

Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Een vrouw met Alzheimer leed ondraaglijk onder cognitieve achteruitgang, fatische, praktische en executieve stoornissen en onder toenemende afhankelijkheid. Toen verpleeghuisopname noodzakelijk leek te worden, wenste zij euthanasie. Er was een geactualiseerde schriftelijke wilsverklaring. De arts verbonden aan de Stichting Levensindekliniek (SLK) volgde patiënte lange periode en raadpleegde een geriater en twee SCEN-artsen. Voor de tweede SCEN-arts, tevens specialist ouderengeneeskunde, was het duidelijk dat sprake was van een actuele euthanasiewens. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een redelijk alternatief.

OORDEEL

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

van:

(...), huisarts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek
verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werden:

(...), medisch specialist n.p., tevens SCEN-arts
verder te noemen: de eerste consulent

en

(...), specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts
verder te noemen: de tweede consulent

1. PROCEDURE

De commissie heeft van de gemeentelijke lijkschouwer de stukken ontvangen als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging inzake de melding van de arts van levensbeëindiging op verzoek bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslagen consulenten

Mailwisseling arts-eerste consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensidekliniek (verder te noemen: SLK)
- specialistenbrieven
- schriftelijke wilsverklaring

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 van 70-80 jaar, werd ongeveer drie jaar voor het overlijden dementie (de ziekte van Alzheimer) vastgesteld.

Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard.

Patiënte weigerde dagopvang, het inschakelen van een casemanager dementie en controles door de geriater.

Het lijden van patiënte bestond uit cognitieve achteruitgang, uit fatische, praktische en executieve stoornissen, uit het verlies van grip op haar denken en doen en uit toenemende afhankelijkheid van de zorg van haar echtgenoot. Een van haar ouders was dement geworden en in een verpleeghuis terechtgekomen, waar deze veelal zat te huilen. Patiënte had altijd aangegeven dat zij dit mensonterend en mensonwaardig vond en dat zij zelf nooit in een dergelijke situatie van zorgafhankelijkheid en verdriet terecht wilde komen en nooit in een verpleeghuis opgenomen wilde worden. In verband met het feit dat haar echtgenoot de zorg niet goed meer aankon was een verpleeghuisopname geïndiceerd en aanstaande.

Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie, onder angst en onzekerheid en onder de angst en weerzin om een ziektebeloop als dat van haar ouder te moeten meemaken en in het verpleeghuis te moeten worden opgenomen.

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 waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had eerder met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts kon niet op haar wens ingaan en patiënte heeft zich daarom aangemeld bij de SLK. Bij de aanmelding gaf patiënte als reden dat bij haar de ziekte van Alzheimer was vastgesteld en dat, als zelfstandig wonen om fysieke/psychische redenen niet meer mogelijk was, het haar uitdrukkelijke wens was om een waardig en zelfgekozen levenseinde te krijgen. Ruim tweeënhalf jaar was de arts, een huisarts, betrokken bij de euthanasiewens van patiënte. Zij bezocht patiënte meerdere keren en onderhield e-mailcontact met de echtgenoot van patiënte.

De arts raadpleegde een geriater, die patiënte ruim een maand voor het overlijden heeft onderzocht om de wilsbekwaamheid ten aanzien van haar euthanasiewens te beoordelen.

Na onderzoek stelde de geriater vast dat er sprake was van een ernstig gevorderd dementiesyndroom, dat er geen aanwijzingen waren voor een onderliggende stemmingsstoornis, maar dat zij over de wilsbekwaamheid van patiënte terzake van haar euthanasiewens geen uitspraak kon doen, omdat patiënte op geen enkel moment spontaan een doodswens uitte.

Drieënhalve week voor het overlijden heeft patiënte de arts verzocht om op korte termijn tot de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan. Haar echtgenoot kon de verzorging niet meer aan en patiënte zou daarom in een verpleeghuis moeten worden opgenomen. Zij gaf aan dat zij dit niet wilde en dan dood wilde.

Volgens de arts was patiënte wilsbekwaam (volgens de criteria van Appelbaum) en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulenten twee onafhankelijke SCEN-artsen. De eerste consulent bezocht patiënte drie weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens de eerste consulent had patiënte de symptomen van een vergevorderd stadium van dementie. Haar verzoek tot levensbeëindiging in het geval van een noodzakelijke opname in een verpleeghuis bleek consistent en kon door haar worden beargumenteerd. Patiënte bleek evenwel even consistent in haar opvatting dat zij op dat moment niet een verzoek tot levensbeëindiging wilde doen.

In zijn verslag kwam de eerste consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, omdat zij geen actuele wens tot levensbeëindiging had.

De eerste consulent adviseerde de arts een ter zake deskundiger SCEN-arts te raadplegen en benaderde een collega uit zijn intervisiegroep, die specialist ouderengeneeskunde was en bereid was op korte termijn een nieuwe consultatie te doen. De arts volgde dit advies op.

De tweede consulent, een specialist ouderengeneeskunde, bezocht patiënte elf dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De tweede consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens deze consulent gaf patiënte aan dat ze alles voortdurend kwijt was en dat zij steeds meer hulp nodig had; zij ervoer dat als ernstig. Toen de consulent en patiënte vervolgens over de toekomst spraken, vertelde de consulent dat bij dementie -dat woord kende patiënte- het naar verwachting alleen maar erger werd: het is een uitzichtloze hersenziekte. Op dat moment zei patiënte uit zichzelf: "maar het is genoeg geweest" en: "ik wil niet meer". Op de vraag van de consulent wat er genoeg was geweest zei ze: "alles; alles gaat niet meer, steeds weer iets erbij". Op de vraag wat zij bedoelde met dat ze niet meer wilde, zei ze: "ik wil dood". Toen de consulent herhaalde of zij nú dood wilde, zei ze: "Ja, ik wil dood". Zij zei deze dingen op een krachtige en overtuigende manier; uit zichzelf, zonder bijdrage van haar echtgenoot. Het was duidelijk dat zij hier ernstig onder leed en dat het "dood willen" aan de orde was voor haar.

De consulent was ervan overtuigd dat het verzoek uit patiënte zelf kwam, mede gezien de overtuiging en het eigen initiatief waarmee patiënte in het gesprek aan haar doodswens refereerde. Volgens de consulent was het verzoek weloverwogen gezien de eerder gedocumenteerde gesprekken en de langdurige begeleiding die ze gezocht en gekregen had van de arts.

In haar verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de hulp bij zelfdoding uitgevoerd door het overhandigen aan patiënte van een 100 milliliter drank met 15 gram pentobarbital. Patiënte nam zelf de beker met de barbituraatdrank aan en dronk deze op, ook al vond ze de drank zichtbaar niet lekker.

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 over de weloverwogenheid en de vrijwilligheid van het verzoek:

In het dossier bevindt zich een wilsverklaring van patiënte met een bijzondere clausule "dementie" ondertekend in augustus 2009 en daarna nog diverse malen bekrachtigd.

Vervolgens heeft patiënte in januari 2013, acht maanden nadat de ziekte van Alzheimer bij haar was vastgesteld, een schriftelijke wilsverklaring opgesteld, waarin zij heeft opgenomen dat met name het proces van dementie van een van haar ouders haar erg heeft aangegrepen, nooit uit haar gedachten is geweest en zeer van invloed is geweest op haar meningsvorming over oud worden en oud zijn. Vanaf die tijd heeft zij aangegeven en ook op schrift gesteld dat zij niet op zo'n manier haar leven wilde eindigen. Haar waardigheid verliezen, contact met haar dierbaren verliezen, afhankelijk zijn, opgeborgen worden: dat te moeten ondergaan was voor haar ondraaglijk lijden. Haar uitgangspunt was dat zij zo lang mogelijk in haar woning wilde blijven wonen, waar haar echtgenoot als mantelzorger zou optreden. Als dat door verslechterde omstandigheden, mentaal en/of fysiek, niet meer zou kunnen dan was dat voor haar het moment voor haar vrijwillig en zelfgekozen waardig levenseinde.

Patiënte heeft zich in januari 2013 tot de SLK gewend, waarna de arts haar voor het eerst heeft bezocht. Zij heeft met patiënte afgesproken dat het moment van euthanasie zou worden bewaakt door haar echtgenoot, met wie de arts via de e-mail contact zou onderhouden. In de loop van tweeëneuhalf jaar heeft de arts patiënte meerdere malen bezocht en via de e-mail contact onderhouden met haar en haar echtgenoot.

Ruim zeven weken voor het overlijden gaf de echtgenoot van patiënte aan dat de zorg, gezien haar verslechterende toestand, hem te zwaar aan het worden was.

Op dat moment is de arts het euthanasieverzoek en de actuele wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar verzoek gaan exploreren. Zij heeft een geriater geraadpleegd. Deze kon geen uitspraak doen over de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens, omdat patiënte op dat moment geen euthanasiewens uitte.

Drieëneuhalf week voor het overlijden heeft patiënte de arts verzocht om op korte termijn tot de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan. Haar echtgenoot kon de verzorging niet meer aan en patiënte zou daarom in een verpleeghuis moeten worden opgenomen. Zij gaf aan dat zij dit niet wilde en dan dood wilde. Volgens de arts was patiënte wilsbekwaam (volgens de criteria van Appelbaum) en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts heeft dit gesprek opgenomen op haar iPad en uitgeschreven.

De arts heeft daarop een SCEN-arts geraadpleegd, die oordeelde dat haar verzoek tot levensbeëindiging in het geval van een noodzakelijke opname in een verpleeghuis consistent was en door patiënte beargumenteerd kon worden. Patiënte bleek evenwel even consistent in haar opvatting dat zij op dat moment niet een verzoek tot levensbeëindiging wilde doen.

Hij adviseerde de arts om een meer ter zake deskundige arts te raadplegen. Deze vervolgens geconsulteerde arts, specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts, heeft patiënte elf dagen voor het overlijden bezocht. Tegenover deze arts gaf patiënte uit zichzelf duidelijk aan dat het genoeg was geweest en dat zij dood wilde. De consulent was ervan overtuigd dat het verzoek uit patiënte zelf kwam, mede gezien de overtuiging en het eigen initiatief waarmee patiënte in het gesprek aan haar doodswens refereerde. Volgens deze consulent was het verzoek weloverwogen gezien de eerder gedocumenteerde gesprekken en de langdurige begeleiding die ze gezocht en gekregen had van de arts.

De commissie is, op grond van het vorenstaande, van oordeel dat de arts redelijkerwijs tot het oordeel is kunnen komen dat er sprake was van een weloverwogen en vrijwillig verzoek. Weliswaar zijn er in de loop van de tijd momenten geweest waarop patiënte geen duidelijke doodswens uitte, maar in de gesprekken die de arts en de tweede consulent –specialist ouderengeneeskunde- met patiënte hebben gehad, blijkt dat patiënte duidelijk uiting heeft gegeven van haar doodswens: zij heeft duidelijk

aangegeven dat zij dood wilde nu het moment gekomen was dat haar echtgenoot de zorg niet meer aankon en zij, gezien haar volledige zorgafhankelijkheid, niet meer in haar woning kon blijven wonen.

Ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden:

In haar schriftelijke wilsverklaring heeft patiënte duidelijk aangegeven onder welke omstandigheden zij haar lijden als ondraaglijk zou ervaren en levensbeëindiging zou wensen.

Ook heeft patiënte in de vele gesprekken die zij en haar echtgenoot met de arts over haar euthanasiewens hebben gevoerd, uitvoerig aangegeven wat ondraaglijkheid van het lijden voor haar inhield.

Op het moment dat patiënte om uitvoering van de euthanasie vroeg was er sprake van een daadwerkelijk actueel lijden, namelijk van het verlies van grip op haar denken en doen, van angsten en onzekerheid en volledige afhankelijkheid. Patiënte was op dat moment in de situatie terechtgekomen, die zij eerder in haar schriftelijke wilsverklaring en in de vele gesprekken met de arts, als ondraaglijk lijden had omschreven.

De commissie is daarom van oordeel dat de arts redelijkerwijs tot de overtuiging kon komen dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de euthanasie ondraaglijk leed.

Ten aanzien van een redelijke andere oplossing:

De commissie heeft zich voorts afgevraagd of er nog redelijke alternatieven waren: immers door het invoeren van thuiszorg zou haar echtgenoot ontlast kunnen worden en een opname in een verpleeghuis kunnen worden uitgesteld.

Patiënte heeft echter zelf in haar schriftelijke wilsverklaring uitdrukkelijk aangegeven dat haar echtgenoot als mantelzorger zou optreden en dat, als dat niet meer zou kunnen voor haar het moment was gekomen voor een vrijwillig en zelfgekozen levenseinde. Zowel voor patiënte als haar echtgenoot was het invoeren van hulp van anderen geen redelijk alternatief: zij hebben de aangeboden hulp/zorg ook steeds buiten de deur gehouden.

De uitvoering van de euthanasie op het moment dat haar echtgenoot de zorg niet meer aankon lag dan ook in de lijn van haar eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring.

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 patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de 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.