Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: de arts heeft een onafhankelijk psychiater geraadpleegd, die patiënt wilsbekwaam achtte ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, maar nog behandelingsmogelijkheden aanwezig achtte. Zowel de twee eerdere behandelend psychiaters als de arts waren van mening dat er geen realistische behandelopties voor patiënt bestonden. Patiënt was niet meer gemotiveerd voor een behandeling. De arts heeft goed gemotiveerd aangegeven waarom zij zich niet kon vinden in het standpunt van de geraadpleegde, onafhankelijk psychiater.

Zorgvuldigheidseisen: geen redelijke andere oplossing, vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Aandachtspunten: psychiatrie. Ondanks anders luidend oordeel onafhankelijke psychiater geen redelijke behandelingsmogelijkheden meer aanwezig en uitzichtloos lijden.

OORDEEL

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

van:
(…), psychiater
verder te noemen: de arts

bij:
(…)
verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werd:
(…), 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 patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:
Formulier lijkschouwer
Formulier arts
Verslag arts
Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- verslag onafhankelijke psychiater

Bij brief heeft de commissie de arts om een nadere toelichting verzocht. De arts heeft haar antwoorden schriftelijk gegeven.

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 van 30-40 jaar, leed sinds tien jaar voor het overlijden aan een chronische en geleidelijk toenemende schizoaffectieve stoornis en persoonlijkheidsproblematiek (gemengd B- en C-cluster), waarbij kenmerken voor een obsessieve-compulsieve stoornis vooral opvielen. In de loop der jaren was het protocol voor schizoaffectieve depressie vrijwel geheel doorlopen. Patiënt was herhaaldelijk opgenomen geweest en had vele soorten medicatie geprobeerd en meerdere malen ECT ondergaan. Er was herstelgerichte zorg door activerende en ondersteunende ambulante behandeling ingezet. Patiënt werd begeleid en behandeld door een psychiater bij een FACT team en daarnaast werd hij in de thuissituatie begeleid door een FACT team waarbij de nadruk lag op het bieden van dagstructuur, deelname aan sociale activiteiten en zinvolle bezigheden. Dit alles had niet veel resultaat en bracht geen vermindering van het lijden van patiënt. Psychotherapie was niet haalbaar.
Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog ondersteunend van aard.
Het lijden van patiënt bestond uit een leeg gevoel in het hoofd, niet meer kunnen nadenken, niet meer kunnen schakelen, nergens meer toe kunnen komen en lichamelijke pijn in het hoofd. Patiënt was voor de stoornis een intelligente, vrolijke en sociale man en het deed hem veel pijn dat daarvan niets meer over was. Hij beschreef een gevoel van pijnlijke leegte en een intense pijn in de ziel, wat hij niet meer kon verdragen en wat overweldigend was. Zijn hoofd en geheugen werkten niet meer zoals vroeger, hij kwam tot niets meer en kon niets meer, ook geen ontspannende bezigheden. Hij had vele behandelingen ondergaan en wilde geen nieuwe behandelingen meer proberen. Hij kon het niet meer opbrengen en geloofde er ook niet meer in. Hij ervoer een groot gevoel van wanhoop en wilde niet verder leven.
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 eerder met zijn behandelend artsen over euthanasie gesproken. Zij waren niet bereid op zijn euthanasieverzoek in te gaan. De laatste behandelend psychiater van patiënt betrok de arts bij het euthanasieverzoek van patiënt.
Drie en een halve maand voor het overlijden vond het eerste gesprek plaats tussen de arts en patiënt en direct tijdens dit eerste gesprek heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Voor het overlijden vonden nog vier gesprekken plaats tussen arts en patiënt. Tijdens elk gesprek herhaalde patiënt zijn verzoek. De arts achtte patiënt wilsbekwaam. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts consulteerde een onafhankelijke psychiater voor een beoordeling van de diagnose, de behandelopties volgens het protocol en de wilsbekwaamheid van patiënt. Vijf en een halve week voor het overlijden kwam de onafhankelijke psychiater tot de volgende conclusies. Hij bevestigde de diagnose schizoaffectieve stoornis en achtte patiënt wilsbekwaam. Hij was van mening dat patiënt nog niet het volledige protocol voor schizoaffectieve stoornis had doorlopen en dat er daarom niet met zekerheid kon worden gesteld dat er sprake was van uitzichtloos lijden. Er waren nog verscheidene medicamenteuze behandelopties die de depressieve klachten zouden kunnen verbeteren, evenals mogelijke psychotherapeutische opties.

De arts heeft in haar melding aangegeven dat de door de onafhankelijke psychiater benoemde behandelopties theoretisch wel aanwezig waren, maar dat deze met een ontbrekende motivatie van patiënt niet afdwingbaar waren. De genoemde psychotherapeutische interventies hadden volgens de arts weinig kans van slagen vanwege de geringe belastbaarheid van patiënt.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt twee weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënt 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 patiënt. Zij gaf aan dat zij patiënt wilsbekwaam achtte en dat zij het lijden als uitzichtloos beoordeelde.
In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt 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.

e. Schriftelijke toelichting

Na bespreking van de melding ter vergadering, waren er bij de commissie vragen blijven bestaan over de behandeling die patiënt had ondergaan in het jaar voorafgaand aan zijn contact met de arts. De commissie wilde weten wat de opvatting van de laatst behandelend psychiater was ten aanzien van het verzoek om levensbeëindiging van patiënt. Tevens wilde zij weten waarom, op welke wijze en op welk moment de laatst behandelend psychiater de arts had betrokken bij het verzoek. Tot slot wilde de commissie geïnformeerd worden met betrekking tot de vraag of de arts nog contact had gehad met de geraadpleegde, onafhankelijk psychiater, die meende dat er nog behandelopties voorhanden waren, en of de arts had overwogen een tweede onafhankelijk psychiater te raadplegen.

De arts heeft geantwoord dat patiënt, voor haar betrokkenheid bij het verzoek, herstelgerichte zorg kreeg aangeboden bestaande uit de componenten: optimalisering van de medicatie, aandacht voor ondersteuning bij dagbesteding, ondersteuning van de mantelzorg en het onderzoeken en daarna inzetten van een euthanasietraject. Omdat de laatst behandelend psychiater aarzelde om zelf aan het verzoek mee te werken, had hij, ongeveer vier maanden voor het overlijden, de arts benaderd. De behandelend psychiater en zijn team hadden geconcludeerd dat het verzoek van patiënt serieus moest worden genomen. Zij meenden dat er geen ruimte was voor psychotherapeutische opties en dat er geen behandelperspectief aanwezig was.
Van de medicatieopties in het depressie protocol, die de onafhankelijk geraadpleegde psychiater had voorgesteld, verwachtte de arts geen resultaat; los van het feit dat patiënt niet gemotiveerd was voor deze opties. Zowel zij als de laatst behandelend psychiater zag geen heil in de door de geraadpleegde psychiater geopperde psychotherapeutische opties. In theorie zouden deze wel tot resultaat kunnen

leiden, maar gezien de comorbiditeit op as II (persoonlijkheidsstoornis) en het feit dat enige motivatie bij patiënt ontbrak, waren deze opties niet realistisch en bestond er daarmee geen redelijk behandelperspectief. Omdat de geraadpleegde psychiater zijn mening duidelijk had verwoord, had de arts geen nadere vragen voor hem. Het raadplegen van een tweede onafhankelijke psychiater had de arts niet overwogen omdat haar standpunt, met betrekking tot het verzoek na raadpleging van de eerste onafhankelijk psychiater, niet was veranderd. Ook het raadplegen van een tweede onafhankelijke psychiater zou haar niet van mening doen veranderen. De arts had wel overleg gevoerd met de voorlaatst behandelend psychiater van patiënt. Net als de arts concludeerde deze psychiater dat er geen curatieve behandelopties meer voorhanden waren.

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. 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.

Ten aanzien van de vraag of de arts met patiënt tot de overtuiging had kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was:

De commissie overweegt dat er in het geval dat er sprake is van een psychiatrische stoornis, met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan. De arts heeft immers in nauw overleg met de twee eerdere behandelend psychiaters van patiënt bekeken of er nog behandelingsmogelijkheden voorhanden waren. Patiënt had al vele en verschillende behandelingen ondergaan die niet tot een (blijvend) resultaat hadden geleid. Anders dan de door de arts geraadpleegde onafhankelijk psychiater, meenden zowel de twee eerdere behandelend psychiaters als de arts, dat er geen realistische behandelopties voor patiënt bestonden. Daar kwam bij dat patiënt niet meer gemotiveerd was voor een behandeling. De commissie meent dat de arts goed gemotiveerd heeft aangegeven waarom zij zich niet kon vinden in het standpunt van de geraadpleegde, onafhankelijk psychiater. De arts had daarbij twee eerder behandelend psychiaters van patiënt geraadpleegd en is, mede naar aanleiding van hun bevindingen, tot de overtuiging gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met name dat er sprake was van het ontbreken van reële behandelingsmogelijkheden.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.
De onafhankelijk geraadpleegde SCEN-arts meende dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij een wilsbekwame patiënt.

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.