

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Eigen huisarts van patiënte wilde geen medewerking verlenen aan euthanasie, waarop patiënte zich tot arts, betrokken bij Stichting Vrijwillig Leven, wendde. Eigen huisarts hield contact met deze arts af. Arts kon niettemin tot overtuiging komen dat sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en van vrijwillig en weloverwogen verzoek.

OORDEEL

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

(.....)

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
Formulier arts
Verslag arts met aanvulling
Verslag consulent
Wilsverklaring
Specialistenbrieven
Patiëntenjournaal

Bij brief heeft de commissie de arts en consulent uitgenodigd voor een mondelinge toelichting op de commissieveragdering. Van deze gesprekken zijn verslagen gemaakt. De arts en consulent zijn akkoord gegaan met de inhoud van het verslag.

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

Sinds vijftien jaar voor overlijden ontwikkelde patiënte, een vrouw tussen 90 en 100 jaar, toenemende klachten in de handen, nek, schouders, heupen en knieën als gevolg van polyartrose. Patiënte onderging verschillende operaties ter vervanging van beide heupen en knieën. Zes jaar voor overlijden onderging patiënte een decompressie bij een carpal tunnel syndroom. Sinds vier jaar voor overlijden ervoer patiënte decompensatio cordis bij een aortaklepsclerose. Bijna een jaar voor overlijden kwam patiënte ten val en verloor zij haar mobiliteit.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënte bestond uit volledige zorgafhankelijkheid, pijnklachten, vermoeidheid, slaapstoornissen, extreem beperkte mobiliteit, slechte visus en gehoorstoornissen. De dagelijkse intensieve verzorging werd door patiënte als een pijnlijk gebeuren ervaren. Door haar situatie was patiënte sociaal geïsoleerd geraakt. Ook kon zij niet lezen, telefoneren en maar zeer beperkt TV kijken. Daarnaast leed zij onder de uitzichtloosheid van haar situatie, het lijden dat voor haar in het verschieft lag en het verlies van autonomie. Voorheen was patiënte een krachtadig en sociaal betrokken persoon geweest. De situatie van heden stond in schiel contrast met de persoonlijkheid van patiënte.

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

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er 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

Bijna een maand voor overlijden had patiënte met de arts over de mogelijkheid van levensbeëindiging gesproken en heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Op verzoek van de huisarts had een psychiater enkele maanden voor overlijden onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van haar verzoek. Na onderzoek concludeerde de psychiater dat patiënte wilsbekwaam was. Volgens de psychiater was de moeite van patiënte met haar teloorgang (met volledige afhankelijkheid) grotendeels toe te schrijven aan haar persoonlijkheid.

De arts was ervan overtuigd dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte enkele dagen voor de levensbeëindiging nadat de consulent door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

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

In het consultatieverslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

e. Nadere mondelinge toelichting van de arts

Bij de behandeling van de melding zijn er bij de commissie vragen gerezen over de gang van zaken bij de euthanasie.

Teneinde een antwoord te krijgen op bovengestelde vraag/vragen heeft de commissie de arts gevraagd een mondelinge toelichting te geven. De arts heeft deze mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering.

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

Desgevraagd vertelt de arts dat zij (...) is. Zij had op de vergadering van de Stichting Vrijwillig Leven (hierna te noemen: SVL) een brief gekregen afkomstig van (...), een familielid van patiënte, met het verzoek contact op te nemen met patiënte in verband met haar verzoek om euthanasie. De arts zocht daarop telefonisch contact met patiënte. (...), het familielid van patiënte, had de telefoon beantwoord, omdat patiënte zelf niet meer in staat was de telefoon op te

pakken. Tijdens dat gesprek informeerde (.....) het familielid van patiënte de arts over de situatie van patiënte en gaf nadere achtergrondinformatie. De arts heeft patiënte bezocht.

De commissie wijst de arts op de bijzondere aandacht die de commissie besteedt aan de vraag in hoeverre er zich een voldoende vertrouwensrelatie tussen arts en patiënte heeft kunnen ontwikkelen nu de arts patiënte slechts tweemaal heeft gesproken.

De arts vertelt dat zij als voorbereiding op het eerste gesprek met patiënte meerdere malen - zonder succes - heeft geprobeerd contact te leggen met de huisarts. De arts kreeg wel inzage in het dossier. Kennisname van het dossier leerde de arts onder meer, dat enkele maanden voor overlijden een psychiater patiënte als wilsbekwaam had beoordeeld ten aanzien van haar euthanasie verzoek. Desgevraagd antwoordt de arts dat het verzoek van patiënte voor behandeling van de bronchitis niet van invloed was geweest bij de beoordeling van de duurzaamheid en consistentie van het verzoek. De bronchitis gaf patiënte enorme benauwdheid. Zij was kortademig in de nacht. De arts vertelt dat patiënte wel wilde komen te overlijden, maar niet stikkend wilde sterven. Versterven was geen optie voor patiënte geweest. Het dossier stelde de arts ook in staat een tijdslijn op te maken met betrekking tot de gesteldheid van patiënte en het ontstaan van haar verzoek. Het werd de arts duidelijk dat het een zeer lang besluitvormingsproces was geweest. De arts heeft hierover uitgebreid gesproken met (.....), het familielid van patiënte. De huisarts bleek het verzoek lange tijd voor zich uit te hebben geschoven. Uiteindelijk had, na het negatieve oordeel van een SCEN-arts, de huisarts aangegeven niet bereid te zijn het verzoek van patiënte in te willigen. De arts heeft in het journaal gelezen dat de huisarts het verzoek herhaaldelijk als een “dilemma” had omschreven. De arts had patiënte in overweging gegeven een klacht in te dienen over het handelen van de huisarts. Desgevraagd ontkent de arts dat zij hiermee geprobeerd had een wig te drijven tussen patiënte en de huisarts, maar dat het terugblikkend mogelijk is deze interpretatie hieraan te geven. De commissie merkt op dat er geen wettelijke plicht tot doorverwijzen rust op een arts, als de arts geen medewerking kan of wil verlenen bij levensbeëindiging. De arts onderkent dat zij zelf ook de mogelijkheid heeft om een klacht in te dienen bij het IGZ. De arts vertelt dat zij zelf echter geen hinder had ondervonden van de houding van de huisarts. Daarbij merkt de arts op dat patiënte overigens wel vertrouwen had in de huisarts, blijkend uit het feit dat patiënte de huisarts had verzocht de behandeling voort te zetten. De arts zou patiënte alleen begeleiden bij haar wens te sterven. De arts onderkent dat het geen goede zaak is als twee behandelend artsen niet met elkaar communiceren. De arts geeft nogmaals aan dat zij herhaaldelijk geprobeerd heeft met de arts contact op te nemen. Bij iedere poging kreeg de arts geen medewerking van de huisarts. Daarbij vertelt de arts dat het voor haar niet mogelijk was om de volledige behandeling van patiënte over te nemen, omdat zij geen huisarts is en ook op te grote afstand van patiënte woont.

Desgevraagd vertelt de arts dat zij geen contact had gezocht met de eerste SCEN-arts. De arts heeft wel kennisgenomen van het verslag van de eerste SCEN-arts. Na lezing van zijn inhoudelijke observaties en overwegingen vond de arts de conclusie, met negatief advies, verrassend en niet in overeenstemming met de inhoud van het verslag. Ook is de arts het niet eens met het feit dat de eerste SCEN-arts in zijn verslag vermeldt dat de pijn van patiënte *niet* op de voorgrond staat. De arts vertelt dat tijdens haar bezoeken de pijn prominent aanwezig was. Patiënte kon niet zonder pijn van houding wisselen. Urenlang bleef zij in dezelfde positie liggen of zitten om pijn te voorkomen. Dagelijkse verpleging gaf haar veel pijn. Volgens de arts was de pijn als onderdeel van het lijden onderbelicht in het verslag van de eerste SCEN-arts. Desgevraagd weet de arts niet aan te geven welke andere behandelopties de eerste SCEN-arts had bedoeld in zijn SCEN-verslag. Desgevraagd geeft de arts aan dat zij niet heeft overwogen persoonlijk contact

op te nemen met de eerste SCEN-arts, omdat in haar ogen de huisarts de hoofdregie had en als zodanig haar aanspreekpunt was. Het verslag van de eerste SCEN-arts heeft de arts wel voorgelegd aan en besproken met de SCEN-arts. De SCEN-arts deelde - volgens de arts - haar verbazing over de conclusie van het verslag. De arts weet zich niet te herinneren of de SCEN-arts contact heeft opgenomen met de eerste SCEN-arts.

Het eerste gesprek met patiënte duurde ongeveer anderhalf uur, waarbij volgens de arts duidelijk werd dat er een indicatie was voor levensbeëindiging. Er was goed contact tussen de arts en patiënte. Naderhand heeft de arts de situatie doorgesproken met het familielid van patiënte, (...). Het tweede gesprek met patiënte duurde een uur en vond plaats in tegenwoordigheid van (...), het familielid van patiënte. Na de levensbeëindiging heeft de arts contact gehad met de familie van patiënte over de afloop, crematie en dergelijke. De arts heeft na de levensbeëindiging geen contact gehad met de huisarts.

De commissie geeft aan geen nadere vragen meer te hebben en vraagt de arts of alles voldoende besproken is en of zij zelf nog onderwerpen onder de aandacht van de commissie wil brengen. De arts geeft aan dat dit de eerste keer was dat zij een levensbeëindiging heeft uitgevoerd. Het was voor haar heel bijzonder geweest. Het proces was naar haar mening goed en waardig verlopen. Alles was goed doordacht en goed opgezet. De uitvoering was goed verlopen. Na afloop heeft zij hierover kunnen spreken met haar directe collega's. Er heeft geen intervisie plaatsgevonden binnen de SVL.

f. Nadere mondelinge toelichting van de consulent

Bij de behandeling van de melding zijn er bij de commissie vragen gerezen over de gang van zaken bij de euthanasie.

Teneinde een antwoord te krijgen op bovengestelde vraag heeft de commissie de consulent gevraagd een mondelinge toelichting te geven. De consulent heeft deze mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering.

De consulent heeft - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting gegeven.

Desgevraagd vertelt de consulent dat hij een niet meer praktiserende huisarts is. De consulent is wel actief als SCEN-arts. Hij heeft vorig jaar dertien consulten behandeld. De consulent vertelt dat hij via ATACOM is benaderd met het verzoek contact op te nemen met de arts in verband met een verzoek om levensbeëindiging van patiënte. Daarbij werd de consulent geïnformeerd dat het om een bijzondere aanvraag ging. De arts was niet de behandelend arts, en zij woonde op afstand van patiënte. Daarop heeft de consulent contact opgenomen met de arts om nadere informatie in te winnen. Aan de hand van zijn gesprek met de arts heeft de consulent de volgende punten genoteerd, die om extra aandacht vroegen bij het consult en het maken van zijn verslag.

De invoelbaarheid van het ondraaglijk lijden en de consistentie van het verzoek.

De consulent had tijdens zijn bezoek aan patiënte een vrouw gezien tussen 90 en 100 jaar. Zij had duidelijk haar ondraaglijk lijden en haar wens kunnen verwoorden. Patiënte was volledig zorgafhankelijk. Patiënte hing overdag in haar stoel alleen maar te wachten op ADL-verzorging. Deze verzorging was voor patiënte zeer pijnlijk. De consulent was overtuigd van de consistentie van de wens van patiënte.

De onderlinge communicatie c.q. afstemming tussen de arts en de huisarts.

De arts heeft meer dan eens geprobeerd, maar zonder succes, contact te leggen met de huisarts.

Het contact werd van de zijde van de huisarts om haar moverende redenen consequent afgehouden. De consulent voegt toe, dat het naar zijn mening beter was geweest als de huisarts wel bereid was geweest om met de arts in contact te treden om haar zienswijze te geven en toe te lichten.

De relatie tussen patiënte en de arts.

De consulent heeft zelf wel contact kunnen opnemen met de huisarts om te informeren naar de relatie tussen de huisarts en patiënte. De huisarts vertelde de consulent dat zij elke twee weken bij patiënte op huisbezoek ging. De huisarts had het verzoek van patiënte als dwingend ervaren. Daarbij was zij zich gaandeweg steeds meer ongemakkelijk gaan voelen. De consulent meent dat de huisarts zich opgelucht had gevoeld na ontvangst van het negatief SCEN-advies. De huisarts wilde daarna niets meer te maken hebben met het verzoek.

Kennisname van het verslag van de eerste SCEN-arts.

De consulent kende de betreffende SCEN-arts. De consulent besloot geen contact op te nemen met deze eerste SCEN-arts tot nadat hij patiënte had bezocht. Het is volgens de consulent een keurig verslag. Hij plaatst echter een vraagteken bij de conclusie, waar de eerste SCEN-arts het ondraaglijk lijden toeschrijft aan onvoldoende coping-gedrag. Deze conclusie is niet onderbouwd. De situatie waarin patiënte verkeerde, had al tien maanden voortgeduurd. Desgevraagd vertelt de consulent dat hij wel had begrepen welke behandelopties de eerste SCEN-arts voor ogen had gehad. Deze behandelopties waren hulpmiddelen, zoals een nieuwe telefoon met grote nummers, grotere televisie en nieuwe rolstoelbediening. Patiënte en haar kinderen hebben deze behandelopties besproken. Geen van deze middelen konden patiënte echter enige soelaas bieden. Patiënte had klachten van dien aard in de rug en handen, dat zij geen van de genoemde hulpmiddelen goed kon gebruiken of bedienen.

De consulent vertelt dat het consult ongeveer drie kwartier tot één uur duurde. Na afloop heeft de consulent contact opgenomen met de arts met het verzoek om hem op de hoogte te stellen over het verdere beloop van de procedure. De consulent heeft na de levensbeëindiging een mail van de arts ontvangen, waarin zij het verdere beloop heeft beschreven. De consulent vindt dat de arts zich goed had voorbereid op de uitvoering.

De consulent heeft na de levensbeëindiging contact opgenomen met de eerste SCEN-arts. Zij hebben in onderling overleg deze melding op de agenda van de volgende SCEN bijeenkomst geplaatst.

De commissie geeft aan geen nadere vragen meer te hebben en vraagt de consulent of alles voldoende besproken is en of hij zelf nog onderwerpen onder de aandacht van de commissie wil brengen. De consulent merkt op dat de formulering van de WTL ruimer is dan in de praktijk wordt toegelaten. Deze situatie leidt tot problemen, zoals bij deze melding het geval is geweest. Veel artsen willen hun handen niet branden aan ingewikkelde een casus.

d. Uitvoering

De arts heeft de hulp bij zelfdoding verleend door aanreiking van het middel, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp

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 het vereiste dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek overweegt de commissie het volgende.

De commissie overweegt dat patiënte haar verzoek bijna een jaar voor overlijden, na een val ten gevolge waarvan patiënte onder meer volledig zorgafhankelijk werd, voor het eerst aan de orde had gesteld bij haar huisarts. Het verzoek van patiënte was de aanleiding voor een onderzoek door een psychiater naar de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar verzoek. Dit onderzoek vond ongeveer drie maanden voor overlijden plaats. Ook was het verzoek aanleiding voor het bezoek van de eerste SCEN-arts dat bijna twee maanden voor overlijden plaatsvond en het bezoek van de SCEN-arts enkele dagen voor het overlijden.

Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseis besteedt de commissie bijzondere aandacht aan de vraag in hoeverre er zich een voldoende vertrouwensrelatie tussen arts en patiënte heeft kunnen ontwikkelen nu de arts slechts ruim een maand voor overlijden betrokken raakte bij het euthanasieverzoek van patiënte en haar slechts tweemaal had gesproken.

Blijkens het dossier en de mondelinge toelichting van de arts en de consulent is de arts kort nadat de huisarts had aangegeven om haar moverende redenen niet bereid te zijn het verzoek in te willigen, benaderd met het euthanasieverzoek van patiënte.

Ter voorbereiding op haar bezoek bijna een maand voor overlijden heeft de arts meerdere malen geprobeerd telefonisch contact op te nemen met de huisarts. Dit contact werd door de huisarts consequent afgehouden. De arts heeft wel inzage gekregen in het patiëntendossier. De arts heeft voor zichzelf aan de hand van het patiëntendossier een tijdslijn in kaart kunnen brengen met betrekking tot de ontwikkeling van de gesteldheid van patiënte en het ontstaan en de ontwikkeling haar euthanasieverzoek. Ook heeft de arts hieromtrent, voorafgaande aan haar eerste bezoek, uitgebreid gesproken met een naaste van patiënte. De arts heeft patiënte in totaal tweemaal bezocht, waarbij het eerste bezoek (bijna een maand voor overlijden) ongeveer anderhalf uur duurde en het tweede bezoek (ruim een week voor overlijden) ongeveer een uur duurde.

Tussentijds en naderhand heeft de arts nader contact gezocht en onderhouden met een naaste van patiënte.

Daarnaast heeft de arts kennisgemaakt van de bevindingen van zowel de eerste SCEN-arts als de SCEN-arts. Ook heeft de arts contact gehad met de SCEN-arts over het verslag van de eerste SCEN-arts die eerder door de huisarts was geconsulteerd, en zijn (de SCEN-arts) bevindingen zowel ten aanzien van het verslag van de eerste SCEN-arts als zijn bezoek aan patiënte. De arts heeft zelf geen contact gezocht met de eerste SCEN-arts.

De commissie benadrukt dat het geen goede zaak is – vooral wanneer een euthanasieverzoek aan de orde wordt gesteld - dat twee behandelende artsen niet met elkaar communiceren. Ook is de commissie van mening dat het onder deze omstandigheden, waar er geen communicatie mogelijk was tussen de arts en de huisarts, voor de arts wenselijk was geweest contact op te nemen met de eerste SCEN-arts voor nader overleg over zijn bevindingen en conclusie dat er volgens hem niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Desondanks komt de commissie - gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden – tot de conclusie dat de arts in alle redelijkheid heeft kunnen vaststellen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De commissie is verder van oordeel dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft 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 een 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.