

**Oordeel: Niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Samenvatting: Patiënt, een man tussen 50 en 60 jaar, leed aan M. Parkinson. Volgens de behandelend specialisten was ook sprake van een onvoldoende behandelde, psychische component, waarvoor patiënt al uitgebreid was behandeld met psychotherapie en tweemaal met DBS. Patiënt ervoer alleen maar een toename van de klachten; hij wilde geen verdere interventies meer. Zowel de behandelend psychiater als de neuroloog zagen nog mogelijkheden om het psychische lijden te verlichten.**

**De arts had de adviezen van de neuroloog en psychiater niet zonder meer naast zich neer mogen leggen. Arts had niet tot de overtuiging kunnen komen dat sprake was van uitzichtloos lijden en evenmin dat andere redelijke oplossingen ontbraken.**

## ORDEEL

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

van:

(...), specialist ouderengeneeskunde n.p., verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek  
verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werd:

(...), specialist ouderengeneeskunde, tevens 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 en aanvullende stukken

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- Dossier Stichting Levenseindekliniek (verder te noemen: SLK)
- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. De nadere mondelinge toelichting heeft op (...) plaatsgevonden. Van de nadere mondelinge toelichting is een verslag gemaakt. De arts heeft het verslag daarvan goedgekeurd en met enkele opmerkingen aangevuld. De opmerkingen van de arts zijn onder de weergave van de mondelinge toelichting opgenomen.

## **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, werd vier jaar voor het overlijden de diagnose ziekte van Parkinson gesteld. Patiënt werd behandeld met medicatie en kreeg in verband met copingproblemen onder meer psychotherapie in verschillende fasen van zijn ziekte. Patiënt onderging twee keer een deep brain stimulation waarvan de laatste ongeveer vijf maanden voor het overlijden. Dit alles zonder het beoogde resultaat. Na de laatste ingreep was er een toename van de klachten. Dit gaf bij patiënt spanning en gevoelens van angst en onmacht. Patiënt ervoer zijn situatie als uitzichtloos en zijn al bestaande euthanasiewens werd actueel. In verband hiermee werd patiënt op verzoek van de huisarts gezien door een psychiater. De psychiater oordeelde dat patiënt wilsbekwaam was. Volgens de psychiater speelde bij patiënt naast de ziekte van Parkinson een psychische component mee die nog niet voldoende behandeld was. De psychiater adviseerde in verband daarmee een proefbehandeling met een anti-depressivum. Dit middel werd door patiënt na een paar dagen gestopt omdat het naar zijn mening geen enkele verbetering maar eerder een verergering van de klachten gaf. Patiënt wilde verder geen psychotherapie meer ter verzachting van de niet te bestrijden en toenemende Parkinson-verschijnselen. De behandelend neuroloog oordeelde dat er bij patiënt sprake was van een milde Parkinson, waarbij de tremor grotendeels werd bepaald door emotionele factoren en hij oordeelde dat de angst voor de toekomst allesbepalend was. De neuroloog vond dat een adequate behandeling van de angst van patiënt en onderliggende stemmingsstoornis de aangewezen weg zou zijn. Op basis van de ernst van de Parkinson kon de neuroloog het euthanasieverzoek van patiënt niet ondersteunen. De neuroloog overwoog verder dat nu hij neurologisch gezien het verzoek van patiënt niet kon ondersteunen en patiënt zich niet verder psychiatrisch wilde laten behandelen, de uitzichtloosheid in dit kader niet goed te bepalen was.

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

Het lijden van patiënt bestond uit tremoren, slaapproblemen en vermagering. Patiënt had slikproblemen en moeite met eten en drinken. Ook had hij geen plezier meer in eten omdat alles onaangenaam smaakte. Patiënt had permanent onwillekeurige bewegingen, kon niet stil zitten of liggen en raakte uitgeput. Hij had spraakstoornissen en was soms moeilijk te verstaan. Door verlies van communicatiemogelijkheden raakte patiënt in een isolement. Hij was niet meer in staat die dingen te doen waar hij voorheen plezier in had gehad. Hij leed onder de fysieke ontluistering, onder het verlies van zelfzorg, autonomie en waardigheid en onder de achteruitgang van zijn geestelijke vermogens. Zijn situatie was uitzichtloos. Hij was bang voor de toekomst en wilde op deze manier 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 de huisarts over euthanasie gesproken. Toen, ongeveer vijf maanden voor het overlijden, de euthanasiewens van patiënt actueel werd, stond de huisarts naar eigen zeggen voor het

dilemma of hij moest ingaan op het verzoek van patiënt of niet omdat er volgens de neuroloog nog behandeling mogelijk was. In verband hiermee vroeg de arts een SCEN-arts om advies. De consulent, die patiënt ongeveer drie weken voor het overlijden had bezocht, kon de huisarts niet helpen bij het maken van deze keuze en adviseerde om de Stichting Levenseinde kliniek in te schakelen. Patiënt werd ruim twee weken voor het overlijden aangemeld bij de SLK.

Patiënt heeft negen en zeven dagen voor het overlijden met de arts over euthanasie gesproken en de arts direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts had in verband met het euthanasieverzoek uitgebreid contact met de huisarts van patiënt.

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

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent dezelfde SCEN-arts die ruim drie weken voor het overlijden het adviesconsult voor de huisarts had verricht. Deze consulent had in haar eerste advies geschreven dat er mogelijk op het vlak van palliatieve zorg nog mogelijkheden waren (ondersteuning mantelzorger, adequate voeding, starten met drinkvoeding en eventueel aanpassing dosering benzodiazepine).

De consulent bezocht patiënt drie dagen voor de levensbeëindiging opnieuw nadat zij door de huisarts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De arts had kennis genomen van het verslag van het adviesconsult dat de consulent aan de huisarts had uitgebracht.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt.

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 door intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental per infuus en 11 minuten later, na het vaststellen van een diep coma, 150 mg rocuronium.

### **e. Mondelinge en schriftelijke toelichting van de arts**

Bij de eerste behandeling van de melding op de commissievergadering waren er bij de commissie vragen gerezen over het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

De commissie vroeg zich af of de arts had overwogen om nog een onafhankelijk psychiater te raadplegen, en als hij dat had overwogen, waarom hij dat toch niet had gedaan. Daarnaast vroeg de commissie zich af waarom er tussen de aanmelding van patiënt bij de levenseindekliniek en de levensbeëindiging en tussen de twee gesprekken die de arts met patiënt voerde een relatief korte tijd zat.

De arts heeft -zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting gegeven en later daarop schriftelijk nog opmerkingen gemaakt:

Op de vraag waarom de arts geen onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd alvorens over te gaan tot euthanasie antwoordt de arts dat hij na het lezen van het hele dossier telefonisch een afspraak maakte met de echtgenote van patiënt voor een bezoek nog diezelfde middag. Dit op verzoek van de echtgenote van patiënt die sprak van een dramatische toestand die niet meer vol te houden was.

Uit het dossier was het de arts duidelijk geworden dat de neuroloog de diagnose milde vorm van Parkinson had gesteld. Het was de arts uit het dossier niet duidelijk geworden welke criteria tot dit oordeel hadden geleid.

Patiënt had volgens de arts al het hele scala aan medicatie en ook al twee keer, en dat was volgens de arts zeer uitzonderlijk, een deep brain stimulation gehad. Bij de eerste interventie was volgens de arts patiënt nog twaalf keer bijgesteld. Vijf maanden voor het overlijden werd uiteindelijk toch besloten om nog een tweede interventie te doen (\*). Drie maanden voor het overlijden is geconstateerd dat

deze interventie ook niet succesvol was. Naar het idee van de arts ben je dan aan het eind van behandel mogelijkheden van de ziekte van Parkinson (schriftelijke opmerking 1).

Op de vraag of stress de symptomen van de ziekte verergerden, antwoordt de arts dat stress bij de ziekte van Parkinson een altijd aanwezige factor is. De ziekte doet veel met de motoriek en coördinatie van patiënt, maar leidt ook tot vermoeidheid en gewichtsverlies. De situatie die de arts bij patiënt aantrof was volgens hem dramatisch; patiënt kon niet stilliggen vanwege de tremoren en was niet meer bij machte dit onder controle te houden. Patiënt vertelde de arts dat hij was afgevallen, uitgeput was en met heel veel medicatie ongeveer nog een uur achter elkaar kon slapen. Patiënt had al lang met zijn huisarts over euthanasie gesproken. De arts, die tien jaar in een verpleeghuis had gewerkt, had het ziektebeeld zoals bij deze patiënt nog nooit meegemaakt; zo intens bewegend, uitgeput en wanhopig. De arts vertelt dat door de gevolgen van de ziekte van Parkinson bij patiënt het echtpaar grote problemen had gekend. Patiënt voelde zich ten opzichte van zijn vrouw insufficiënt; zijn vrouw was alleen nog zijn mantelzorger. Volgens de arts greep patiënt uit wanhoop af en toe naar de fles. Patiënt was volgens de arts aan alle kanten gekrenkt en gekwetst. Dit was volgens de arts de situatie zoals hij die aantrof bij het eerste bezoek.

Gelet op deze situatie was de arts tot de conclusie gekomen dat een consult door een psychiater geen nut meer had. Voor intensieve psychotherapie was naar de mening van de arts bij patiënt geen ruimte meer (schriftelijke opmerking 2). Dit oordeel heeft de arts besproken met de huisarts en de SCEN-arts (die patiënt eerder had bezocht in het kader van een adviesvraag van de huisarts) en zij deelden zijn opvatting.

De arts was van mening dat men deze patiënt, gelet op zijn ziektegeschiedenis, persoonlijkheid en levensloop, niets meer te bieden had.

Tijdens het tweede gesprek dat de arts met patiënt voerde, trof de arts dezelfde situatie aan.

Aansluitend sprak de arts met de huisarts. De huisarts vertelde de arts dat hij lang over het verzoek van patiënt had nagedacht, maar na rijp beraad toch had besloten om niet op het verzoek van patiënt in te gaan in verband met het oordeel van de neuroloog dat er bij patiënt sprake was van een milde vorm van Parkinson.

Op de vraag waarom de arts in tegenstelling tot de huisarts wél op het verzoek van patiënt wilde ingaan, antwoordt de arts dat hij met de huisarts had besproken dat hij had aangetroffen een patiënt met ernstige tremoren, die uitgeput was, ernstig verzwakt en afgevallen maar dat de huisarts toch de euthanasie niet wilde uitvoeren. De arts vermoedde dat de huisarts de euthanasie bij patiënt niet wilde uitvoeren omdat door omstandigheden deze euthanasie de huisarts te veel zou worden.

De arts nam contact op met de SCEN-arts die in deze zaak in een eerder stadium de huisarts advies had gegeven. De SCEN-arts wilde desgevraagd wel een consult doen bij patiënt.

Op de vraag of het niet beter was geweest om een nieuwe onafhankelijke SCEN-arts te vragen, antwoordt de arts dat de situatie urgent was. Deze SCEN-arts kende het dossier al en had een naar de mening van de arts goed advies geschreven en bovendien kende patiënt haar al (\*\*). Dit alles had, volgens de arts, meerwaarde voor patiënt. Dat deze SCEN-arts het consult op korte termijn kon doen, betekende volgens de arts bovendien tijdwinst. Op de vraag of de arts van mening was dat deze consulent, die hijzelf had gekozen en die al eerder in deze zaak een advies had gegeven aan de huisarts, voldoende onafhankelijk was, antwoordt de arts dat hij het daar met de SCEN-arts over had gehad. De arts had aan de SCEN-arts gevraagd of zij zich vrij voelde of dat zij liever had dat de arts een ander vroeg. Op de vraag of de arts zelf niet beter een andere SCEN-arts had kunnen vragen zegt de arts dat hij met zijn handelen tijdwinst en comfort voor de patiënt had beoogd. Desgevraagd vond de arts dat hij van deze SCEN-arts een onafhankelijk advies heeft gekregen.

Op de vraag of het de arts in deze complexe materie, waarin sprake was van de ziekte van Parkinson, gebruik van alcohol en sociaal isolement, na twee, kort na elkaar gevoerde gesprekken, helemaal duidelijk was hoe het zat, antwoordt de arts dat hij geen twijfel had en dat het hem helemaal duidelijk was in welke, naar zijn mening, afgrijselijke situatie patiënt zich bevond. Volgens de arts had wachten of uitstel geen zin, mede gelet op de conclusie van de SCEN-arts dat aan alle criteria was voldaan. Patiënt was consistent in zijn verzoek.

Op de vraag in hoeverre het de arts duidelijk was dat de symptomen werden veroorzaakt door de Parkinson, terwijl in de specialistenbrieven ruimte wordt gelaten voor andere oorzaken dan de

Parkinson en wordt gesteld dat als patiënt ontspannen is hij vrijwel geen tremoren heeft, antwoordt de arts dat op een bij het dossier gevoegde usb-stick een filmpje staat waarop te zien is dat patiënt ook in een moment van maximale ontspanning niet stil kon zitten. Bovendien zegt de arts dat het echtpaar, de huisarts en ook de SCEN-arts weerspreken dat patiënt stil kan zitten.

De arts zegt de euthanasie te hebben uitgevoerd vanwege het totale beeld van dat moment; een toestandsbeeld waarin alle factoren zoals de spanning en het afvallen maar ook de levensloop van patiënt, zijn karakter, zijn persoonlijkheid en zijn krenking bij elkaar kwamen.

Op de vraag of de arts de overtuiging had dat als er iets aan de stress gedaan kon worden (sociale omgeving, alcoholgebruik, coping-gedrag) de verschijnselen van de Parkinson milder zouden worden en daardoor tevens de tremoren zouden afnemen, antwoordt de arts dat hij die overtuiging niet had.

Op de vraag of in verband met de beoordeling van de uitzichtloosheid en eventuele aanwezigheid van redelijke alternatieven, de arts zelf contact had gehad met de behandelend neuroloog en de behandelend psychiater die beiden nog wel alternatieven zagen, antwoordt de arts dat hijzelf geen contact met deze specialisten had gehad. Desgevraagd vertelt de arts dat hij deze specialisten niet naar hun argumenten had gevraagd omdat hij daar op dat moment geen enkele meerwaarde in zag gelet op de toestand van patiënt en vanwege het feit dat patiënt in gesprekken met de arts had verteld niet meer gemotiveerd te zijn voor psychotherapie hetgeen hij ook had omschreven in zijn drie wilsverklaringen (schriftelijke opmerking 3).

Op de vraag of de arts heeft gesproken met de SCEN-arts over het feit dat zij in haar advies aan de huisarts benoemt dat er nog palliatieve mogelijkheden zijn en vervolgens in het consultverslag aan de arts concludeert dat er geen redelijke behandelmogelijkheden meer zijn en het lijden uitzichtloos is, antwoordt de arts dat hij daarover niet met de SCEN-arts heeft gesproken. (schriftelijke opmerking 4). De arts zegt desgevraagd wel met de SCEN-arts te hebben gesproken over het eventueel raadplegen van een onafhankelijke neuroloog of psychiater. De arts vertelt dat het zijn conclusie was om dat niet te doen, maar dat naar zijn idee ook de SCEN-arts had gezegd daarin geen meerwaarde meer te zien temeer omdat de SCEN-arts ook in haar advies aan de huisarts had gezegd dat er bij patiënt geen ruimte meer was om psychotherapie te ondergaan.

Op de vraag of de arts bij de specialisten steun had moeten zoeken voor zijn overtuiging dat het verzoek van patiënt weloverwogen was en het de Parkinson was (en niet andere omstandigheden) die patiënt tot wanhoop dreef, antwoordt de arts dat de spanningen die er tussen beide echtgenoten waren geweest, waren afgenomen en het alcoholgebruik door patiënt was verminderd. Patiënt was volgens de arts heel stellig in zijn opvatting dat medicatie of welke therapie dan ook de Parkinson niet zouden wegnemen. In deze opvatting kon de arts zich vinden.

Op de vraag of een aantal besproken facetten ook aan de orde zijn geweest tijdens het MDO van de Levensindekliniek antwoordt de arts dat hij het verslag van het MDO bij zich heeft en dit na het gesprek zal overhandigen. Tijdens het MDO is volgens de arts uitgebreid over deze zaak gesproken. De deelnemers aan dit overleg gingen akkoord met de overwegingen van de arts en steunden het besluit tot uitvoering. In het MDO kwam aan de orde de ziekte, de persoonlijkheid van patiënt en zijn levensloop en de dramatiek van de situatie. Het al dan niet nogmaals raadplegen van een psychiater is volgens de arts tijdens het MDO niet aan de orde geweest (schriftelijke opmerking 5).

De arts vertelt dat hij bij deze patiënt getroffen was door de urgentie van de klinische toestand en het feit dat het hier een combinatie betrof van de ziekte van Parkinson, persoonlijkheid en krenkingen in het eerdere leven van patiënt. Patiënt was naar de mening van de arts helemaal op.

Op de opmerking van de commissie dat de situatie bij patiënt al enige tijd bestond en dat het opvalt dat ondanks aarzelingen bij anderen om tot euthanasie over te gaan, de arts, binnen een week, het besluit neemt om daar wel toe over te gaan zonder raadpleging van behandelend specialisten of een onafhankelijke deskundige naast de SCEN-arts, zegt de arts te begrijpen dat dit als snel kan overkomen, maar dat wanneer men naast de arts had gestaan hier mogelijk anders tegen aan zou

worden gekeken. De arts was naar eigen zeggen door de situatie van patiënt zeer geraakt, maar de arts had op geen enkele manier haast gepropageerd.

**De arts heeft het hiervoor beschreven verslag van de weergave van zijn mondelinge toelichting geaccordeerd en daarbij nog de volgende schriftelijk opmerkingen gemaakt. Voor zover deze in de tekst zijn gegeven is de plaats in de tekst met een (\*) of (\*\*) aangeduid.**

*\* Deze bleek direct na uitvoering al niet effectief op de uitslaapkamer. In juni is geconstateerd dat deze interventie ook definitief niet succesvol was.*

*\*\* Bovendien was deze, gezien de beroepservaring in het verpleeghuis, ook deskundig op het gebied van de behandelmogelijkheden van gevorderde ziekte van Parkinson.*

*Verder heeft de arts de volgende opmerkingen gemaakt.*

*1. Er waren geen vervolgcontroles of behandelingen meer door behandelend neuroloog afgesproken, na de afspraak in juni 2015, in het UMCG noch perifeer.*

*2. Intensieve psychotherapie had mogelijk zin gehad vóór of vrij kort na de eerste behandeling met deep brain stimulation, als patiënt daarvoor gemotiveerd zou zijn geweest. Conditioneel, zowel fysiek als mentaal was hij toen beter. Hij had eerder psychotherapie/mentale begeleiding ontvangen bij problemen (in de werksfeer). Hij wist wat eea inhield. Gezien deze eerdere ervaring, was hij eerst sceptisch en kort daarna afwijzend, bij zijn contact met de psychiater waarheen hij was verwezen na de tweede deep brain stimulation, waar hij erg tegen opzag vooraf en die hem geen verlichting had geboden. Hem restte alleen maar angst na de tweede DBS voor de toekomst omdat daarmee 'het laatste palliatieve neurologische kruit was verschoten'.*

*3. Zie opmerking 1, geen neurologische vervolgcontacten meer. De conclusie: "neurologisch uitbehandeld", na een dergelijk traject, is voor de hand liggend.*

*4. Met de scen arts heb ik bij mijn verzoek om beoordeling WEL over de palliatieve opties gesproken, zeker ook omdat zij bij uitstek kon beoordelen wat het effect van deze opties was geweest in de verstreken periode (meerwaarde). Na ontvangst van het door mij gevraagde scen rapport had ik nog telefonisch contact met haar (zoals ter zitting ook gezegd, maar toen heb ik hierover NIET met haar gesproken. Over de palliatieve opties van de scen arts van begin augustus, heb ik WEL met patiënt, zijn/echtgenote en de huisarts gesproken voorafgaand aan mijn verzoek om (tweede) scenbeoordeling.*

*5. Mijn aantekeningen van het interne MDO heb ik ter zitting aangereikt.*

*6. Overigens: vooraf aan mijn eerste bezoek kreeg ik een zeer uitgebreid dossier dat bijna alles al bevatte voor een goed beeld van de toestand van patiënt, behoudens mijn eigen waarneming. Na op 2 verschillende momenten een uitgebreide eigen waarneming te hebben gedaan en vervolgens mijn indrukken en mijn conclusie te hebben getoetst aan de huisarts en de scenarts, aangevuld met de overwegingen van het interne MDO van de Levensindekliniek, meende ik over te kunnen gaan tot uitvoering, omdat ik overtuigd was dat aan de criteria van de wet was voldaan. Bij enige twijfel had ik NIET uitgevoerd.*

### **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.

De commissie is 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 ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts heeft een andere arts geraadpleegd die in de gegeven omstandigheden als voldoende onafhankelijk kan worden gezien. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden overweegt de commissie voor wat betreft de vereisten dat er sprake was van uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing was het volgende.

Bij het beoordelen van de uitzichtloosheid staan de diagnose en de prognose centraal. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen van het lijden geen redelijke andere oplossing dan euthanasie bestaat. De vraag of er sprake is van redelijke andere oplossingen moet worden beoordeeld in het licht van de actuele diagnose.

Voor de commissie is het volgende komen vast te staan. De behandelend psychiater was van oordeel dat bij de euthanasiewens van patiënt een psychische component meespeelde die nog niet voldoende behandeld was. De behandelend neuroloog had de diagnose milde vorm van de ziekte van Parkinson gesteld. Daarnaast speelden er volgens de neuroloog psychische factoren een rol en adviseerde hij een behandeling door een psychiater.

De arts heeft in acht dagen twee keer met patiënt gesproken en vervolgens de levensbeëindiging uitgevoerd.

Gelet op het voorgaande overweegt de commissie het volgende.

In geval van een snel verloop van de procedure hecht de commissie groot belang aan intensieve communicatie, niet alleen tussen de arts en patiënt maar ook tussen arts en andere betrokkenen. De arts dient in een dergelijk geval alles te doen wat redelijkerwijs mogelijk is om alle mogelijk relevante informatie te verkrijgen.

De commissie is van oordeel dat, nu de procedure zeer snel verliep én nu er volgens de behandelend specialisten naast de ziekte van Parkinson ook een, naar hun oordeel onvoldoende behandelde, psychische component speelde, de arts het advies van de behandelend neuroloog en het oordeel van de psychiater niet zonder nader onderzoek naast zich neer had mogen leggen.

De arts had, om tot een gewogen oordeel over de uitzichtloosheid van het lijden en eventuele behandelalternatieven te kunnen komen, in overleg moeten treden met de neuroloog en de psychiater of met een andere ter zake deskundige specialist. Juist gezien het snelle tijdsverloop en gezien het feit dat arts patiënt slechts tweemaal gesproken heeft, had de arts dit overleg moeten gebruiken om zijn eigen oordeel te toetsen aan dat van de hiervoor genoemde specialisten.

Een dergelijk overleg had in beginsel zonder vertraging van de procedure en zonder belasting voor de patiënt kunnen plaatsvinden. Door dit na te laten heeft de arts zich er onvoldoende van vergewist of voor het verminderen of wegnemen van de symptomen bij patiënt - waardoor de ondraaglijkheid zou kunnen verdwijnen- andere redelijke oplossingen waren dan euthanasie.

In verband met het voorgaande is de commissie van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat bij patiënt sprake was van uitzichtloos lijden en evenmin dat andere redelijke oplossingen om het lijden weg te nemen, ontbraken.

#### **4. BESLISSING**

De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.