

**Oordeel: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Inhoudsindicatie: levensbeëindiging bij een wilsonbekwame patiënte met Alzheimer op basis van haar schriftelijke wilsverklaring. De arts heeft niet in redelijkheid kunnen vaststellen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts heeft onvoldoende onderbouwd waarom zij – in afwijking van het oordeel van de consulent - het lijden van patiënte als ondraaglijk beoordeelde. De arts kon niet tot de overtuiging komen dat er voor de situatie van patiënte geen redelijke andere oplossing was.**

**Zorgvuldigheidseisen: uitzichtloos en ondraaglijk lijden, vrijwillig en weloverwogen verzoek, geen redelijke andere oplossing**

## OOORDEEL

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

van:

(...), specialist ouderengeneeskunde, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek  
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
- dossier Stichting Levensindekliniek (verder te noemen: SLK)
- beeldmateriaal

Naar aanleiding van de melding zijn bij de commissie vragen gerezen. Bij brief d.d. (...) heeft de commissie de arts verzocht op haar eerstvolgende vergadering d.d. (...) een mondelinge toelichting te geven. Van dit gesprek is een verslag gemaakt dat aan de arts is voorgelegd ter verificatie van de correcte feitelijke weergave van het gesprek en is door de arts van commentaar voorzien.

## **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**

Patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, kampte sinds tien jaar voor het overlijden met klachten van vergeetachtigheid, somberheid en paniek. Zij werd steeds meer gesloten. Aanvankelijk ging haar huisarts uit van een depressie waarvoor patiënte behandeld werd met antidepressiva. Acht jaar voor het overlijden constateerde een psychiater dat er mogelijk sprake was van een dementieel syndroom. Het jaar daarop werd de definitieve diagnose Alzheimer dementie gesteld. Patiënte werd behandeld met Galantamine in een poging de achteruitgang van het geheugen te vertragen. Bij controle zes jaar voor het overlijden werd geconstateerd dat de Alzheimer dementie gepaard ging met angst- en stemmingsstoornissen en dat er sprake was van een progressief verloop. Door een casemanager dementie werd dagbehandeling georganiseerd en vervolgcontacten. Van de dagbehandeling werd patiënte onrustig. Ook een zorgboerderij was geen succes. Drieënhalf jaar voor het overlijden werd patiënte opgenomen in een verzorgingshuis waar zij verbleef in een kleinschalige verpleegunit, omdat het thuis niet meer ging. Op dat moment had patiënte al geen inzicht meer in haar situatie. Tegen haar familie had patiënte altijd gezegd niet in een verpleeghuis te willen worden opgenomen. Naast de dementie kampte patiënte tevens met COPD. Het laatste halfjaar voor haar overlijden was patiënte hard achteruit gegaan.

Genezing van dementie is niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Volgens de arts werd het lijden van patiënte gekenmerkt door geregeld onrustig roepen en schreeuwen. Een gevolg was onder andere dat zij niet meer in de groep kon verblijven. Er was vaak weerstand en verzet door patiënte bij alle ADL-handelingen, ook bij het telkens (moeten) verschonen vanwege haar incontinentie voor urine en faeces. Patiënte was niet meer in staat om zelfstandig te lopen en was rolstoelgebonden geworden. Hierdoor kon zij zich niet meer al lopend uit door haar als onaangenaam ervaren situaties verwijderen. Zij zat steeds meer in haar lijf gevangen. Patiënte kon alleen nog maar in een stoel zitten, zelf eten kon zij niet meer. Dichtbij haar komen mocht niet altijd. In een aantal gevallen werd zij boos. Dat was een groot probleem bij haar verzorging: patiënte sloeg, knoeide, schopte, greep en liet niet meer los. Er waren huilbuien en veel boosheid.

Volgens de arts was er bij patiënte sprake van een 'overheersend grondlijden'. De arts was - evenals de familie en de verzorgenden - op grond van de non-verbale uitingen van patiënte ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk was en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos.

De familie en het verzorgend personeel hadden al vanaf het begin van de opname in het verzorgingshuis ernstig lijden bij patiënte waargenomen. Dit lijden was sindsdien alleen maar toegenomen. De arts was van mening dat er geen mogelijkheden meer waren om het lijden van patiënte te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de voormalige huisarts van patiënte en de specialisten patiënte, toen zij nog inzicht had in haar situatie, voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

## **b. Verzoek tot levensbeëindiging**

Na het vernemen van de diagnose Alzheimer dementie was volgens de kinderen van patiënte haar eerste reactie geweest: "Oh nee, dit is niet wat ik wil". Ze hadden het vaak met patiënte over dementie gehad omdat verschillende familieleden dement in het verpleeghuis waren geëindigd. Dat had patiënte altijd vreselijk gevonden en zij had altijd al gezegd, dat wanneer ze dement zou worden en naar het verpleeghuis zou moeten het van haar niet meer hoefde. Dan wilde ze dood.

Patiënte had eerder met haar huisarts, die haar behandelde tot haar opname in het verzorgingshuis, over euthanasie gesproken. Zes jaar voor het overlijden had zij een wilsverklaring opgesteld en aan haar huisarts overhandigd. Op dat moment was patiënte nog wilsbekwaam. Hierin had patiënte onder meer aangegeven:

*[...] dat ik ten alle tijden zowel lichamelijk als mentaal ondragelijk lijden, voor mezelf wil voorkomen. Daar de diagnose Dementie (Alzheimer) en COPD is vastgesteld, zouden zowel mijn mentaal als lichamelijk lijden ervoor kunnen zorgen dat ik in een voor mij ondragelijke situatie terechtkom.*

*Middels deze wilsverklaring, wil ik vastleggen wat ik niet meer wil. Ik ben bekwaam om dit nu vast te leggen. Als mijn mentaal welbevinden, dusdanig achteruit gaat wil ik dat mijn specialist [...] hierin betrokken wordt, om mijn wilsverklaring te bekrachtigen.*

*[....]*

*Ik wil absoluut geen opname in het verpleeghuis. Ik wil dan dat er actieve euthanasie wordt uitgevoerd. (euthanasieverklaring)*

*Ik vind het belangrijk om op een voor mij menswaardige manier te kunnen sterven en als bovengenoemde punten worden nageleefd, heb ik het vertrouwen dat dit dan ook kan gebeuren.*

*Dit alles diverse malen door besproken met mijn echtgenoot en kinderen, die hier ook achterstaan.*

Bij het overhandigen van haar wilsverklaring heeft patiënte de huisarts direct ook om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Patiënte gaf namelijk aan dat zij zo niet verder wilde en euthanasie wenste. De huisarts wilde dit verzoek echter niet honoreren. Patiënte trok zich daarna steeds meer in zichzelf terug en was voor haar familie niet goed meer te bereiken. Er is daarna niet meer overwogen om het nog een keer aan te kaarten, omdat de huisarts zo stellig was in zijn weigering.

Tijdens haar verblijf in het verzorgingshuis hebben de kinderen, door de achteruitgang en ontluistering, wetende dat hun moeder dit zelf nooit gewild had, uiteindelijk besloten om haar euthanasiewens met de huisarts die aan het verzorgingshuis verbonden was, te bespreken. Met hem hebben zij veel discussie gevoerd over de door hen gewenste uitvoering van de euthanasie vanwege ondraaglijk lijden onder verwijzing naar de wilsverklaring. Deze huisarts heeft zich ongeveer vier maanden voor het overlijden tot de SLK gewend voor een second opinion. De arts heeft vervolgens ruim een week daarna een eerste bezoek aan patiënte gebracht. De arts heeft zich laten voorlichten door de kinderen en één van de verzorgenden van patiënte en patiënte geobserveerd. Vervolgens heeft zij terugkoppeling gegeven aan de huisarts. De huisarts kwam vervolgens tot de conclusie dat hij niet zelf de uitvoering van de euthanasie op zich wilde nemen. De arts heeft daarna het euthanasietraject van de huisarts overgenomen en nog vier bezoeken aan patiënte gebracht. De arts heeft patiënte op verschillende momenten van de dag geobserveerd. Ook heeft zij zich wederom uitgebreid laten informeren door de familie en de verzorgenden.

Ten aanzien van de wilsverklaring merkte de arts op dat patiënte in deze verklaring summier is ten aanzien van het toelichten van het lijden dat zij niet wil. De context blijkt volgens haar uit verklaringen van de familie met wie ze indertijd haar wens uitvoerig heeft besproken. De context blijkt ook uit het dossier van de huisarts op het moment van overhandiging van haar wilsverklaring: 'Maar geeft nu ook aan euthanasie te willen. Wil zo niet verder, zit de hele dag op de stoel, erg verdrietig. Slaapt ook slecht, wordt steeds wakker.'

Volgens de arts was patiënte ten tijde van het ondertekenen en bekrachtigen van haar schriftelijke wilsverklaring wilsbekwaam en was er toen sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

### c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent, een specialist ouderengeneeskunde, bezocht patiënte ruim een maand voor de levensbeëindiging nadat hij uitvoerig 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 gaf hierin aan dat er ten tijde van het bezoek geen gesprek met patiënte mogelijk was vanwege de ernstige afasie en het geheel inadequaate reageren van patiënte. Hij achtte haar volledig wilsonbekwaam. Hoewel de consulent aanvankelijk, voorafgaand aan het bezoek aan patiënte, van mening was dat de wilsverklaring van patiënte voldoende expliciet was, vooral omdat deze bij de huisarts was bevestigd, was hij uiteindelijk van mening dat de euthanasiewens van patiënte voorwaardelijk was verwoord en daarom niet in de plaats kon treden van de vanwege wilsonbekwaamheid ontbrekende (her)bevestiging. De consulent wees er verder op dat na de afwijzing van de uitvoering van euthanasie door de oorspronkelijke huisarts zowel door deze huisarts als door patiënte/familie niets was ondernomen om de euthanasie door te zetten. Deze feiten gaven volgens de consulent aanleiding om te denken dat haar wens toen niet de urgentie had die bij een uitvoeringsverzoek hoort. Ook in de aanloop naar haar opname in het verzorgingshuis was haar eigen ondubbelzinnige eis dat zij dan euthanasie wilde, niet ter sprake gekomen.

Wat het lijden van patiënte betreft had de consulent voorafgaand aan het bezoek aan patiënte alles wat daarover door de familie, de verzorgenden, de arts en verpleegkundige van de SLK op papier was gezet, bestudeerd. Hierin trof de consulent een eensgezinde beschrijving aan van een leven waarin voortdurend onaangename belevingen en noodzakelijke verrichtingen aan de orde waren. Deze werden, ook weer eensgezind, als ondraaglijk lijden geduid.

De consulent merkte in zijn verslag op dat patiënte het contact met hem kennelijk als aangenaam ervoer. Patiënte was niet verdrietig, angstig of onrustig geweest. De consulent besloot na zijn bezoek aan patiënte de drie filmopnames te bekijken die hij inmiddels van de arts had ontvangen om te onderzoeken of zijn bezoek een kennelijk zeldzame positieve belevenis was geweest. De consulent was van mening dat de films samen met zijn eigen observatie weliswaar momentopnamen waren maar consistent het tegenovergestelde toonden van wat werd beweerd. Dat er causaliteit zou bestaan tussen beleving/prikkel en opvolgend gedrag was volgens hem onjuist. Haar emoties van boosheid, verzet of afweer konden bij deze gevorderde dementie volgens hem ook als 'zonder inhoud' worden gezien. Daarmee verviel ook de duiding als zou dit lijden zijn. De consulent gaf tevens aan dat tegenover bovengenoemde emoties er ook, soms intense, belevingen van genoeg waren. Deze kwamen onvoldoende of in het geheel niet in beeld. Tot slot wees de consulent er op dat vanwege het verdwenen zijn van de symptomen van COPD en depressie de kwaliteit van leven van patiënte naar zijn mening was verbeterd.

De consulent merkte verder op dat, omdat de verzorging ook in een van hun beschrijvingen aangaf dat de zorgproblematiek van patiënte eigenlijk altijd veel te zwaar was geweest voor de huidige zorgvorm, er een goede reden was om patiënte over te plaatsen naar een geëigende PG-zorgvorm namelijk het PG-verpleeghuis. Aldaar verwachtte de consulent dat er op de uitingen en het gedrag meer adequaat gereageerd zou worden.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het 'gesprek' met patiënte tot de conclusie dat er geen sprake was van ondraaglijk lijden en dat de wilsverklaring niet expliciet genoeg was. Er was dan ook naar zijn overtuiging niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

De arts heeft naar aanleiding van de uitkomst van de SCEN-consultatie de argumenten van de consulent serieus overwogen, hierover met hem persoonlijk van gedachten gewisseld en de uitvoering van de euthanasie uitgesteld om zich nader te kunnen beraden en te overleggen met haar collega's van de SLK. De arts besloot niet tot een herbeoordeling door een tweede consulent over te gaan, maar

verzocht een collega-arts van de SLK - een klinisch geriater, tevens SCEN-arts - patiënte ook nog eens te observeren. De arts gaf aan namelijk meer behoefte te hebben aan een moment van gezamenlijke reflectie met een collega, die ook ervaring met dit soort patiënten heeft en waarvan zij wist dat hij kritisch is. Behalve beperkte mondelinge toelichting van de arts heeft deze collega patiënte ongeveer anderhalve week voor het overlijden zonder voorafgaande informatie beoordeeld. Hij was van oordeel dat het niet mogelijk was inzicht te krijgen in haar denken of voelen anders dan door een interpretatie van haar non-verbale gedrag, een gedrag dat op zichzelf grotendeels reflectoirstaand leek te worden aangestuurd door externe prikkels. Van wat er binnen gebeurde was weinig te zien. Volgens de collega maakte patiënte in deze ontluistering een deerniswekkende indruk.

De arts heeft haar besluit om ondanks het negatieve SCEN-advies de euthanasie toch uit te voeren onder meer als volgt gemotiveerd:

*- De mate van lijden kan van moment tot moment verschillen. Ik heb patiënte vaker gezien dan de SCEN arts. Mijn beoordeling van het lijden wordt ook nog bevestigd door de observaties van het verzorgend personeel, dat patiënte nog veel vaker heeft meegemaakt en de familie.*

*- De wet schrijft voor, dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Hier wordt met "arts" de uitvoerend arts bedoeld en niet de SCEN arts. Ik ben wel degelijk tot de overtuiging gekomen van de ondraaglijkheid van het lijden.*

*- Bij de beoordeling van het lijden zijn altijd persoonlijke interpretatieverschillen mogelijk, hetgeen ook uit de literatuur blijkt [...]*

*- Voor het feit, dat ik geen andere onafhankelijke SCEN arts of specialist heb geraadpleegd verwijs ik ook naar onderzoek, waaruit blijkt dat de beoordeling van ondraaglijkheid een even grote kans heeft op een positief als negatief oordeel, waardoor een consult van een tweede SCEN arts niet zinvol is.*

#### **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. Mondelinge toelichting arts**

Bij eerste lezing en bespreking van de melding tijdens de commissievergadering zijn bij de commissie een aantal vragen gerezen.

Zo had de arts ten aanzien van de door patiënte (zes jaar voor het overlijden) opgestelde wilsverklaring verklaard dat deze summier was in het toelichten van het lijden dat patiënte niet wilde. De commissie wilde dan ook graag van de arts vernemen hoe zij tot de overtuiging was gekomen dat er in het onderhavige geval sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook wilde de commissie van de arts weten waarom zij meende dat patiënte ondraaglijk leed, in tegenstelling tot de door haar geraadpleegde SCEN-arts die van mening was dat er geen sprake was van ondraaglijk lijden. Daarnaast wilde de commissie een toelichting op de wijze waarop de arts had onderzocht of het lijden van patiënte uitzichtloos was en op grond waarvan de arts tot de conclusie was gekomen dat er geen redelijke andere oplossing voorhanden was. Tot slot wilde de commissie van de arts vernemen waarom zij er niet voor had gekozen om, naast de SCEN-arts, een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater te raadplegen.

Omwille van de beantwoording van deze vragen heeft de commissie de arts uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven. De arts heeft zich bij het gesprek met de commissie laten vergezellen door de verpleegkundige van de SLK die bij het euthanasietraject van patiënte betrokken is geweest.

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

De arts licht toe dat patiënte voordat zij dement werd vaak met haar familie over dementie had gesproken in verband met drie gevallen van dementie in haar schoonfamilie. Hierbij had patiënte te kennen gegeven absoluut niet in een verpleeghuis terecht te willen komen. Toen patiënte dement werd, is zij, na overleg met haar kinderen, zes jaar voor het overlijden met haar echtgenoot en haar kind naar haar toenmalige huisarts gegaan en heeft zij hem een schriftelijke wilsverklaring overhandigd. Patiënte heeft toen aangegeven niet meer verder te willen leven en euthanasie te willen. Er was op dat moment nog geen sprake van een verpleeghuisopname. De voormalige huisarts wilde het verzoek van patiënte niet honoreren. Mogelijk omdat hij niet tot uitvoering van euthanasie over wilde gaan in geval van dementie. De arts heeft zelf geen contact gehad met de voormalige huisarts van patiënte. Deze was namelijk al met pensioen. Wel heeft de arts contact gehad met de collega van de arts die de praktijk heeft overgenomen, maar deze was destijds niet bij het gesprek met patiënte aanwezig geweest.

De arts geeft desgevraagd aan dat in de periode van zes en vier jaar voor het overlijden patiënte steeds verder achteruit is gegaan. Volgens de arts had patiënte wel regelmatig tegen haar echtgenoot en kinderen gezegd dat zij niet meer verder wilde leven. Aanvankelijk kreeg patiënte alleen dagbehandeling, maar drie jaar voor het overlijden moest zij naar een verzorgingshuis. Patiënte werd steeds bozer en haar echtgenoot en kinderen wisten zich geen raad meer en wendden zich tot de huisarts die aan het verzorgingshuis verbonden was. Deze huisarts vond het lastig om de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte te beoordelen. Ook speelde deze kwestie vlak voor het aanvangen van zijn pensioen. De huisarts heeft zich vervolgens vier maanden voor het overlijden van patiënte tot de SLK gewend voor een second opinion en uiteindelijk heeft de arts het euthanasietraject overgenomen. De arts heeft meermalen telefonisch contact gehad met deze huisarts.

Gevraagd naar de wijze waarop de arts heeft bepaald dat er sprake was van ondraaglijk lijden, licht de arts toe dat zij vooral door wat zij heeft gezien tot de overtuiging was gekomen dat patiënte ondraaglijk leed. Zij heeft patiënte geobserveerd en gefilmd en naderhand ook het gemaakte beeldmateriaal van de verzorging van patiënte bekeken. De arts heeft onder andere waargenomen dat patiënte rustig in haar bed lag en vervolgens helemaal stijf werd als de verzorging haar kwam helpen. De verpleegkundige voegt daaraan toe dat de stemming van patiënte plotseling kon veranderen en zij heel boos kon worden. In de thuissituatie trok patiënte zich altijd even terug als het lastig werd en dit deed zij in eerste instantie ook in het verzorgingshuis door naar de gang of haar kamer te gaan en aldaar te schreeuwen. Doordat patiënte inmiddels immobiel was geworden, was zij hier niet meer toe in staat.

De arts geeft desgevraagd aan dat zij de boosheid van patiënte inderdaad heeft geïnterpreteerd als ondraaglijk lijden. De arts realiseert zich terdege dat het altijd een kwestie van interpretatie blijft; demente patiënten zijn nu eenmaal vaak boos. Maar de voorgeschiedenis neemt de arts ook altijd in haar beoordeling mee.

Bij de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte heeft de arts dan ook tevens in acht genomen dat patiënte heel duidelijk had aangegeven absoluut niet in een verpleeghuis te willen worden opgenomen wegens dementie, zoals zij bij haar schoonfamilieleden had gezien. Dit had zij ook in haar schriftelijke wilsverklaring neergelegd. De situatie waarin zij terecht was gekomen, was echter exact wat zij niet had gewild.

Volgens de arts was het lijden van patiënte uitzichtloos en was er geen redelijke andere oplossing voorhanden. De verzorging was deskundig. Men wist wat er aan de hand was met patiënte en wat er gedaan moest worden. De arts vond de verzorging niet onbekwaam of minder bekwaam dan in een regulier verpleeghuis het geval zou zijn geweest. De arts licht toe dat patiënte pijnmedicatie had gebruikt, maar dat zij hier erg suf van werd en daardoor het risico van vallen toenam. In de periode dat het SLK-team betrokken was liep patiënte steeds minder waardoor het valgevaar was geweken.

De arts merkt op dat er wellicht rustmedicatie aan patiënte gegeven had kunnen worden, maar dat dit niet is gedaan omdat het euthanasietraject in gang was gezet en een kind van patiënte niet wilde dat patiënte te suf zou worden.

De arts heeft de consulent rechtstreeks benaderd voor de consultatie vanwege zijn specifieke expertise. Deze consulent had niet eerder een consultatie gedaan naar aanleiding van een euthanasieverzoek waarin de arts de behandelend arts was. De arts wordt verzocht in het vervolg in antwoord op vraag 16 van het modelverslag in het kader van de transparantie aan te geven dat zij een consulent rechtstreeks heeft benaderd in plaats van via Atacom.

De arts is zich ervan bewust dat het oordeel van de consulent en haar eigen visie haaks op elkaar staan. Gevraagd naar de wijze waarop de arts het verslag van de door haar geraadpleegde consulent interpreteert, antwoordt de arts dat de consulent de mening van de familie en de verzorging buiten beschouwing heeft gelaten. De arts is het daar niet mee eens. De arts vindt het onbegrijpelijk dat de consulent aan de mening van familie en verzorging voorbij is gegaan. Zij kennen patiënte per slot van rekening het beste. De consulent heeft tijdens zijn bezoek aan patiënte een andere ervaring opgedaan. De arts geeft aan dat de consulent er ook voor had kunnen kiezen om patiënte nog een tweede keer te bezoeken.

Na het MDO binnen de SLK heeft de arts besloten om een collega-arts van de SLK - een klinisch geriater, tevens SCEN-arts – naar patiënte te laten kijken en vervolgens met deze collega te reflecteren op de zaak. De arts licht desgevraagd toe dat er geen andere geschikte onafhankelijke arts in de regio was, die niet een collega was van de consulent of die de arts niet zelf al kende.

De arts wijst erop dat de collega-arts haar opvatting over de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte ondersteunde en dat de collega-arts dit ook aan haar te kennen heeft gegeven. Volgens de arts is het verslag van de collega-arts volkomen helder en is de zinsnede “een deerniswekkende indruk” voldoende duidelijk. Als de collega-arts haar opvatting niet had gedeeld, zou de arts niet tot euthanasie zijn overgegaan. De arts zag geen toegevoegde waarde in een herbeoordeling door een tweede onafhankelijke consulent en haalt in dat kader het onderzoek van Ypma en Hoekstra aan waarin wordt gesteld dat er verschillend kan worden aangekeken tegen de ondraaglijkheid van het lijden van een patiënt. De arts heeft niet overwogen om een onafhankelijke specialist uit een andere regio te raadplegen.

Op de vraag waarom niet aan de expliciete wens van patiënte gevolg is gegeven om, zoals zij in haar wilsverklaring had aangegeven, haar behandelend specialist in het ziekenhuis bij de procedure te betrekken om haar wilsverklaring te bekrachtigen, antwoordt de arts dat patiënte na het gesprek met haar voormalige huisarts en het onderzoek in het ziekenhuis niet meer over haar euthanasiewens had gesproken. De arts geeft aan dat zij heeft getracht de behandelend specialist te traceren, maar dat hij daar niet meer werkzaam bleek te zijn.

De arts merkt tot slot op dat zij er geheel achter staat hoe zij een en ander heeft gedaan en dat zij onder dezelfde omstandigheden niet tot een andere conclusie zou zijn gekomen.

Na afloop van het gesprek overhandigde de arts een notitie met door haar voorbereide antwoorden op de eerder schriftelijk gestelde vragen van de commissie.

Met de arts werd afgesproken dat zij het gemaakte beeldmateriaal van patiënte aan de commissie ter beschikking zou stellen ter verdere beoordeling van de melding.

### 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 (hierna: WTL).

Alvorens de commissie aangeeft tot welk oordeel zij in deze casus is gekomen, wil zij haar waardering uitspreken voor de wijze waarop de arts zich heeft ingespannen in deze zeer moeilijke casus getuige de aandacht, tijd en energie die zij hieraan heeft besteed. Ook wil de commissie haar waardering uitspreken voor de zorgvuldige wijze waarop de consulent deze casus tegemoet is getreden.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden en na het door de arts ter beschikking gestelde beeldmateriaal te hebben bestudeerd, is de commissie tot het volgende oordeel gekomen.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek overweegt de commissie als volgt.

Patiënte heeft volgens de familieleden van patiënte, direct na het vernemen van de definitieve diagnose Alzheimer dementie (zeven jaar voor het overlijden), aangegeven dat dit niet was wat zij wilde. Patiënte had altijd al gezegd dat wanneer zij dementie zou krijgen en naar het verpleeghuis zou moeten het van haar niet meer hoefde. Zes jaar voor het overlijden heeft patiënte een wilsverklaring opgesteld en deze aan haar toenmalige huisarts overhandigd waarbij zij de huisarts te kennen heeft gegeven dat zij zo niet verder wilde en euthanasie wenste. In haar wilsverklaring heeft patiënte onder meer opgenomen dat zij, wanneer opname in het verpleeghuis aan de orde zou zijn, zij euthanasie wenste.

Niet ter discussie staat de vraag of patiënte ten tijde van het opstellen van haar wilsverklaring tot een redelijke waardering van haar belangen in staat was. De commissie heeft op grond van het dossier geen reden om daaraan te twijfelen.

Wel kan de vraag gesteld worden of deze verklaring, nu deze een aantal jaren oud is en niet recent schriftelijk dan wel mondeling is herbevestigd nog onverkort geldig is. Zoals in de Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (2015) op p. 24 wordt aangegeven, stelt de WTL niet de eis dat een eenmaal opgestelde schriftelijke wilsverklaring een bepaalde geldigheidsduur heeft of op gezette tijden moet worden geactualiseerd. Echter, hoe ouder de wilsverklaring, hoe meer twijfel mogelijk is over de vraag of deze nog wel weergeeft wat de patiënt werkelijk wilde. In gevallen waarin de patiënt de wilsverklaring heeft geactualiseerd, of na het opstellen ervan mondeling de inhoud heeft herbevestigd, zal aan de verklaring meer waarde kunnen worden gehecht dan wanneer dat niet het geval is. Het is van belang de schriftelijke wilsverklaring tijdig op te stellen, op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven, waarin de patiënt verzoekt dat de levensbeëindiging wordt uitgevoerd.

Patiënte is gaandeweg wilsonbekwaam geworden. Ten tijde van haar opname in het verzorgingshuis had zij geen inzicht meer in haar situatie. Gelet op het dossier en de mondelinge toelichting van de arts is duidelijk dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging ter zake van dit onderwerp niet meer wilsbekwaam was. De arts, die ongeveer vier maanden voor het overlijden bij patiënte betrokken raakte, heeft nooit met patiënte over haar euthanasiewens gesproken dan wel kunnen spreken. De arts heeft de levensbeëindiging gebaseerd op de schriftelijke wilsverklaring van patiënte.

Artikel 2 lid 2 WTL bepaalt dat indien een patiënt van 16 jaar of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging,

heeft afgelegd, de arts aan dit verzoek gevolg kan geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Zoals in de Code of Practice op p. 23 wordt aangegeven, betekent het voorgaande volgens de wetsgeschiedenis dat de zorgvuldigheidseisen “zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing zijn”. Dit betekent dat bij het beoordelen van de zorgvuldigheidseisen rekening gehouden moet worden met de specifieke omstandigheden, zoals het gegeven dat communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is en aan de patiënt dus geen vragen meer kunnen worden gesteld. Het feit dat de patiënt een wilsverklaring heeft opgesteld (en deze wellicht, zolang dat kon, herhaalde en bevestigde), kan als een duidelijke indicatie voor de vrijwilligheid en de weloverwogenheid worden opgevat. De arts kan zich daarbij ook baseren op gesprekken met de familie of de vertegenwoordiger van de patiënt.

Uit het dossier is gebleken dat patiënte na het overhandigen van haar wilsverklaring en haar mondelinge verzoek om uitvoering aan haar huisarts niet meer met haar huisarts over euthanasie heeft gesproken. In een brief van vier jaar voor het overlijden van het ziekenhuis waar patiënte onder behandeling was, staat vermeld dat patiënte geen euthanasiewens meer had geuit. Ook aan haar familieleden heeft patiënte, na het overhandigen van haar wilsverklaring aan haar huisarts, geen doodswens meer geuit.

De vraag die onder meer voorligt is, nu patiënte haar wilsverklaring na de overhandiging aan haar huisarts niet meer schriftelijk dan wel mondeling heeft herbevestigd, of de in de wilsverklaring neergelegde omstandigheden concreet genoeg beschreven zijn om te kunnen spreken van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

In de Code of Practice wordt in dit kader op p. 27 aangegeven dat de uitvoering van een euthanasieverzoek in de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren (of uitsluitend nog door eenvoudige uitingen of gebaren) mogelijk is in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Het moet gaan om een duidelijke verklaring, die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie. De arts en de consulent zullen dan het gehele ziekteproces en alle overige specifieke omstandigheden bij hun overwegingen moeten betrekken. Het komt dan aan op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van de patiënt, zowel gedurende het ziekteproces als vlak voor de uitvoering van de euthanasie. Op dat moment moet aannemelijk zijn dat uitvoering van de euthanasie in de lijn ligt van de eerdere schriftelijke wilsverklaring, en dat daarvoor geen contra-indicaties bestaan (zoals duidelijke tekenen dat de patiënt geen levensbeëindiging wil).

De commissie stelt vast dat patiënte in haar wilsverklaring heeft aangegeven dat zij te allen tijde zowel lichamelijk als mentaal ondraaglijk lijden voor zichzelf wilde voorkomen, dat zij euthanasie wenste op het moment dat opname in een verpleeghuis aan de orde zou zijn. En tevens dat zij op een menswaardige manier wilde sterven.

De commissie erkent dat er verschil van inzicht kan bestaan over de vereiste mate van gedetailleerdheid en concreetheid van de in de wilsverklaring omschreven omstandigheden waaronder een patiënt euthanasie wenst en dat over de vraag of de wilsverklaring in casu voldoende duidelijk was verschillend kan worden gedacht. Wat de commissie echter met name meeweegt in haar beoordeling of er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek is het feit dat de wilsverklaring van zes jaar voor het overlijden nadien door patiënte niet meer is herbevestigd in de aanloop naar de opname in het verpleeghuis, bij familieleden noch bij de toenmalige huisarts en specialist en tevens dat de arts nimmer met patiënte over haar euthanasiewens heeft gesproken. De commissie beschouwt de inhoud van de wilsverklaring, alles bijeen genomen, dan ook als onvoldoende om als grondslag te kunnen dienen voor de arts om in redelijkheid te kunnen vaststellen dat deze uitdrukking geeft aan de blijvende wil van patiënte tot aan het moment waarop zij haar wilsbekwaamheid verloor. Tevens speelt daarbij een rol dat de arts geen contact heeft gezocht met de voormalige huisarts en specialist van patiënte om zich een beeld te vormen van de wil van patiënte.

De commissie is derhalve van oordeel dat de arts niet in redelijkheid heeft kunnen vaststellen dat er in casu sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte als omschreven in artikel 2 lid 2 van de WTL.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseis dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie als volgt.

Indien en voor zover de commissie al van oordeel zou zijn dat in casu de schriftelijke wilsverklaring van patiënte op grond van artikel 2 lid 2 WTL in de plaats zou kunnen treden van een mondeling verzoek, dan kan het in de wilsverklaring neergelegde verzoek alleen voor vervulling in aanmerking komen als er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

De commissie overweegt dat voor de beoordeling van de vraag of er sprake was van door patiënte ervaren ondraaglijk lijden zowel de arts als de consulent aangewezen waren op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van patiënte nu patiënte wilsonbekwaam was.

De arts heeft aangegeven dat zij vooral door wat zij heeft gezien tot de overtuiging was gekomen dat patiënte ondraaglijk leed. Zij heeft patiënte geobserveerd en gefilmd en ook het gemaakte beeldmateriaal van de verzorging van patiënte bekeken. De arts heeft hierbij waargenomen dat patiënte rustig in haar bed lag en vervolgens helemaal stijf werd als de verzorging haar kwam helpen. De stemming van patiënte kon plotseling veranderen waarbij zij heel boos kon worden. Volgens de arts was er geregeld sprake van onrustig roepen en schreeuwen en was er veel weerstand en verzet bij alle ADL-handelingen. Er waren huilbuien en er was veel boosheid. De arts heeft de boosheid en andere non-verbale uitingen van patiënte geïnterpreteerd als ondraaglijk lijden. Volgens de arts was er sprake van een overheersend grondlijden. Zij was - evenals de familie en de verzorgenden - overtuigd van het ondraaglijk lijden van patiënte. Bij de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte heeft de arts tevens in acht genomen dat patiënte in haar schriftelijke wilsverklaring heel duidelijk had aangegeven absoluut niet in een verpleeghuis te willen worden opgenomen.

De consulent kwam, op basis van zijn bezoek aan patiënte en nadat hij het beschikbare beeldmateriaal had bestudeerd, echter tot de conclusie dat er geen sprake was van ondraaglijk lijden, omdat zijn observatie en het beeldmateriaal het tegenovergestelde toonden van wat werd beweerd. Volgens de consulent konden de emoties van boosheid, verzet of afweer van patiënte bij deze gevorderde dementie als 'zonder inhoud' worden gezien en daarmee niet als lijden worden aangemerkt. Naast de eerder genoemde emoties had de consulent bovendien intense belevingen van genoeg bij patiënte ervaren.

Aangezien de arts en de consulent lijnrecht tegenover elkaar stonden wat hun beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte betreft, heeft de commissie besloten het beeldmateriaal te bestuderen. De vraag is overigens welke waarde de commissie aan het beeldmateriaal kan toekennen. Hierbij speelt onder meer een rol dat onder gedragsdeskundigen op dit gebied geen heldere norm ontwikkeld is waaraan getoetst kan worden of, en in welke mate, een patiënt ondraaglijk lijdt. De commissie is na bestudering van het beeldmateriaal van mening dat het beeldmateriaal niet eenduidig richtinggevend steun biedt voor het oordeel van de arts dat er bij patiënte sprake was van ondraaglijk lijden. Daar komt bij dat de wilsverklaring tamelijk summier is wat de omschrijving van het lijden betreft. Het feit dat patiënte in haar wilsverklaring heeft aangegeven euthanasie te wensen op het moment dat opname in een verpleeghuis aan de orde zou zijn, is onvoldoende om ondraaglijk lijden in casu aan te nemen. Aannemelijk moet zijn dat patiënte daadwerkelijk ondraaglijk lijden ervoer zowel gedurende het ziekteproces als vlak voor de uitvoering van de euthanasie.

De commissie overweegt dat de arts een negatief advies van de consulent naast zich neer kan leggen en de euthanasie kan uitvoeren. De arts is volgens de WTL verantwoordelijk, maar zal goed moeten onderbouwen waarom hij/zij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven

(KNMG Richtlijn Goede Steun en Consultatie bij Euthanasie, par. 23). In de Code of Practice wordt op p. 17 in dit kader opgemerkt dat de arts het oordeel van de consulent zwaar moet laten wegen. Het is echter niet de taak van de consulent om de arts 'toestemming' te geven. Bij een verschil van mening tussen de arts en de consulent, kan de arts besluiten het verzoek van de patiënt niettemin te honoreren. Dat besluit zal de arts wel aan de commissie moeten kunnen uitleggen. Een mogelijkheid is ook dat de arts bij een verschil van inzicht tussen hem en de consulent een andere consulent benadert met specifieke kennis inzake deze problematiek. De arts zag echter in dit geval geen toegevoegde waarde in een herbeoordeling door een tweede onafhankelijke consulent. In plaats daarvan raadpleegde zij een collega-arts van de SLK. Deze arts kan volgens de commissie niet als onafhankelijke consulent in de zin van de WTL worden aangemerkt

De arts heeft uitgebreid toegelicht - zowel schriftelijk als mondeling - waarom zij ondanks het negatieve advies van de consulent toch tot uitvoering van euthanasie is overgegaan. Hierbij heeft de arts onder meer aangevoerd dat volgens haar de wet voorschrijft dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, en niet de *SCEN-arts*. De commissie wijst er op dat op grond van artikel 2 lid 1 sub e WTL de door een arts geraadpleegde onafhankelijke consulent wel degelijk zijn oordeel dient te geven of er in casu aan de zorgvuldigheidseisen zoals neergelegd in artikel 2 lid 1 sub a tot en met d WTL is voldaan waaronder het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

De commissie wenst verder de interpretatie van het door de arts aangehaalde artikel van Ypma en Hoekstra in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2015 voor rekening van de arts te laten.

In haar toelichting heeft de arts onder meer aangegeven dat zij had besloten tot uitvoering van de euthanasie over te gaan ondanks het negatieve advies van de consulent, omdat de door haar geraadpleegde collega-arts van de SLK haar mening deelde dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Als haar collega-arts haar opvatting niet had gedeeld, zou zij niet tot euthanasie zijn overgegaan. De commissie is echter van oordeel dat, naast het feit dat deze collega-arts niet als onafhankelijke consulent kan worden aangemerkt, het door de collega-arts opgestelde verslag zeer summier is en dat daarin niet voldoende wordt onderbouwd waarom de collega-arts van mening was dat er sprake was van door patiënte ervaren ondraaglijk lijden.

De commissie is van oordeel dat de arts onvoldoende heeft onderbouwd waarom het waargenomen gedrag van patiënte kon worden aangemerkt als ondraaglijk lijden.

Op basis van bovenstaande overwegingen komt de commissie tot de conclusie dat de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden van patiënte.

De commissie is voorts van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

De arts heeft aangegeven dat zij de verzorging deskundig vond, dat men wist wat er aan de hand was met patiënte en wat er gedaan moest worden. Volgens de arts was de verzorging niet onbekwaam of minder bekwaam dan in een regulier verpleeghuis het geval zou zijn geweest. Echter, patiënte was opgenomen in een kleinschalige, gesloten woonvoorziening van een verzorgingshuis, niet in een verpleeginstelling die toegerust is voor de verzorging van patiënten die lijden aan vergevorderde dementie. De zorgproblematiek van patiënte oversteeg het niveau van het verzorgingshuis en maakte het alleszins redelijk aan te dringen op overplaatsing naar een gespecialiseerde instelling die berekend is op de 'zorgzwaarte' van deze patiënte. Het was volgens de commissie dan ook te overwegen geweest om patiënte over te plaatsen naar een voor haar geëigende zorgvorm waardoor er wellicht op basis van een andere aanpak/beleid/bejegening enige verbetering in haar situatie bewerkstelligd had kunnen worden.

De commissie stelt vast dat de aandoening waar patiënte aan leed - Alzheimer dementie - niet te genezen is. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt echter nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseisen dat voor het wegnemen van het lijden geen redelijke andere oplossing dan euthanasie bestaat (artikel 2 lid 1 sub d WTL).

Op grond van voorgaande overwegingen is de commissie van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos lijden waarvoor geen redelijke andere oplossing was.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie voorts van oordeel dat de behandelende artsen patiënte, toen zij nog wilsbekwaam was, voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. In dit kader merkt de commissie nog op dat er wel sterk de voorkeur aan wordt gegeven dat in zoveel mogelijk situaties ‘at random’ een consulent wordt aangezocht, aan de hand van de dienstroosters van de SCEN-organisatie (zie Code of Practice p. 18). Dat de arts in dit geval de door haar geraadpleegde onafhankelijke consulent rechtstreeks heeft benaderd, heeft echter niet tot gevolg dat niet aan het consultatievereiste zou zijn voldaan.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

#### **4. BESLISSING**

De arts heeft *niet* gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 aanhef en onder a, b en d van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

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