

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënte kampte met vasculaire, cardiale en pulmonale problematiek en met chronische lymfatische leukemie. Haar lijden bestond uit algehele zwakte, ernstige dyspnoe en pijn in het hele lichaam. Kort voor overlijden werd zij opgenomen in het ziekenhuis. Patiënte verzocht daar aan de verpleging en de hoofdbehandelaar, een collega van de meldend arts, om euthanasie. De hoofdbehandelaar kon de euthanasie niet uitvoeren. De meldend arts sprak patiënte voor het eerst op de dag van de levensbeëindiging. Hij had zich tevoren over patiënte geïnformeerd en contact gehad met de SCEN-arts. De meldend arts kon tot de overtuiging komen dat voldaan was aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.**

## **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

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- schriftelijke euthanasieverklaringen
- behandelverbod
- volmacht

De commissie heeft de arts schriftelijk verzocht haar nader te informeren. De arts heeft schriftelijk nadere informatie verstrekt. De commissie heeft de arts vervolgens schriftelijk verzocht zijn melding mondeling nader toe te lichten. De arts heeft deze nadere toelichting verstrekt. Van deze toelichting is een verslag gemaakt dat door de arts op een enkel onderdeel is gecorrigeerd.

## **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, leed aan een combinatie van aandoeningen. Twaalf jaar voor het overlijden werd zij getroffen door een acuut inferolateraal myocardinfarct, waarvoor zij werd behandeld met een PCI met stentplaatsing. Twee jaar later moest deze behandeling worden herhaald. Het jaar daarna werd bij patiënte Chronische lymfatische leukemie (CLL) vastgesteld, waarvoor zij echter, ook in verband met haar slechte cardiale toestand, geen behandeling wenste. Patiënte kreeg vier jaar voor het overlijden sensibele klachten van de rechterhand en lichte piramidale tekenen bij myelopathie. Twee jaar voor het overlijden werd bij patiënte claudicatio intermittens vastgesteld en een jaar voor het overlijden een significante stenose van de arteria iliaca communis dextra. In verband hiermee werd een endovasculaire bifurcatiestent geplaatst. Ruim een half jaar voor het overlijden onderging zij wederom een PCI-behandeling. Enkele maanden voor het overlijden werd patiënte getroffen door een CVA, waardoor zij last kreeg van apathie en initiatiefstoornissen. Zij herstelde hier redelijk van. Enkele weken voor het overlijden werd bij patiënte een pneumonie en pleuravocht geconstateerd, waarvoor een drain werd geplaatst. Er bleek sprake te zijn van pleuritis lymfomatosa, leucocytose en lymfocytose, mogelijk een opvlamming van de CLL. Anderhalve week voor het overlijden werd zij opgenomen in het ziekenhuis in verband met een collaps bij pneumosepsis en decompensatio cordis. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit algehele zwakte, vermoeidheid, cognitieve stoornissen en toenemende ernstige dyspnoe, ondanks permanente toediening van extra zuurstof. Ook had zij pijn in het hele lichaam. Door deze klachten kon patiënte niet meer op haar benen staan en was zij bedlegerig en toenemend ADL-afhankelijk. Patiënte kampte voorts met de wetenschap dat haar toestand alleen maar verder zou verslechteren en met de reële vrees voor verdere toename van de dyspnoe en uiteindelijk verstikking. Dit gebrek aan perspectief ervoer zij als bijzonder zwaar. 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**

Patiënte had negen jaar voor het overlijden over euthanasie gesproken en zeven jaar voor het overlijden een schriftelijke wilsverklaring opgesteld.

Ruim een week voor het overlijden heeft patiënte de verpleging in het ziekenhuis om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft deze wens nadien ook aan een collega van de arts in het ziekenhuis kenbaar gemaakt.

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 zes dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte 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 patiënte.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de 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. Schriftelijke toelichting arts**

Bij beoordeling van de melding was het de commissie onvoldoende duidelijk op welke wijze de arts zelfstandig tot de conclusie was gekomen dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan om tot levensbeëindiging over te gaan. Zij verzocht de arts haar daarover te informeren. Tevens wilde de commissie van de arts weten wat zijn overwegingen waren om al dan niet nog contact op te nemen met de SCEN-consulent.

De arts lichtte toe dat hij zichzelf op de hoogte had gesteld van de ziektegeschiedenis van patiënte door zich te verdiepen in de gestelde diagnoses, de verschillende behandelingen, ontstane complicaties, opnames in het verleden en de reden van de laatste opname en het beloop daarvan.

Daarnaast had hij het ziektebeloop van patiënte besproken met haar hoofdbehandelaar, kennis genomen van het verslag van het reeds uitgevoerde familiegesprek en overlegd met de arts-assistent die bij dat gesprek aanwezig was geweest. De dag voorafgaand aan het overlijden van patiënte had de arts overleg gevoerd met de SCEN-arts. Op de dag van het overlijden had hij, enige tijd voorafgaand aan de levensbeëindiging, een persoonlijk gesprek met patiënte en een familielid gevoerd in aanwezigheid van een verpleegkundige.

Ten aanzien van het contact met de SCEN-consulent lichtte de arts het volgende toe. Hij had van de arts-assistent begrepen dat de SCEN-arts - na zijn gesprek met patiënte - verzocht had de arts te mogen spreken die de levensbeëindiging zou uitvoeren. De arts was daar nog niet aan toe gekomen op het moment dat hij door de SCEN-arts werd gebeld. Tijdens dat contact werd hij door de SCEN-arts over diens conclusie geïnformeerd.

## **f. Mondelinge toelichting arts**

Aangezien bij de commissie nog enkele vragen betreffende deze melding waren blijven bestaan ondanks ontvangen nadere schriftelijke toelichting op de melding, verzocht de commissie de arts nader toe te lichten hoe hijzelf tot de overtuiging is gekomen dat patiënte echt wilde dat de levensbeëindiging werd uitgevoerd.

De arts gaf - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting.

De arts legde allereerst uit dat hij zijn werkzaamheden binnen het ziekenhuis op twee locaties verricht: twee dagen op de ene locatie (A) en drie dagen op de andere locatie (B).

Dientengevolge wordt niet steeds met dezelfde collega's samengewerkt. Directe collega's komen wel minstens eenmaal per week bij elkaar.

De arts vervolgde dat hij niet op locatie A aanwezig was toen patiënte een week voor haar overlijden wegens plotselinge verslechtering van haar situatie weer moest worden opgenomen. Zij was kort daarvoor uit het ziekenhuis ontslagen. Hoofdbehandelaar X heeft hem over deze verslechtering geïnformeerd zodra zij elkaar spraken. Op dat moment had hij niet zelf met patiënte gesproken.

Uit de informatie van X bleek dat patiënte tegenover hem als hoofdbehandelaar haar euthanasiewens had geuit. Er ontstond voor X een probleem aangezien hij op vrijdagen niet werkt en de week daarop met vakantie zou gaan. X veronderstelde toen dat de huisarts van patiënte bereid zou zijn om euthanasie in het ziekenhuis uit te voeren. Zowel X als hijzelf waren er namelijk van op de hoogte dat patiënte met haar huisarts over haar euthanasiewens had gesproken en verwachtten dat deze haar wens zou inwilligen na zijn vakantie.

De arts verklaarde dat hij ervan op de hoogte was dat een SCEN-arts patiënte zou bezoeken. Dit was op een vrijdag. X werkte toen niet zelf, maar in verband met de uitzonderlijke situatie was hij wel telefonisch bereikbaar. De arts werkte in die periode voornamelijk op de andere locatie, maar had wel contact met X over patiënte gehad.

Op de dag voorafgaand aan het overlijden werd vastgesteld dat patiënte werkelijk leed en dat de huisarts niet in de gelegenheid was om euthanasie uit te voeren. Op dat moment werd het voor de arts duidelijk dat de euthanasie door hemzelf zou moeten worden uitgevoerd. Een zaalarts doet dat volgens vast beleid niet. In onderling overleg werd vastgesteld dat de volgende dag een geschikte dag zou zijn voor de euthanasie. Dan was de arts namelijk werkzaam op locatie A.

Aan het eind van de dag voorafgaand aan het overlijden heeft de arts nog telefonisch contact gehad met de SCEN-consulent.

Op de dag van overlijden heeft hij patiënte vlak voor het middaguur voor het eerst persoonlijk gedurende ruim een half uur gesproken. Tevoren had hij haar ziektegeschiedenis doorgenomen en zich over haar situatie ingelezen. Een en ander heeft hij bij een familielid van patiënte geverifieerd.

De arts constateerde dat patiënte helder was, dat zij regelmatig over euthanasie had gesproken en consequent om uitvoering van euthanasie had verzocht, zowel bij haar huisarts als haar specialist in het ziekenhuis.

Al tien jaar eerder was bij haar hartproblematiek ontstaan. Zij was bekend met gegeneraliseerd vaatlijden, emfyseem en chronische lymfoïde leukemie. Het lichaam van patiënte was nu op. Patiënte was al verschillende malen wegens dyspneu in het ziekenhuis opgenomen geweest. Voor het laatst was zij wegens pneumonie en pleuritis lymfomatosa opgenomen geweest. De behandeling bestond uit drainage van het longvocht en antibiotica. Hierdoor was gedurende korte tijd verbetering ontstaan. Toen wederom verslechtering optrad werd patiënte opgenomen via dr. X haar specialist. Als gevolg van dyspneu was patiënte inmiddels geheel bedlegerig geworden. Zij leed daarnaast onder angst voor pijn en om te stikken. De arts kon zich dit goed voorstellen.

Patiënte was op het moment van het gesprek goed gepallieerd. Zij had een morfinepomp en kreeg Dormicum voor de nacht.

De commissie vroeg de arts wat hij gedaan zou hebben wanneer hij bij patiënte twijfel had geconstateerd. Verder wilde de commissie weten of de arts tijdsdruk had ervaren.

De arts verklaarde dat hij in geval van twijfel bij patiënte de euthanasie een week zou hebben uitgesteld.

Bij hem bestond er in ieder geval geen enkele twijfel. In een situatie als deze moeten directe collega's op elkaars uitspraken kunnen vertrouwen. De arts vond het verzoek van patiënte invoelbaar.

Iedere dag werken zijn collega's en hij met ernstig zieke patiënten. Zij zijn niet altijd in staat om alle klachten van patiënten zonder bijwerkingen te verlichten. Hij had ook wel eens meegemaakt dat hij een patiënt met een euthanasieverzoek moest overdragen aan een collega.

In deze casus had de arts een week voorafgaand aan het overlijden van patiënte te horen gekregen dat patiënte vanwege een plotselinge verslechtering weer in het ziekenhuis was opgenomen. Vanaf dat moment hield hij rekening met de mogelijkheid dat hij bij haar euthanasieverzoek betrokken zou raken.

Twee dagen voor haar overlijden had hij telefonisch bij de afdelingsartsen verdere navraag gedaan. De dag voor het overlijden kreeg hij te horen dat de huisarts de euthanasie door drukte na zijn vakantie niet kon uitvoeren.

De arts voelde zich voldoende vrij om euthanasie te kunnen weigeren. Er bestond namelijk geen acute situatie. Patiënte was goed gepallieerd maar er bestond een uitzichtloze situatie door haar ongeneeslijke en toenemende leukemie met toenemende ademhalingsproblemen bij beperkte reserve door emfyseem en matige algehele conditie.

### **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.

Gelet op bovenstaande nader toegelichte feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij 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 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.