

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt, een man van 80–90 jaar, kreeg geheugenproblemen en ging het laatste jaar vooral in cognitief opzicht verder achteruit. Er bestond geen twijfel over zijn wilsbekwaamheid. De arts, een huisarts, kon op grond van onderzoeksresultaten en eigen waarnemingen aan de hand van de NHG-Standaard Dementie tot de overtuiging komen dat patiënt aan lichte dementie leed. Patiënt, een hoogopgeleide man die gewend was op zeer hoog cognitief niveau te functioneren, leed vooral onder het verlies van grip op zijn geestelijke vermogens en de angst voor verdere aftakeling. Hij schaamde zich en maakte op de arts een radeloze, paniekerige indruk. De arts kon in redelijkheid tot de overtuiging komen dat dit lijden voor deze patiënt, gezien diens geschiedenis en persoonlijkheid, ondraaglijk was. De arts heeft voor de commissie voorts aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënt niet kon worden verlicht door psychosociale interventies. Nu sprake was van ondraaglijk lijden met een medische grondslag, was klaar-met-leven-problematiek niet aan de orde.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van hulp bij zelfdoding

(...)

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 hulp bij zelfdoding bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaringen

De commissie heeft de arts, een huisarts, schriftelijk verzocht haar aanvullend te informeren. De arts heeft schriftelijk nadere informatie verstrekt. De commissie heeft vervolgens de arts en de consulent verzocht een mondelinge toelichting te geven. De arts en de consulent hebben elk aan dit verzoek voldaan. Van de beide toelichtingen is een verslag gemaakt, waarop de arts en de consulent een reactie hebben gegeven.

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

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

a. Voorgeschiedenis, karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Patiënt, een man van 80 – 90 jaar, had de laatste jaren voor het overlijden klachten van toenemende vergeetachtigheid. Vier jaar voor het overlijden stelde een geriater vast dat het geheugen van patiënt duidelijk minder was dan vier jaar eerder en beneden het verwachte niveau lag. Bij de leertaak scoorde patiënt beneden het gemiddelde. De MMSE-score was 29/30. De geriater achtte behandeling met een acetylcholinesteraseremmer toen geïndiceerd. Omdat patiënt veel last kreeg van de bijwerkingen van deze medicatie, werd de behandeling echter gestaakt. Aangezien patiënt bemerkte dat zijn klachten nadien in ernst toenamen, werd hij ongeveer negen maanden voor het overlijden opnieuw onderzocht. Een ouderenpsychiater constateerde toen dat ten opzichte van het eerdere onderzoek geen sprake was van een significante achteruitgang. Wel was volgens deze arts de uitvoering van geheugen-leertaken beneden het niveau dat verwacht mocht worden bij een patiënt met een bovengemiddelde intelligentie. Op de overige domeinen werden geen stoornissen geobserveerd. De geobserveerde MMSE-score was gedaald naar 26/30. Tevens kreeg patiënt toenemend last van vermoeidheidsklachten. Daarnaast kampte patiënt met afname van visus, gehoor en motorische vaardigheden. De arts concludeerde uiteindelijk dat bij patiënt sprake was van lichte dementie. Genezing was niet mogelijk.

Het lijden van patiënt bestond uit het progressief verslechteren van zijn cognitief vermogen, zowel wat betreft inprenting als geheugen. Hij kon daardoor al lange tijd niet meer de vraagbaak zijn op specifieke terreinen zoals hij in zijn hooggekwalificeerde werk altijd was geweest. Voor patiënt was dit heel beschamend. Hij leed ook onder de angst voor verdere lichamelijke aftakeling. Verder was patiënt bang dat hij steeds meer afhankelijk zou worden van zijn partner en dat hij bij toenemende achteruitgang in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen en niet meer in staat zou zijn om euthanasie te verzoeken.

Hij beschouwde voor zichzelf (vergevoerde) dementie als een vernederende aftakeling en als een mensonwaardig bestaan. Daaruit vloeide voort dat hij zijn lijden als ondraaglijk ervoer.

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 de voorganger van de arts in algemene zin over euthanasie gesproken tijdens het inleveren van een schriftelijke wilsverklaring.

Tien maanden voor het overlijden heeft patiënt de arts voor het eerst om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht en heeft zijn verzoek bij vrijwel ieder daarop volgend contact met de arts herhaald. Hij had zijn schriftelijke wilsverklaring geactualiseerd en in verscheidene brieven aan de arts met kracht aangedrongen op levensbeëindiging.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consultant een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. De consultant bezocht patiënt ruim anderhalve maand voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consultant gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Volgens de consultant was patiënt volledig wilsbekwaam en in staat een helder betoog te houden over de forse achteruitgang van zijn geheugen. Patiënt beseftte heel goed dat hij niet meer op hetzelfde intellectueel niveau kon functioneren als vroeger en aanvaardde dit feit. Hij voelde echter dat

hij inmiddels tot een wel heel laag niveau gezakt was en bemerkte steeds verdere achteruitgang. Patiënt ervoer het concentratieverlies en in toenemende mate zijn verlies van grip op zijn geestelijke vermogens als heel belastend; voor hem was dit een vernederende achteruitgang als persoon. Hij schaamde zich ervoor en meed om deze reden liever het contact met vrienden en bekenden. Patiënt leed ook onder de angst voor verdergaande lichamelijke en geestelijke aftakeling en voor een dan noodzakelijke opname in een verpleeghuis, aldus de consulent. 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 hulp bij zelfdoding 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.

e. Schriftelijke toelichting arts

Bij beoordeling van de melding waren bij de commissie nog drie vragen gerezen die zij nader beantwoord wilde zien.

De commissie verzocht de arts haar allereerst nader te informeren omtrent de klachten en beperkingen die patiënt – naar het oordeel van de arts – kort voor het overlijden had. Het was de commissie uit de stukken niet gebleken dat bij patiënt sprake was van voortschrijdende dementie en dat patiënt als gevolg daarvan met ernstige belemmeringen te kampen had gehad. Zo had patiënt bijvoorbeeld nog een verre vakantiereis gemaakt.

Bij de commissie was verder de indruk ontstaan dat patiënt kampte met aanpassingsproblemen die mogelijk met psychosociale interventies te bestrijden waren geweest. De commissie wilde van de arts weten of zij had overwogen om patiënt naar een specialist te verwijzen of zelf hierover advies in te winnen.

Tenslotte was het de commissie opgevallen hoe geëmotioneerd patiënt reageerde op het feit dat het hem onmogelijk was om zelf de middelen te verwerven om een einde aan zijn leven te maken. De commissie wilde van de arts vernemen welke rol de nadrukkelijke wensen en emoties van patiënt hadden gespeeld in haar eigen besluitvormingsproces.

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

1. Wanneer de NHG-Standaard Dementie gevolgd wordt kan er bij patiënt gesproken worden van een lichte dementie. Ongeveer een jaar voor het overlijden leek patiënt in de spreekkamer cognitief heel redelijk. De arts beoordeelde hem in de daaropvolgende gesprekken ook op zijn eigen anamnese en die van zijn partner en zijn kind. Patiënt was na de onderzoeken bij de ouderenpoli ongeveer negen maanden voor het overlijden wat ontstemd, want hij voelde zelf wel dat hij achteruitging. Deze achteruitgang werd door zijn partner onderschreven en werd nadien ook zichtbaar in de spreekkamer. Bovendien was bij de MMSE ook een teruggang van een paar punten. Patiënt vertelde dat hij steeds meer vergat en minder vermogen had om nieuwe dingen aan te pakken.

Patiënt gaf de volgende - niet uitputtende - beschrijving van zijn beperkingen:

- a) Stoornissen in het geheugen zich uitend in afspraken vergeten, zijn huisdier vergeten eten te geven of tweemaal te eten geven, verhalen meerdere keren vertellen aan dezelfde persoon, het niet meer kunnen inprenten van nieuwe dingen, het kwijt zijn van voorwerpen.
- b) Stoornissen in de energie (vanwege de geheugenklachten), altijd maar moeten rusten na bezig te zijn geweest met vrij basale dingen. Het proberen niets te vergeten kostte veel energie.
- c) Stoornissen in het vloeiend spreken: het was voor patiënt vaak moeilijk om op woorden te komen; ook kon hij de draad van het verhaal soms verliezen.
- d) Stoornissen in het begrip: patiënt vertoonde minder begrip bij wat moeilijke teksten; in gesproken taal was dit wat minder duidelijk.

De arts lichtte verder toe dat haar in de loop van het jaar in de spreekkamer ook een verandering was opgevallen. Patiënt zag er namelijk qua uiterlijk duidelijk minder verzorgd uit, met ongekamde haren, en meer “verfomfaaid”. Bovendien leunde hij steeds meer op zijn notitieboekje/agenda met aantekeningen die hij wilde bespreken. Tevens wilde hij kunnen opschrijven wat in de spreekkamer besproken werd. Alsnog viel hij diverse keren in herhaling zonder dit te beseffen. De woordvloeiendheid van patiënt was gestoord bij zijn spreken. Hij liet zich daarin wel helpen tijdens een consult, wanneer hij zocht naar woorden. Hij was op veel punten nog goed adequaat omdat hij zo punctueel was.

Ten aanzien van het feit dat patiënt nog een reis had gemaakt lichtte de arts toe dat zij meer dementerenden kende die nog verre reizen maken. Patiënt ging niet alleen op reis en was zeer goed voorbereid.

Volgens de arts veroorzaakten de klachten die patiënt in dat jaar toenemend had, voor hem al een lijdensdruk. De klachten bestonden beslist niet alleen uit levensfaseproblematiek. De arts vond het minder wordende voorkomen van patiënt en zijn anamnese in de geheugenstoornissen echt overtuigend genoeg na alle gesprekken die zij met patiënt had gevoerd.

2. Het ondraaglijk lijden van patiënt werd zeker beïnvloed door hoe hij was als persoon, met zijn gevoel voor decorum. Voor de arts woog ook de angst van patiënt voor voortschrijdende dementie mee. Bij de verwijzing naar de ouderenpoli had de arts expliciet gevraagd naar een medebeoordeling door de psychiater, in het kader van een eventuele aanpassingsstoornis of depressie. Deze vraag werd zowel mondeling als schriftelijk ontkennend beantwoord.

Kort voor de verwijzing naar de ouderenpoli ongeveer negen maanden voor het overlijden had de arts dit onderwerp met patiënt besproken, vooral omdat in de brief van het academisch ziekenhuis werd geopperd dat er bij patiënt sprake was van een levensfaseprobleem. Patiënt had ten overstaan van de arts verklaard dat hij nooit gevoeld heeft voor een verwijzing naar een professioneel hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg. (Hij ging wel akkoord met de beoordeling door de psychiater).

3. Volgens de arts hebben de uitingen van woede van de kant van patiënt betreffende het beperkt worden in zijn zelfbeschikkingsrecht het besluitvormingsproces rond het verlenen van hulp bij zelfdoding eerder tegengewerkt dan bespoedigd. De emotionele uitingen van patiënt veroorzaakten bij haar eerder irritatie, omdat het haar het gevoel gaf dat hij bedoelde dat er ook een recht moest zijn op euthanasie. De arts had dit met patiënt besproken en meerdere keren heeft hij ook wel toegegeven dat het voor haar niet eenvoudig moest zijn om hem bij te staan in zijn hulpvraag. De arts benadrukte dat de wanhoop van patiënt om zijn cognitieve achteruitgang en angst voor verder verval echt zijn bron van lijden vormde. Het feit dat hij zijn verdere “taken en plichten in het leven” volbracht had gaf hem rust en een gevoel van extra onderbouwing, maar was niet de basis van zijn doodswens.

f. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding en na lezing van de schriftelijke toelichting van de arts bleven bij de commissie nog vragen open. In de eerste plaats was het de commissie onvoldoende duidelijk in hoeverre bij patiënt gesproken kon worden van een objectiveerbare medische stoornis. De commissie vroeg zich in de tweede plaats af of de arts heeft overwogen nog een andere consulent te raadplegen om juist op dit punt meer duidelijkheid te verkrijgen. In de derde plaats wilde de commissie van de arts meer weten over de invoelbaarheid van het lijden van patiënt. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting op deze vragen en andere ter tafel komende punten.

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

Desgevraagd verklaarde de arts dat zij heeft vastgesteld dat patiënt leed aan lichte dementie. Zij heeft hierbij de NHG-Standaard Dementie gevolgd. Deze standaard bevat richtlijnen hoe huisartsen de diagnose dementie kunnen stellen (door gebruik te maken van de DSM-classificatie) en hoe zij deze patiëntengroep kunnen begeleiden.

De arts heeft in het jaar voor overlijden vele gesprekken met patiënt gevoerd. In de loop van dat jaar vielen haar bij patiënt verscheidene veranderingen op. Zijn uiterlijk was minder verzorgd: patiënt had vlekken op zijn kleding en oogde morsiger, verwaaid. Ook werden de woordvindstoornissen bij patiënt steeds duidelijker. Hij moest in een gesprek regelmatig naar woorden zoeken en raakte soms de draad van het verhaal kwijt.

Daarnaast ging het geheugen van patiënt verder achteruit. Hij vergat zijn huisdier eten te geven of deed dit twee keer, hij vergat namen van mensen, hij vertelde een verhaal twee keer. Patiënt had overal gele briefjes voor nodig en was de hele dag op zoek naar spullen, zijn agenda of notities. De arts heeft op een gegeven moment een heel lang gesprek met patiënt gehad, waarin hij haar uitgebreid heeft verteld over zijn ouders en zijn jeugd. In latere consulten kwam patiënt op deze onderwerpen terug op een manier waaruit de arts kon opmaken dat hij niet meer wist dat hij haar hier eerder uitgebreid over had verteld. Een andere keer wilde patiënt de arts iets laten zien (een kaart of iets dergelijks). Patiënt kon de kaart niet vinden en ging overal zoeken, ook op onlogische plaatsen.

Voor de arts waren de geheugenproblemen van patiënt, ook gezien de door haar waargenomen radeloosheid, duidelijk ernstiger dan gewone ouderdomsvergeetachtigheid. Zij benadrukte dat patiënt niet alleen vergeetachtig was, maar een radeloze, paniekerige indruk op haar maakte. Verder zag zij daarvan bevestiging in het feit dat een geriater patiënt voor zijn geheugenproblemen een acetylcholinesteraseremmer had voorgeschreven. Bij gewone ouderdomsvergeetachtigheid zou een geriater dit niet snel doen.

Volgens de ouderenpsychiater die patiënt ongeveer negen maanden voor het overlijden onderzocht was er ten opzichte van het onderzoek vier jaar eerder geen sprake van een significante cognitieve achteruitgang. De arts meende daarentegen dat er wel een duidelijke verslechtering van de MMSE-score van patiënt te zien was: van 29 vier jaar voor het overlijden naar 26 ongeveer negen maanden voor het overlijden, waarbij bedacht moet worden dat patiënt zeer hooggekwalificeerd werk had gehad. Patiënt had bij de laatste MMSE-test op bepaalde fronten duidelijk onder zijn niveau gepresteerd.

Patiënt was altijd een bijzondere patiënt geweest. De arts vond hem niet teatraal, eerder formeel. Zij was ook niet geïmponeerd door patiënt. De arts ervoer hem wel als een dwingende man die veel sprak over het recht op zelfbeschikking. Zij heeft haar praktijk echter in een wijk waar mensen zich vaker dwingend opstellen en daarmee kan zij goed omgaan. Uiteindelijk was voor de arts het lijden van patiënt invoelbaar en was op dat punt doorslaggevend dat patiënt zeer goed duidelijk kon maken hoezeer hij onder zijn situatie leed.

Op de vraag of de arts heeft overwogen om een tweede mening te vragen, antwoordde zij dat zij ongeveer negen maanden voor het overlijden bij de tweede verwijzing van patiënt naar de ouderenpoli bewust heeft gevraagd om een beoordeling door een andere arts dan bij de eerste verwijzing. Zij heeft toen ook specifiek verzocht om een (mede)beoordeling door een psychiater. Mondeling heeft zij deze arts, een ouderenpsychiater, nog gevraagd om ook onderzoek te doen naar een eventuele depressie of een aanpassingsstoornis. Daar was volgens de psychiater geen sprake van. Dit wordt ook bedoeld met de zin in de brief van de psychiater: “Op de overige domeinen worden geen stoornissen geobjectiveerd”.

De arts heeft ook met patiënt besproken of er mogelijk sprake was van “copingsproblemen”. Patiënt had eerder verwijzing naar een psycholoog of een andere professionele hulpverlener voor een behandeling zeer gedecideerd afgewezen. Hij vond dat toen niet zinvol. Dit was later niet anders. Patiënt merkte zelf dat hij cognitief achteruitging en was daarom niet blij met het oordeel van de psychiater ongeveer negen maanden voor het overlijden over zijn cognitief functioneren (“geen significante achteruitgang”). Door de duidelijke en gedecideerde opstelling van patiënt en gezien de conclusies van de psychiater ongeveer negen maanden voor het overlijden over het ontbreken van stoornissen op andere domeinen (waaronder een aanpassingsstoornis) had de arts verwijzing naar een

psycholoog voor eventuele begeleiding niet meer overwogen. De arts had zelf ook niet de indruk dat er sprake was van een aanpassingsstoornis. Zij vond de achteruitgang in de MMSE-score opvallend hoog. Verwijzing naar een psycholoog was niet nodig en vormde voor patiënt geen aanvaardbaar alternatief. Het paste ook niet bij hem. De arts zag ook geen andere alternatieven voor patiënt. Patiënt wilde in ieder geval dood.

Over het lijden merkte de arts op dat voor patiënt de “knik” was gelegen in het feit dat hij geen wetenschappelijke stukken meer kon lezen en steeds gecorrigeerd werd door zijn partner. Patiënt vond dit vreselijk. Er was sprake van meer dan enkele geheugenproblemen. Patiënt was niet ADL-afhankelijk, maar vreesde in de toekomst wel afhankelijk van zijn partner te zullen worden. De arts vond het lastig om een inschatting te maken van de termijn waarop patiënt ADL-afhankelijk zou worden (ook omdat bij dementie de achteruitgang vaak trapsgewijs gaat), maar verwachtte dat dit zeker nog een jaar zou duren. Patiënt was echter erg bang voor verdere achteruitgang en vreesde dat bij langer wachten met zijn verzoek om hulp bij zelfdoding hij te laat zou zijn.

Aanvankelijk vond de arts het moeilijk voor te stellen dat patiënt zo erg leed onder zijn situatie, juist ook omdat hij nog in staat was om alles goed te verwoorden. Zijn verbale vermogen heeft patiënt in eerste instantie dan ook eerder tegengewerkt dan dat het de hulp bij zelfdoding heeft bespoedigd. De arts heeft patiënt toen thuis bezocht. Daar maakte patiënt aan haar heel duidelijk dat hij de laatste maanden eigenlijk alleen voor zijn partner had geleefd en voor deze de laatste verre reis had gemaakt. Voor hemzelf duurde het allemaal al veel te lang. Patiënt was na dit gesprek met de arts gevloerd. Zoals de psychiater in zijn brief van negen maanden voor het overlijden ook aangaf, kostte cognitief functioneren patiënt zo veel energie dat hij drie maal daags een uur moest slapen. Voor de arts was dit gesprek het omslagpunt. Zij was er toen van overtuigd dat deze man, met zijn geschiedenis en karakter, met deze cognitieve achteruitgang niet kon leven.

Desgevraagd verklaarde de arts dat patiënt zichzelf wel van het leven had kunnen beroven. Patiënt wilde echter niet dat zijn familie hem zo zou vinden. Hij zag ook niets in stoppen met eten en drinken en wilde een zachte dood.

Terugkijkend had de arts het gevoel dat zij patiënt op de beste manier heeft geholpen. Zij stond nog steeds achter de verleende hulp bij zelfdoding. Desgevraagd verklaarde de arts dat er geen sprake was van zogeheten “klaar-met-leven”-problematiek. Dat is voor haar een heel andere categorie. Patiënten bij wie alleen hiervan sprake is zal zij niet helpen bij levensbeëindiging. Er moet sprake zijn van ondraaglijk lijden. De arts had aan patiënt aangegeven dat hij aan haar duidelijk moest maken waarom hij ondraaglijk leed. Patiënt had haar er vervolgens van overtuigd dat hij een cognitieve stoornis had waaronder hij ondraaglijk en uitzichtloos leed. Deze stoornis kon op grond van de NHG-Standaard Dementie geobjectiveerd worden, zodat naar de mening van de arts in dit geval dan ook geen sprake is van “het verzetten van piketpaaltjes”.

g. Mondelinge toelichting consulent

De commissie heeft ook de consulent uitgenodigd voor een mondelinge toelichting op de onder f genoemde vragen.

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

De consulent verklaarde dat patiënt bij zijn bezoek op het eerste gezicht lichamelijk een goede indruk maakte. Hij woonde niet op de beganegrondverdieping, maar kon zelf de deur voor de consulent opendoen. Patiënt gaf de consulent tijdens het gesprek een opsomming van alle dingen die hij niet meer kon. Het ging om ouderdomsklachten. De consulent vond deze niet cruciaal. Patiënt was goed in staat zijn verhaal te doen. Hij gaf aan dat hij op een goede dag beter zijn gedachten kon formuleren dan op een slechte dag. De dag van het bezoek van de consulent had patiënt naar eigen zeggen een goede dag. De consulent hechtte niet veel waarde aan de mededeling van patiënt dat hij een goede dag

had. Hij was al bij dit eerste bezoek volledig overtuigd geraakt van de ernst van het lijden van patiënt. Patiënt heeft dit op een indringende manier naar voren gebracht. Het was duidelijk dat hij zijn geestelijke achteruitgang heel erg vond. Volgens de consulent maakte het patiënt wanhopig. Vroeger ging iedereen bij hem te rade, nu was dat niet meer het geval. Patiënt kon ook geen wetenschappelijke stukken meer lezen. Op zichzelf hoort dat bij een normale geestelijke achteruitgang. Patiënt genereerde zich echter voor zijn geestelijke achteruitgang. Hij vond dat vreselijk en vermeed het om mensen te zien.

Patiënt was tijdens het gesprek met de consulent heel emotioneel, stond vaak op het punt van huilen. Zijn partner moest hem vaak helpen. Dit was voor patiënt erg moeilijk, het deed voor zijn gevoel afbreuk aan zijn waardigheid. Hij vond het naar dat hij de arts om hulp moest vragen en dat het in Nederland niet mogelijk is om zelf met bepaalde middelen een einde aan het leven te maken. Er zijn ook mensen die in de situatie van patiënt anders zouden reageren. Maar de wanhopige en emotionele reactie van patiënt maakte de ondraaglijkheid van het lijden voor de consulent invoelbaar. Voor de consulent ging dit duidelijk verder dan copingproblemen. Patiënt was wel een beetje teatraal.

In de onderzoeksrapportages stond vermeld dat de toestand van patiënt stabiel was gebleven. Anderzijds werd hierin ook aangegeven dat er een duidelijke achteruitgang was van het geheugen. Ook was de MMSE-score van patiënt verslechterd. Patiënt was vanuit zijn vakkennis goed op de hoogte van het beloop van dementie. Hij had het ziekteproces ook bij een familielid gezien. Patiënt was heel bang dat bij langer wachten euthanasie uiteindelijk niet meer mogelijk zou zijn. De consulent vond het moeilijk om te zeggen hoe ver patiënt was verwijderd van het moment dat hij zijn wensen niet meer naar voren zou kunnen brengen. Maar de nood was bij patiënt duidelijk heel hoog. Hij gaf aan de consulent aan dat bepaalde zaken waren afgerond en dat hij het einde van het jaar niet meer wilde meemaken. Het afronden van die zaken heeft patiënt vooral voor anderen gedaan. Patiënt heeft dit als een opoffering ervaren.

Op de vraag of patiënt ADL-afhankelijk was antwoordde de consulent dat de lichamelijke verzorging niet optimaal was en dat patiënt niet goed at. Zijn partner moest hem helpen. Patiënt werd hierin fors ondersteund. De consulent zag geen reden voor aanvullend onderzoek naar de toestand van patiënt. De onderzoeken die tot objectiveerbare conclusies konden leiden waren al gedaan. De consulent heeft een eventueel psychologisch onderzoek in het gesprek met patiënt ter sprake gebracht. Patiënt vond dit echter beneden zijn waardigheid en wilde dit absoluut niet. De consulent had dit als een vorm van weigering van behandeling beschouwd. Hij had niet het gevoel dat er voor patiënt aanvaardbare alternatieven waren. Patiënt was zeer overtuigd van wat hij wilde.

Desgevraagd verklaarde de consulent dat de wanhoop van patiënt op hem indruk had gemaakt en voor hem de doorslag had gegeven. Deze wanhoop maakte het lijden van patiënt invoelbaar. Patiënt zei niet dat als hij geen hulp bij zelfdoding zou krijgen hij zelf een einde aan zijn leven zou maken. De consulent had echter wel het gevoel dat patiënt dat dan zou doen. Dit was niet een geval van “klaar met leven”, er was sprake van een lijdensweg als gevolg van een objectiveerbare stoornis. Anderen kunnen met een dergelijke stoornis nog leven. Voor deze man, met zijn achtergrond en kennis van het dementieproces, was het lijden echter ondraaglijk.

Het feit dat de dementie zich in een vroeg stadium bevond en dat patiënt een goede dag had, heeft de consulent niet doen twijfelen. Als patiënt een slechte dag had gehad, zou de situatie alleen maar erger zijn geweest. De consulent heeft verder ook niet nagedacht over hoe het zou zijn geweest als patiënt op de dag dat hij hem bezocht een slechte dag had gehad. De consulent heeft niet overwogen om patiënt een tweede keer te bezoeken. Een tweede bezoek zou volgens hem neerkomen op een herhaling van zetten. Patiënt had de consulent al op overtuigende wijze duidelijk gemaakt om welke redenen hij om hulp bij zelfdoding vroeg.

Op de vraag of de consulent van mening is dat met dit geval van hulp bij zelfdoding de grenzen worden verlegd, antwoordde hij dat deze consultatie voor hem wel ingewikkelder was dan de meeste

andere consultaties. De arts en hij waren er echter beiden van overtuigd dat met de hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan en binnen de grenzen van de wet werd gebleven. Gelet op de geheugenonderzoeken, was sprake van lichte dementie. De complexiteit van dit geval was gelegen in het feit dat de uitkomsten van de onderzoeken op twee verschillende manieren konden worden gelezen. De consulent heeft geprobeerd objectieve maatstaven te vinden. Hij vond deze in de uitkomsten van de geheugenonderzoeken.

De consulent heeft destijds uitgebreid met de arts overlegd. Hij heeft ook - voorafgaand aan het opstellen van zijn verslag - met een andere SCEN-arts telefonisch overleg gevoerd. Deze arts vroeg zich af of de zaak wel sterk genoeg was. De consulent was echter overtuigd dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan en heeft daarom zijn eigen opvattingen over de zaak gevolgd.

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 het volgende.

De commissie is zich er van bewust van dat de casus in meerdere opzichten bijzonder is. Hij is onder meer bijzonder op het punt van de medische grondslag van het lijden (lichte dementie), maar ook omdat patiënt in dit verband een relatief hoge MMSE-score had: 26. Bovendien had patiënt (aanvankelijk) nog relatief weinig objectiveerbare klachten, waar hij echter wel ondraaglijk aan leed. Voorts speelt de vraag naar de noodzaak van een second opinion een rol van betekenis. Een en ander heeft reden gegeven voor het stellen van de voormelde vragen aan de arts en de consulent en voor het verzoek aan beiden om een mondelinge toelichting te geven.

Bij het onderzoek of aan de wettelijke criteria is voldaan zijn bij de commissie de volgende relevante kwesties opgekomen:

- a. de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek;
- b. de vraag of een toereikende medische grondslag bestond voor het lijden van de patiënt;
- c. de vraag of de arts het advies van een deskundige had moeten vragen;
- d. de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden;
- e. was er sprake van “klaar-met-leven”-problematiek?

Ad a. De vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek

Bij de arts en de consulent bestond geen enkele twijfel over het vermogen van patiënt om op zijn ziekte te reflecteren. Patiënt overzag de consequenties van zijn verzoek. Hij was volledig wilsbekwaam en had het laatste jaar voor zijn overlijden bij voortduring aan de arts kenbaar gemaakt dat hij hulp bij zelfdoding wenste. In een eerder stadium had patiënt al aan de voorganger van de arts een schriftelijke euthanasieverklaring overhandigd, welke verklaring hij in het jaar van overlijden heeft geactualiseerd. Zijn verzoek om euthanasie bestond al geruime tijd en er was geen aanleiding om te veronderstellen dat er druk op hem was uitgeoefend.

De commissie heeft evenmin twijfels over de vraag of patiënt weloverwogen en bewust om levensbeëindiging verzocht. Patiënt persisteerde juist zodanig in zijn doodswens dat bij de commissie zelfs de vraag opkwam of de arts door hem teveel onder druk werd gezet. Het antwoord van de arts op dit punt acht de commissie overtuigend. In haar schriftelijke en mondelinge toelichting heeft de arts onderbouwd dat zij zich niet door patiënt geïmponeerd voelde, dat zij door zijn aandringen eerder geïrriteerd werd, maar dat zij goed met de situatie kon omgaan en in staat was om nuchter naar het verzoek van patiënt te kijken.

Ad b. De medische grondslag van het lijden van de patiënt

De arts heeft aan de hand van de NHG-Standaard Dementie geconcludeerd dat bij patiënt sprake was van (lichte) dementie. Deze standaard geeft huisartsen richtlijnen voor het signaleren van dementie, de diagnostiek bij vermoeden van dementie en de begeleiding en behandeling van patiënten met dementie en hun naasten. Uitgangspunt voor de commissie is dat aan de NHG-Standaard voor dementie een zekere reflexwerking toekomt. De commissie heeft immers geen eigen normering voor de bepaling van dementie. De arts heeft die wel in de standaard, die leidend behoort te zijn voor haar behandeling. Voor het bepalen van de medische grondslag is in ieder geval noodzakelijk dat aan de criteria van de standaard is voldaan, maar het enkele feit dat die grondslag aldus is bepaald leidt er nog niet toe dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld. Voor het oordeel over de (on)zorgvuldigheid van het handelen zijn alle omstandigheden van het geval van belang.

Het is de commissie gebleken dat een geriater vier jaar voor het overlijden heeft vastgesteld dat het geheugen van patiënt, een hoogopgeleide man, achteruit was gegaan en beneden het verwachte niveau lag en dat patiënt bij de leertaak beneden het gemiddelde scoorde. Patiënt werd toen enige tijd behandeld met een acetylcholinesteraseremmer. Ongeveer negen maanden voor het overlijden constateerde een ouderenpsychiater dat er ten opzichte van het eerdere onderzoek vier jaar geleden geen sprake was van een significante achteruitgang. Wel was volgens deze psychiater de uitvoering van geheugen-leertaken beneden het niveau dat verwacht mocht worden bij een patiënt met een bovengemiddelde intelligentie. De MMSE-score was sinds het eerdere onderzoek met drie punten gedaald naar 26/30. Een MMSE-score van minder dan 24 is volgens de NHG standaard “sterk indicatief” voor lichte dementie. Die score is echter niet uitsluitend bepalend: volgens de NHG-standaard kunnen patiënten met een hoog opleidingsniveau ondanks (bijna) optimale MMSE-scores toch dement zijn. Eveneens volgens de standaard kunnen stoornissen blijken uit de anamnese van de arts, niet alleen uit een MMSE-score.

Volgens de nadere schriftelijke en mondelinge toelichting van de arts was patiënt nadien in onder meer cognitief opzicht verder achteruitgegaan. Zij leidde dit af uit de verandering in zijn uiterlijk voorkomen, uit het feit dat hij constant overal aantekeningen van moest maken als geheugensteun, uit het feit dat hij de hele dag op zoek was naar zijn spullen en uit hetgeen patiënt vertelde over de achteruitgang van zijn geheugen. Bovendien kreeg patiënt volgens de arts steeds meer last van woordvindstoornissen en viel hij bij het vertellen van zijn verhaal in herhaling zonder dat te beseffen. De arts benadrukte verder dat patiënt een radeloze, paniekerige indruk op haar maakte en dat cognitief functioneren hem uiteindelijk dusdanig veel energie kostte dat hij overdag drie maal een uur moest slapen.

Gelet op voormelde onderzoeken en de door de arts tijdens haar vele contacten met patiënt in het laatste jaar voor het overlijden bij hem waargenomen veranderingen, waaronder de radeloosheid van patiënt en het decorumverlies, is voor de commissie aannemelijk geworden dat de arts aan de hand van de NHG-Standaard Dementie tot de overtuiging kon komen dat patiënt aan dementie - ook al was die licht - leed. Steun daarvoor is te vinden in de toepasselijkheid van de DSM-IV criteria voor “dementie niet anderszins omschreven”. De commissie acht verder aannemelijk dat de arts, ook gelet op de conclusies van de ongeveer negen maanden voor het overlijden door de arts geraadpleegde ouderenpsychiater, tot de overtuiging kon komen dat bij patiënt geen sprake was van een depressie of een aanpassingsstoornis. De arts kon voor haar overtuiging steun vinden in het oordeel van de consultant. Die heeft patiënt naar zijn zeggen op een goede dag gezien, maar naar zijn oordeel was toch aan de wettelijke criteria voldaan.

Ad c. Had de arts het advies van een deskundige moeten vragen?

Een van de kernvragen is of de arts onzorgvuldig heeft gehandeld door het raadplegen van een deskundige op het gebied van dementie achterwege te laten. Want ook al wordt in het beleid van de toetsingscommissies tot nu toe niet als absolute voorwaarde gesteld dat in gevallen van dementie een deskundige wordt ingeschakeld, zij achten dit wel raadzaam. Naar het oordeel van de commissie kon de arts in dit geval die raadpleging achterwege laten. In de eerste plaats is volgens de NHG-Standaard de diagnostiek door een huisarts dat een patiënt dement is, in beginsel betrouwbaar. In de tweede

plaats is van belang dat een second opinion er in gevallen als deze in de regel toe dient om te beoordelen of de patiënt wilsbekwaam is. Dat was hier niet aan de orde. In essentie zou de analyse van de deskundige dan alleen betrekking hebben op de vraag of bij de patiënt sprake was van een dementeringsproces en of verlichting dan wel passende behandeling mogelijk was. De commissie verwijst voor dit eerste vraagpunt naar haar overwegingen onder b en voor het tweede naar die onder d.

De commissie heeft kennis genomen van het voornemen van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om in dergelijke gevallen een second opinion verplicht te stellen. Nu de arts een dergelijke regel ten tijde van de levensbeëindiging niet kende, ziet de commissie geen reden om daarop te anticiperen, nog daargelaten de vraag hoe het voornemen geformuleerd zal worden.

Gelet op de voornoemde overwegingen is de commissie van oordeel dat de arts in redelijkheid heeft kunnen besluiten om geen second opinion te vragen.

Ad d. De uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden.

Uitgangspunt is dat de ondraaglijkheid van het lijden van een patiënt wordt bepaald door de actuele situatie, het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid van de patiënt. Dat zijn subjectieve elementen die slechts marginaal getoetst kunnen worden (cf. TK 1999-2000, 26 691 nr. 6 en TK 2000-2001, 26 691, nr. 24 sub 2): kon de arts in redelijkheid tot de overtuiging komen dat sprake was van ondraaglijk lijden?

In casu betrof het een hoogopgeleide patiënt die altijd gewend was geweest op zeer hoog cognitief niveau te functioneren. In zijn vakgebied functioneerde hij als vraagbaak. Voor patiënt was het besef van achteruitgang van zijn cognitieve vermogens dusdanig dat hij al tien maanden voor het overlijden te kennen had gegeven dat hij het leven ondraaglijk vond. Patiënt was niettemin bereid om gedurende de maanden die volgden te proberen nog allerlei zaken af te ronden ten behoeve van zijn dierbaren. Voor zichzelf ervoer hij dat echter als een opoffering. In deze periode en daarna ging de cognitieve toestand van patiënt verder achteruit. Hij heeft toen herhaaldelijk met de arts besproken waaruit zijn lijden bestond. Patiënt schaamde zich voor het verlies van grip op zijn geestelijke vermogens en meed daarom contacten met vrienden en bekenden. Hij kampte ook met het feit dat cognitief functioneren hem steeds meer energie kostte en hij hierdoor overdag veel moest slapen. Patiënt maakte in die periode op de arts een radeloze, paniekerige indruk. De consulent schetste een vergelijkbaar beeld van patiënt: zijn geestelijke achteruitgang maakte patiënt wanhopig.

Het actuele lijden van patiënt bestond daarnaast uit visus- en gehoorvermindering. Tevens leed patiënt onder de angst voor verdergaande lichamelijke en geestelijke aftakeling. Daarbij had hij concreet het beeld van een dementerend familielid voor ogen. Bovendien was patiënt door zijn vakkennis goed op de hoogte van het beloop van dementie. Hij wilde voorkomen dat de dementie zo (snel) voortschreed dat het hem misschien niet meer mogelijk zou zijn om euthanasie te verzoeken. Evenmin wilde hij toenemend afhankelijk van anderen worden en dan in een verpleeghuis moeten worden opgenomen.

De arts heeft verklaard dat zij aanvankelijk twijfelde of zij op het euthanasieverzoek van patiënt moest ingaan. In de loop van het jaar voorafgaand aan het overlijden had zij echter steeds meer inzicht gekregen in de elementen die voor deze patiënt de ondraaglijkheid van zijn lijden bepaalden en was dat voor haar invoelbaar geworden.

Ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden geldt dat naar medisch vakkundig oordeel vast moet staan dat de situatie van patiënt niet te verbeteren is (eveneens cf. TK 1999-2000, 26 691 nr. 6 en TK 2000-2001, 26 691, nr. 24 sub 2 en 4). Zoals hiervoor overwogen was patiënt zodanig achteruitgegaan dat de arts uiteindelijk (lichte) dementie vaststelde. Van deze ziekte is geen genezing mogelijk. Verbetering van de cognitieve vermogens van patiënt was dan ook geen reëel perspectief. Daarentegen was wel aannemelijk dat patiënt in cognitief en lichamelijk opzicht verder achteruit zou gaan. Van belang is verder dat de arts aannemelijk heeft gemaakt dat het lijden van patiënt niet kon worden verlicht door psychosociale interventies. Niet was gebleken van een depressie of een actuele aanpassingsstoornis. Van belang was ook dat patiënt in het geheel niet openstond voor verwijzing naar een psycholoog of een andere hulpverlener. Het enkele feit dat een patiënt weigert om passende

alternatieven te onderzoeken is op zich niet maatgevend. Dat ligt echter anders als de arts tot de overtuiging kon komen dat geen realistisch behandelingsperspectief bestond (cf. TK 2000-2001, 26 691, nr. 137b sub 3). Dat was hier het geval.

Gelet op bovenstaande nader toegelichte feiten en omstandigheden, waaronder de geschiedenis en de persoonlijkheid van patiënt, is de commissie van oordeel dat de arts aannemelijk heeft gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat bij patiënt sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Ad e. “Klaar-met-leven”-problematiek?

Als sprake is van een medische grondslag en ondraaglijk lijden, is de vraag of eigenlijk een “klaar-met-leven”-problematiek aan het verzoek van patiënt ten grondslag lag ook beantwoord, in ontkennende zin. De commissie heeft dat aspect niettemin onderzocht en heeft de arts en de consultant daarover bevraagd. Beiden hebben verklaard dat zij die problematiek goed kennen vanuit hun expertise als huis- en scenarts. Naar het oordeel van de commissie hebben zij overtuigend toegelicht dat patiënten met een dergelijke vraag naar hun inzichten tot een andere categorie dan patiënt behoren. Patiënt had zeker moeite met de zijns inziens beperkte kwaliteit van zijn leven, maar de kern van hun bevindingen was dat hij dement aan het worden was, en wanhopig en radeloos was. Dat waren voor hen serieus te nemen verschijnselen.

Als beschreven is de commissie tenslotte van oordeel dat de arts patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten en dat de arts met patiënt tot de conclusie is kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de hulp bij zelfdoding 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.