Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: arts en patiënt onderhielden intensief contact na de diagnose vasculaire dementie. Patiënt had altijd duidelijk aangegeven welke fase van dementie voor hem ondraaglijk lijden zou zijn. Hij had dit ook heel specifiek omschreven in zijn schriftelijke wilsverklaring. Toen zijn lijden ondraaglijk was geworden kon hij zijn verzoek niet meer verbaal uiten. Consulent bezocht patiënt tweemaal. Bij het eerste bezoek gaf patiënt duidelijk aan wat voor hem ondraaglijk lijden zou zijn. Tijdens het tweede bezoek constateerde de consulent dat hiervan inmiddels sprake was.

Zorgvuldigheidseisen: vrijwillig en weloverwogen verzoek, ondraaglijk en uitzichtloos lijden

OORDEEL

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

van:
(…), huisarts
verder te noemen: de arts

bij:
(…)
verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werd:
(…), 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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:
Formulier lijkschouwer
Formulier arts
Verslag arts
Verslagen consulent

Aanvullende gegevens:
• specialistenbrieven
• patiëntenjournaal,
• schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts bij brief verzocht om een mondelinge toelichting te geven tijdens haar commissievergadering. Na deze toelichting bleven bij de commissie vragen bestaan. De commissie heeft de consulent daarna bij brief verzocht om een mondelinge toelichting te komen geven. De consulent was die datum verhinderd. De consulent heeft op de daaropvolgende commissievergadering alsnog een mondelinge toelichting gegeven.

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

Patiënt, een man van 70-80 jaar, had jaren geleden een cerebro vasculair accident (CVA) doorgemaakt. Sinds vijf jaar voor het overlijden was sprake van een vasculair dementieel beeld. Negen en acht maanden voor het overlijden maakte patiënt een recidief CVA door en nadien werd hij opgenomen in een verpleeghuis. In de loop der maanden ging patiënt cognitief achteruit en vertoonde hij ontremd gedrag, waarvoor hij met medicatie werd behandeld. Een aantal maanden voor het overlijden maakte hij opnieuw enkele CVA's door. Twee maanden voor het overlijden ging de situatie van patiënt hard achteruit.
Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard.
Het lijden van patiënt bestond uit afasie, gedragsproblemen, valneigingen en afhankelijkheid van de zorg van anderen. Patiënt kon nauwelijks nog communiceren en was zich niet meer bewust van zijn omgeving. Zijn partner herkende hij alleen nog aan haar stem. Het looppatroon van patiënt was wankel, waardoor hij enkele malen was gevallen. Hij raakte gefrustreerd over zijn onvermogen zijn armen en benen goed te kunnen gebruiken. Patiënt vertoonde ontremd gedrag en was achterdochtig naar het verplegend personeel; hij werd steeds rustelozer en soms ook agressief. Hij was incontinent voor urine en moest worden geholpen met eten en drinken. Patiënt had van dichtbij het ziekteproces van een van zijn ouders met dementie meegemaakt en hij had meermaals aangegeven de laatste periode van een dergelijk ziekteproces niet zelf te willen meemaken. De arts was ervan overtuigd dat patiënt zijn lijden als ondraaglijk ervoer. Patiënt verkeerde in een situatie waarvan hij eerder had aangegeven niet terecht te willen komen. 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 arts over euthanasie gesproken en een jaar voor het overlijden een wilsverklaring opgesteld en getekend, waarin hij specifiek de fase van dementie beschreef waarin hij euthanasie wilde. Die fase was als volgt beschreven: niet meer kunnen communiceren (praten, horen of met gebaren), ontluistering (incontinent, lastig, agressief), het niet meer kunnen herkennen van zijn naasten, geen grip meer hebben op denken en handelen, niet meer zelfstandig kunnen eten en drinken, wanneer hij geen besef meer had wie hij was en wanneer hij geen besef meer had waar hij was.
Vier maanden voor het overlijden kon patiënt nog verbaal aangeven dat hij euthanasie wilde wanneer hij niet meer kon communiceren of toenemend afhankelijk was. Daarna maakte hij soms een gebaar (met zijn hand langs zijn keel) hetgeen door de verzorging van het verpleeghuis en de naaste familie van patiënt werd geduid als een bevestiging van zijn euthanasiewens.

Op het moment dat zijn lijden ondraaglijk was geworden, kon hij zijn euthanasieverzoek niet meer verwoorden. Wel waren er nog genoemde non-verbale uitingen.
Een kind van patiënt verzocht - vijf dagen voor het overlijden - de arts het schriftelijk vastgelegde euthanasieverzoek van patiënt uit te voeren. Volgens de arts had patiënt - toen hij dat nog kon - in meerdere gesprekken duidelijk aangegeven wanneer hij niet meer verder wilde leven. In zijn schriftelijke wilsverklaring van één jaar voor het overlijden had hij die omstandigheden herhaald. Voor de arts was het invoelbaar dat patiënt nu in een situatie verkeerde die hij niet meer had gewild.

c. Consultatie

De arts raadpleegde tweemaal dezelfde consulent als onafhankelijke SCEN-arts.
De eerste maal bezocht de consulent patiënt in het kader van een vroegconsultatie ruim acht maanden voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in zijn eerste verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Ondanks de dementie achtte de consulent patiënt - onder andere door zijn wilsverklaring, maar vooral omdat hij tijdens het gesprek meerdere malen zijn euthanasieverzoek kon toelichten - wilsbekwaam. Ten tijde van het eerste gesprek had patiënt echter nog geen actuele euthanasiewens. Hij kon nog van het leven genieten, maar wanneer hij niet meer kon communiceren, bedlegerig of incontinent zou worden of mensen niet meer zou herkennen, was voor hem de grens bereikt.
In zijn eerste verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, aangezien nog geen sprake was van een actueel euthanasieverzoek.

De tweede maal bezocht de consulent patiënt twee dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts was geïnformeerd. De consulent gaf in zijn tweede verslag een samenvatting van het verloop van het ziekteproces sinds zijn eerste bezoek aan patiënt. Het ondraaglijk lijden bestond voor patiënt uit de toenemende afhankelijkheid, het niet meer kunnen communiceren alsmede de incontinentie. Volgens de consulent had patiënt dat nooit gewild.
In zijn tweede verslag kwam de consulent mede op basis van de schriftelijke wilsverklaring van patiënt tot de 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 KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

e. Toelichting arts

Bij de commissie waren er vragen gerezen ten aanzien van het verloop van de euthanasieprocedure en de uitvoering. Hoe heeft de arts het lijden van de patiënt in de loop der tijd waargenomen en gekwalificeerd? Dit in verband met een groot verschil in tijd tussen de opname van patiënt in het verpleeghuis en de uitvoering van de euthanasie. Op grond waarvan is de arts tot de overtuiging gekomen dat patiënt zich in een situatie bevond waarvan de patiënt had aangegeven dat hij dit niet wilde, een en ander bezien tegen de achtergrond van de opmerking van de specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis dat patiënt een “modus vivendi” had gevonden. De commissie stelt daarbij vast dat voor de medische verzorging van patiënt in het verpleeghuis een arts assistent, als meest betrokken behandelaar, en een specialist ouderengeneeskunde, in een superviserende rol, betrokken waren bij patiënt. Ook wilde de commissie van de arts weten welke rol de familie speelde in het beslissingsproces om euthanasie toe te passen. En hoe is de uitvoering precies verlopen? De commissie heeft de arts verzocht om op deze vragen een nadere mondelinge toelichting te geven.

De arts heeft -zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting gegeven:

Als huisarts was de arts nauw betrokken bij patiënt en zijn euthanasiewens. Een jaar voor het overlijden heeft de arts uitgebreid met patiënt en zijn familie over euthanasie gesproken en de euthanasieprocedure doorgesproken.

Vanaf een half jaar voor het overlijden, tijdens zijn opname in het verpleeghuis, uitte patiënt meermaals zijn euthanasiewens. De artsen van het verpleeghuis hebben diverse malen contact met de arts opgenomen over de euthanasiewens van patiënt. In die periode heeft de arts patiënt bezocht in het verpleeghuis en met hem gesproken over zijn euthanasiewens. In overleg is besloten om vroegtijdig een consulent te raadplegen. Volgens de consulent, die patiënt een paar dagen later sprak, was voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen; er was alleen nog geen actueel euthanasieverzoek.

Na het bezoek van de consulent onderhield de arts contact met het kind van patiënt over de situatie van patiënt. De toestand van patiënt verslechterde vanaf vijf maanden voor het overlijden als gevolg van een tweetal CVA's. Er was sprake van een verminderde armfunctie, dysarthrie en duidelijke, verdere cognitieve achteruitgang.

Vanaf een maand voor het overlijden kwam alles in een stroomversnelling en ging de toestand van patiënt verder achteruit. Het kind van patiënt mailde de arts met de vraag of er een consulent kon komen. Drie dagen voor het overlijden bezocht de arts patiënt in het verpleeghuis. Tijdens dat bezoek kon de arts niet echt in contact komen met patiënt en kon hij zijn euthanasiewens niet meer verwoorden. Hij gebaarde naar zijn keel (snijbeweging) en raakte zijn arm (die sinds september grotendeels verlamd was) waaruit de arts kon opmaken dat hij door deze verdere achteruitgang met verlies van functie en zelfstandigheid, euthanasie wilde (zoals hij benoemd en beschreven had toen hij zijn wens nog duidelijk kon uiten). Vervolgens heeft de arts dezelfde consulent geconsulteerd, die patiënt de volgende dag heeft bezocht en concludeerde dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts herkent de opmerking niet van de specialist ouderengeneeskunde (drie dagen voor het overlijden) in het patiëntenjournaal, waarin zij aangeeft dat patiënt een modus vivendi vindt. In de contacten die de arts onderhield met de arts assistent kwam dit ook niet naar voren.
In het telefonisch contact met de specialist ouderengeneeskunde (drie dagen voor het overlijden) geeft ze wel aan dat de besluitvorming tot euthanasie grotendeels voorafgaand aan opname in het verpleeghuis plaatsgevonden heeft, waardoor het lastig voor haar is (m.a.w. of de arts dit op zich wil nemen als de wens daartoe helder is).

De arts was nauw betrokken bij patiënt en heeft zowel voorafgaand aan de opname als tijdens zijn opname in het verpleeghuis intensieve, uitgebreide gesprekken met hem gevoerd. Door de persoonlijke contacten kende de arts patiënt goed, hoe hij was en hoe na verloop van tijd zijn lichamelijke en geestelijke situatie veranderde. De euthanasiewens van patiënt was voor de arts invoelbaar. Voor de arts was het de eerste keer dat hij betrokken is geweest bij een euthanasieverzoek bij een patiënt met dementie. Euthanasie, ook een verzoek daartoe, bij patiënten met dementie vindt de arts over het algemeen lastig en gaat hij het liefst uit de weg. Bij deze patiënt kon de arts echter helemaal achter het verzoek staan.

Tijdens de euthanasieprocedure heeft de arts geen druk ervaren vanuit de familie. Op de dag van de euthanasie is bij patiënt een infuusnaald ingebracht door de ambulancedienst. De uitvoering van de euthanasieprocedure heeft de arts, in het bijzijn van de arts assistent, als zijnde zijn behandelend arts, gedaan. Dit verliep mooi en rustig, in het bijzijn van zijn vrouw en directe familieleden.

f. Toelichting consulent

Na het horen van de arts, wilde de commissie graag meer duidelijkheid van de consulent hoe hij had vastgesteld dat patiënt ondraaglijk leed en of de consulent heeft overwogen om de arts te adviseren een ter zake deskundige te raadplegen.

De consulent antwoordde op vragen van de commissie – verkort en zakelijk weergegeven- als volgt:

Op de vraag hoe patiënt tijdens de tweede consultatie heeft aangegeven dat hij ondraaglijk leed, antwoordt de consulent dat patiënt dat zelf niet meer kon aangeven. Het was onder andere een interpretatie van de houding van patiënt tijdens de tweede consultatie. Patiënt keek radeloos. Hij zat op een bankje, onrustig bewegend en angstig. In een gesprek gaf de arts assistent ook aan dat de onrust en radeloosheid patiënt dagelijks in de ban hielden. Patiënt vertoonde eerder dit jaar ontremd gedrag. Met medicatie is getracht om de situatie leefbaar te maken. Er kon geen goede balans gevonden worden tussen de werking en de bijwerking van de medicijnen. Bij verminderen van medicatie kwam het onrustige gedrag terug.

Bij het eerste bezoek van de consulent (ruim acht maanden voor het overlijden) was er geen actueel verzoek. Patiënt vertelde uitgebreid over zijn leven en over de situatie van één van zijn ouders, een situatie die hij pertinent niet voor zichzelf wilde. Het betrof een vroegtijdige consultatie. De vroegtijdige consultatie gaf patiënt nog de ruimte om te genieten van het leven. Een aantal maanden voor het overlijden heeft de arts de consulent gebeld over patiënt. Op dat moment had patiënt nog steeds geen actuele euthanasiewens. Er heeft toen geen consultatie plaatsgevonden. In de maand van het overlijden is de consulent voor de tweede keer bij de patiënt op bezoek gegaan. Toen was de situatie van patiënt al dusdanig dat hij zijn euthanasiewens niet meer kenbaar kon maken. Er was op dat moment sprake van ondraaglijk lijden, aldus de consulent. De consulent stelde dit vast op basis van de vroegtijdige consultatie, de inhoud van de wilsverklaringen van patiënt, de gesprekken met de arts assistent alsmede de houding van patiënt tijdens de tweede consultatie.

Hij had, achteraf gezien, in zijn verslag het lijden helderder kunnen formuleren en de wilsverklaringen van patiënt en de gevoerde gesprekken beter kunnen verwerken. Dit neemt hij mee in voorkomende gevallen.

Op de vraag van de commissie met welke arts van het verpleeghuis de consulent heeft gesproken, geeft de consulent aan dat dit de arts assistent is geweest. Zij was de arts die patiënt dagelijks zag. Er was geen aanleiding om ook met de specialist ouderengeneeskunde te spreken. De consulent heeft twee gesprekken met de arts assistent gevoerd en daarin bleek ze goed op de hoogte te zijn van de aard van de euthanasievraag.

Op de vraag welke rol de familie in het euthanasietraject had, gelet op het verzoek van het kind om euthanasie uit te voeren, geeft de consulent aan dat de familie bijzonder liefdevol was. De familie toonde alleen maar mededogen en respect voor patiënt.

De commissie vraagt of de consulent heeft overwogen om de arts aan te bevelen een externe specialist te raadplegen. De consulent geeft aan dit niet met de arts besproken te hebben. Op basis van de gesprekken met de arts assistent (waarbij de consulent, gezien haar functie, uitging van haar deskundigheid) voelde de consulent zich voldoende geïnformeerd over de situatie van patiënt. Immers, deze arts assistent kende patiënt driekwart jaar en zij was goed in staat om een oordeel te geven over de ondraaglijkheid van het lijden en het al dan niet bekwaam zijn van patiënt om zijn wil te uiten. De consulent heeft zelf ook de nodige ervaring met dementerenden. Patiënt verkeerde in een dermate deskundige situatie dat, aldus de consulent, het raadplegen van een externe specialist niet nodig was.

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 dat bij patiënten die zich in een proces van dementie bevinden, door een arts met grotere behoedzaamheid moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging. Er kan immers twijfel bestaan over de vraag of de patiënt die aan dementie lijdt, wilsbekwaam is en of het verzoek van een dergelijke patiënt, gezien de aard van de aandoening, vrijwillig en weloverwogen is. Daarnaast heeft de grotere behoedzaamheid betrekking op de beantwoording van de vraag of er sprake is van actueel ondraaglijk lijden.

De Code of Practice vertaalt de grotere behoedzaamheid in de eis dat de arts in geval van dementie in een latere fase, zoals in casu, ook een terzake deskundige raadpleegt. Te denken valt aan een klinisch geriater, een specialist ouderengeneeskunde of een internist ouderengeneeskunde. Op deze wijze ontstaat een waarborg dat redelijkerwijs alles is ingezet, om aan de soms moeilijk te duiden uitingen van de patiënt conclusies te verbinden die rechtstreeks betrekking hebben op de wil tot, dan wel besef van levensbeëindiging. Tevens speelt hierbij de vraag naar helderheid rond de actuele ondraaglijkheid van het lijden, mede gezien in relatie tot de dementie, een grote rol.

De commissie constateert dat de arts heeft volstaan met het raadplegen van een onafhankelijke consulent. Deze was niet ter zake deskundig, zoals hierboven aangegeven. Dit sluit echter niet uit dat in feite de besluitvorming en het handelen van de arts zorgvuldig kan zijn geweest, maar het risico op misverstanden in de communicatie met de patiënt is groter. En dat heeft tot gevolg dat de procedure om helderheid omtrent die zorgvuldigheid te verkrijgen complexer verloopt. In de onderhavige zaak zijn dan ook zowel de arts als de consulent nader door de commissie gehoord.

Uit alle gegevens komt, kort samengevat, het volgende beeld naar voren.
Patiënt was ruim twintig jaar voor het overlijden ingeschreven bij de praktijk van de arts. Vijf jaar voor het overlijden werd dementie bij patiënt vastgesteld, waarna in de daarop volgende jaren intensief contact is geweest tussen arts en patiënt. Een jaar voor het overlijden kwam het verzoek om levensbeëindiging aan de orde, waarbij in de schriftelijke vorm (wilsverklaring) een toestand van dementie, die patiënt als ondraaglijk voorzag, gespecificeerd is omschreven. In de daarop volgende maanden heeft patiënt dit verzoek mondeling herhaald. Ook na de opname van patiënt in het verpleeghuis heeft de arts uitgebreid contact gehouden met patiënt en diens familie. De specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis en de arts assistent hebben daarnaast diverse malen overleg gehad over de euthanasiewens van patiënt met de arts.
De consulent heeft patiënt tweemaal bezocht, en daar tweemaal uitgebreid verslag van gedaan. Hij heeft een gespecificeerd beeld weergegeven van de woordeloze wanhoop bij patiënt bij het laatste bezoek, drie dagen voor de levensbeëindiging. Daarnaast heeft hij contact gehad met de familie en de arts assistent van het verpleeghuis.

Uit het bovenstaande komt een beeld naar voren van een langdurig contact tussen arts en patiënt, waarbij duidingen en wensen van patiënt uit de laatste maanden konden worden geplaatst tegen de achtergrond van eerdere, jarenlange uitwisseling van inzichten.
Daarnaast heeft de consulent zich grondig georiënteerd en zijn laatste indrukken mede weten te interpreteren in relatie tot gegevens uit overleg met familie, de arts assistent en niet in de laatste plaats met de arts.

Gezien het langdurige voortraject, alsmede de contacten met de behandelend specialist ouderengeneeskunde en de arts assistent in het verpleeghuis en gezien het feit dat er noch bij de consulent, noch bij de arts enige twijfel bestond ten aanzien van de wilsbekwaamheid van patiënt bij het opstellen en vervolgens herbevestigen van de wilsverklaring, komt de commissie tot het oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen

verzoek van de patiënt.
Ook kon de arts tot de overtuiging komen dat in de periode onmiddellijk voorafgaand aan de levensbeëindiging bij patiënt sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dat mede in relatie stond tot de dementie. De arts heeft patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

De arts heeft geen ter zake deskundige geraadpleegd, hoewel dat in de gegeven omstandigheden van gevorderde dementie wel een vereiste was. Gezien de zorgvuldige wijze waarop het contact tussen arts en patiënt de afgelopen jaren vorm heeft gekregen, en gezien de zorgvuldige verslagen van de consulent en de mondelinge toelichtingen, een en ander zoals hierboven aangeduid, komt de commissie uiteindelijk toch tot het oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dit laat onverlet dat het inschakelen van een deskundige bij een latere fase van dementie een vereiste blijft. Al was het al vanwege moeilijk te duiden uitingen van een patiënt in een materie van leven en dood. De commissie is dan ook van mening dat de arts bij toekomstige meldingen inzake dementie zich dient te conformeren aan de handelwijze als vermeld in de Code of Practice.

Tot slot heeft de arts de levensbeëindiging uitgevoerd op medisch zorgvuldige wijze.

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.