

Oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: Patiënt was al jaren bekend met uitgebreide psychiatrische problematiek en een chronische pijnstoornis. Arts, zelf psychiater, raadpleegde twee consulenten, waaronder een psychiater. Daarnaast vroeg arts een psychiater in consult over behandelperspectief. Arts kon tot overtuiging komen dat sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en van vrijwillig en weloverwogen verzoek.

OORDEEL

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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslagen consulenten

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

Patiënt, een man tussen de 40 en 50 jaar, kampte sinds ruim tien jaar met klachten van depressieve aard en lichamelijke klachten na een mislukte relatie en na overspannen te zijn geraakt door zijn werk. Hij werd destijds gedurende enkele weken op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis opgenomen in verband met suïcidaliteit bij chronische hoofdpijn. Er bleek sprake te zijn van een chronische pijnstoornis en een persoonlijkheidsstoornis. Patiënt volgde de dagbehandeling en startte een parallel traject bij een eerstelijns psycholoog. Dit laatste traject werd voortijdig afgebroken. Bij heraanmelding bij de polikliniek psychiatrie na twee jaar bleek de pijnstoornis therapieresistent; er

waren geen behandelingsopties. Na zich verschillende malen met pijnklachten in het ziekenhuis te hebben gemeld, werd patiënt twee jaar later voor pijnblokkade verwezen naar een gespecialiseerd dagbehandelcentrum. Zes jaar voor de levensbeëindiging was patiënt enige tijd opgenomen in het beddenhuis in een GGZ-instelling. Daarna werd hij nog twee jaar ambulant behandeld door een psychotherapeut. Vastgesteld werd dat er sprake was van een - inmiddels chronische - depressieve stoornis bij een persoonlijkheidsstoornis met theatrale, narcistische en ontwijkende trekken. Vier jaar voor de levensbeëindiging werd patiënt op verzoek van de behandelend psychotherapeut overgenomen door de crisisdienst in verband met suïcidale uitingen en dreiging met agressie naar anderen. Patiënt had eerder aangegeven verder contact met de psychotherapeut zinloos te vinden. Mogelijkheden om met patiënt verder te komen waren uitgeput. Uiteindelijk werd patiënt na een jaar gedwongen opgenomen in een kliniek met aansluitend een vrijwillige opname op een gesloten afdeling gedurende nog een jaar in verband met zijn depressie met psychotische kenmerken en persoonlijkheidsproblematiek. Anderhalf jaar voor de levensbeëindiging werd patiënt opnieuw opgenomen in een kliniek. Ruim drie maanden na deze opname werd om een second opinion gevraagd ten aanzien van beleid en ECT-behandeling. ECT was op dat moment niet geïndiceerd in verband met het atypische beeld van de depressie en de sterke aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis met narcistische, theatrale en onrijpe trekken. De suïcidale en homocidale gedachten van patiënt werden gezien als uiting van niet begrepen worden door de omgeving en angst voor controleverlies. Patiënt werd een jaar voor de levensbeëindiging overgeplaatst naar een vervolgekliniek waar hij enkele maanden later werd overgeplaatst naar een gesloten afdeling alwaar de behandeling van patiënt door de arts werd overgenomen. Ruim een half jaar voor de levensbeëindiging werd patiënt, op verzoek van de arts, uitvoerig onderzocht door een afdeling stemmingstoornissen in een ziekenhuis. De arts had de afdeling om een second opinion gevraagd. Patiënt kreeg hierbij informatie over de behandel(on)mogelijkheden betreffende zijn depressieve stoornis. Gezien de conclusie van de afdeling stemmingsstoornissen, waarbij de persoonlijkheidsstoornis werd gezien als de hoofddiagnose, heeft de arts het depressie-protocol - waarvan patiënt een groot gedeelte had doorlopen met zeer voorbijgaand en gedeeltelijk succes - niet verder uitgevoerd. Medicamenteuze behandeling met diverse antipsychotica en antidepressiva waren zonder resultaat geweest. De prognose van zijn persoonlijkheidsstoornis was somber en het beschikbare behandelaanbod daarvoor zou zijn medewerking vereisen, waar patiënt niet toe bereid was en waartoe hij zich niet in staat achtte. Hij wees hernieuwde behandeling categorisch en heftig af. De arts schatte in dat de prognose van succes bij gedwongen inzetten van behandeling gericht op de persoonlijkheidsstoornis matig tot slecht was. Behandeling zou in het gunstigste geval kunnen leiden tot acceptatie van beperkingen en heroriëntatie op een passend functioneringsniveau, vermoedelijk in een instelling voor 24-uurs zorg. Langdurige klinische opname zou kunnen worden gezien als palliatieve maatregel. Echter, palliatie had tot op heden niet geleid tot vermindering van lijden.

Patiënt ondervond zijn leven al acht jaar als een hel vanwege de voortdurende pijn (in zijn hoofd) die hij ervoer en omdat het niet lukte om zichzelf te handhaven, te werken, sociale contacten te onderhouden of een relatie aan te gaan. Geen enkele vorm van behandeling had effect op de pijn die hij ervoer. Patiënt werd door zijn wanhoop dermate lam gelegd dat hij nergens meer toe kwam en in de kliniek voornamelijk op bed lag of in de rookkamer verbleef om sigaretten te roken. Hij kon niet van dingen genieten, ervoer alles als zinloos en zijn leven als geheel mislukt, zag geen toekomst meer en werd voortdurend gekweld door zich opdringende gedachten aan zelfmoord of het vermoorden van derden zodat hij in de gevangenis zou komen. Hij gruwde hiervan. Patiënt had angst om zichzelf of een ander iets aan te doen. Hij ervoer zijn gedachten als angstaanjagend en was bang voor zichzelf en voor zijn impulsieve gedrag. Aangezien er geen verbetering te verwachten viel en patiënt niet eeuwig

in een gesloten inrichting wilde zitten, zag hij euthanasie als enige oplossing. Hij had pogingen ondernomen te versterven vanuit de wanhoop dat hij nog niet geholpen werd te sterven.

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 al meer dan 13 jaar een doodswens. Acht jaar voor de levensbeëindiging heeft hij voor het eerst een expliciet verzoek om euthanasie gedaan bij zijn huisarts. Sindsdien is hij in deze wens consistent geweest en heeft hij zijn verzoek vele malen herhaald. Acht maanden voor de levensbeëindiging had de arts de behandeling van patiënt overgenomen van een andere psychiater, omdat deze psychiater de optie hulp bij zelfdoding vanuit principiële overwegingen uitsloot. Direct bij aanvang van het behandelcontact heeft patiënt zijn verzoek om euthanasie aan de arts kenbaar gemaakt en haar om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij heeft zijn verzoek bij elk (wekelijks) gesprek herhaald.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts was van mening dat patiënt ondanks zijn depressieve klachten in staat was om te overzien wat zijn verzoek inhield en wat de consequenties daarvan waren.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijk psychiater (de eerste consulent) en een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts (de tweede consulent).

De eerste consulent bezocht patiënt ongeveer zeven weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De eerste consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Zij was van mening dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek in die zin dat de wens van patiënt niet alleen voort leek te komen uit zijn psychiatrisch toestandbeeld, maar ook te maken had met zijn eigen visie op zijn ziekte en dat er daarnaast geen aanwijzingen waren dat patiënt handelde vanuit druk van anderen. De eerste consulent was tevens van mening dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Over de uitzichtloosheid van het lijden merkte de eerste consulent allereerst op dat er ten aanzien van de diagnostiek nog een derde optie overwogen moest worden: die van de aanwezigheid van een autistische stoornis waarvoor een specialist geconsulteerd zou moeten worden voor diagnostiek en zo nodig behandeladviezen. Voorts was de eerste consulent ten aanzien van de behandeling van de depressie van mening dat, binnen de context van de onomkeerbare hulp bij zelfdoding, nog een volgende stap in het depressie-protocol doorlopen moest worden (inclusief ECT), ook al was de inschatting dat dit tot verbetering zou kunnen leiden, klein. De eerste consulent was van mening dat binnen de context van hulp bij zelfdoding, er ernstige redenen moeten zijn om niet het protocol te volgen en dat het redelijkerwijs gevraagd kon worden nog een aantal stappen in het depressie-protocol te volgen. De eerste consulent concludeerde dat, pas nadat deze stappen (consultatie inzake autistische stoornis en het volgen van het depressieprotocol tot en met ECT) zouden zijn ondernomen, er in haar visie sprake zou kunnen zijn van een uitzichtloze situatie, waarbij de kans dat er nog een behandelperspectief was, zo klein was, dat verdere behandelinspanningen zouden kunnen worden nagelaten.

Voordat de arts de tweede consulent in consult riep, vroeg zij een psychiater in consult ten einde een uitspraak te krijgen over behandelperspectief of het ontbreken daarvan vanuit de veronderstelling dat er sprake zou zijn van een autisme-spectrumstoornis als onderliggend lijden. De psychiater kwam, na zijn bezoek aan patiënt, tot de conclusie dat er geen aanwijzingen waren voor een autisme-spectrumstoornis. Er leek vooral sprake te zijn geweest van een reactieve hechtingsstoornis in de jeugd, die niet behandeld was. Vermoedelijk was daaruit de persoonlijkheidsproblematiek ontstaan. De psychiater gaf aan dat er trekken waren van een borderline- en histrionische alsmede van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis en dat patiënt leed aan een somatoforme pijnstoornis en recidiverende depressies.

De tweede consulent bezocht patiënt ongeveer anderhalve week voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De tweede consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt.

In haar verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat wél aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Ten aanzien van de uitzichtloosheid van de situatie merkte de tweede consulent op dat er geen therapeutische mogelijkheden meer waren en dat patiënt uitbehandeld was. Allereerst zou de ECT behandeling alleen geïndiceerd zijn als er actuele suïcide aan de orde zou zijn, wat echter niet het geval was. Voorts zou, als er sprake zou zijn van een stoornis in het autistisch spectrum, dit alleen behandelbaar zijn als patiënt mee zou werken aan een therapie, wat hij niet meer wilde. De tweede consulent merkte daarbij tevens op dat er wel degelijk was gekeken naar autisme, maar dat daar geen aanwijzingen voor waren.

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 Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp.

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 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.