

**Oordeel: zorgvuldig**

**Samenvatting: Patiënt, een man van 80-90 jaar, was al jaren bekend met perioden van afasie en geheugenproblemen. Drie maanden voor overlijden kreeg hij last van onrust, angst, verwardheid en boosheid. Een psychiater constateerde dementie, een neuroloog vermoedde een zich ontwikkelend dementiesyndroom. Arts achtte nader onderzoek door een geriater niet zinvol. Patiënt vreesde verdere geestelijke achteruitgang en een verpleeghuisopname en vroeg om euthanasie. Arts raadpleegde consulent, een psychiater, drie maal. De eerste twee keren was volgens deze niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan, de derde keer wel. 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

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent met aanvulling

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrief
- 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 van 80 - 90 jaar, kreeg vijf jaar voor het overlijden een TIA, waardoor hij tijdelijk spraakproblemen had en wazig zag. In de daaropvolgende jaren maakte hij nog verscheidene keren een korte periode van afasie door, waarvoor echter bij neurologisch onderzoek twee jaar voor het overlijden geen oorzaak kon worden gevonden. In de periode daarna kreeg patiënt steeds meer problemen met zijn geheugen. Hij was niet meer in staat om zelf boodschappen te doen en verdwaalde buiten zijn eigen wijk. Ongeveer drie maanden voor het overlijden was er sprake van een acute verslechtering van zijn geestelijke toestand. Patiënt had met name 's nachts veel last van onrust, angst, verwardheid en hallucinaties. Hij werd hiervoor behandeld met een antipsychoticum, echter met beperkt effect. Sedertdien was er bij patiënt sprake van grote verschillen in helderheid. Overdag was het regelmatig mogelijk om een gesprek met patiënt te voeren, soms daarentegen communiceerde hij moeilijk en zei hij vreemde dingen. Ook was hij boos en achterdochtig en kreeg hij steeds meer moeite met huishoudelijke taken en het bedienen van apparaten.

Laboratoriumonderzoek bracht geen somatische oorzaak van de geestelijke achteruitgang aan het licht. Op verzoek van de arts werd patiënt onderzocht door een psychiater. Deze deelde de arts telefonisch mee dat haar diagnose dementie was, maar liet na dit schriftelijk te bevestigen. Patiënt werd vervolgens ook onderzocht door een neuroloog. Deze kon ruim drie weken voor het overlijden nog geen definitieve diagnose stellen, maar achtte anamnetisch een ontwikkelend dementiesyndroom wel zeer suspect. Zij suggereerde een nadere beoordeling door een geriater om de somatische situatie in kaart te brengen. De arts vond verder onderzoek echter niet zinvol, omdat de aanwezigheid van een behandelbare aandoening voldoende was uitgesloten. Hij achtte waarschijnlijk dat de acute verslechtering het gevolg was van cerebrovasculaire ischaemie, ook al waren hier op een MRI geen aanwijzingen voor gevonden.

Het lijden van patiënt bestond uit de angst voor verdere geestelijke achteruitgang en de dan onvermijdelijke opname in een verpleeghuis. Hij had in het verleden gezien hoe enkele familieleden ernstig dement raakten en uiteindelijk in een verpleeghuis kwamen te overlijden. Patiënt wilde dit onder geen beding zelf meemaken. Hij 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 enkele maanden voor het overlijden, vóór de acute verslechtering van zijn geestelijke toestand, met de arts over zijn geheugenproblemen gesproken. Hij gaf daarbij aan euthanasie te willen als hij geestelijk verder achteruit zou gaan. Patiënt heeft toen ook aan de arts een schriftelijke wilsverklaring overgelegd.

Enkele dagen na de acute verslechtering van zijn geestelijke toestand heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Nadien hebben zij hier meermalen over gesproken. Patiënt was daarbij wisselend helder. Hij herhaalde regelmatig zijn verzoek. Ongeveer een week voor het overlijden was patiënt zeer helder en vroeg hij de arts wederom om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Drie dagen later was hij opnieuw goed in staat om te vertellen dat hij euthanasie wilde en op welke dag.

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

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde drie maal dezelfde onafhankelijke SCEN-arts, een psychiater, als consulent.

De eerste maal bezocht de consulent patiënt ruim zes weken voor de levensbeëindiging nadat de consulent door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in het consultatieverslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Hij stelde vast dat patiënt vriendelijk en coöperatief was en op alle vragen antwoord gaf. Het was echter onduidelijk of hij begreep wat het doel van het bezoek van de consulent was. Het onderwerp van gesprek was moeilijk vast te houden. De wilsbekwaamheid van patiënt was volgens de consulent niet goed in te schatten, bovendien sprak hij zijn mening niet duidelijk uit. De consulent achtte het vermoeden gewettigd dat patiënt op andere momenten wel degelijk besef had van zijn cognitieve achteruitgang en daar dan ook onder leed. De consulent adviseerde de arts om contact op te nemen met een psychogeriatr en met een neuroloog. Zodra de diagnostiek zou zijn afgerond, zou de consulent patiënt opnieuw bezoeken.

De tweede maal bezocht de consulent patiënt tezamen met de arts ongeveer twee weken voor de levensbeëindiging, nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd. De consulent had ook contact gehad met de neuroloog die patiënt inmiddels had onderzocht.

De consulent gaf in het tweede consultatieverslag een samenvatting van de ontwikkeling van het ziekteproces sinds zijn eerste bezoek. Hij stelde vast dat patiënt hem herkende, maar niet kon aangeven wanneer hij zijn leven beëindigd zou willen zien. Hij leek volgens de consulent in elk geval niet te verlangen naar een spoedig overlijden. De ondraaglijkheid van het overwegend psychisch lijden was invoelbaar op momenten dat patiënt helder was en hij zijn zeer waarschijnlijk uitzichtloze situatie beseftte en kon overzien, aldus de consulent.

In het consultatieverslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Wanneer zich in de nabije toekomst weer de omstandigheid zou voordoen, dat patiënte helder was en hij zijn situatie beseftte en kon overzien, zou volgens hem aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen zijn voldaan. Hij achtte het raadzaam intussen langs farmacotherapeutische weg te proberen de psychische conditie van patiënt te stabiliseren om onzekerheid over diens wilsbekwaamheid tenminste tijdelijk weg te nemen.

Vier dagen voor het overlijden nam de arts telefonisch contact op met de consulent. De arts gaf daarbij aan dat patiënt die ochtend helder en duidelijk had uitgesproken dat hij zijn leven binnen enkele dagen beëindigd wilde zien, aangezien hij zijn toestand ondraaglijk vond. Patiënt maakte op de arts een herkenbare, vastbesloten indruk. Volgens de arts was hij bij die gelegenheid zonder meer wilsbekwaam.

De consulent concludeerde dat onder deze omstandigheden wel werd voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

#### **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 zijn 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.