

Oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Inhoudsindicatie: het belang van het raadplegen van een onafhankelijke psychiater wanneer het lijden (in overwegende mate) wordt veroorzaakt door een psychiatrische aandoening. Extra behoedzaamheid moet worden betracht.

Zorgvuldigheidseisen: vrijwillig en weloverwogen verzoek, onafhankelijke arts geraadpleegd

OORDEEL

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:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal

Naar aanleiding van de melding zijn bij brief van (...) vragen aan de arts gesteld die zijn beantwoord bij brief van (..).

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, werd dertig jaar voor het overlijden een bipolaire stoornis vastgesteld. Sindsdien maakte zij perioden van zeer ernstige depressies door en had zij tweemaal een manische periode. In de loop der jaren werd patiënte met wisselend resultaat op vele en diverse manieren behandeld. Behandeling met lithium en Nortrilen moest worden gestaakt omdat deze als bijwerking ernstig medicamenteus parkinsonisme had. Patiënte was diverse malen opgenomen geweest en had een jaar voor het overlijden tweemaal electro convulsie therapie (ECT) ondergaan die slechts een zeer kortdurend effect had gehad. Vier jaar voor het overlijden deed patiënte een poging tot zelfdoding. Sinds twee jaar voor het overlijden lukte het niet meer de depressie en manische episodes langere tijd onder controle te krijgen.

Na eerdere klachten rees twee maanden voor het overlijden na onderzoek verdenking op een gemetastaseerd longcarcinoom. Systemische behandeling werd door patiënte gemotiveerd afgewezen. In een kort daarna verrichte psychiatrische evaluatie concludeerde de behandelend ouderenpsychiater dat de depressie die patiënte op dat moment doormaakte therapieresistent was. Genezing van haar aandoeningen was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit onbehandelbare depressieve klachten en uitputting. Het leven was één zwart gat. Zij lag het liefste in bed en was volledig afhankelijk van de zorg van anderen. Patiënte leed onder gebrek aan kwaliteit van leven en de uitzichtloosheid van haar situatie. Ook al zou de depressie verbleken, dan nog zou de longmaligniteit haar op termijn fataal worden. Zij had niet meer de levensmoed om door te gaan.

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.

Ruim een week voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, hetgeen werd bevestigd door de geraadpleegde ouderenpsychiater. Op verzoek van de arts had deze, ongeveer een week voor het overlijden, onderzocht of patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek en beoordeeld of het verzoek invoelbaar was. De ouderenpsychiater concludeerde dat het verzoek invoelbaar was en dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte vijf 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. Hij meende dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.

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. Toelichting

Bij de behandeling ter vergadering constateerde de commissie dat het euthanasieverzoek van patiënte (in overwegende mate) voortkwam uit psychisch lijden, waarbij de laatste weken voor het overlijden ook een uitgezaaide longkanker was vastgesteld. De arts had naar aanleiding van het euthanasieverzoek van patiënte, een ouderenpsychiater en een GZ-psycholoog Ouderen verzocht om te beoordelen of patiënte aan een psychiatrische stoornis leed, of deze behandelbaar was, of patiënte wilsbekwaam was en of er mogelijkheden waren tot verbetering van haar kwaliteit van leven. Genoemde personen hebben patiënte zes dagen voor het overlijden bezocht en een dag later schriftelijk hun bevindingen gerapporteerd.

De commissie verzocht de arts om gemotiveerd aan te geven of deze specialisten bij de behandeling van patiënte betrokken waren geweest en zo ja waarom de arts geen onafhankelijke psychiater had geraadpleegd.

De commissie verzocht de arts voorts om gemotiveerd aan te geven hoe zij had vastgesteld dat patiënte, bij wie sprake was van een recidief depressie, wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

De arts antwoordde daarop **schriftelijk** als volgt:

Beide specialisten waren bij de behandeling van patiënte betrokken. Het was geen doelbewust handelen om geen onafhankelijk psychiater, of geen scen-consulent-psychiater te consulteren. De arts gaf aan dat met de kennis van nu, dat het volgens de Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie moet, zij dat zeker gedaan zou hebben. De reden dat het niet is gebeurd is door het niet weten, de context en door haar eerdere ervaring.

Met betrekking tot de context: De arts had niet het gevoel gehad dat een onafhankelijk psychiater noodzakelijk was om de wilsbekwaamheid vast te stellen. Vanaf het moment dat zij patiënte leerde kennen, had patiënte een euthanasiewens geuit voor het geval haar situatie te zwaar voor haar zou worden. Zij had al zoveel psychiatrische opnames achter de rug maar de depressieve dagen/periodes kwamen steeds terug. Toen zij in het verzorgingshuis werd opgenomen nam zij het heft in eigen hand en is zij zich gaan verhongeren, omdat ze haar omgeving een ander tentamen suïcidii niet meer wilde aandoen.

Patiënte kwam wilsbekwaam over: ze werd in deze euthanasiewens niet beïnvloed door haar omgeving, ze was coherent in haar gedachten, kon goed situaties inschatten en zij kon goed haar gedachten en situaties onder woorden brengen. Tijdens de laatste opname heeft de behandelend psychiater vanuit de kliniek de arts ook nog gezegd dat er weinig tot geen behandelopties over bleven, omdat ECT (electro convulsie therapie) de laatste keer tijdelijke cognitieve problemen had gegeven. De grootste angst van patiënte was op een bepaald moment niet meer wilsbekwaam te zijn. Mevrouw was nu wel weer depressief, ondanks de medicatie, maar nog niet zo depressief dat ze niet meer wilsbekwaam was. Door het oordeel van twee behandelend specialisten werd ook vastgesteld dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van de euthanasiewens. De arts had daar geen twijfel aan gehad, te meer daar het ook haar eigen oordeel was.

De arts benadrukte dat zij in een eventueel volgende euthanasietraject zich zeker aan de Code of Practice zal houden door een onafhankelijke psychiater te raadplegen.

Naar aanleiding van de schriftelijke toelichting van de arts, bleven er bij de commissie vragen bestaan ten aanzien van de onafhankelijkheid van de betrokken psychiater ten opzichte van patiënte. De commissie vroeg zich af hoe de besluitvorming tot euthanasie in deze melding precies tot stand is gekomen en wat de rol van de betrokken psychiater is geweest. De commissie heeft de arts verzocht om op deze vragen op de volgende vergadering een nadere mondelinge toelichting te geven. De arts heeft de betrokken psychiater, die ouderenpsychiater is, meegenomen naar de vergadering ter ondersteuning. De commissie stemde in met de aanwezigheid van de betrokken psychiater met de kennisgeving dat het gesprek met de arts zal worden gevoerd. Indien de commissie nadere vragen zou hebben, zullen deze aan de betrokken psychiater worden gesteld. Op verzoek van de arts wordt zij in het verslag telkens als huisarts aangeduid.

De arts heeft - zakelijk weergegeven - de volgende **mondelinge toelichting** gegeven:

De huisarts geeft aan dat zij niet wist dat zij een onafhankelijk psychiater moest raadplegen en biedt hiervoor haar excuses aan. Zij is hier door de geraadpleegde consultant, die volgens haar erop dient toe te zien dat aan alle eisen voor euthanasie is voldaan zoals ook verwoord door de KNMG, niet op gewezen. De commissie geeft aan dat de uitvoerend arts verantwoordelijk is.

Volgens de huisarts kende de betrokken psychiater patiënte een aantal maanden. Zij was betrokken bij patiënte en voerde meerdere gesprekken met haar over de behandelmogelijkheden, de wilsbekwaamheid en het uitzichtloze/ondraaglijke lijden. Dit in het kader van de euthanasiewens van patiënte.

De huisarts licht toe dat een andere psychiater de behandelaar was van patiënte. Tevens had patiënte contact met een ouderenpsycholoog. Zowel de psychiaters als de ouderenpsycholoog waren werkzaam bij dezelfde instantie. Patiënte was bekend met recidiverende depressies en in de laatste twee jaar voor het overlijden volgden de depressies elkaar steeds sneller op en onderging zij twee maal electro convulsie therapie (ECT). Patiënte gaf meermaals aan niet weer een depressie mee te willen maken. Na ontslag uit het ziekenhuis waar bij toeval een longcarcinoom werd geconstateerd, voelde patiënte zich heel naar door de vele bijwerkingen ten gevolge van de grote hoeveelheid medicatie die zij had. Door een forse vermindering van de medicatie ging het tijdelijk beter met patiënte. In de laatste maanden voor het overlijden had zij goede perioden. Zo vierde patiënte haar verjaardag en kon zij hiervan genieten. Daarna “knapte” er iets in patiënte en kwam zij in een ernstige depressie terecht.

De commissie constateert dat er een korte periode zit tussen de verjaardag van patiënte (twee weken voor het overlijden) en de datum van euthanasie. Waarom vond de euthanasie zo snel plaats? De huisarts geeft aan dat patiënte psychisch op was en dat er veelvuldig over euthanasie was gesproken. Het was echt genoeg geweest voor patiënte en er waren geen reële behandelmogelijkheden meer. Er was sprake van een reële euthanasiewens.

Kon patiënte niet opnieuw herstellen van haar depressie? De huisarts geeft aan dat dat had gekund, maar het effect na het herstarten van de medicatie zou waarschijnlijk weken op zich laten wachten. Dit was geen reëel alternatief omdat patiënte zich juist erg akelig voelde en het risico van akelige bijwerkingen van de medicatie groot; die bestonden uit sufheid, slecht lopen en forse stijfheid. Patiënte kon het echt niet meer aan om opnieuw te worden behandeld. Zeker in de wetenschap dat er bij haar longkanker was geconstateerd.

Hoe raakte de huisarts overtuigd van de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens? De huisarts licht toe dat patiënte in haar goede perioden altijd heeft aangegeven niet nogmaals een diepe depressie te willen meemaken. Patiënte heeft zich vrijwillig een aantal keren laten opnemen en laten overtuigen om behandeling te ondergaan. Dit heeft zij gedaan in de wetenschap dat het weken zou duren. Volgens de huisarts was patiënte consistent met betrekking tot haar euthanasiewens. De huisarts heeft geen enkele twijfel over haar wilsbekwaamheid. Patiënte had geen drang om dood te gaan. Zij wilde leven, maar niet op deze manier.

Speelde de diagnose longkanker een rol bij de besluitvorming tot euthanasie? De huisarts geeft aan dat dit in de besluitvorming nauwelijks meespeelde bij mevrouw, meer bij de huisarts in de wetenschap dat als ze uit haar depressie zou komen, er dan op niet al te lange termijn verdere lichamelijke achteruitgang van patiënte te verwachten was. Patiënte zelf was bang door verdere achteruitgang haar euthanasiewens niet meer kenbaar te kunnen maken.

Naar aanleiding van het gesprek met de arts had de commissie behoefte om aan de betrokken psychiater enkele vragen te stellen en heeft zij vervolgens op grond van art. 8 lid 3 Wtl bij deze inlichtingen ingewonnen.

De psychiater heeft - zakelijk weergegeven – daarop de volgende **mondelijke toelichting** gegeven:

Wanneer werd u als psychiater betrokken bij patiënte en wat was uw rol? De psychiater geeft aan vier maanden voor het overlijden telefonisch contact te hebben gehad met de huisarts. Deze noemde o.a. dat er bij patiënte opnieuw een euthanasievraag speelde. Na overleg met de behandelend psychiater van patiënte vroeg deze haar- juist omdat zij als behandelaar al langere tijd bij de behandeling was betrokken en zelf geen oordeel wilde geven- of zij patiënte wilde zien in het kader van haar euthanasiewens en mogelijke behandelopties. De psychiater geeft nadrukkelijk aan dat zij niet de behandeling van patiënte overnam. Ze heeft het consult steeds beschouwd als een verzoek om een onafhankelijke beoordeling te doen in verband met het euthanasieverzoek. Een dag na het telefonisch contact heeft de psychiater patiënte voor het eerst gezien: patiënte was matig somber en erg stijf. Omdat stijfheid ook past bij Multi Systeem Atrofie (MSA) heeft de psychiater gebeld met de behandelend neuroloog om deze neurologische aandoening uit te sluiten. De neuroloog stelde een proefbehandeling met Madopar voor, die de psychiater als optie aan de huisarts doorgaf. Door de Madopar verbeterde de parkinsonistische klachten iets. Patiënte gaf aan nooit meer een depressie mee te willen maken en ook geen electro convulsie therapie (ECT) meer te willen. De medicatie waar patiënte jarenlang goed op reageerde, gaf nu parkinsonistische bijwerkingen. De psychiater gaf als advies om een deel van de medicatie van patiënte fors te verminderen.

Een maand later zag de psychiater patiënte opnieuw. Het ging goed met haar en zij was goed gestemd. Twee maanden daarna meldde de huisarts dat patiënte zich weer voelde afglijden naar een depressie en opnieuw een euthanasieverzoek had. De psychiater bezocht patiënte op twee dagen later. De psychiater meende dat opnieuw ECT geen passende behandeling zou zijn. Patiënte had deze behandeling al twee keer ondergaan in het afgelopen jaar. Bovendien weigerde patiënte opnieuw een opname. Patiënte voor de derde maal dat jaar behandelen middels ECT zou betekenen dat zij gedwongen (met een in bewaringstelling) opgenomen had moeten worden, waarna zij vervolgens onder dwang behandeld zou moeten worden met ECT, terwijl er sprake was van een zeer beperkte levensverwachting door ongeneeslijke longkanker. Een dergelijke behandeling onder dwang werd door de psychiater als verregaand disproportioneel beschouwd.

Hoe onafhankelijk was u ten opzichte van patiënte? De psychiater geeft aan dat zij door de behandelend psychiater was gevraagd om de euthanasiewens van patiënte te beoordelen en om te bekijken of er nog behandelopties aanwezig waren, juist omdat haar collega zich daarin niet vrij voelde. Zij geeft nogmaals aan dat zij niet de behandelaar was en zich ook geen behandelaar heeft gevoeld. De psychiater licht toe dat zij patiënte vanwege het complexe psychiatrisch ziektebeeld meerdere keren heeft gezien voor haar onderzoek in het kader van de euthanasiewens en behandelopties. Een belangrijke drijfveer van patiënte voor euthanasie op dit moment was de angst dat zij te laat zou zijn en haar euthanasiewens niet meer kenbaar kon maken als zij te ver heen zou zijn door een volgende psychotische depressie. Volgens de psychiater was patiënte wilsbekwaam en waren er geen redelijke andere behandelopties meer.

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 overweegt de commissie het volgende:

In het geval dat er sprake is van een patiënt met een psychiatrische stoornis moet met grote behoedzaamheid worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Deze behoedzaamheid komt onder andere tot uiting in het vereiste van de raadpleging van een onafhankelijke psychiater die zich over de zorgvuldigheidseisen (het verzoek, het lijden en het ontbreken van een andere oplossing) ten aanzien van patiënt uitlaat. Het vereiste van een onafhankelijk psychiater kan worden afgeleid uit de wetsgeschiedenis van de Wtl, de jurisprudentie en de Richtlijn van de NVvP. Onafhankelijkheid in deze context betekent niet alleen het in staat zijn een onafhankelijk oordeel te geven, maar tevens het voorkomen van de schijn van niet-onafhankelijkheid; de geraadpleegde psychiater mag geen (mede)behandelaar van de patiënt zijn of dat recentelijk zijn geweest.

Uit de schriftelijke en mondelinge toelichting van de arts en de nadere inlichtingen van de psychiater is de commissie het volgende duidelijk geworden. De arts heeft niet de intentie gehad een onafhankelijk psychiater te raadplegen omdat zij hiervan niet op de hoogte was en zij hier niet door de geraadpleegde consulent op is gewezen. Tevens vond zij een aparte beoordeling van de wilsbekwaamheid bij patiënte niet noodzakelijk gezien de betrokkenheid van meerdere specialisten. Zij heeft intensief overleg gehad met de andere (psychiatrische en psychologische) behandelaars van patiënte.

Bij de behandeling van patiënte waren een behandelend psychiater en een GZ psycholoog betrokken. Toen de behandelend psychiater van de arts het verzoek kreeg om zich uit te laten over het euthanasieverzoek van patiënte heeft zij een (collega)ouderenpsychiater ingeschakeld om dit verzoek te exploreren, omdat zij zelf de behandelaar was en om aldus de onafhankelijkheid ten opzichte van patiënte te waarborgen. Deze ouderenpsychiater, die werkzaam is bij dezelfde organisatie, heeft nadrukkelijk aangegeven als onafhankelijk psychiater te zijn betrokken bij het beoordelen van het euthanasieverzoek van patiënte, heeft zich ook als zodanig gevoeld en is geen behandelrelatie aangegaan met patiënte. Ook is niet gebleken van enige afhankelijkheidsrelatie van haar ten opzichte van de arts. Zij concludeerde dat patiënte wilsbekwaam was en dat er geen behandelopties meer waren.

Gezien deze omstandigheid kan volgens de commissie de ouderenpsychiater als een onafhankelijke psychiater worden beschouwd. Patiënte is meerdere keren door haar gezien om tot een professioneel, onafhankelijk oordeel te kunnen komen. Daarnaast heeft de arts een onafhankelijke SCEN-arts geraadpleegd die tot de conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Nu er gezien het bovenstaande bij de arts geen enkele twijfel meer bestond over de wilsbekwaamheid van patiënte en zij mocht vertrouwen op het oordeel van de ouderenpsychiater, die door de commissie als onafhankelijk wordt beschouwd, én dat van de geraadpleegde consulent 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. Tevens is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen dat de arts tenminste één andere onafhankelijke arts heeft 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.