

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: medische grondslag en wilsbekwaamheid bij patiënte waarbij het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate bepaald werd door een angst en paniekstoornis; wilsbekwaamheid beoordeeld door consulent met een specifieke deskundigheid.

Zorgvuldigheidseisen: vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Aandachtspunt: psychiatrie. Wilsbekwaamheid niet beoordeeld door psychiater, maar door deskundige consulent.

ORDEEL

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

van:

(...), huisarts

verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënte

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 patiënte.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- patiëntenjournaal
- specialistenbrieven
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts bij brief d.d. (...) om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. De arts heeft zijn schriftelijke toelichting gegeven per brief d.d. (...). De commissie heeft de consulent bij brief d.d. (...) om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. De consulent heeft zijn schriftelijke toelichting gegeven per brief. Deze brief is ontvangen op (...).

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 80-90 jaar, was al lange tijd sprake van paniekaanvallen, waarbij zij geen controle meer had over haar lijf en dan kon gaan trappen, gillen en schokken. Waarschijnlijk waren deze paniekaanvallen gebaseerd op een posttraumatische stressstoornis als gevolg van haar oorlogsverleden. De laatste jaren waren de paniekaanvallen frequenter geworden en in hevigheid toegenomen. De arts heeft met patiënte gesproken over de mogelijke oorzaak van haar paniekaanvallen en over therapeutische mogelijkheden. Patiënte is uitgebreid neurologisch onderzocht toen de paniekaanvallen gingen lijken op epileptische insulten, maar er bleek geen sprake te zijn van epilepsie of een andere neurologische aandoening.

Van verdere diagnostiek en behandeling door een psychiater wilde patiënte niets weten. Zij was ontzettend bang voor herhaling van haar paniekaanvallen en het praten er over bracht zoveel spanning en onrust teweeg dat nieuwe paniekaanvallen dreigden. Er zijn gesprekken geweest met de praktijkondersteuner GGZ maar dit was te belastend voor patiënte. Uiteindelijk werd een oplossing gevonden in het gebruik van oxazepam en de onmisbare ondersteuning van haar echtgenoot.

Daarnaast was sprake van somatische klachten, namelijk van slechthorendheid en duizeligheid na een meningitis, en van atriumfibrilleren, hypertensie en mogelijk bradycardieën.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit steeds terugkerende paniekaanvallen, slechthorendheid, een sociaal isolement en de zinloosheid en doelloosheid van het leven, toegenomen nadat haar echtgenoot was overleden. Ook leed zij onder gebrek aan eetlust, gebrek aan interesse en het feit dat zij nergens van kon genieten.

Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie en de angst voor herhaling van de paniekaanvallen. 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 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 de arts over euthanasie gesproken. Zij heeft meerdere malen aangegeven dat zij euthanasie zou willen als haar echtgenoot, die ernstig ziek was vanwege een gemetastaseerde maligniteit, zou overlijden.

Nadat haar echtgenoot in (...) was overleden, heeft patiënte de arts direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

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

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts, tevens specialist ouderengeneeskunde. De consulent bezocht patiënte zeven dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische

documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens de consulent had patiënte goed over haar verzoek nagedacht en was zij volledig wilsbekwaam. Er was geen sprake van een depressie. Een verdere analyse van haar paniekaanvallen door een psychiater zou, volgens de consulent, niets opleveren: patiënte was al 90 jaar en wilde geen enkele behandeling meer ondergaan.

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.

e. Schriftelijke toelichting arts

Naar aanleiding van de behandeling van de melding op de commissievergadering van (...) had de commissie vragen over de medische grondslag van het lijden en over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het euthanasieverzoek van patiënte.

Uit de meldingsgegevens van het door de arts verzonden medisch dossier bleek dat de aandoening die aanleiding was voor het verzoek tot levensbeëindiging was gelegen in paniekaanvallen, in eerste instantie waarschijnlijk gebaseerd op PTSS door het oorlogsverleden van patiënte. Voor de commissie was niet duidelijk waar de medische grondslag van het lijden (psychische en/of fysieke aspecten) van patiënte nu precies uit bestond. De commissie vroeg zich af hoe de arts de medische grondslag in casu zag.

De commissie vroeg zich tevens af of, indien meer sprake was van psychische problematiek, er een reden was om, zoals geadviseerd in de Code of Practice, een psychiater of ter zake deskundige arts te raadplegen om de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasieverzoek vast te stellen. De commissie verzocht de arts vriendelijk om zijn overwegingen hieromtrent, mede gezien de paniekstoornis, nader toe te lichten.

De arts gaf -zakelijk weergegeven- de volgende schriftelijke toelichting:

Het lijden van patiënte was vooral gebaseerd op de hevige paniekaanvallen die zich de laatste jaren een aantal keren hadden voorgedaan. Deze aanvallen leken voor de buitenwereld op epileptische insulten, gaven haar zelf een verlamdend gevoel met hevige angstbeleving. Waarschijnlijk hadden deze paniekaanvallen hun basis in belevingen en gebeurtenissen gedurende de Tweede Wereldoorlog. Tijdens de talrijke gesprekken die de arts met patiënte voerde, vroeg zij een aantal keren naar de oorzaak van haar paniekaanvallen. Bij de pogingen van de arts om meer inzicht te krijgen in hetgeen patiënte in de oorlogsjaren was overkomen, gaf zij vaak, bij herhaling, min of meer objectieve verslagen van gebeurtenissen. Gevoelens of emoties waren hierin niet duidelijk te ontdekken. Ook de echtgenoot van patiënte gaf aan dat patiënte daar met hem niet over wilde praten, of misschien ook niet kon praten.

Waarschijnlijk waren er tientallen jaren regelmatig gevoelens van angst en paniek geweest, maar door de geruststellende aanwezigheid van haar echtgenoot en het vertrouwen dat zij in hem had, bleef dit alles voor haar beheersbaar.

De toename in frequentie van de paniekaanvallen, gedurende de laatste jaren, hield mogelijk toch verband met de achteruitgang van de gezondheid van haar echtgenoot. Zijn klachten en ziektes waren voor haar bedreigend, de kans dat ze haar steun en toeverlaat zou kunnen kwijtraken, riep onmiskenbaar angst en spanning bij haar op. Regelmatig gaf patiënte te kennen dat ze hoopte eerder te overlijden dan haar echtgenoot, dat ze niet zonder hem verder wilde leven.

De arts heeft overwogen om haar, in het kader van deze angsten te verwijzen, maar het woord psychiater wilde patiënte absoluut niet horen. Contact met de POH GGZ in de praktijk van de arts werd na één gesprek verder geweigerd.

Patiënte hechtte veel waarde aan de regelmatige gesprekken die de arts met haar en haar echtgenoot voerde. Zij vertelde daar rustig van te worden. Ook het gebruik van oxazepam in wisselende maar lage dosering droeg daar aan bij. Toen duidelijk werd dat de echtgenoot van patiënte zou overlijden aan de gevolgen van het gemetastaseerde longcarcinoom en zij alleen achter zou blijven, werden haar verzoeken om actieve levensbeëindiging, na de dood van haar echtgenoot, steeds nadrukkelijker.

Meermaals ervoer de arts hoe zwaar patiënte leed onder de angst- en paniekaanvallen. Zij had geen directe familie meer om op terug te vallen. Door haar slechthorendheid en zeker ook als gevolg van haar karakter, waren er nauwelijks sociale contacten. Haar lichamelijk en geestelijk lijden na het overlijden van haar echtgenoot vond de arts zodanig groot en uitzichtloos, dat hij zich gerechtigd voelde conform de voorschriften aan haar vurig verlangen te voldoen.

Zoals de arts patiënte kende was er geen enkel moment twijfel over haar wilsbekwaamheid. Zij was duidelijk en consequent in al haar overwegingen en liet zich door niets afleiden van hetgeen ze wilde.

f. Schriftelijke toelichting consulent

Naar aanleiding van de behandeling van de melding op de commissievergadering van (...) had de commissie tevens vragen aan de consulent over de medische grondslag van het lijden en over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het euthanasieverzoek van patiënte.

Uit de meldingsgegevens en het door de arts verzonden medisch dossier bleek dat de aandoening die aanleiding was voor het verzoek tot levensbeëindiging was gelegen in paniekaanvallen, in eerste instantie waarschijnlijk gebaseerd op PTSS en haar oorlogsverleden. Voor de commissie was niet duidelijk waar de medische grondslag van het lijden nu precies uit bestond. De commissie vroeg zich af hoe de consulent de medische grondslag in casu zag.

De commissie vroeg zich tevens af of, indien meer sprake was psychische problematiek, er een reden was om de arts te adviseren, zoals geadviseerd in de Code of Practice, een psychiater of een ter zake deskundige arts te raadplegen om de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasieverzoek vast te stellen. De commissie verzocht de consulent zijn overwegingen hieromtrent, mede gezien de paniekstoornis, nader toe te lichten.

De consulent gaf -zakelijk weergegeven- de volgende schriftelijke toelichting:

Als belangrijkste medische grond voor het lijden van patiënte zag de consulent de angst en paniekaanvallen. Die waren zodanig beperkend dat patiënte in de laatste maand maar een keer of vier de deur uit was geweest. Daaronder zat een vele decennia bestaande angst. De oorsprong van die angst lag bij meerdere oorlogstraumata. De consulent zou de combinatie een angst/paniekstoornis noemen. Daarvoor kreeg patiënte alleen hulp van de (huis)arts door ondersteunende gesprekken en medicatie (oxazepam). In de huisartsgegevens was te zien dat dit ook al jarenlang het belangrijkste thema was. De relatie met de arts was uitstekend. De consulent zag geen meerwaarde in aanvullende ondersteuning / behandeling bij deze patiënte op hoge leeftijd. Vooral ook niet omdat zij dan de deur uit zou moeten met alle angst/paniek die dat teweeg zou brengen. Zij wilde ook geen verder onderzoek en dat vond de consulent invoelbaar.

Daarnaast waren er lichamelijke problemen: een beperkende hardhorendheid, duizeligheid (gevolg van een meningitis) en bradycardie. Ook daarvoor wees zij al verder onderzoek en behandeling (een pacemaker?) af.

Over de wilsbekwaamheid had de consulent geen enkele twijfel. Deze werd ook niet beïnvloed door de angst/paniekstoornis. Zij was een volledig wilsbekwame vrouw.

De consulent sprak met de arts over de noodzaak van een psychiatrisch consult. De consulent was ervan overtuigd dat die geen ander oordeel zou geven. De behandelbaarheid bij deze oude vrouw was zeer beperkt. De consulent was weliswaar geen psychiater maar wel een specialist ouderengeneeskunde met ook jarenlange ervaring in de ouderenpsychiatrie. Hij was onder andere vier jaar lang eindverantwoordelijk voor een afdeling ouderenpsychiatrie van een psychiatrische instelling.

De consulent had lang nagedacht over de vraag of de medische grondslag voldoende onderbouwd was. Ook over het verslag dacht hij lang na. Hij heeft de casus ingebracht in een SCEN-intervisie avond waar hij er op gewezen werd dat een oordeel van een psychiater gewenst zou zijn. De consulent voelde zich voldoende deskundig om bij deze oude vrouw een diagnose en prognose te stellen. Hij vond het invoelbaar dat zij geen verder onderzoek meer wilde.

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 ten aanzien van (de grondslag van) het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van patiënte als volgt.

De commissie heeft zich afgevraagd wat nu precies de medische grondslag van het lijden vormde en of dit het gevolg was van een optelsom van medische en psychische aspecten, dan wel in hoofdzaak gebaseerd was op een psych(iatr)ische stoornis. Dit in verband met de vraag naar de wilsbekwaamheid van patiënte en de mogelijke noodzaak om daarover een extra deskundige te raadplegen. Immers uit de meldingsgegevens bleek dat de aandoening die aanleiding was voor het verzoek om levensbeëindiging was gelegen in paniekaanvallen, waarschijnlijk gebaseerd op PTSS en een oorlogsverleden; de commissie heeft daarom aan de arts en de consulent om een schriftelijke toelichting gevraagd. De arts schreef dat het lijden van patiënte vooral gebaseerd was op hevige paniekaanvallen die zich een aantal keren hadden voorgedaan. Daarnaast was ook sprake van lichamelijk lijden in de vorm van slechthorendheid, duizeligheid en cardiale problemen. Ook de consulent zag als belangrijkste medische grondslag voor het lijden de angst en paniekaanvallen en noemde ook de lichamelijke problemen. Uiteindelijk waren deze klachten zodanig beperkend dat patiënte in een sociaal isolement terecht was gekomen. Zolang de echtgenoot er was bleven de klachten en de gevolgen daarvan voor haar beheersbaar. De arts heeft vele gesprekken met patiënte en haar echtgenoot gevoerd, medicatie voorgeschreven en haar verwezen naar de POH GGZ of een psychiater. Patiënte wilde dit laatste niet. Toen haar echtgenoot overleed werd het geestelijk en het lichamelijk lijden mede gezien de biografie en het karakter van patiënte voor de arts uitzichtloos.

Gezien deze toelichting in samenhang met die van de consulent overweegt de commissie dat het lijden in overwegende mate bepaald werd door de angst en paniekstoornis die waarschijnlijk was gebaseerd op PTSS en het oorlogsverleden. Deze klachten duurden al lang en waren tot het overlijden van de echtgenoot goed hanteerbaar. Toen deze steun wegviel namen de klachten, ook de lichamelijke, toe, waarvoor mede gezien de ziektegeschiedenis, de biografie en het karakter maar ook de leeftijd van patiënte geen redelijke behandelingen meer mogelijk waren.

De commissie overweegt ten aanzien van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte als volgt.

De commissie heeft zich, als gezegd, afgevraagd of nu zij van mening is dat in overwegende mate sprake was van psych(iatr)ische problematiek het niet voor de hand had gelegen om een psychiater of een ter zake deskundige arts te raadplegen om de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasieverzoek vast te stellen. De arts heeft geen moment twijfel gehad over de wilsbekwaamheid van patiënte. Zij was duidelijk en consequent in al haar overwegingen en had al jaren eerder met hem

gesproken over euthanasie. De consulent, tevens specialist ouderengeneeskunde, lichtte toe dat hij jarenlange ervaring had in de ouderenpsychiatrie. Op basis van zijn gespecialiseerde kennis had hij geen enkele twijfel over de wilsbekwaamheid van patiënte. Hij had met de arts gesproken over een eventuele consultatie van een psychiater, maar was ervan overtuigd dat die geen ander oordeel zou geven en dat de behandelbaarheid zeer beperkt was. Ook zag hij geen meerwaarde in aanvullende ondersteuning / behandeling gezien haar hoge leeftijd en de verwachting dat de klachten, als patiënte de deur uit zou moeten, zouden toenemen.

De commissie is van oordeel dat de arts, mede gezien het oordeel en de specifieke deskundigheid in dezen van de consulent, redelijkerwijs tot de overtuiging kon komen dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Vanwege de hoge leeftijd van patiënte, de belasting van een extra psychiatrisch consult en een daardoor te verwachten toename van de klachten, én de specifieke kennis van de consulent kon de arts in deze casus in redelijkheid afzien van een psychiatrische consultatie.

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 en ter zake deskundige 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.