

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënt, een man van 60-70 jaar, was al veertig jaar sprake van ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Er was sprake van een sociale fobie, een obsessief compulsieve stoornis, gepaard gaande met vermijdingsgedrag en dwanghandelingen, en jeugdtrauma's. Daarnaast somatisch lijden.

Patiënt werd langdurig behandeld, intramuraal en poliklinisch. Tijdens zijn huwelijk was de situatie relatief rustig. Na het overlijden van zijn partner uitte patiënt een euthanasiewens. Hij werd volgens het depressieprotocol behandeld. De behandelend psychiater zag geen behandelingsmogelijkheden meer, maar ging niet in op euthanasiewens. De arts, zelf geen psychiater, had contact met de behandelend psychiater en de eigen huisarts en raadpleegde als consulenten een onafhankelijk huisarts/SCEN-arts en een onafhankelijke psychiater, die beiden concludeerden dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van hulp bij zelfdoding

(...)

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 hulp bij zelfdoding bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- brief huisarts
- specialistenbrieven, onder meer van de behandelend psychiater
- aanmeldingsformulieren Stichting Levensindekliniek (SLK)
- patiëntenjournaal SLK
- verslagen gesprekken arts en SLK-verpleegkundige met patiënt
- schriftelijke wilsverklaring

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 van 60-70 jaar, was al veertig jaar sprake van ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Er was sprake van een sociale fobie, een obsessief compulsieve stoornis, gepaard gaande met vermijdingsgedrag en dwanghandelingen, en van trauma's. Patiënt had in zijn jeugdtrauma's opgelopen vanwege onder meer zeer frequente ziekenhuisopnames. Vanwege zijn sociale fobie heeft hij zijn studie niet kunnen afronden en nooit een baan gehad. Ongeveer veertig jaar geleden is hij een paar jaar in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg opgenomen geweest vanwege een depressie en een doodswens. Daarna is hij onder behandeling van dat centrum gebleven. Ongeveer twintig jaar later is hij wederom in die instelling opgenomen geweest en aansluitend poliklinisch behandeld voor zijn fobie, angst, dwang- en depressieve klachten. Ruim elf jaar geleden is de behandeling beëindigd omdat geen verbetering meer te verwachten was.

In de periode van zijn huwelijk is zijn situatie relatief rustig geweest. Na het overlijden van zijn partner heeft patiënt, ongeveer twee jaar geleden, een euthanasiewens geuit bij zijn huisarts. Patiënt is toen onder behandeling van een psychiater gekomen, die hem protocollair behandelt heeft voor zijn depressie, zonder het gewenste resultaat. Een ECT-behandeling weigerde patiënt. Ook een behandeling met cognitieve gedragstherapie bracht geen verbetering. Eventuele andere behandelingen, die de aspecten van zijn lijden zouden kunnen verlichten (zoals EMDR vanwege zijn trauma en een verdere psychotherapeutische behandeling) wees patiënt af. De behandelend psychiater zag geen mogelijkheden meer om het lijden van patiënt te verminderen.

Er was ook sprake van somatisch lijden: patiënt had ernstige artrose van heup en knieën en een van zijn ledematen was vergroeid. Een operatie was geïndiceerd, maar kon niet worden uitgevoerd vanwege zijn ziekenhuistrauma.

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

Het lijden van patiënt bestond uit zijn sociale fobie, angsten en trauma's, die hij al meer dan veertig jaar had. Na het overlijden van zijn vrouw waren zijn klachten weer heviger geworden en heeft hij, ondanks de behandelingen, geen nieuw evenwicht kunnen bereiken. Alles wat hij ondernam, ging gepaard met angst. Patiënt was uitgeput geraakt, kwam tot niets en wilde niets anders dan er niet meer zijn. Ook had hij pijn en werd hij ernstig beperkt in zijn mobiliteit door de artrose. Patiënt werd toenemend afhankelijk van de zorg van anderen, wat weer angst met zich meebracht.

Hij leed onder de uitzichtloosheid van zijn situatie en het vooruitzicht in het ziekenhuis te moeten worden opgenomen.

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

Patiënt had eerder met zijn eigen huisarts, zijn behandelend psychiater en zijn behandelend psycholoog over euthanasie gesproken. Hij kreeg het gevoel door hen aan het lijntje te worden gehouden en wendde zich, ongeveer acht maanden voor het overlijden, tot de SLK.

Ongeveer tweeëneenhalve maand voor het overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts, zelf geen psychiater, over zijn euthanasiewens gesproken. Hij heeft de arts toen direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. In de vier uitgebreide gesprekken die hij daarna nog met de arts heeft gehad heeft patiënt zijn verzoek steeds herhaald. De arts heeft contact gehad met de huisarts en de behandelend psychiater en psycholoog van patiënt.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke huisarts/SCEN-arts en als tweede consulent een onafhankelijke psychiater. De eerste consulent bezocht patiënt ruim vijf weken voor de levensbeëindiging. De tweede consulent bezocht patiënt ongeveer drie weken voor de levensbeëindiging.

Beide consulenten waren door de arts over patiënt geïnformeerd en hadden inzage gekregen in de relevante medische documentatie. De consulenten gaven in hun verslagen een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt.

De eerste consulent heeft nog telefonisch overleg gehad met de behandelend psychiater en de huisarts van patiënt.

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

In zijn verslag gaf de tweede consulent een samenvatting van de ziektegeschiedenis. De tweede consulent kwam, mede op basis van het gesprek met patiënt, tot de conclusie dat er bij patiënt sprake was van ernstige langdurige persoonlijkheidsproblematiek, waarbij obsessieve compulsieve trekken, passiviteit en afhankelijkheid op de voorgrond stonden. Ook was sprake van angst en paniekstoornissen, die konden worden begrepen in het kader van posttraumatische stressstoornis. De behandelingen gedurende veertig jaren door zeer veel verschillende therapeuten waren zonder resultaat. Er was sprake van zeer ernstige, weerbarstige therapieresistente psychiatrische problematiek. De tweede consulent achtte patiënt volledig wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasiewens. Volgens de tweede consulent was aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan.

De arts heeft twaalf dagen voor het overlijden nog telefonisch contact gehad met de eerste consulent, naar aanleiding van het verslag van de tweede consulent. De eerste consulent gaf aan zich te kunnen vinden in dit verslag en een aanvulling op haar eigen verslag niet noodzakelijk te vinden.

d. Uitvoering

De arts heeft de hulp bij zelfdoding 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 haar 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.