De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie hebben dit oordeel ter publicatie aangeboden. Medisch Contact publiceert nu en dan een opvallend en nog niet publiek gemaakt oordeel.

Huisarts voldoet niet aan consultatie-eisen euthanasie

Euthanasie verlenen is zwaar. Geregeld zoeken artsen hierbij steun van een collega. Soms vormen artsen bij een verzoek een duo. Goede reden daarvoor kan comorbiditeit van de patiënt zijn. In deze zaak vroeg een verpleeghuisbewoner van boven de 70 jaar met onder meer een bipolaire stoornis en parkinsonisme zijn psychiater om hem te helpen sterven. Zijn psychiater en huisarts hadden een intensieve behandelrelatie met de man en wisselden veel over hem uit. De psychiater had de procedure begeleid, de SCEN-consultatie aangevraagd en de huisarts steeds mondeling geïnformeerd over het proces. Een maand tevoren spraken ze af dat de huisarts de euthanasie zou uitvoeren, omdat de psychiater te weinig ervaring had met een intraveneuze katheter. De psychiater stuurde de meldingsformulieren in. Maar de wet eist dat de arts die euthanasie toepast, deze meldt. En dus moest de huisarts deze melding alsnog doen van de toetsingscommissie. De huisarts zat plots in de moeilijke situatie dat hij een euthanasie had uitgevoerd zonder zelf contact te hebben gehad met de consulent. De wet eist ook dat de arts een onafhankelijke arts heeft geraadpleegd. Voor het overdragen van die taak ziet de commissie in deze situatie, waarin geen sprake was van nood, geen ruimte. De RTE wilde dat de arts zelf op het verslag van de SCEN-arts had kunnen reflecteren. De commissie oordeelde daarom dat de huisarts niet had voldaan aan de eisen van consultatie, maar merkt op dat beide artsen zich zeer betrokken voelden en zochten naar de minste belasting voor de patiënt.

Eva Nyst, journalist
mr. Josine Janson, adviseur gezondheidsrecht KNMG

Oordeel Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) hebben, in de zaak onder nummer 2019-03, A, huisarts, uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting. Van de mondelinge toelichting is een verslag gemaakt. Het verslag is door de arts geaccordeerd.

Feiten en omstandigheden

Uit de verslaglegging van de arts, de behandelend psychiater, de consulent, de overige ontvangen gegevens en uit de informatie die de arts heeft gegeven tijdens het gesprek met de commissie is het volgende gebleken:

Na de ontvangst van de melding bleek dat niet de behandelend psychiater die de melding deed maar de huisarts van patiënt (verder te noemen: de arts), de levensbeëindiging op verzoek had uitgevoerd.

De behandelend psychiater had het modelverslag opgesteld en ondertekend. Ook de arts had het verslag ondertekend omdat hij de euthanatica had toegediend.

De commissie vroeg de behandelend psychiater telefonisch hoe de procedure was verlopen en wat de rol van de arts was geweest. De behandelend psychiater gaf aan dat hij de hele procedure had begeleid, maar dat hij enkele weken voor de uitvoering met de arts had afgesproken dat niet hij maar de arts de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek zou doen, omdat hij weinig ervaring heeft met het inbrengen van een venflon. De behandelend psychiater overwoog nog om een ambulanceverpleegkundige de venflon te laten inbrengen, maar de arts vond het geen fijn idee dat een vreemde dit op het moment van de uitvoering van de euthanasie zou moeten doen en bovendien had hij ervaring met het inbrengen van een venflon. De arts vond dat hij, als hij de venflon had ingebracht, ook de euthanatica moest toedienen.

De commissie beschouwt degene die de euthanasie uitvoert als melder. De commissie vroeg daarom de arts de melding te doen. De arts heeft vervolgens een modelverslag ingestuurd.

Zowel uit het eerdere verslag van de behandelend psychiater als uit de verslaglegging van de arts bleek dat niet de arts maar de behandelend psychiater de consulent had geraadpleegd. Tijdens het gesprek met de arts bleek dat de arts de consulent

niet had gesproken en niet zelf kennis had genomen van het verslag. Wel lichtte de behandelend psychiater de arts mondeling in over de bevindingen van de consulent.

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Patiënt, een man van 70-80 jaar, leed al vele jaren aan een bipolaire stoornis. Daarnaast was sprake van in de loop der jaren toenemende lichamelijke problemen als gevolg van *lower body* parkinsonisme, die zijn vermogen om zelfstandig te functioneren steeds meer beperkten. Patiënt ontwikkelde tevens cognitieve stoornissen, die vermoedelijk samenhingen met de bipolaire stoornis, maar ook werden veroorzaakt door vasculaire cerebrale schade. Ook was er sprake van fecale incontinentie, claudicatio intermittens en diabetes.

Patiënt werd voor zijn psychiatrische klachten behandeld door de psychiater. De arts nam de behandeling van alle overige klachten op zich. Beide artsen hadden regelmatig contact over de toestand van patiënt, zowel schriftelijk, telefonisch als persoonlijk. De laatste jaren werd behandeling steeds moeilijker, omdat patiënt als gevolg van zijn voortschrijdende lichamelijke achteruitgang ernstige bijwerkingen van de medicatie ontwikkelde. Ook had patiënt ondanks het gebruik van antidepressiva regelmatig depressieve periodes. Van behandeling met elektroconvulsieve therapie werd afgezien vanwege de reeds bestaande cognitieve stoornissen en het recidiverende karakter van zijn klachten. De arts en de behandelend psychiater hadden beiden steeds een zeer intensieve behandelrelatie met patiënt. De arts bezocht het verpleeghuis waar patiënt verbleef heel regelmatig ook voor andere patiënten en had dan vaak ook even een (soms informeel) contact met patiënt.

Het lijden van patiënt bestond uit ernstige somberheid en anhedonie, gepaard gaande met suïcidale gedachten en toenemende lichamelijke achteruitgang. Mede als gevolg van zijn cognitieve achteruitgang kon hij steeds minder goed gesprekken voeren en kon hij sociale contacten niet onderhouden. Aanvankelijk meende de arts dat de ondraaglijkheid van het lijden werd bepaald door de psychiatrische problematiek. Gaandeweg het proces werd het de arts duidelijk dat patiënt ook ondraaglijk leed als gevolg van zijn somatische achteruitgang, zoals problemen met lopen en bewegen en incontinentie voor feces, wat hij afschuwelijk vond. Voor de dagelijkse verzorging was hij afhankelijk van de zorg van anderen. Hij leed ook ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van zijn situatie en zijn toenemend sociaal isolement. Patiënt ervoer totaal geen kwaliteit van leven meer. Het werd voor patiënt vrijwel onmogelijk om zijn leven invulling te geven en hij wilde het liefst op een waardige manier sterven.

Circa een maand voor het overlijden raadpleegde de behandelend psychiater een onafhankelijke psychiater. Deze onafhankelijke psychiater stelde vast dat patiënt al vele jaren aan een bipolaire stoornis leed. De stoornis kon niet meer adequaat behandeld worden wegens comorbide stoornissen. De medicatie die patiënt nodig had, gaf zoveel bijwerkingen dat deze alleen maar verdere algehele achteruitgang veroorzaakte. De onafhankelijke psychiater concludeerde dat er voor patiënt geen reële behandelopties meer waren om de stemmingsstoornis adequaat te behandelen en er daardoor geen ingang meer was om de kwaliteit van leven te verbeteren.

De arts heeft de bevindingen van deze onafhankelijke deskundige niet ingezien, maar de behandelend psychiater heeft wel mondeling de conclusie van deze deskundige aan de arts meegedeeld.

De arts en de behandelend psychiater bespraken de ziektegeschiedenis en eventuele behandelmogelijkheden uitgebreid. De arts en de behandelend psychiater waren er beiden van 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 op het gebied van de somatische klachten en de behandelend psychiater op het gebied van de psychiatrische klachten, patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënt had de behandelend psychiater ruim een jaar voor de het overlijden concreet om euthanasie verzocht.

Rond die tijd sprak patiënt ook met de arts over euthanasie. Bij vrijwel ieder contact daarna met hem, benadrukte patiënt zijn wens. Tijdens de gesprekken was patiënt zich altijd bewust van de gevolgen van zijn verzoek en gaf hij nadrukkelijk aan voor euthanasie te kiezen. De arts was er echter wel steeds van uitgegaan dat de behandelend psychiater de euthanasie zou uitvoeren. Voor patiënt was dit ook een duidelijk gegeven.

De behandelend psychiater raadpleegde een maand voor de uitvoering een onafhankelijke deskundige psychiater om te bezien of patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van het verzoek. De onafhankelijke deskundige psychiater was ervan overtuigd dat patiënt een wilsbekwaam verzoek uitte. Vanaf dat moment kreeg de behandelend psychiater bedenkingen over het technische deel van de uitvoering.

De arts was er zelf ook van overtuigd, op grond van zijn intensieve contacten met patiënt, dat hij een vrijwillig en weloverwogen verzoek uitte. Hij stelde voor dat hij de venflon zou

inbrengen en de euthanatica zou toedienen. De behandelend psychiater ging met dit voorstel akkoord.

De arts heeft de bevindingen van de onafhankelijke deskundige niet ingezien, maar de behandelend psychiater heeft wel mondeling de conclusie van deze deskundige aan de arts meegedeeld.

c. Consultatie
Niet de arts maar de behandelend psychiater raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt een week voor de levensbeëindiging, nadat zij door de behandelend psychiater over patiënt 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 patiënt. De consulent was ervan overtuigd dat patiënt ondraaglijk leed als gevolg van zijn onbehandelbare stoornis, zijn cognitieve achteruitgang en zijn lichamelijke aftakeling. Volgens de consulent was patiënt wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts had de consulent niet zelf geraadpleegd, had zelf geen contact met de consulent gehad en ook las hij het verslag van de consulent niet. De arts was wel mondeling door de behandelend psychiater geïnformeerd over de strekking van het verslag.

d. Uitvoering
De arts heeft, in aanwezigheid van de behandelend psychiater, de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP-richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

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 dat er in het geval van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. In deze casus heeft niet de arts maar de behandelend psychiater een onafhankelijke deskundige psychiater geconsulteerd, die concludeerde dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek en dat er geen relevante behandelopties meer waren. De arts heeft de onafhankelijke psychiater niet gesproken en ook heeft hij diens verslag niet zelf gelezen. De behandelend psychiater heeft de arts wel mondeling van de bevindingen op de hoogte gesteld.

De arts had patiënt veelvuldig bezocht en vond geen aanwijzingen dat er sprake zou zijn van een stoornis in het bewustzijn van patiënt. Hij was overtuigd van de wilsbekwaamheid van patiënt. Zoals de arts aangaf tijdens het gesprek was hij ervan overtuigd geraakt dat het lijden voor patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was. Niet alleen vanwege zijn psychiatrisch lijden, maar ook als gevolg van de ervaren toenemende lichamelijke klachten.

De arts heeft de patiënt gedurende het proces 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 behandelend psychiater was met name op het gebied van de psychiatrische klachten van patiënt ook tot deze conclusie gekomen.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden 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 hij zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met de patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Wat betreft de consultatie overweegt de commissie het volgende.

De arts behoort voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen die de patiënt ziet en beoordeelt of is voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen a tot en met d.

De geraadpleegde consulent geeft een onafhankelijk oordeel over de vraag of hij vindt dat aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen (a tot en met d) is voldaan en doet daarvan schriftelijk verslag aan de arts. Dit consult is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het helpt de arts na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Uit de verslaglegging van de behandelend psychiater en van de arts en tijdens het gesprek dat de arts met de commissie voerde, is gebleken dat de behandelend psychiater de SCEN-arts raadpleegde en kennisnam van diens verslag. De arts heeft geen contact gehad met de consulent en heeft diens verslag ook niet gelezen. De arts heeft het verslag van de consulent zelf dan ook niet kunnen gebruiken om na te gaan of de consulent van oordeel was dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, maar hij is afgegaan op de mondelinge mededeling hierover van de behandelend psychiater. De arts heeft derhalve ook niet

kunnen reflecteren op basis van het verslag van de consulent alvorens hij de euthanasie uitvoerde.
De consulent wist nu ook niet dat de arts en niet de behandelend psychiater die het consult aanvroeg, de euthanasie zou uitvoeren. Zij heeft zich dan ook niet onafhankelijk ten opzichte van de arts kunnen verklaren.

De commissie merkt hierbij op dat er in dit geval geen sprake was van een noodsituatie waardoor haast geboden was inzake de uitvoering van de euthanasie. Sterker nog, de arts en de behandelend psychiater hadden al ruim voor de uitvoering van de euthanasie besloten dat de arts de venflon zou inbrengen en de middelen zou toedienen. Er was dan ook tijd genoeg geweest voor de arts om op een eerder moment de euthanasieprocedure in zijn geheel over te nemen. De arts was immers al een jaar betrokken bij de procedure en was er zelf ook van overtuigd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts had dan de consulent zelf kunnen raadplegen en diens verslag kunnen lezen.

De arts heeft derhalve niet voldaan aan de eis genoemd in art. 2 lid 1 onder e.

De commissie overweegt hierbij dat de arts en de behandelend psychiater tot doel hadden de uitvoering voor patiënt op een voor hem zo min mogelijk belastende wijze te verrichten. Zij voelden zich beiden zeer betrokken bij patiënt en zij hebben de euthanasie op deze wijze uitgevoerd met de beste intenties. Beide artsen hebben zich niet gerealiseerd dat de uitvoerend arts de SCEN-arts had moeten raadplegen en kennis had moeten nemen van haar verslag.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Beslissing

De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. ■

contact
n.visee@toetscie.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web
Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

PRAKTIJKPERIKEL

SCHANDELIJK

Onderstaande brief kreeg ik als huisarts van de regionale ggz-instelling. Lees voor de grap in plaats van 'FACT-teams' eens 'cardiologen'.

Geachte heer, mevrouw,

U heeft een aantal van uw cliënten naar een van onze FACT-teams verwezen. Helaas zijn wij niet in de gelegenheid direct een intakegesprek te plannen en de behandelverantwoordelijkheid over te nemen. Dat spijt ons zeer want wij weten van onze ervaringsdeskundigen dat het heel vervelend is als cliënten moeten wachten. Wij vinden het echter ook heel belangrijk om voldoende tijd en aandacht te hebben voor de cliënten die reeds in behandeling zijn.
Wij hebben om die reden de cliënten geadviseerd gebruik te maken van het aanbod van een aantal ervaringsdeskundigen om alvast met hen in gesprek te gaan. Met hen kunnen uw cliënten onderzoeken of zij alvast kunnen beginnen met het werken aan herstel en het zoeken naar welke ondersteuning zij nodig hebben. Ook kunnen zij hun ervaring delen en zij kunnen voorlichting geven over de FACT-teams.
De ervaringswerkers van Haarlem zijn beschikbaar. U of uw cliënt kan contact met hen opnemen en een afspraak plannen door te bellen met de zorgadministratie van Haarlem (023-...) of mailen naar ... Tevens hebben zij een inloop op de Vrijplaats van Zuiderpoort op de dinsdagen van 11.00 tot 16.00 uur, cliënten kunnen zonder afspraak binnenlopen.
Wij hopen dat u en de cliënten hierdoor enige steun ervaren totdat behandeling in het FACT-team van start kan gaan.

Met vriendelijke groet,
Zorgadministratie GGZinGeest

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl