

## Casus 9 - RTE Jaarverslag 2012

### **Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: patiënte leed al vele jaren aan een chronische waanstoornis gepaard gaande met ernstige depressieve episoden, waarvoor zij allerlei behandelingen had ondergaan, die geen verbetering hadden gebracht. De arts (zelf psychiater) heeft naast de onafhankelijk consulent (geen psychiater) geen andere psychiater als consulent geraadpleegd, zulks in afwijking van de Richtlijn hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De arts heeft niettemin aannemelijk gemaakt, dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing was.**

## oordeel

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

(.....)

### **2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN**

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

#### **a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven**

Bij patiënte, een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, openbaarden zich in 1970 de eerste tekenen van een ernstige psychiatrische aandoening. Deze aandoening is jaren wisselend benoemd. Vanaf 2004 werd steeds gesproken over een schizo-affectieve stoornis, van het depressieve type. Het ziektebeeld werd gekenmerkt door een chronische waanstoornis (sinds 1980). Binnen het ziektebeeld was tevens sprake van ernstige tot zeer ernstige depressieve episoden.

De waanstoornis betrof een bizarre somatische waan.

Ondanks uitputtende behandelingen met verschillende anti-psychotica was patiënte niet in staat die waan weg te krijgen.

De depressieve episoden werden gekenmerkt door melancholie met duidelijk vitale kenmerken en drang tot zelfdoding met meerdere pogingen.

De stemmingsstoornis werd behandeld met meerdere antidepressiva en met meer dan 100 ECI sessies. Deze behandelingen gaven slechts tijdelijk verbetering. De onderhoudsbehandeling moest uiteindelijk worden gestopt door een toename van geheugen -en inprentingklachten.

Eind 2010 werd een second opinion aangevraagd in een academisch ziekenhuis. Op basis van somatisch- en psychiatrisch onderzoek werd bevestigd dat er geen realistische behandelopties meer voor patiënte bestonden.

Het lijden van patiënte bestond uit een permanente marteling die ze ervoer vanwege die somatische waan. Verder leed zij onder depressies die haar de laatste reeks van jaren beletten zich buiten het psychiatrisch ziekenhuis te kunnen handhaven met een steeds terugkerende drang haar leven te beëindigen.

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

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënte wees 'deep brain stimulation' af aangezien dat voor haar geen reële optie was. Bovendien kon zij de extra belasting niet meer verdragen na alle behandelingen die zij in de afgelopen jaren had geprobeerd.

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

## **b. Verzoek tot levensbeëindiging**

Patiënte heeft met haar behandelend psychiater gedurende de laatste drie jaar van haar leven regelmatig over levensbeëindiging gesproken. De behandelend psychiater zag voor zichzelf geen mogelijkheid om op haar verzoek in te gaan. Via de ledenondersteuningsdienst van de NVVE is contact gelegd met de arts. De arts heeft zich uitvoerig over patiënte laten informeren door de behandelende psychiater en heeft eerst onderzocht of patiënte door psychiaters in haar eigen regio kon worden begeleid in haar euthanasiewens. Tevens is contact gelegd met de huisarts van patiënte. Toen vanuit de regio geen hulp geboden kon worden heeft de arts het uitvoerige medisch dossier doorgenomen en besloten contact met patiënte op te nemen.

Twee maanden voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en hem sindsdien diverse malen om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht omdat zij op menswaardige wijze wilde sterven.

Volgens de arts bleef patiënte ondanks de chronische waanstoornis en wisselende ernst van de depressieve episoden zeer goed in staat om te spreken over haar ziekte en over alle behandelingen die zij had ondergaan evenals de vele zelfdodingpogingen die zij uit wanhoop had ondernomen.

Vanaf 2007 was bij patiënte het besef gegroeid dat behandelingen geen verbetering meer brachten. Vanaf 2009 was daaruit bij haar het besluit ontstaan om daadwerkelijk om levensbeëindiging te verzoeken. Familieleden van patiënte waren verdrietig over haar keuze maar respecteerden deze.

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

## **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke specialist (geen psychiater), tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte circa twee weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

Volgens het verslag was patiënte tijdens het gesprek helder en kon zij haar ziektegeschiedenis goed onder woorden brengen. Zij herhaalde meerdere keren haar dringende wens tot euthanasie.

Het gesprek verliep rustig. Patiënte was soms emotioneel, met name wanneer zij inging op haar niet aflatende lijden dat zij als uitzichtloos en ondraaglijk ervoer.

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

#### **d. Uitvoering**

De arts heeft de hulp bij zelfdoding uitgevoerd met het middel, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp.

#### **e. Mondelinge toelichting arts**

Bij beoordeling van de melding ontstonden bij de commissie nog enkele vragen, vooral ten aanzien van de consultatie. Mede omdat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten niet veel voorkomt verzocht de commissie de arts in een persoonlijk onderhoud de zaak toe te lichten.

Zakelijke weergave van de mondelinge toelichting:

*Volgens de arts leed patiënte aan een ernstige psychiatrische stoornis in verband waarmee zij al jaren een persisterende doodswens had. Om behandelmogelijkheden te evalueren en de lijdensdruk te toetsen was patiënte zeer uitputtend onderzocht in een academisch ziekenhuis. De arts had overwogen om zelf ook nog een second opinion aan te vragen overeenkomstig de Richtlijn hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Omdat de behandelend psychiater van patiënte circa één jaar voor haar overlijden al een second opinion had aangevraagd en de situatie van patiënte sindsdien niet was veranderd, had hij besloten ervan af te zien.*

*De arts verklaarde ervan op de hoogte te zijn dat in genoemde Richtlijn werd geadviseerd als eerste consulent een arts te raadplegen die gespecialiseerd is op psychiatrisch gebied en als tweede consulent een onafhankelijke SCEN arts.*

*Binnen de GGZ, zo ook binnen het instituut waar patiënte was opgenomen ten tijde van de besluitvorming, bestaat soms nog een weigerachtige houding voor wat betreft het ingaan op verzoeken om hulp bij zelfdoding. Inmiddels is er binnen de betreffende instelling een beweging gaande om het protocol aan te passen.*

*De arts verwees naar de uitspraak van de behandelend psychiater: “Als iemand het verdient, dan is het wel deze patiënt.”*

*De arts wees erop dat hij ruim drie jaar geleden zelf bij een euthanasie betrokken is geweest. Ook was hij enkele malen door huisartsen benaderd voor een second opinion wanneer deze artsen gevraagd waren om in te gaan op een euthanasieverzoek.*

*In de zaak waarin hij nu zelf als uitvoerend arts betrokken was, heeft de huisarts van patiënte uitstekend met hem samengewerkt. Deze heeft onder andere voorafgaand aan de hulp bij zelfdoding technische ondersteuning gegeven.*

*De arts lichtte desgevraagd toe dat hij 's ochtends het drankje bij de apotheker had opgehaald. De huisarts van patiënte had bij haar een venflon aangebracht voor het geval zij het drankje zou uitbraken en het alsnog nodig zou zijn haar leven door middel van intraveneuze toediening van euthanatica te beëindigen. Patiënte had in alle rust het drankje opgedronken, was vervolgens gaan liggen en na twintig minuten overleden.*

*Voor wat betreft de wilsbekwaamheid van patiënte verklaarde de arts dat patiënte inderdaad milde cognitieve beperkingen had als gevolg van de vele ECT behandelingen die zij had ondergaan. Haar korte termijn geheugen viel echter mee. Patiënte was zich bewust van haar waan en van haar depressieve stoornis. Zij was goed in staat om over haar situatie te reflecteren*

*en kon verwoorden dat psychiaters datgene wat zij voelde als een waan bestempelden. Zij kon zeggen: "Ik heb een waan; ik heb daar last van."*

*De arts bevestigde dat patiënte aan alle mogelijke behandelingen hoop ontleende. Als een van de theoretisch mogelijke behandelingen was ook Deep Brain Stimulation ter sprake geweest. Deze behandeling is nog in de experimentele fase en bovendien voor andere indicaties dan de diagnose van patiënte. Patiënte was hierover voorgelicht en wees deze behandeling persisterend af.*

*De arts verklaarde desgevraagd dat patiënte het jaar voor het overlijden uitgebreid over de verschillende procedures is voorgelicht door een vrijwilligster van de leden ondersteuningsdienst van de NVVE. In de laatste periode voor haar overlijden was patiënte door hemzelf voorgelicht. In die gesprekken vroeg patiënte bijvoorbeeld naar de hoeveelheid die zij op moest drinken en of het vies smaakte.*

*De apotheker uit.... heeft het drankje geleverd maar dit door een apotheker elders laten bereiden, aangezien zij dat zelf niet meer deed.*

*De arts merkte tenslotte op dat hij het wenselijk zou vinden wanneer er in Nederland op verschillende plekken apothekers zitten waarvan bekend is dat zij ervaring hebben met het bereiden van een euthanaticum.*

### **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.

In het geval van euthanasie bij een psychiatrische patiënt acht de commissie het van groot belang dat een arts - overeenkomstig de Richtlijn hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie- naast de onafhankelijke consulent een of meer artsen, onder wie bij voorkeur een psychiater, raadpleegt, die een deskundig oordeel kunnen geven ten aanzien van onder andere de wilsbekwaamheid van patiënt en de uitzichtloosheid van het lijden.

In onderhavige casus heeft de arts mondeling te kennen gegeven goed op de hoogte te zijn van deze richtlijn.

Verder heeft de arts toegelicht dat hij het consulteren van een onafhankelijke psychiater zeker heeft overwogen, maar had besloten daarvan af te zien aangezien de behandelend psychiater van patiënte circa één jaar voor haar overlijden al een second opinion had aangevraagd en de situatie van patiënte sindsdien niet was veranderd.

De arts heeft zich in zijn verslaglegging uitvoerig verantwoord voor zijn beslissing hulp bij zelfdoding te verlenen. Zijn schriftelijke aantekeningen en de mondelinge toelichting daarop hebben de commissie overtuigd dat hij daarbij zeer behoedzaam te werk is gegaan. Zo heeft de arts - voordat hij de behandeling van de patiënte overnam in verband met haar verzoek om hulp bij zelfdoding - zich uitgebreid laten informeren over haar situatie, zowel door de psychiater van de instelling waar zij al vele jaren in behandeling was als door haar huisarts.

De arts heeft zich vervolgens verdiept in haar medisch dossier en ondermeer kennis genomen van de uitkomst van de second opinion die door de behandelend psychiater van patiënte eind 2010 was aangevraagd.

Nu de situatie van patiënte zich sindsdien niet had gewijzigd, is de commissie van mening dat de arts - naast het raadplegen van een onafhankelijke SCEN consulent- kon volstaan met het kennis nemen van de rapportage van de geconsulteerde onafhankelijke psychiater en dat op hem niet de verplichting rustte daarnaast ook zelf alsnog een onafhankelijke psychiater te raadplegen.

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 dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft 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 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 levensbeëindiging 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.