Oordeel: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: Bij patiënte, 60-70 jaar, was meer dan 25 jaar sprake van een obsessief-compulsieve stoornis. Er was sprake van een toenemende smetvrees met depressies en paniekaanvallen. Uitgebreide behandelingen en ook Deep Brain Stimulation hadden geen effect.
De arts raadpleegde een onafhankelijke psychiater. Deze oordeelde dat de stoornis therapieresistent was, dat er geen reële behandelopties meer waren en dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens. Volgens de arts en de consulent, beiden psychiater, was aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (…) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

van:
(…), psychiater, verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek
verder te noemen: de arts

bij:
(…)
verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werd:
(…), psychiater, tevens SCEN-arts
verder te noemen: de consulent

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
Formulier arts
Verslag arts
Verslag consulent
Aanvullende gegevens:

- dossier Stichting Levenseindekliniek (verder te noemen:SLK)
- specialistenbrief
- schriftelijke wilsverklaring
- brief onafhankelijke psychiater

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

Patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, leed meer dan 25 jaar aan een obsessief-compulsieve stoornis. Wat aanvankelijk begon als een lichte smetvrees werd in de loop der jaren een stoornis die patiënte steeds meer was gaan beheersen. Klachten namen in hevigheid toe en fluctueerden minder. Patiënte ervoer vrijwel alles als vies, wat leidde tot excessief schoonmaken. Patiënte is uitgebreid behandeld met psychofarmaca, heeft tussen acht jaar voor het overlijden en vier jaar voor het overlijden verschillende cognitieve therapieën gevolgd en vele gesprekken gevoerd en heeft twee jaar voor het overlijden Deep Brain Stimulation ondergaan. Al deze behandelingen hadden geen effect. Patiënte werd soms een periode opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, maar ook daar werd de dwang weer heftig. Een één jaar voor het overlijden voorgestelde vorm van thuiszorg is niet van de grond gekomen omdat patiënte paniekaanvallen kreeg bij de gedachte dat een vreemde haar huis zou betreden. Patiënte kon daar de energie niet meer voor opbrengen. De situatie van patiënte ging maandelijks verder achteruit. Genezing was niet mogelijk.
Het lijden van patiënte bestond uit niet te bestrijden, toenemende smetvrees met depressies en paniekaanvallen. Patiënte was de hele dag in de weer met haar dwangklachten. Zo moest bijvoorbeeld de wasmachine twee tot vijfmaal worden aangezet voor één was en moest patiënte daarna veertig tot zestig maal haar handen wassen. Voorafgaand aan het naar buiten gaan en bij thuiskomst moest patiënte vijf tot zes uur schoonmaken. Buiten deze dwanghandelingen kwam patiënte tot niets meer. Zij kwam haar huis nauwelijks uit (was de laatste drieënhalve maand voor overlijden niet meer buiten geweest), raakte sociaal in een isolement omdat er niemand haar huis in kon of mocht komen en dreigde uitgeput te raken door alle rituele dwanghandelingen. 's Avonds kwam zij moeilijk in slaap omdat zij veel piekerde. Patiënte was moegestreden en leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Zij wilde verdere verslechtering van haar situatie niet meer meemaken en ervoer haar lijden als ondraaglijk.
De arts consulteerde een onafhankelijke psychiater om haar onder andere van advies te dienen omtrent de gestelde diagnose en eventuele behandelopties. De onafhankelijke psychiater onderzocht patiënte twee weken voor het overlijden. Na zijn gesprek met patiënte bevestigde deze psychiater dat patiënte leed onder een ernstige dwangstoornis, waarvan de klachten evidence-based waren behandeld. Nu ook Deep Brain Stimulation niet het gewenste resultaat had opgeleverd was de stoornis van patiënte therapieresistent. Deze psychiater kon zich voorstellen dat patiënte niet een zeer weinig uitgevoerde behandeling via psychochirurgie wilde proberen.
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

Patiënte had eerder met haar huisarts over haar euthanasiewens gesproken. Aangezien deze huisarts niet op haar verzoek kon ingaan, heeft patiënte zich tien weken voor overlijden bij de SLK aangemeld.

Ruim acht weken voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over haar euthanasiewens gesproken en de arts daarbij tevens om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Patiënte heeft haar concrete verzoek bij ieder volgend contact met de arts herhaald. Een door de arts geraadpleegde onafhankelijke psychiater sprak met patiënte twee weken voor het overlijden. Deze psychiater stelde vast dat er bij patiënte sprake was van ziektebesef en -inzicht en dat haar bewustzijn helder was. De psychiater concludeerde dat patiënte wilsbekwaam was

ten aanzien van haar euthanasiewens. 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 een week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts, de huisarts en de behandelend specialist over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie, waaronder de bevindingen van de door de arts geraadpleegde onafhankelijke psychiater.
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.

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 zijn 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.