

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, was sinds veertien jaar sprake van een depressieve stoornis. Zij had vele behandelingen en opnames achter de rug, waaronder een gedwongen opname na een suicidepoging. De depressie bleek therapieresistent. Patiënte werd verwezen voor een second opinion. Een voorgestelde ECT-behandeling wees patiënte af omdat zij van een eerdere behandeling geen positieve effecten had ondervonden; wel vond nog een herstart van medicatie plaats. Daarnaast had zij chronische pijn en functiebeperking vanwege somatische problematiek. De arts, haar behandelend psychiater, heeft overleg gehad met naasten, huisarts en collega's: zij waren het eens dat het lijden uitzichtloos was. De arts raadpleegde een specialist ouderengeneeskunde/SCEN-arts, die de casus besprak met een collega-psychiater/SCEN-arts en concludeerde 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 patiënte. De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- 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

Patiënte, een vrouw van 60-70 jaar kampte sinds veertien jaar met een depressieve stoornis bij een afhankelijke persoonlijkheidsstructuur. Haar persoonlijkheidsproblematiek was sinds jong volwassenheid manifest geweest en patiënte had daar eerder al hulp voor gezocht. Er was toen sprake van surmenage en angst. Patiënte had vele behandelingen en opnames achter de rug waaronder een gedwongen opname tien jaar geleden in verband met een suïcidepoging. Na het plotselinge overlijden van haar partner, acht jaar geleden, waren haar klachten toegenomen. Inmiddels had patiënte het hele depressieprotocol doorlopen. Zij bleek therapieresistent voor de reeds toegepaste behandelingen. Patiënte was volgens de methodiek van de instelling intensief gesteund en stimulerend begeleid. Een en ander had weinig uitgehaald. Naast de symptomen depressiviteit, doodsverlangen, angsten en onzekerheid, kampte patiënte met klachten van derealisatie die mogelijk mede werden veroorzaakt door de polyfarmacie. Vier jaar voor het overlijden was dan ook besloten de polyfarmacie langzaam te saneren. Er was tevens uitgebreid aandacht besteed aan voorlichting over psycho-hygiëne, het belang van een dagstructuur en het aanhouden van contacten en bezigheden. Patiënte kon niet echt iets met (cognitief) psychotherapeutische interventies. Een jaar later was een lichte verbetering zichtbaar, maar een half jaar daarna was er echter sprake van een sterke terugval waarop de medicatie werd hervat. Dit gaf geen verbetering. Patiënte stemde vervolgens in met instelling op nieuwe medicatie in een klinische setting. Ook dit heeft niet tot verbetering geleid. Patiënte onderging nog een ECT-behandeling. Het effect van de sessies was minimaal en tijdelijk en patiënte had de behandeling als zeer beangstigend ervaren. Ook had zij veel last van geheugenklachten. Patiënte werd vervolgens voor een second opinion doorverwezen naar de Zorglijn Stemningsstoornissen van een academisch ziekenhuis met het verzoek na te gaan of er nog realistische behandelopties waren voor de therapieresistente depressie. ECT werd toen opnieuw als geschikte behandeloptie gezien. Patiënte wilde echter niet opnieuw een ECT-behandeling ondergaan, omdat zij zelf geen positieve effecten had gemerkt van de eerdere behandeling. Wel ging zij akkoord met herstart van medicatie. Patiënte bleek niet in aanmerking te komen voor Deep Brain Stimulation. Een aantal maanden voor het overlijden is, in verband met de atypische klachtenpresentatie van patiënte, onderzocht of er nog neurologische aanknopingspunten waren. Deze bleken er niet te zijn. In verband met toenemende nierfunctiestoornissen was voortzetting van de medicatie niet goed meer mogelijk. Patiënte leed tevens aan coxartrose na een jeugdtrauma waarvoor zij was behandeld op de pijnpoli. Zij wilde hiervoor niet geopereerd worden.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Patiënte leed onder het feit dat zij zich aanhoudend zeer naar in haar hoofd voelde. Zij was vrijwel voortdurend angstig en extreem onzeker. Patiënte was tot niets meer in staat en kon nergens meer van genieten, zelfs niet van haar kinderen en kleinkinderen. Zij zag iedere dag weer op tegen het opstaan en beleefde alles als een nachtmerrie. Patiënte had slaapstoornissen waardoor zij uitgeput was. Zij had moeite met concentreren en ook het eten smaakte niet meer. Zij kon zich niet meer richten op afleiding zoals TV kijken en kon geen plezier meer beleven aan vroegere hobby's. Haar nare gevoel overheerste alles en 'klapte er steeds doorheen'. Het lijden was de laatste jaren dag in dag uit aanwezig, er zat geen fluctuatie meer in. Patiënte voelde zich erg eenzaam en vond het leven niets meer waard, ervoer het als een lijdensweg. De somatische problematiek waar patiënte mee kampte en van waaruit er sprake was van chronische pijn en functiebeperking, droeg bij aan haar lijden.

Patiënte, die de toekomst hopeloos inzag, ervoer haar lijden als ondraaglijk. 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 arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Sinds het overlijden van haar partner had patiënte een persisterend doodsverlangen. Bij de eerste kennismaking met de arts, vier jaar voor het overlijden, had zij al aangegeven naar de dood te verlangen. Ruim een jaar voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts gaf patiënte te kennen dat hij kon invoelen dat haar lijden ondraaglijk was en dat hij bereid zou zijn haar te helpen als zij aan alle zorgvuldigheidscriteria zou voldoen. Hij gaf daarbij aan dat hij er ruim de tijd voor nodig zou hebben, ook omdat het beloop van psychiatrisch lijden veel lastiger te voorspellen is dan somatisch lijden. De arts heeft vervolgens met naast betrokkenen (familie, thuiszorg, huisarts) het euthanasieverzoek van patiënte besproken alsmede intensief overleg gevoerd met verschillende collega's. Allen waren het er over eens dat het lijden van patiënte uitzichtloos was.

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

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde/SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte ongeveer twee en een halve week 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.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Om extra zorgvuldig te handelen had de consulent - na toestemming van patiënte - een collega (psychiater en SCEN-arts) geraadpleegd en de casus voorgelegd. Deze was van mening dat wat hem betreft aan alle wettelijke eisen was voldaan.

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 patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de 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 redelijke 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.