

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënte, een vrouw van 50-60 jaar, werd twaalf jaar voor het overlijden een borderline persoonlijkheidsstoornis en later ook een bipolaire stoornis gediagnosticeerd. Patiënte onderging meerdere behandelingen, waarna telkens een terugval plaatsvond met suïcidaliteit en automutilatie. De laatste twee jaren uitte patiënte een euthanasiewens. De arts, behandelend psychiater, was overtuigd dat het lijden ondraaglijk en uitzichtloos was. De voor een second opinion geraadpleegde onafhankelijke psychiater bevestigde dit. De voorgestelde behandelalternatieven wees patiënte af. Volgens de onafhankelijk psychiater was patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek. De geconsulteerde huisarts/SCEN-arts concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

ORDEEL

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 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 consulent en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënte, een vrouw van 50-60 jaar, werd twaalf jaar voor het overlijden een borderline persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Drie jaar later werd tevens een bipolaire stoornis gediagnosticeerd. De voorgeschiedenis van patiënte bevatte meerdere traumata, waaronder emotionele verwaarlozing in haar jeugd, te hoge verwachtingen van haar ouders waardoor zij zich altijd te kort voelde schieten en een gezinssituatie waardoor haar man en kind vanwege verschillende redenen in een verpleeghuis wonen. Na het bekend worden van de hoofddiagnose werd patiënte voortdurend behandeld. Zo onderging zij meerdere "state of the art" behandelingen waaronder langdurige en intensieve psychotherapie. Soms ontstond tijdelijke verbetering maar uiteindelijk keerden de klachten terug naar het oude niveau. Er was sprake van frequent terugvallen met herhaalde manische depressiviteit, suicidaliteit en automutilatie, als gevolg waarvan meerdere vrijwillige en gedwongen opnames plaatsvonden. Uiteindelijk waren er geen behandelingen meer voorhanden die zicht gaven op verbetering. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënte bestond uit het niet zelf positief kunnen invullen en waarderen van haar leven. Vooral 's nachts kon zij beheerst worden door heftige emotionele buien, waarin zij haar onmacht, woede en verdriet botvierde op haar huisraad. Zij kampte met het overweldigende gevoel dat er voor haar geen bestaansrecht was. Tevens voelde zij zich volledig afgesloten van het emotionele contact met haar naasten die in een verpleeghuis verbleven. Ondanks rationeel inzicht in dit patroon was dit gevoel voor haar niet te veranderen en te verdragen. Alle therapieën hadden hierin ook geen wezenlijke verandering gebracht. Zij verwachtte daarom dat zij haar hele leven hier onder zou lijden en ervoer dit vooruitzicht als ondraaglijk en uitzichtloos. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. De voor een second opinion geraadpleegde psychiater sloot zich hierbij aan. Zij onderzocht of er nog behandel mogelijkheden bestonden. Het niet beklijven van de effecten van de zeer uitgebreide therapieën als gevolg van een te kwetsbare persoonlijkheidsstructuur, maakten het lijden van patiënte volgens de geraadpleegde psychiater, ondraaglijk en uitzichtloos. Eventuele behandelalternatieven die de psychiater nog aanraade, wees patiënte op goede gronden af. 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

Twee jaar voor het overlijden sprak patiënte, tijdens een gedwongen opname, voor het eerst met een van haar behandelende psychiaters over euthanasie. Een jaar later werd het verzoek van patiënte concreter; zij besprak dit met verschillende behandelaren waaronder de arts, tevens behandelend psychiater. In alle behandelcontacten sindsdien was patiënte volgens de arts uitermate consistent in haar verzoek. Patiënte heeft haar verzoek tevens uitgebreid schriftelijk toegelicht. De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater om een second-opinion te geven. Laatstgenoemde was, na het voeren van twee gesprekken met patiënte, van oordeel dat het verzoek van patiënte weloverwogen en niet onder dwang geuit was. De psychiater vond patiënte ter zake wilsbekwaam. Na een langdurig traject van behandeling en uitgebreide toetsing van de wilsbekwaamheid was de arts ervan overtuigd dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, als consulent. De consulent bezocht patiënte drie weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was

geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Ongeveer twee weken voor het overlijden bezocht de consulent patiënte voor een tweede keer.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Hij constateerde dat door patiënte en haar hulpverleners onderzochte mogelijke alternatieven voor patiënte onacceptabel waren omdat de kern van haar negatieve zelfwaardering en de manische depressiviteit niet zouden verbeteren. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van de gesprekken met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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 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 haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek 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.