

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: wilsbekwaamheid ondanks dementie en afasie.

Gedragsstoornissen waren uiting van lijdensdruk. Nu veel deskundige behandelaars bij patiënte betrokken waren geweest en de consulent een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde was, zou het raadplegen van nog een onafhankelijke deskundige niets toevoegen.

Zorgvuldigheidseis: vrijwillig en weloverwogen verzoek

Aandachtspunt: wilsbekwaamheid ondanks dementie en afasie

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 werd:

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

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)
- zorgdossier
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- 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 naar aanleiding van al veel langer bestaande problemen van vergeetachtigheid en woordvindstoornissen, vijf jaar voor overlijden de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Zij had ook last van depressieve stemmingen. Zij werd behandeld met antidepressiva en Exelon. In de loop der jaren ging de toestand van patiënte steeds meer achteruit. Zij maakte een CVA en enkele TIA's door waarna hemianopsie en fatische stoornissen optraden. Patiënte werd tien maanden voor het overlijden opgenomen, eerst op een open en later op een gesloten afdeling van een verpleeghuis. Tijdens haar ziekteproces had zij aan naaste familie uitdrukkelijk te kennen gegeven nooit op een gesloten afdeling te willen worden opgenomen, maar desondanks was dit nu toch gebeurd. Patiënte verkeerde in een situatie waarvan zij steeds had aangegeven niet terecht te willen komen.

Drie maanden voor het overlijden werd de situatie van patiënte door gedragsstoornissen zelfs op de gesloten afdeling onhoudbaar en moest ze worden opgenomen op een crisisafdeling van een GGZ-instelling.

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

Het lijden van patiënte bestond uit geheugenstoornissen, afasie, gedragsstoornissen en volledige afhankelijkheid van de zorg van anderen. Patiënte was onrustig, verdrietig en boos en kon niet worden afgeleid. Zij liep vaak vertwijfeld op de afdeling rond en klampte medepatiënten en personeel aan en deed ze soms echt pijn. Ze maakte spullen kapot en kon geen moment alleen gelaten worden. Patiënte greep regelmatig naar haar hoofd; het leek dan alsof ze de klachten van de ziekte in haar hoofd voelde. Zij riep soms hard dat zij dood wilde. Medicatie tegen de gedragsstoornissen hielp niet. Patiënte had in haar schriftelijke wilsverklaring deze situatie als ondraaglijk lijden beschreven. Het lijden was ook voor alle betrokkenen duidelijk waarneembaar.

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 behandelende artsen patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had gedurende tien jaar voor het overlijden, zo blijkt uit het patiëntendossier, met haar huisarts over euthanasie gesproken. Na het bekend worden van de diagnose werden deze gesprekken vaker gevoerd.

Drie jaar voor overlijden had patiënte een schriftelijke wilsverklaring opgesteld, waarin zij omschreef wat voor haar ondraaglijk lijden zou zijn en dat zij, als die situatie zich voordeed, euthanasie zou wensen. Twee jaar voor overlijden bevestigde patiënte deze verklaring met een handtekening. In het verpleeghuis uitte patiënte haar euthanasiewens tegenover de behandelende specialist ouderengeneeskunde, maar deze wilde om haar moverende redenen niet ingaan op het verzoek. De opvolgende, behandelende specialist ouderengeneeskunde aan wie patiënte ook haar verzoek kenbaar maakte, vond het lijden van patiënte indrukwekkend maar vond de casus te ingewikkeld en schakelde daarom in overleg met de familie de SLK in.

De arts van de SLK sprak patiënte vier keer uitgebreid. In het eerste gesprek vroeg patiënte meteen om euthanasie.

Tijdens in elk geval drie van de vier gesprekken maakte patiënte, op haar manier, haar verzoek volgens de arts duidelijk. De arts vond patiënte op die momenten wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts tevens specialist ouderengeneeskunde. De consulent bezocht patiënte omstreeks een maand voor de levensbeëindiging tweemaal vlak achter elkaar, 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. In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte aanvankelijk tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, aangezien patiënte ten tijde van haar bezoek aan patiënte, niet wilsbekwaam was en op dat moment geen expliciet euthanasieverzoek uitte. Bovendien bestonden er volgens de consulent misschien nog behandelingsmogelijkheden om de gedragsstoornissen te verhelpen en daardoor het lijden te verlichten.

Tien dagen voor het overlijden nam de arts telefonisch contact op met de consulent - nadat duidelijk was geworden dat de gedragsstoornissen niet werden beïnvloed door de medicatie terwijl patiënte wel last had van de bijwerkingen - met de vraag haar oordeel te heroverwegen. De consulent was bereid om de casus nogmaals goed te bekijken. Opnieuw een gesprek met patiënte aangaan over haar euthanasieverzoek leek geen zin meer te hebben en in plaats daarvan besprak de consulent de situatie van patiënte met de behandelende klinisch geriater, een verzorgende en een collega-SCEN-arts. De consulent las nog een brief van de kinderen van patiënte waarin haar levensgeschiedenis was opgenomen. Zij bekeek ook video-opnames. Het lijden was daarop duidelijk waarneembaar. De consulent had zelf ook een grote lijdensdruk waargenomen. Patiënte verkeerde in de omstandigheden die zij als ondraaglijk lijden had omschreven in haar wilsverklaring van drie jaar geleden.

De consulent had zelf niet kunnen vaststellen dat patiënte nog wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Patiënte had wel een schriftelijke wilsverklaring. De consulent was daarom van mening dat art. 2 lid 2 WTL van toepassing was. Het oordeel van de consulent kon mede gevormd worden door alle nadere informatie die zij had ingewonnen.

In een aanvulling op het consultatieverslag concludeerde de consulent dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft patiënte als premedicatie een drankje met daarin 15 mg Dormicum aangereikt, dat door patiënte zelf werd opgedronken. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental gevolgd door 150 mg rocuronium.

e. Nadere mondelinge toelichting van de arts

Na de eerste behandeling van de melding op de vergadering had de commissie nog een aantal vragen. De commissie wilde het levenstestament van patiënt inzien omdat zij de handgeschreven wilsverklaring enigszins summier vond. De commissie wilde op het aanbod van de arts ingaan om het beeldmateriaal te bekijken.

Uit het dossier viel op te maken dat patiënte in de laatste maanden voor het overlijden haar doodswens nog enige malen mondeling bevestigde. De commissie wilde van de arts weten hoe consistent het verzoek van patiënte op het laatst was geweest.

Was er sprake van signalen die tegengesteld waren aan eerdere uitingen en de inhoud van de wilsverklaring?

In hoeverre vond de arts patiënte nog wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasiewens?

De arts had met vele deskundige behandelaars overlegd.

Uit het dossier viel echter niet op te maken of de arts nog een onafhankelijk deskundige had geraadpleegd. De commissie was benieuwd of de arts dit nog had overwogen. De commissie nodigde de arts uit om een mondelinge toelichting te komen geven. De arts verklaarde zich hiertoe bereid.

De arts gaf -zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting naar aanleiding van bovenstaande vragen.

Na een langdurig voortraject wilde de behandelend specialist ouderengeneeskunde aanvankelijk zelf de levensbeëindiging uitvoeren maar vond de casus toch te gecompliceerd. De specialist ouderengeneeskunde stond volledig achter de uitvoering van de euthanasie maar omdat de wilsbekwaamheid van patiënte duidelijk een issue was, werd de SLK ingeschakeld.

De arts zei over het levenstestament en de schriftelijke wilsverklaring het volgende.

In het levenstestament, een notariële akte, staat een clause over euthanasie en dementie. Het levenstestament is een juridisch document dat niet erg op het individu is toegespitst, aldus de arts. Maar het is toch een uiting van de wil van patiënte en daarom ondersteunend voor de oordeelsvorming in de euthanasieprocedure. Voor de arts was het echter veel waardevoller om de achtergrond van het verzoek van patiënte te begrijpen door haar biografie, opgeschreven door haar kinderen, te duiden en zo te weten te komen wat voor deze patiënte ondraaglijk lijden betekende. De eigen schriftelijke wilsverklaring was niet heel uitgebreid maar wel duidelijk over wanneer patiënte ondraaglijk zou lijden. Het niet meer kunnen genieten van kinderen en kleinkinderen en het verdrietig zijn, waren daarin beschreven als elementen van ondraaglijk lijden en die situatie was volgens de arts duidelijk aan de orde. Patiënte sprak niet eens meer over haar kleinkinderen en had zichtbaar veel verdriet, aldus de arts. Het verdriet bleek ook uit het aan de commissie getoonde videomateriaal.

De schriftelijke wilsverklaring was naast het dossier, de gesprekken met patiënte en betrokkenen en het levenstestament, een belangrijke bron voor de arts om tot de overtuiging te komen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts lichtte de consistentie van het verzoek als volgt toe.

Patiënte was een klein jaar opgenomen op een gesloten afdeling van een verpleeghuis. Patiënte had fatische stoornissen door haar vasculaire dementie. Door de afasie kon patiënte, zeker wanneer zij spanning ervoer, haar gedachten niet of slechts gebrekkig verwoorden.

Op de gesloten afdeling dreigde patiënte van een balkon af te springen. Zij vertoonde in de laatste maanden voor het overlijden ook ernstige gedragsstoornissen zich ondermeer uitend door rondlopen als een gekooid dier en door te schreeuwen en in de handen te klappen. Zij werd daarvoor zelfs op de crisisafdeling van een Paaz opgenomen en behandeld met medicatie. De medicatie had hierop geen effect maar werkte vooral versuffend.

De arts was na voeren van enkele gesprekken met patiënte, van mening dat patiënte wanhopig was omdat haar euthanasieverzoek niet serieus genomen werd.

De arts was er zelfs van overtuigd dat het gestoorde gedrag voortkwam uit de frustratie en onmacht omdat zij zich niet meer kon uiten en haar verzoek niet meer kon benoemen terwijl haar emoties nog wel intact waren. Deze emoties drukten het ondraaglijk lijden uit. Toen patiënte eenmaal wist dat de euthanasie uitgevoerd zou gaan worden, werd zij rustig en toonde zij zich gelukkig. De medicatie tegen de onrust werd vrijwel helemaal afgebouwd. Patiënte was stralend wanneer werd verteld dat de euthanasie doorgang kon vinden en zij bleef rustig tot en met de uitvoering. Zij leek zich ervan bewust wat er ging gebeuren. Dit werd bijvoorbeeld duidelijk doordat patiënte, toen het inbrengen van het infuusnaaldje door de slechte toestand van de vaten aanvankelijk niet lukte, angstig vroeg: “Kan het nu niet doorgaan?”

De arts was overtuigd dat de doodswens van patiënte vanaf het eerste gesprek dat zij met patiënte voerde tot aan het sterven van patiënte consistent is geweest. Zij vond patiënte tot het eind eigenlijk wél wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek ondanks het feit dat patiënte niet voldeed aan de criteria van Appelbaum. Patiënte had veel last van haar afasie. Zij brabbelde soms maar wat, vaak door frustratie dat zij niet uit haar woorden kon komen, maar het kon ook gebeuren dat patiënte nog wel iets kon zeggen. Ze heeft haar doodswens in de drie gesprekken die de arts met haar voerde, zij het met een omweg en soms cryptisch verwoord, aangegeven.

Ook is er video-opname waarin patiënte tegenover een naaste haar doodswens, als antwoord op gesloten vragen, duidelijk aangeeft.

De arts verklaarde over het raadplegen van een onafhankelijke deskundige het volgende.

De arts heeft goed nagedacht of er nog een onafhankelijke deskundige geraadpleegd zou moeten worden. Patiënte was in korte tijd gezien door vele behandelaars. Bijvoorbeeld: de specialist ouderengeneeskunde, die patiënte de laatste drie maanden voor het overlijden behandelde, had het lijden van patiënte goed geobserveerd en beschreven in de verwijfsbrief naar de SLK.

In de crisissituatie kwam er een geriater aan te pas die ook nog eens overlegde met een ouderenpsychiater. Andere behandelaars waren de zaalarts en een zeer ervaren verpleegkundige. Een zeer betrokken naaste was toevallig ook deskundig op medisch gebied. Hij voerde gesprekken met patiënte en deed daar ook schriftelijk verslag van. Verslagen over de gesprekken en registratie van contactmomenten is terug te vinden in het dossier.

De onafhankelijke consulent was specialist ouderengeneeskunde en dus ter zake deskundig.

De arts was van mening dat er vele deskundige behandelaars patiënte hadden gezien en gesproken en wilde patiënte niet nog meer belasten temeer daar het oordeel van een nieuwe dokter in haar ogen geen toegevoegde waarde zou hebben.

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 heeft in deze casus de arts om een nadere toelichting gevraagd omdat de wilsbekwaamheid van patiënte niet evident was.

Ten aanzien van **het vrijwillig en weloverwogen verzoek** overweegt de commissie het volgende.

De arts heeft door haar goede dossiervorming en gedetailleerde mondelinge uitleg voor de commissie aannemelijk gemaakt dat zij overtuigd kon zijn dat patiënte in wezen nog wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. De commissie is van oordeel dat de arts haar specifieke deskundigheid op het gebied van dementie en haar anderszins professionele kennis op de juiste wijze heeft ingezet om in kaart te brengen wat patiënte nog wist en wenste. Zij heeft met veel respect voor patiënte en haar omgeving gehandeld.

Zij heeft vastgesteld dat patiënte uiteindelijk tegenover haar consistent was in haar verzoek. Er is in de laatste fase nooit sprake geweest van tegengestelde signalen.

De arts werd in haar overtuiging dat patiënte nog wist wat zij vroeg, geschraagd door de wilsverklaring en het levenstestament van patiënte. Ook het patiëntendossier en de gesprekken met behandelaars en naasten droegen bij aan de oordeelsvorming van de arts.

De commissie vroeg zich ook af of de arts nog had overwogen om een onafhankelijke deskundige te raadplegen.

Ten aanzien van **het raadplegen van een onafhankelijke deskundige** overweegt de commissie het volgende.

De arts heeft uitgelegd dat zij, na veelvuldig overleg met vele deskundige behandelaars die patiënte hadden gezien en gesproken, patiënte niet extra wilde belasten door nóg een gesprek te moeten voeren met een dokter. Die belasting zou groot zijn geweest omdat patiënte veel last had van haar afasie en omdat zij erg gefrustreerd raakte doordat zij niet uit haar woorden kon komen. De arts meende dat een dergelijke raadpleging niets zou toevoegen.

Wat bijdroeg voor het inzicht van de commissie in de casus was het getoonde videomateriaal.

De heftigheid van het lijden was indrukwekkend en ook het uitgesproken verzoek van patiënte kwam in beeld.

De commissie overweegt dat, wanneer zij de gehele casus in ogenschouw neemt, de arts de extra behoedzaamheid die bij patiënten met dementie met een euthanasieverzoek van de arts wordt gevraagd, zeker heeft betracht.

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 behandelende artsen hebben in de loop van de tijd de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De behandelende artsen zijn met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek 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.