

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt, 40-50 jaar, heeft vanaf puberteit ernstige compulsieve stoornis. Grijpt alle mogelijkheden voor behandeling aan, waaronder intensieve klinische trajecten en diepe breinstimulatie. Na zijn laatste opname beseft hij dat er geen kans meer is op herstel. Hij vraagt arts (psychiater) om euthanasie.

De arts raadpleegt twee consulenten. Eerste consulent, psychiater, oordeelt dat patiënt onvoldoende geïnformeerd is over de procedure en dat behandelopties onvoldoende verkend zijn. Op zijn voorstel vindt een intake voor psychotherapie plaats. Bij patiënt ontbreekt elke motivatie voor deze therapie en deze vindt geen doorgang.

Tweede consulent (huisarts) concludeert dat er geen redelijke andere oplossing meer voorhanden is, dat patiënt wilsbekwaam is en aan alle zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.

oordeel

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van een combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek

(...)

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 een combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag eerste consulent

Verslag tweede consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- schriftelijke wilsverklaringen

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

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

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënt, een man tussen 40 en 50 jaar, was sinds zijn zestiende levensjaar sprake van een ernstige compulsieve stoornis. De ziektegeschiedenis vermeldt verder onder meer enkele periodes met depressie en een obsessieve persoonlijkheidsstoornis. Patiënt heeft over de jaren alle mogelijkheden voor behandeling, inclusief intensieve klinische trajecten, aangegrepen en doorlopen in de hoop dat hij zou herstellen. Daarbij was hij ook altijd erg gemotiveerd geweest. Ook heeft patiënt een diepe breinstimulatie (DBS) ondergaan, zonder het gewenste resultaat. Na zijn laatste opname in 2011 werd het patiënt duidelijk dat er geen kans meer op herstel was. Hij had deze opname als zijn laatste strohalm gezien. Patiënt wees neuro-chirurgische interventie af omdat hij bang was dat zijn persoonlijkheid zou worden aangetast. Een dwangopname werd als niet doelmatig en proportioneel beschouwd. Met een resterend behandelvoorstel, waarbij medicamenteuze behandeling zou plaats vinden in combinatie met een ambulante behandeling gericht op acceptatie van de stoornis en het ondernemen van andere (afleidende) activiteiten, kon patiënt na een ruime periode van reflectie en meerdere gesprekken met de arts op basis van verschillende argumenten niet akkoord gaan. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond vooral uit angst en paniek met gevoelens van gejaagdheid en hartkloppingen bij zeer invaliderende dwangrituelen. Na jarenlang strijd te hebben gevoerd was patiënt moegestreden. De dwangrituelen namen soms extreem veel tijd in beslag en gaven een forse verstoring van de meest basale behoeften zoals slapen, eten, drinken en zelfzorg. Patiënt leed verder onder krachtsverlies, sociale isolatie en gewichtsverlies. Hij voelde grote schaamte over zijn situatie. Zijn lijdensdruk was toegenomen door het besef dat er geen uitzicht meer was op herstel. Patiënt was zich aan het onthechten van de mensen om zich heen. Hij was zich bewust van wat zijn overlijden zou betekenen voor bepaalde mensen, maar hij bleef bij zijn wens om te sterven. Iedere dag was voor hem een gevecht met het leven. Patiënt vond zijn situatie mensonwaardig. Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. 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

Sinds zijn ontslag na een opname, twee jaar voor het overlijden, heeft patiënt zijn wens uitvoerig (innerlijk) overwogen alvorens hiermee naar buiten te treden. Patiënt had in het jaar vóór zijn overlijden voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Patiënt herhaalde zijn verzoek meerdere malen ten overstaan van de arts, een naaste, medebehandelaars, de eerste consultant en de tweede consultant. Er waren twee schriftelijke euthanasieverklaringen aanwezig. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde twee consulenten, beiden onafhankelijke SCEN-artsen.

De eerste consulent, psychiater, bezocht patiënte ruim vier maanden voor de levensbeëindiging na door de arts over patiënte te zijn geïnformeerd en inzage te hebben gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent gaf in het consultatieverslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

De eerste consulent was van oordeel dat patiënt (nog) niet wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek om hulp bij zelfdoding. Dit (tijdelijk) gebrek was te verklaren doordat patiënt nog onvoldoende kennis had over de te volgen procedure bij de uitvoering van zijn verzoek.

Er was geen sprake van een weloverwogen verzoek. De eerste consulent was van mening dat patiënt zijn besluit had genomen in een situatie van "alles of niets", waarbij hij onvoldoende oog en ruimte had of kon nemen voor het meer genuanceerd overwegen van behandelopties.

Patiënt was nog niet voldoende voorgelicht over de procedure van hulp bij zelfdoding.

De eerste consulent was van mening dat het behandelvoorstel van rehabilitatie door middel van een ambulante psychologische op betekenis gerichte behandeling met een focus op acceptatie van de stoornis en starten van andere activiteiten onvoldoende verkend was. De eerste consulent adviseerde de arts om eerst een aantal therapeutische gesprekken met patiënt aan te gaan om dit aspect verder uit te diepen. Dergelijke gesprekken zouden mogelijk ook de wilsbekwaamheid en weloverwogenheid van het verzoek kunnen versterken en daarbij uitgebreide voorlichting realiseren en het doodsverlangen verhelderen.

In het consultatieverslag kwam de eerste consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De tweede consulent, huisarts, bezocht patiënte ruim twee maanden voor de levensbeëindiging na door de arts te zijn geïnformeerd en inzage te hebben gekregen in de relevante medische documentatie en het verslag van de eerste consulent.

De tweede consulent gaf in het consultatieverslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis, de aard van het lijden van patiënte en de ontwikkeling van het ziekteproces sinds het bezoek van de eerste consulent.

Sinds het eerste consult heeft een psychotherapeut meerdere intakegesprekken met patiënt gehad met de bedoeling de mogelijkheid van rehabilitatie door middel van een ambulante behandeling gericht op acceptatie van de stoornis met een focus op het starten van andere activiteiten nader uit te diepen. De psychotherapeut concludeerde dat de kans van slagen van een dergelijk psychodynamische psychotherapie nihil was omdat bij patiënt elke motivatie hiertoe ontbrak. Patiënt kon het vertrouwen in een nieuwe behandeling niet meer opbrengen.

De tweede consulent kwam tot de overtuiging dat er geen andere redelijke oplossing voorhanden was. De tweede consulent was van mening dat patiënt wilsbekwaam was.

Ook was er volgens de tweede consulent sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

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

Ruim een week voor het overlijden vond er aanvullend telefonisch overleg plaats tussen de arts en de tweede consulent in verband met de verlopen geldigheidsduur van het laatste consult. De arts informeerde de tweede consulent dat patiënt kort na het laatste consult had aangegeven dat hij ongeveer twee maanden tijd nodig had voor het afscheid nemen van zijn naasten. De euthanasieprocedure had veel energie van patiënt gevraagd, waarbij hij nauwelijks was toegekomen aan het afscheid nemen van dierbaren. Patiënt was de laatste twee maanden wekelijks gezien door de arts, waarbij veel aandacht werd besteed aan het proces van afscheid nemen.

d. Uitvoering

De arts heeft de combinatie van hulp bij zelfdoding en 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.

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.

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 patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de 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 patiënt 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.