

Casus 2 - RTE Jaarverslag 2012

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: de arts, verbonden aan de SLK, kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, nu patiënte door voorlichting over alternatieven haar afweging heeft kunnen maken; de arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

OORDEEL

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

(.....)

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Uit de verslaglegging van de arts en de consultant en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënte, een vrouw tussen 60 en 70 jaar, werd anderhalf jaar voor het overlijden een hersenstambloeding met als gevolg een halfzijdige verlamming, vastgesteld. Patiënte had sinds ongeveer vijf jaar perifeer arterieel vaatlijden en had meerdere TIA's gehad. Genezing was niet meer mogelijk. Door de TIA's en de hersenstambloeding was patiënte toenemend afhankelijk geworden. Zij kreeg ernstige visusklachten en spraakproblemen. Patiënte wilde niet naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum, zij wilde niet afhankelijk zijn. Patiënte kreeg thuis begeleiding voor zaken die ze zelf niet kon. Enkele weken voor het overlijden was sprake van een snelle achteruitgang waarbij ook aan de andere lichaamshelft problemen ontstonden. Patiënte werd nagenoeg geheel bedlegerig en afhankelijk van de zorg van anderen. Zij was incontinent van ontlasting en urine.

Het lijden van patiënte bestond uit toenemende invaliditeit bij een halfzijdige verlamming, de toenemende invaliditeit aan de andere lichaamshelft, slechthoortheid en incontinentie van urine en ontlasting. Patiënte was bedlegerig en afhankelijk van de zorg van anderen. Ook leed zij onder

de snelle achteruitgang zonder perspectief op herstel.

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 sprak een paar maanden voor het overlijden met haar eigen huisarts over euthanasie. De huisarts stond achter de wens van patiënte maar wilde de euthanasie niet uitvoeren omdat hij weinig ervaring met euthanasie had en zich in deze situatie minder zeker voelde.

Een maand voor het overlijden heeft patiënte contact gehad met een verpleegkundige van de Stichting Levenseinde Kliniek (SLK) waarna triage heeft plaatsgevonden.

Vijftien dagen voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere gesprekken gehad over euthanasie.

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 twee dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

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

Volgens het verslag van de consulent trof zij patiënte in bed aan. Zij lag in bed omdat ze niet lang kon zitten zonder haar balans te verliezen. Zij had weinig controle over haar coördinatie. Het spreken was wat beperkt maar dit stond een open communicatie niet in de weg. Op de consulent kwam patiënte helder en adequaat over. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënte vooral bepaald door de bestaande handicaps. De huidige situatie, de hele dag in bed, nooit meer naar buiten kunnen en niet meer goed kunnen zitten, beleefde ze als een lijdensweg en de teloorgang van met een luier in bed te moeten liggen kon zij niet verdragen.

In haar 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 voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van 1000 mg propofol en 20 mg pancuronium.

e. Mondelinge toelichting

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering was het de commissie opgevallen dat de arts verbonden was aan de Stichting Levenseinde Kliniek en dat de arts de behandeling van patiënte heeft overgenomen van de huisarts, omdat de huisarts zelf de levensbeëindiging niet wilde uitvoeren. Omdat het hier één van de eerste meldingen van een arts verbonden aan de

Stichting Levenseinde Kliniek betrof, wilde de commissie met de arts een gesprek voeren over de totstandkoming en de inhoud van de behandelrelatie met patiënte.

De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting op de commissievergadering.

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

De arts realiseert zich dat zij is uitgenodigd om een mondelinge toelichting te komen geven, mede omdat dit één van de eerste meldingen is van de Stichting Levenseinde Kliniek (verder: de Levenseinde Kliniek).

Patiënte werd via haar partner aangemeld bij de Levenseinde Kliniek. Zij was al lang onder behandeling van haar eigen huisarts en had met hem al langer over euthanasie gesproken. De eigen huisarts vond het verzoek van patiënte invoelbaar en duurzaam, maar durfde en kon de stap zelf niet nemen om de euthanasie uit te voeren.

De arts begreep dat de eigen huisarts moeite had om de euthanasie bij patiënte uit te voeren omdat patiënte niet terminaal ziek was. De arts wist niet waarom er geen collega huisarts uit de buurt door de huisarts van patiënte benaderd was.

De arts heeft bij elke stap die zij in het proces nam, overleg gehad met de huisarts van patiënte en hem daarbij betrokken. De huisarts is ook bij de uitvoering van de euthanasie aanwezig geweest. Na de euthanasie heeft zij nog uitgebreid met de huisarts de euthanasie besproken.

Na binnenkomst van de aanmelding bij de Levenseinde Kliniek wordt er een schriftelijk vragenformulier ingevuld. Er is contact met de betreffende aangemelde persoon en de huisarts. Er wordt toestemming gevraagd om informatie op te vragen en gegevens te verzamelen.

Dan gaat de aanmelding naar het ambulante team, een arts en een verpleegkundige die samen zijn getraind vanuit de Levenseinde Kliniek.

Nadat patiënte was toegewezen aan de arts en de verpleegkundige, werd via de partner van patiënte contact met haar opgenomen voor het maken van een afspraak. Het eerste bezoek aan patiënte vond plaats zeventien dagen voor het overlijden. De arts maakte van dit bezoek een verslag. Het tweede bezoek aan patiënte vond dertien dagen later plaats. Bij het derde bezoek van de arts aan patiënte vond de euthanasie plaats. Gedurende die periode heeft de arts diverse malen telefonisch contact gehad met patiënte.

De arts vond dat zij een goede vertrouwensrelatie met patiënte heeft kunnen opbouwen. Door haar werk als medisch specialist in een ziekenhuis is zij gewend om in een gesprek met een patiënt snel de diepte in te gaan. Dit was ook mogelijk door de wijze waarop patiënte de arts benaderde; in de (telefonische) gesprekken werd ook steeds voortgeborduurd op contacten met de eigen huisarts. De arts heeft de eigen huisarts er steeds bij betrokken, hem vóór het eerste gesprek met patiënte gesproken en alle volgende contacten met patiënte met de huisarts besproken. Ook met een begeleidster van de thuiszorg was er contact. Zo werd er een kringetje opgebouwd om patiënte.

De arts werkt twaalf en een half jaar in het ziekenhuis en de arts heeft vaker euthanasie uitgevoerd.

De arts heeft samen met de huisarts patiënte voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten. Ook heeft de arts patiënte alleen gesproken om zich een oordeel te vormen over de vrijwilligheid van het verzoek. Patiënte was heel helder en duidelijk, haar partner had het

er moeilijk mee. Niemand kon patiënte weerhouden van haar verzoek.

Het contact met de consulent verliep in de ogen van de arts bijzonder. Zij heeft gebeld met Atacom voor contact met een consulent. Zij kende de consulent niet. Zij heeft voor de consulent een pakket met informatie over patiënte gemaakt en op dinsdag dit pakket bij patiënte thuis achtergelaten. De consulent kende de eigen huisarts wel. De consulent is voorafgaande aan het bezoek aan patiënte zelf naar de eigen huisarts van patiënte toegegaan. De arts voelde zich hierdoor wel buiten spel gezet. Vervolgens is de consulent bij patiënte langsgegaan. Na de consultatie belde de consulent met de arts. De consulent gaf aan dat zij een zekere reserve had en plaatste twee opmerkingen onder het verslag. De arts is er van op de hoogte dat de commissie naar aanleiding van die opmerkingen de consulent om een schriftelijke toelichting heeft gevraagd.

De voorzitter geeft aan dat in die toelichting de consulent met name stelt dat zij het moeilijk vond dat de vertrouwensband tussen arts en patiënt is losgelaten met de komst van de levenseinde teams.

De arts geeft toe dat dit ook voor haar een van de lastige dingen is. De arts ervoer het als zwaarder dan verwacht om via de Levenseinde Kliniek in de thuissituatie euthanasie uit te voeren. Het deed haar meer dan zij had verwacht. Met name de afstand naar de woonplaats van patiënte maakte het voor de arts lastig. In het ziekenhuis heeft zij steeds de mogelijkheid om naar een patiënt toe te gaan. Ook de thuissituatie met familie erbij vond zij emotioneel zwaarder. In het ziekenhuis is er altijd een verpleegkundige bij.

De arts heeft als standpunt geen euthanasie te doen als het voor haar niet goed voelt en zij vindt het belangrijk om het goed te doen.

De arts had geen moeite om een relatie met patiënte aan te gaan met als doel het uitvoeren van euthanasie. Zij is dokter geworden om mensen te helpen en daaronder kan ook - na uitvoerig onderzoek en afwegen- het toepassen van euthanasie behoren. Zij voert geen euthanasie uit als zij niet honderd procent is overtuigd. Zij is verantwoordelijk.

De arts heeft de euthanatica per fax bij de apotheek besteld, na telefonisch overleg met de apotheker. De huisarts heeft de medicatie daar afgehaald. De arts kreeg de euthanatica van de huisarts overhandigd. De arts ervoer het niet als een veiligheidsrisico dat zij niet zelf de medicatie van de apotheek had opgehaald, zij vertrouwde de huisarts volledig. Zij heeft vooraf telefonisch contact met de apotheek en de huisarts gehad, het was het meest praktisch dat de huisarts de euthanatica in ontvangst zou nemen. De arts bevestigde dat de gevolgde procedure niet conform de regels was.

f. Schriftelijke toelichting

Bij de behandeling van de melding was het de commissie tevens opgevallen dat de consulent in de aanhef van haar verslag aantekende dat zij een zekere reserve bij zichzelf bemerkte bij de consultatie voor een arts verbonden aan de Levenseindekliniek.

De consulent maakte in dat verband twee slotopmerkingen onder haar verslag. De commissie verzocht de consulent nader uit te leggen wat haar bedenkingen waren en wat zij bedoelde met de slotopmerking dat zij afstand heeft moeten nemen van haar eigen kader en normen en dat zij het buitengewoon ingewikkeld vond dat er geen traditionele arts-patiënt behandelrelatie was en dat zij ook hiervan in het kader van haar functie als SCEN-arts nadrukkelijk afstand heeft moeten nemen.

De commissie vroeg zich af of zij zich in deze casus voldoende vrij heeft gevoeld om een onafhankelijk oordeel te geven.

De commissie heeft de consulent verzocht hierover een nadere schriftelijke toelichting te geven.

De consulent gaf -zakelijke weergegeven- de volgende schriftelijke toelichting:

Aan het begin van het consultatieverslag beschreef de consulent dat deze situatie voor haar nieuw was, omdat zij niet eerder een SCEN-verzoek gekregen had vanuit de levenseindekliniek. Dat op zichzelf was aanleiding voor een verhoogd gevoel van alertheid tijdens voorbereiding, bezoek en beschrijving van de situatie.

Immers de levenseindekliniek is ontstaan vanuit een maatschappelijke behoefte om meer zeggenschap, een grotere autonomie over het sterven bij mensen, die zich bij de eigen huisarts niet voldoende gehoord voelden of wier verzoek om euthanasie door de huisarts werd afgewezen. Deze achtergrond zorgde voor een 'extra laag' in de consultatie. Dat is wat de consulent in haar voorwoord beschreef als 'reserve' ervaren.

De consulent heeft de afgelopen jaren veel te maken gehad met het omgaan met vragen rond het levenseinde.

In de afgelopen tien jaar is er, aldus de consulent, toch wel één en ander gaan schuiven in euthanasieland. Als zij de criteria voor het beoordelen van een euthanasieverzoek op een rijtje zet, dan ziet zij een ontwikkeling in het ruimer gaan interpreteren van de toetsingscriteria in de tussenliggende jaren. Niet alleen wordt lijden veel ruimer en breder gedefinieerd, ook het perspectief van aard en ernst van de onderliggende aandoening is verruimd naar een optelsom van medisch classificeerbare aandoeningen, c.q. beperkingen. Alleen de duurzaamheid en consistentie van het verzoek zijn hetzelfde gebleven; deze veronderstellen een langdurige, in ieder geval intensieve vertrouwensrelatie tussen uitvoerend arts en patiënt.

Het is mogelijk dat veranderingen in interpretatie van criteria voortkomen uit voortschrijdend inzicht, zoals alles altijd verandert en niets hetzelfde blijft. De consulent kan er als SCEN-arts mee leven.

Wat zij veel moeilijker vond was dat de vertrouwensband tussen huisarts en patiënt is losgelaten met de komst van de levenseindeteams. Want onder het ruimer interpreteren van de toetsingscriteria moet naar haar mening de vertrouwensband tussen huisarts en patiënt als een solide basis verankerd zijn. De conclusie van de consulent is dat het 'nee, tenzij..' is veranderd in een 'ja, indien...' . Dat heeft natuurlijk zijn invloed en uitwerking op de consultatie door de SCEN-arts.

Conform de richtlijn van de KNMG over SCEN-consultatie toetst de SCEN-arts de juridische criteria van de euthanasiewet, niet meer en niet minder.

Zoals de consulent uiteengezet heeft, zijn volgens haar deze criteria in de afgelopen tien jaar niet hard gebleken, maar is de interpretatie ervan verruimd en versoepeld.

De SCEN-arts kan dus een verzoek goedkeuren, dat hij of zij zelf, indien hij of zij dat verzoek zou krijgen als behandelend arts, niet zou willen of kunnen inwilligen. Dat is wat zij beschreef als 'afstand moeten nemen van eigen kader en normen'. Het lijkt de consulent niet gewenst dat door het louter juridisch toetsen van versoepelde interpretatie van wetgeving de criteria zullen worden doorontwikkeld tot de norm van de meest ruimdenkende euthanasie uitvoerende artsen.

Overigens hebben deze overwegingen, die de consulent voor zij deze SCEN-beoordeling deed al had, haar niet in haar vrijheid belemmerd. Dat blijkt in haar ogen ook uit de beschrijving die zij gaf en het verslag dat zij heeft gemaakt na het bezoek aan patiënte. Als er al iets van invloed zou

zijn geweest dan zou dat geweest moeten zijn dat zij meer dan anders de criteria heeft gewogen en getoetst. En tot een positief oordeel is gekomen.

Zoals de consulent eerder schreef was dat meer 'een versterkt of meer geconcentreerd bewustzijn'. Zij kon zich niet anders voorstellen dan dat elke SCEN-arts dat zou hebben bij een verzoek om een SCEN-beoordeling vanuit de levenseindekliniek.

De consulent hoopte de commissie hiermee voldoende te hebben verduidelijkt wat zij enigszins cryptisch omschreef.

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 met betrekking tot het overnemen van de behandeling van patiënte met als doel euthanasie uit te voeren het volgende:

Het is de commissie opgevallen dat de arts verbonden was aan de Stichting Levenseinde Kliniek en dat de arts de behandeling van patiënte heeft overgenomen van de eigen huisarts van patiënte, omdat de huisarts zelf de levensbeëindiging niet wilde uitvoeren.

De commissie is van oordeel dat indien een behandelend arts niet aan een euthanasieverzoek kan of wil voldoen, het een patiënt vrij staat om een andere arts te zoeken.

De arts die op deze wijze bij de euthanasieprocedure betrokken wordt en de behandeling overneemt, zal de tijd moeten nemen om een patiënt goed genoeg te leren kennen om te kunnen beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen voldaan kan worden. Dit is alleen in kaart te brengen na diepgaand en herhaald overleg met een patiënt. Een absoluut getal voor frequentie of het tijdsverloop van dit overleg kan niet gegeven worden. Voorts vereist een dergelijke situatie een goede communicatie met de behandelend arts en overdracht van patiëntgegevens.

In deze casus heeft de arts patiënte voor uitvoering van de euthanasie tweemaal bezocht en zij heeft diverse uitgebreide telefoongesprekken met patiënte over haar euthanasieverzoek gevoerd. De arts heeft ook meerdere contacten gehad met de eigen huisarts van patiënte waarbij patiëntgegevens waren overgedragen en zij heeft contact gehad met familie en verzorgers van patiënte. De eigen huisarts van patiënte is bij de behandeling betrokken gebleven. De arts heeft de consulent via de normale in Nederland gebruikelijke procedure benaderd en heeft een gesprek met de consulent gehad.

De commissie komt tot de conclusie na kennis te hebben genomen van het dossier en na de arts te hebben gehoord, dat door de beschreven werkwijze van de arts aan bovenstaande voorwaarden is voldaan.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, de nadere mondelinge toelichting van de arts en de nadere schriftelijke toelichting van de consulent 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 patiënte en dat er sprake was 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 haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

De commissie overweegt met betrekking tot de uitvoering het volgende:

Het is de commissie opgevallen dat de huisarts van patiënte de euthanatica van de apotheek heeft afgehaald en deze aan de arts heeft overhandigd.

In de thans geldende richtlijn, de Standaard euthanatica 2007 van de KNMP/WINAp, is onder de "zorgvuldigheidscriteria apothekers" opgenomen dat de aflevering van een euthanaticum uitsluitend door de apotheker rechtstreeks aan de arts plaats dient te vinden.

Zowel uit de stukken als uit de mondelinge toelichting van de arts blijkt dat in dit geval de arts de euthanatica per fax bij de apotheek heeft besteld en dat na overleg de huisarts van patiënte de euthanatica bij de apotheek heeft opgehaald. De commissie is van mening dat de arts conform de richtlijn de euthanatica zelf bij de apotheker had moeten afhalen. Nu er een zo nauwe samenwerking was tussen de arts, de huisarts van patiënte en de apotheker en de arts zelf met de apotheker heeft gebeld, is de commissie van mening dat dit niet een zodanig gebrek in de uitvoering is dat dit zou moeten leiden tot het oordeel dat de arts niet heeft voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseis van een medisch zorgvuldige uitvoering.

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.