

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Snel proces waarin de arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, patiënt eenmaal persoonlijk en eenmaal telefonisch heeft gesproken. De arts heeft zich er voldoende van kunnen vergewissen dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan om tot levensbeëindiging op verzoek over te kunnen gaan.

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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- aanmeldingsformulier Levensindekliniek
- gespreksverslagen
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal eigen huisarts
- patiëntenjournaal Levensindekliniek
- schriftelijke wilsverklaring
- behandelverbod en volmacht

De commissie heeft de arts schriftelijk om een nadere mondelinge toelichting gevraagd. De arts heeft zijn mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering van (...).

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 80 - 90 jaar, was sprake van een combinatie van aandoeningen. Patiënt had aangeboren klompvoeten waardoor het lopen altijd al moeilijk ging. Vanwege psychiatrische problematiek, die meer dan twintig jaar geleden eenmalig tot een manische episode had geleid, was patiënt ingesteld op lithium en daarmee was zijn toestand al die tijd stabiel gebleven. Vanaf elf jaar voor het overlijden was sprake van diabetes mellitus, gecompliceerd door polyneuropathie. Drie jaar later ontstonden nierfunctiestoornissen. Vier jaar voor het overlijden werd de diagnose chronische lymfatische leukemie gesteld. Patiënt was daarvoor onder controle en behandeling bij de internist, die in het jaar van het overlijden constateerde dat deze hematologische aandoening in een zeer rustig stadium verkeerde en er geen indicatie voor een behandeling was.

Vanwege zijn klompvoeten, neuropathie en pijn in de benen kon patiënt erg moeilijk lopen. Ook had hij problemen met zijn gebitsprothese waardoor hij alleen maar vloeibaar voedsel naar binnen kreeg. Daarnaast moest hij regelmatig braken en viel hij sterk af. Hij had last van duizeligheid, een gevoel van druk in het hoofd, vergeetachtigheid, extreme moeheid na enige activiteit en was onzeker ter been. Door krachtsverlies in zijn been was hij enkele malen gevallen.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond uit regelmatig braken, gewichtsverlies, conditieverlies en zeer ernstige vermoeidheid. Ook was hij regelmatig incontinent van urine en faeces. Door al zijn kwalen was hij toenemend beperkt geworden en niet meer in staat een normaal en zelfstandig leven te leiden.

Hij leed onder de verminderde mobiliteit, de toenemende afhankelijkheid van de zorg van anderen en de uitzichtloosheid van zijn situatie.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. 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 eigen huisarts over euthanasie gesproken.

Vanwege gewetensbezwaren kon de eigen huisarts niet op het euthanasieverzoek van patiënt ingaan. Patiënt heeft toen een andere huisarts gezocht, die een SCEN-arts heeft geconsulteerd. Deze SCEN-arts heeft, zonder patiënt gezien te hebben, geconstateerd dat niet op het

euthanasieverzoek kon worden ingegaan, omdat het een klaar met leven problematiek zou betreffen. Patiënt heeft vervolgens contact gezocht met de Stichting Levensindekliniek (SLK).

Ruim een maand voor het overlijden heeft patiënt het eerste gesprek gehad met een verpleegkundige, verbonden aan de SLK. Negen dagen voor het overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en hij vroeg de arts toen direct om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie. De arts heeft vervolgens telefonisch overleg gehad met de huisarts van patiënt en kennisgenomen van het patiëntenjournaal. 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 patiënt drie 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.

In zijn verslag kwam de 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 door intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental en 10 mg pancuronium.

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding waren bij de commissie vragen gerezen over het verzoek om euthanasie van patiënt, de onderliggende psychiatrische problematiek bij patiënt en over de mogelijk aanwezige redelijke alternatieven.

De commissie vroeg zich af, aangezien uit de stukken bleek dat de arts één gesprek heeft gevoerd met patiënt en één keer telefonisch contact heeft gehad met patiënt, in hoeverre de arts zich er van heeft kunnen overtuigen dat sprake was van een weloverwogen verzoek om euthanasie bij patiënt. In hoeverre heeft de arts een vertrouwensband met patiënt kunnen opbouwen?

Tevens vroeg de commissie zich af of de arts heeft overwogen om een psychiater in consult te roepen aangezien in de brief van de internist stond dat er sprake was van onderliggende psychiatrische problematiek.

Tot slot was het de commissie niet duidelijk geworden of de arts met patiënt heeft besproken of er voor zijn situatie nog een redelijke andere oplossing was. De commissie nodigde de arts uit om op de commissievergadering een toelichting te komen geven.

De arts gaf - zakelijk weergegeven - de volgende toelichting:

De arts is al vele jaren praktiserend huisarts en sinds vorig jaar is hij als arts verbonden aan de Stichting Levensidekliniek (SLK) in Den Haag.

Patiënt had zijn huisarts om euthanasie verzocht. De arts heeft negen dagen voor het overlijden een telefoongesprek met de huisarts gehad, waarin de huisarts vertelde dat zij geen ervaring met euthanasie had en daarom de casus met een SCEN-arts had besproken. Die SCEN-arts heeft, zonder patiënt te hebben bezocht, geoordeeld dat er sprake was van een “klaar met leven-problematiek”. De huisarts heeft de euthanasie niet willen uitvoeren en daarom heeft patiënt zich bij de Levensidekliniek aangemeld.

De arts heeft niet nader onderzocht hoe het gesprek tussen de huisarts en de SCEN-arts precies is gegaan, maar hij gaat er van uit dat de huisarts niet bereid was om de euthanasie uit te voeren en dat in de vraagstelling naar de SCEN-arts al heeft laten blijken. Voor de arts heeft de afwijzende reactie van die SCEN-arts dan ook niet veel betekend.

In zijn eigen huisartsenpraktijk heeft de arts de ervaring dat hij een lange behandelrelatie heeft met een patiënt, waarin op een gegeven moment euthanasie ter sprake kan komen. Als arts van de levensidekliniek (SLK-arts) heeft de arts slechts kort contact met een patiënt waarin hij met de patiënt alleen de vraag om euthanasie bespreekt. De SLK-arts beschikt over een patiëntendossier en is daardoor al op de hoogte van de medische achtergrond van de patiënt. De arts heeft als SLK-arts vaak van patiënten gehoord, als hij met hen een gesprek van anderhalf uur heeft gehad, dat hij al meer van de patiënt weet dan de eigen huisarts. Ook met deze patiënt heeft de arts een uitgebreid gesprek van ongeveer anderhalf uur gehad, waarin de arts heeft kunnen vaststellen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek.

De SLK-arts kan een euthanasieverzoek honoreren of afwijzen. Als er nog onduidelijkheden in het patiëntendossier zijn en er nog zaken zijn, die medisch moeten worden uitgezocht, dan wijst de SLK-arts een euthanasieverzoek af.

In het gesprek met de patiënt wordt over de hele ziektegeschiedenis gesproken en komt alles wat er speelt aan de orde. De SLK-arts kijkt naar de context waarin het euthanasieverzoek is gedaan en bekijkt daarbij ook of er sprake is van uitzichtloosheid.

De arts heeft niet overwogen om een psychiater te raadplegen.

Uit het gesprek dat hij met patiënt heeft gehad was het hem duidelijk dat patiënt niet depressief was, maar dat hij verdrietig was vanwege zijn afnemende capaciteiten. Hij vond zijn leven daardoor niet meer leuk. Vierentwintig jaar geleden was hij behandeld vanwege een psychiatrische stoornis, depressiviteit, maar met lithium was zijn situatie stabiel. Tegenover de consulent heeft patiënt verklaard dat hij zich niet depressief voelde, maar wel verdrietig en somber. Patiënt was eenzaam en met zijn kinderen had hij al twintig jaar nauwelijks contact. Alleen op verjaardagen was er contact. Als zijn kinderen kwamen, had hij binnen een paar uur ruzie met hen. De arts heeft patiënt gevraagd of hij toch nog contact met zijn kinderen wilde, maar dit heeft patiënt geweigerd en de arts heeft dat gerespecteerd.

Op de vraag of patiënt op een andere manier te helpen zou zijn geweest dan door op zijn euthanasieverzoek in te gaan, antwoordt de arts dat patiënt steeds verder vereenzaamd was geraakt door zijn afnemende capaciteiten. Patiënt had lange tijd een redelijk leven kunnen leiden, ondanks zijn klompvoeten en chronische lymfatische leukemie, maar de laatste maanden was hij toenemend kortademig geworden en was zijn fysieke toestand steeds slechter geworden. Hij kon niet meer (...) en kon geen contacten meer met zijn vrienden

onderhouden. Hij kon alleen nog wat rondscharrelen in huis.

De arts zou in deze zaak op dezelfde wijze hebben gehandeld als hij de eigen huisarts van patiënt zou zijn geweest. In het algemeen is het zijn gewoonte om als SLK-arts hetzelfde te oordelen als hij als eigen huisarts van de patiënt zou hebben gedaan.

Als er nog mogelijkheden zijn om de situatie voor een patiënt te verbeteren, dan gaat de SLK-arts niet in op het euthanasieverzoek. Maar voor deze patiënt waren er geen mogelijkheden tot verbetering meer.

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.

De commissie overweegt ten aanzien van de weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en een redelijke andere oplossing:

In de nadere mondelinge toelichting heeft de arts aangegeven dat hij door bestudering van het patiëntendossier reeds op de hoogte was van de medische achtergrond van patiënt. Vervolgens heeft de arts een uitgebreid gesprek met patiënt gevoerd, waarin de hele ziektegeschiedenis van patiënt en de context waarin het euthanasieverzoek is gedaan is doorgesproken. De arts was naar aanleiding van de informatie uit het patiëntendossier en het gesprek met patiënt er van overtuigd dat er sprake was van een weloverwogen verzoek van een wilsbekwame patiënt en dat er sprake was van een uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

De commissie meent dat, in dit concrete geval, de arts redelijkerwijze tot deze overtuiging heeft kunnen komen.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, de mondelinge toelichting van de arts daarbij mede 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 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. 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.