conditioneel verzoek van patiënt werd ingegaan. Op dat moment was ook de SCEN-arts geconsulteerd, die had geconcludeerd dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor de uitvoering van euthanasie was voldaan.

De commissie is van oordeel dat uitgangspunt dient te zijn dat de arts die geconfronteerd wordt met een patiënt aan het einde van zijn leven een duidelijk voorlichtende taak heeft en aan de patiënt ondubbelzinnig dient voor te houden wat het onderscheid is tussen palliatieve sedatie en euthanasie. Indien voor beide vormen van ingrijpen aan de daarvoor geldende criteria wordt voldaan dient de arts de patiënt duidelijk te maken dat gekozen moet worden tussen deze twee. Dat is in deze casus niet geschied, nu de arts een “combi-procedure”, een traject van palliatieve sedatie en in een later stadium zo nodig euthanasie, heeft gestart. De commissie acht dit in beginsel onwenselijk, nu dit traject voor de onderdelen daarvan verschillende, ook in juridische zin, consequenties heeft.

Bij palliatieve sedatie gaat het om normaal medisch handelen, bij euthanasie is daarvan geen sprake. De arts beëindigt het leven van de patiënt en behoort daarbij de wettelijke zorgvuldigheidseisen in acht te nemen. De arts stelt zich daarbij toetsbaar op en de toetsingscommissie beoordeelt of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie acht het van belang dat de arts zich hier goed van bewust is en ziet het als een bijzondere taak van de SCEN-arts om die twee procedures uit elkaar te halen en de arts goed te informeren in een situatie waarin een conditioneel euthanasieverzoek zoals in casu is gedaan.

In deze casus is sprake van euthanasie tijdens een bewust tevoren ingezette palliatieve sedatie. De patiënt heeft een voorkeur voor een natuurlijk overlijden. Alleen als het overlijden (te) lang op zich laat wachten kan euthanasie worden uitgevoerd.

De casus valt in de categorie van euthanasie bij verminderde wilsbekwaamheid.

Hoewel de patiënt niet een ondubbelzinnig en onvoorwaardelijke verzoek om euthanasie heeft gedaan en in zoverre hier geen sprake zou kunnen zijn van lege artis uitgevoerde

levensbeëindiging oordeelt de commissie hier toch anders. De arts heeft immers geconstateerd dat de patiënt waarneembare tekenen van lijden vertoonde. En in dit geval is de beslissing van de arts om euthanasie toe te passen verantwoord.

De arts heeft haar handelen goed kunnen motiveren en de keuze van de arts om, voordat zij overging tot de uitvoering van de euthanasie, patiënt niet meer te laten ontwaken, maar conform de afspraak met patiënt de euthanasie in deze situatie heeft toegepast, getuigt volgens de commissie van een medisch zorgvuldige afweging in het kader van de uitvoering van de levensbeëindiging.

Wellicht ten overvloede overweegt de commissie dat op de onderhavige casus de richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn, waarop de arts zich bij haar handelen heeft beroepen, niet van toepassing is, aangezien bij palliatieve sedatie het verlaagde bewustzijn of coma juist een bedoeld effect van de medicatie is.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, de mondelinge toelichting van de arts daarbij in aanmerking genomen, 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 dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens 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. 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 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.