

Casus 10 - RTE Jaarverslag 2012

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: arts kon tot de overtuiging komen dat alternatieven zoals medicatie, het bieden van structuur en opname in een verpleeghuis voor deze specifieke patiënte niet redelijk waren.

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 consulent en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 80 tot 89 jaar, werd bij al langer bestaande geheugenklachten, in mei 2011 de ziekte van Alzheimer gediagnosticeerd. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënte functioneerde nog redelijk maar vond het idee om steeds meer te moeten inleveren ondraaglijk. De aftakeling die haar te wachten stond, was voor patiënte een spookbeeld. Patiënte wilde onder geen enkele voorwaarde opgenomen worden in een verpleegtehuis.

Het lijden van patiënte bestond uit geheugenklachten en het zekere vooruitzicht psychisch af te takelen, haar zelfstandigheid te verliezen en toenemend hulpbehoevend te worden.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.

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

Er bestonden 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 heeft in de jaren voorafgaand aan haar overlijden regelmatig met de arts gesproken over haar euthanasiewens op het moment dat zij niet meer zelfstandig zou kunnen functioneren. Na het bekend worden van de diagnose van de ziekte van Alzheimer heeft patiënte onmiddellijk de arts concreet om euthanasie verzocht. Zij wilde geen enkel risico lopen dat zij niet meer in staat zou zijn haar wil te bepalen en haar euthanasiewens te uiten. Zij was bang dat het dan te laat zou zijn voor euthanasie.

De arts en patiënte hebben meerdere gesprekken hierover gevoerd.

Een week voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De behandelend geriater was van mening dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en haar lichamelijke situatie.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte drie 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. De consulent vond patiënte helder van geest, niet depressief en zeker wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van haar gesprek met patiënte tot de onvoorwaardelijke 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. Nadere mondelinge toelichting van de arts

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat de levensbeëindiging van patiënte kort na het bekend worden van de diagnose was uitgevoerd.

Naar aanleiding daarvan was bij de commissie een aantal vragen gerezen.

De commissie vroeg zich onder andere af hoe weloverwogen het verzoek van patiënte was geweest.

De commissie wilde ook weten waarom de arts overtuigd was dat patiënte ondraaglijk leed. Bovendien wilde de commissie van de arts horen over welke palliatieve alternatieven hij met patiënte had overlegd. De commissie nodigde de arts uit om op de commissievergadering een toelichting te komen geven.

De arts gaf -zakelijk weergegeven- de volgende toelichting.

De behandelend geriater van patiënte vertelde haar op (...) 2011, na voorafgaand onderzoek, dat haar geheugenklachten waren geduid als tekenen van de ziekte van Alzheimer. Patiënte was in 2005 ook al eens getest, maar toen kon geen geheugenproblematiek worden vastgesteld. De echtgenoot van patiënte was op dat moment aan het dementeren en patiënte was bang om hetzelfde te moeten meemaken.

Sinds die tijd had de diagnose van de ziekte van Alzheimer als een zwaard van Damocles boven patiënte gehangen.

Patiënte gaf direct na het horen van de diagnose zowel tegenover de geriater als haar huisarts aan dat zij, nu zij wist wat haar mankeerde, zo snel mogelijk euthanasie wenste. Patiënte was heel resoluut en stellig en wilde zelfs haar verjaardag, die al snel zou plaatsvinden, niet afwachten.

De kern van het lijden van patiënte werd gevormd door het besef dat zij op termijn afhankelijk zou worden. Patiënte had al jarenlang bij elk consult aangegeven dat zij niet afhankelijk wilde worden als gevolg van de ziekte van Alzheimer. Datgene waar patiënte zo lang bang voor was geweest, dreigde nu werkelijkheid te worden. Zij was nu al duidelijk zichtbaar gefrustreerd en geïrriteerd door haar cognitieve problematiek. Patiënte wilde toekomstig ernstiger lijden vóór zijn. Patiënte wilde het moment niet afwachten dat zij nog meer klachten zou ervaren en ook niet het risico lopen dat zij door snelle achteruitgang wilsonbekwaam zou worden.

De arts vond het verzoek van patiënte gezien haar persoonlijkheid invoelbaar. Patiënte was heel zeker van haar zaak, maar niet dwingend. De arts voelde zich niet door haar onder druk gezet. Patiënte had misschien een kokervisie maar de geriater had vastgesteld dat geen sprake was van een psychiatrische stoornis.

Patiënte wilde absoluut geen palliatieve behandelingen meer ondergaan. Zij wilde geen medicatie en niet opgenomen worden in een verpleeghuis. De arts heeft niet aangeboden om bijvoorbeeld maandelijks bij patiënte langs te komen om het proces te monitoren, omdat hij wist dat een dergelijk voorstel voor patiënte onbespreekbaar was. Het kostte al heel wat overredingskracht om patiënte nog vijf weken te laten wachten op de euthanasie. De arts kon niet zeggen of hij bij een eventuele volgende patiënt met de ziekte van Alzheimer meer op zijn strepen zou gaan staan met het bespreken van redelijk alternatieven omdat individuele gevallen moeilijk met elkaar vergelijkbaar zijn.

f. Nadere mondelinge toelichting van de consulent

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat de levensbeëindiging bij patiënte kort na het bekend worden van de diagnose was uitgevoerd. Naar aanleiding hiervan was bij de commissie een aantal vragen gerezen. De commissie vroeg zich onder andere af waarom in de ogen van de consulent het verzoek van patiënte weloverwogen was. De commissie wilde van de consulent horen waarom de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte voor haar invoelbaar was. Bovendien wilde de commissie met de consulent spreken over de palliatieve alternatieven die misschien nog aanwezig waren.

De commissie nodigde de consulent uit om een nadere toelichting te komen geven op de commissievergadering.

De consulent gaf –zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting.

Patiënte was een gedistingeerde vrouw, die altijd zeer zelfstandig was geweest. Sinds 2005 was sprake van geheugenproblemen. Patiënte werd steeds vergeetachtiger en leefde daardoor al jaren met het spookbeeld van de ziekte van Alzheimer. Sinds het overlijden van haar echtgenoot in 2007 had patiënte bij elke visite aan de arts aangegeven dat zij niet wilde aftakelen of afhankelijk wilde worden. Enkele malen werd de oorzaak van de geheugenproblemen onderzocht, aanvankelijk echter zonder resultaat. In 2010 had een behandelend neuroloog wel gesuggereerd dat er misschien sprake was van de ziekte van Alzheimer. Een jaar later werd deze diagnose daadwerkelijk gesteld. Het vastgestelde ziektebeeld met het vooruitzicht op verval en afhankelijkheid was voor patiënte een nachtmerrie. Dit samen met het reeds bestaande gevoel dat zij de grip aan het kwijt raken was, veroorzaakte bij patiënte een allesomvattende angst en een ondraaglijk lijden. Tijdens het gesprek werd deze angst en de ondraaglijkheid van het lijden voor de consulent duidelijk invoelbaar. Eigenlijk was patiënte blij dat er nu een diagnose gesteld was. Door het bekend worden van de diagnose was het voor patiënte klaar en was zij vastbesloten in haar euthanasiewens. De kinderen van patiënte steunden haar in haar verzoek om euthanasie. De consulent vond het verhaal van patiënte, die haar waardigheid niet wilde verliezen, consistent en overtuigend. Het verpleeghuis was voor patiënte een spookbeeld maar de weg daar naar toe ook. Patiënte voelde zich ellendig. Zij was een krachtige, reële vrouw die de standaard voor zichzelf hoog wilde houden. Aan het eind van het gesprek kon de consulent de dementie goed

waarnemen. De consulent heeft met patiënte besproken dat het nauwkeurig monitoren van haar toestand in relatie tot haar euthanasiewens tot de mogelijkheden behoorde. Maar de hoogbejaarde patiënte wilde daar niet op ingaan. Zij was vastbesloten dat zij op deze manier niet verder wilde leven. De consulent dacht niet dat de al jaren bestaande angst nog bestreden kon worden.

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 is van oordeel dat de arts patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Overweging ten aanzien van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden.

Uit de parlementaire geschiedenis m.b.t. de totstandkoming van de Wet Toetsing Levensbeëindiging wordt duidelijk dat het enkele vooruitzicht op lijden niet als ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan worden aangemerkt.

Uit de meldingen van levensbeëindiging bij patiënten met een dementieel syndroom, blijkt tot dusver dat een combinatie van al bestaande klachten en het vooruitzicht op nog ernstiger klachten ten grondslag ligt aan de ondraaglijkheid van het lijden.

In het algemeen geldt dat angst voor de toekomst (als element van het ondraaglijk lijden) wordt geacht reëel te zijn zodra de diagnose (in casu Alzheimer) is gesteld. De specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of het voor de arts invoelbaar is of patiënte ondraaglijk lijdt.

In casu heeft de toetsingscommissie zich afgevraagd of de ondraaglijkheid van het lijden louter werd bepaald door de angst voor toekomstig lijden en of die angst reëel was.

De arts en de consulent hebben door hun mondelinge toelichting bijgedragen aan de begripsvorming van de commissie aangaande de persoonlijkheid van patiënte en de ondraaglijkheid van haar lijden.

Het is mede hierdoor voor de commissie helder geworden dat klachten door geheugenproblematiek en het gevoel de regie kwijt te raken als gevolg van, zoals later werd vastgesteld, de ziekte van Alzheimer al langere tijd een rol speelden. Ook werd duidelijk dat het bij patiënte, na het bekend worden van de diagnose, ging om een alles overheersende angst voor het ziekteproces van progressieve psychische aftakeling met verder verlies van zelfstandigheid en verlies van waardigheid/eigenwaarde, dat haar met zekerheid te wachten stond. Hierbij speelde het feit dat bij de echtgenoot van patiënte, die inmiddels was overleden, een dementieel syndroom was vastgesteld, ook een rol.

Kortom, patiënte was zich bewust van haar ziekte en wist wat de vooruitzichten waren, waardoor een grote, actuele lijdensdruk was ontstaan.

De ondraaglijkheid van het lijden werd derhalve gevormd door een combinatie van reeds langer bestaande klachten en de reële angst voor verdere verslechtering.

De arts heeft, ook door over het traject voorafgaand aan de uiteindelijke diagnose te vertellen, voor de commissie aannemelijk gemaakt dat hij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was.

Overweging ten aanzien van het vrijwillige en weloverwogen verzoek

De commissie heeft zich, gezien de korte tijd die tussen diagnose en uitvoering van de levensbeëindiging zat, afgevraagd of de arts de weloverwogenheid van het verzoek voldoende heeft geëxploreerd.

Uit de stukken en de nadere mondelinge toelichtingen werd duidelijk dat patiënte bij al langer bestaande geheugenproblematiek jarenlang aan de arts had aangegeven dat wanneer de diagnose ziekte van Alzheimer gesteld zou worden, zij euthanasie zou wensen.

Het verzoek van de patiënte was in lijn met wat zij al jarenlang had aangegeven; zij wilde na de diagnosestelling niet langer dan voor het afwikkelen van de procedure nodig was, wachten op de uitvoering van de euthanasie; zelfs een paar dagen uitstel tot haar verjaardag wees zij af.

De commissie is van oordeel dat de arts aannemelijk heeft gemaakt dat hij, zeker in het licht van de voorgeschiedenis van patiënte, tot de overtuiging kon komen dat het verzoek van patiënte consistent, vrijwillig en weloverwogen was.

Overweging ten aanzien van de redelijke alternatieven

De arts heeft na de diagnose niet voorgesteld om het ziekteproces samen met patiënte nauwkeurig te monitoren door bijvoorbeeld maandelijks met haar te spreken omdat hij ervan overtuigd was dat zij dit niet zou willen.

De commissie heeft zich afgevraagd of de arts eventuele redelijke alternatieven genoegzaam heeft besproken met patiënte.

De commissie heeft daarover het volgende overwogen.

Patiënte leefde al langer met symptomen van de ziekte van Alzheimer. Zij realiseerde zich dat kennelijk en besprak dat regelmatig met de arts. In die gesprekken zijn palliatieve alternatieven zoals medicatie, het bieden van structuur en opname in een verpleeghuis met patiënte besproken. De consulent heeft de mogelijkheid van monitoren van het ziekteproces na de diagnosestelling wel met patiënte besproken maar zij wees dat uitdrukkelijk af.

Het waren voor deze patiënte alle geen redelijke alternatieven, aangezien de ondraaglijkheid van haar lijden werd bepaald door haar voorgeschiedenis en door de angst nog langer te moeten voortleven in het zekere vooruitzicht progressief geestelijk en lichamelijk af te takelen met verder verlies van zelfstandigheid, waardigheid en gevoel van eigenwaarde.

Uitstel van de euthanasie zou de duur van dit ondraaglijke lijden alleen maar verlengen. Patiënte wees al deze palliatieve voorstellen dan ook af.

De commissie is van oordeel dat het de arts niet is aan te rekenen dat hij **deze** patiënte niet heeft aangeboden om het proces maandelijks te monitoren, wetende dat een dergelijk voorstel voor haar onbespreekbaar was omdat de reële angst voor de toekomst een belangrijk element was van het actueel ondraaglijk lijden van deze patiënte.

In het licht van het voorgaande is de commissie van oordeel dat de arts dit mocht beschouwen als een voor deze patiënte niet redelijk alternatief, zoals ook werd bevestigd door de consulent.

4. BESLISSING

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