

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënt, een man van 50-60 jaar, leed aan ziekte van Alzheimer. Hij kampte met het verlies van geestelijke vermogens en voelde zich opgesloten in zijn lichaam met een brein dat hem steeds meer in de steek liet. Een psychiater en een neuroloog achtten patiënt wilsbekwaam. Eerste consulent, een specialist ouderengeneeskunde, kon in drie gesprekken met patiënt niet vaststellen of patiënt op dat moment euthanasie wenste. Tweede consulent oordeelde op grond van het gesprek met patiënt en de bevindingen van de psychiater dat patiënt weloverwogen tot euthanasieverzoek was gekomen. Arts kon tot overtuiging komen dat sprake was van vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.**

## **OORDEEL**

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

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Verslag arts

Verslag eerste consulent en verslag tweede consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- verslag psychiater
- 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**

Bij patiënt, een man van 50 - 60 jaar, openbaarde de ziekte van Alzheimer zich acht jaar voor het overlijden met minimale symptomen van vergeetachtigheid. Twee jaar later stopte hij met werken. Toen het slechter ging met patiënt ging hij naar de dagbehandeling in een verpleeghuis. Sinds een jaar voor het overlijden was hij thuis waar hij door een naaste werd verzorgd. Met name de laatste maanden was er sprake van een snel progressief ziektebeeld. Patiënt wilde niet naar een verpleeghuis.

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

Patiënt kampte met angsten voor de wegval van zijn geestelijke vermogens en het gevoel dat het niet goed ging in zijn hoofd was de laatste maanden steeds verder toegenomen. Hij had een erg slecht geheugen, kon wel goed praten, maar vergat in het gesprek snel de vraag. Lezen lukte met moeite. Patiënt ging liever niet meer alleen de deur uit, omdat hij snel verdwaalde waardoor hij dan angstig werd. Hij had last van stemmen en rumoer in zijn hoofd wat hij beangstigend vond. Met medicatie ging het iets beter. Patiënt beseftte volledig wat er met hem gebeurde en vond dat verschrikkelijk. Hij leed onder de angst en het vooruitzicht net zo weg te zullen kwijnen als een familielid dat ook aan Alzheimer had geleden. Patiënt was erg geschrokken van de toestand waarin hij dit familielid tijdens een bezoek had aangetroffen. Dit lijden te zien was voor hem ondraaglijk. Hij huilde vaak en veel en gaf aan dat hij het zo niet wilde. Patiënt voelde zich geen mens meer, voelde zich steeds meer opgesloten in zijn eigen lichaam met een brein dat hem steeds meer in de steek liet en gaf aan dat euthanasie hem vrij zou maken. 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 de arts over euthanasie gesproken en hem daarbij te kennen gegeven dat hij niet verder wilde leven als hij geestelijk niet meer zou kunnen functioneren en volledig afhankelijk zou worden. Nadat hij zijn familielid in het verpleeghuis had bezocht, was hem duidelijk geworden dat hij dat stadium niet wilde bereiken. Patiënt heeft vervolgens een wilsverklaring opgesteld waarin hij zijn euthanasiewens nader heeft toegelicht. Hij heeft veelvuldig zijn euthanasiewens geuit.

Ongeveer drie maanden voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht en dit tot op de dag van zijn overlijden herhaald.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Op verzoek van de arts had een psychiater in het jaar voor dat van het overlijden de wilsbekwaamheid van patiënt in het kader van zijn euthanasieverzoek beoordeeld. De psychiater was van mening dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasiewens. De behandelend neuroloog had in datzelfde jaar te kennen gegeven het verzoek van patiënt invoelbaar te vinden en in te schatten dat patiënt in zijn verzoek wilsbekwaam was.

### c. Consultatie

De arts raadpleegde twee consulenten, beide onafhankelijke SCEN-artsen.

De eerste consulent, een specialist ouderengeneeskunde, bezocht patiënt driemaal. Het eerste bezoek van de eerste consulent vond plaats ongeveer drie maanden 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 merkte hierbij op dat patiënt aangaf op een gegeven moment euthanasie te willen, dat het duidelijk was dat hij leed, maar dat het patiënt niet lukte om duidelijk te verwoorden wanneer voor hem de maat vol was.

Het tweede bezoek van de eerste consulent vond plaats vijf dagen na het eerste bezoek. In haar verslag merkte de eerste consulent op dat patiënt op papier had gezet wanneer hij dood wilde, namelijk als hij zijn naasten niet meer zou herkennen, hij niet meer zelf zou kunnen eten, de stemmen in zijn hoofd erger zouden worden en hij in een verpleeghuis zou moeten wonen. De eerste consulent was van mening dat patiënt hiermee duidelijk had aangegeven waar zijn grenzen lagen. Het lijden was invoelbaar, ondraaglijk en uitzichtloos. De eerste consulent gaf aan dat patiënt op dat moment nog geen euthanasie wilde, maar ten volle beseftte dat hij achteruit ging en dat het steeds moeilijker zou worden om zijn verzoek goed te verwoorden.

Op verzoek van de arts bezocht de eerste consulent patiënt een derde maal ongeveer twee weken voor de levensbeëindiging. De eerste consulent gaf in haar verslag aan dat de ziekte verder was voortgeschreden en dat er momenten waren waarop patiënt zijn naasten niet leek te herkennen. Hoewel patiënt sinds het laatste bezoek regelmatig had geroepen dat hij dood wilde, was het voor de eerste consulent - gezien de wisselende antwoorden die zij van patiënt kreeg op de vraag of hij wilde leven of doodgaan - nog steeds niet duidelijk of voor patiënt euthanasie op dat moment de gewenste uitweg was. De eerste consulent opperde nogmaals te proberen om patiënt overdag naar de dagbehandeling in het verpleeghuis te sturen. Wellicht dat dit meer duidelijkheid zou geven en tevens wat meer ruimte thuis voor zijn naaste voor wie de verzorging duidelijk te zwaar was.

Drie dagen na het derde bezoek vond er telefonisch overleg plaats tussen de eerste consulent en de arts waarbij de eerste consulent adviseerde een tweede SCEN-arts te betrekken bij het verzoek.

De tweede consulent bezocht patiënt zes dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De tweede consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Hij merkte hierbij op dat patiënt spontaan aangaf dat hij dood wilde, dat hij ziek in zijn hoofd was en de ziekte van Alzheimer had.

De tweede consulent kwam, na een langdurig gesprek met patiënt alsmede met een naaste, tot de conclusie dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie.

Hij gaf aan dat voor het aspect van de weloverwogenheid hij teruggreep naar gedocumenteerde gesprekken met de ouderenpsychiater van het jaar voorafgaand aan dat van overlijden. De tweede consulent was van mening dat tevens aan alle andere wettelijke 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 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.