

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Bij patiënte, een vrouw 40-50 jaar, was sprake van chronische recidiverende depressies, een obsessief compulsieve stoornis met dwangmatig suïcidaal piekeren en (mogelijk) een borderline karakterstoornis. Zij had verscheidene suïcidepogingen ondernomen. Patiënte was meermalen opgenomen geweest en was behandeld met talloze medicamenten en therapieën (o.m. elektroshocktherapie). Dit alles had geen effect op haar stemming en suïcidaliteit. De arts, haar huisarts, vroeg een second opinion van een psychiater. Op diens advies volgde patiënte nog een training. Daarna kreeg zij nog een training en therapie; alles zonder resultaat. Volgens de behandelend psychiater waren er geen behandelingsmogelijkheden meer. De door de arts geraadpleegde onafhankelijk psychiater concludeerde dat patiënte wilsbekwaam was en dat er geen behandelingsmogelijkheden meer waren. Volgens de consulent, huisarts/SCEN-arts, was aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van 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 levensbeëindiging op verzoek bij patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven

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 40 - 50 jaar, was sprake van chronische recidiverende depressies, een obsessief compulsieve stoornis met dwangmatig suïcidaal piekeren en (mogelijk) een borderline karakterstoornis. Zij had meerdere tentamen suïcidii (TS) ondernomen. Als gevolg van een TS had patiënte pijn, trekkingen en krachtsverlies in een arm. Patiënte was meerdere keren (langdurig) opgenomen geweest. Zij was behandeld met talloze medicamenten en had meerdere behandelingen ondergaan waaronder elektroshocktherapie. Dit alles had echter geen effect gehad op haar stemming en suïcidaliteit. Vijf jaar voor het overlijden vroeg de behandelend psychiater een second opinion aan een onafhankelijk psychiater. Deze stelde dwangmatig piekeren vast waarvoor patiënte vervolgens een training volgde die echter geen verbetering van haar situatie gaf. Twee jaar voor het overlijden wendde patiënte zich met een euthanasieverzoek tot de Stichting Levensindekliniek. Dit verzoek werd toen afgewezen omdat er, zo werd toen ingeschat, nog mogelijkheden waren voor therapie voor wat betreft de borderline kenmerken. Patiënte heeft toen een VERS training (vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis) gevolgd en kreeg individuele cognitieve therapie gericht op depressie. Beide behandelingen hadden echter niet het beoogde resultaat. Enige tijd voor het overlijden was de behandelend psychiater overtuigd van het feit dat patiënte, die zij wilsbekwaam achtte, uitzichtloos en ondraaglijk leed. Er was voor patiënte geen enkele behandelmogelijkheid meer en de behandelmogelijkheden die er waren geweest, waren volgens de behandelend psychiater door patiënte aangepakt, maar hadden geen effect op haar lijden en doodswens gehad. Genezing was niet mogelijk. Het lijden van patiënte bestond uit de dagelijkse strijd met haar imperatieve doodswens. Patiënte voelde zich diep somber en depressief. Zij had nergens zin in en zag overal tegenop. De meeste tijd bracht zij in bed door en kwam tot niets. Goede momenten had zij sinds de elektroshocktherapie niet meer gehad. Zij leed onder haar anhedonie. Patiënte had pijn, trekkingen en krachtverlies in een arm. Patiënte 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 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

Patiënte die al sinds haar kindertijd een doodswens had, had eerder met de behandelend psychiater over euthanasie gesproken. De behandelend psychiater wilde om haar moverende redenen de euthanasie niet uitvoeren. Op verzoek van de behandelend psychiater nam de arts, huisarts, enkele maanden voor het overlijden de begeleiding van patiënte van de behandelend psychiater over voor wat betreft het euthanasieverzoek. De arts sprak vervolgens wekelijks met patiënte over euthanasie. Ongeveer een maand voor het overlijden, na het bezoek van de consulent, heeft patiënte het moment van euthanasie gekozen en de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijk psychiater ongeveer zeven weken voor overlijden onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar verzoek. De psychiater oordeelde dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Naar de mening van de psychiater was al het mogelijke gedaan om de ziekte te behandelen en waren er geen psychiatrische behandelmethoden meer voorhanden die nog verlichting konden brengen.

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

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte vier weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. De consulent was van mening dat patiënte wilsbekwaam was en dat haar verzoek weloverwogen was.

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

d. Uitvoering

De arts heeft de 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 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.