

**Oordeel: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Samenvatting: levensbeëindiging bij ernstig demente, wilsonbekwame vrouw. Arts kon niet ondubbelzinnig tot overtuiging komen dat sprake was van vrijwillig en weloverwogen verzoek. Patiënte heeft nimmer mondeling om euthanasie verzocht en er lag geen duidelijke schriftelijke wilsverklaring, als bedoeld in art. 2, tweede lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Arts heeft voorts bij de uitvoering een grens overschreden, door toediening van Dormicum en door de uitvoering van de levensbeëindiging niet te staken toen patiënte negatief reageerde op het inbrengen van het infuus en de toediening van de euthanatica. Bij de uitvoering van de levensbeëindiging moet dwang, maar ook de schijn van dwang, tot elke prijs worden voorkomen.**

**OORDEEL**

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

van:

(...), specialist ouderengeneeskunde  
verder te noemen: de arts

bij:

(...)  
verder te noemen: patiënte

geconsulteerd werden:

(...), SCEN-arts  
verder te noemen: de eerste consulent  
en  
(...), SCEN-arts  
verder te noemen: de tweede 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  
Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal huisarts
- medische verslagen verpleeghuis
- schriftelijke wilsverklaring met dementieclausule
- dvd met observatieopnamen + transcriptie filmpje
- beschrijvingen levensloop patiënte

Bij brief van (...) heeft de commissie de arts uitgenodigd om tijdens haar vergadering van (...) een mondelinge toelichting te geven. Bij brief van (...) heeft de commissie de voormalig huisarts van patiënte verzocht een mondelinge toelichting te geven tijdens haar vergadering van (...). Van elk van deze mondelinge toelichtingen is een verslag opgesteld, dat voor commentaar aan onderscheidenlijk de arts en de huisarts is toegezonden. De opmerkingen van de arts zijn grotendeels in het verslag van de door haar gegeven mondelinge toelichting overgenomen. De huisarts kon zich geheel vinden in het verslag van de door haar gegeven mondelinge toelichting.

## **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 70-80 jaar, ontstonden vanaf negen jaar voor het overlijden klachten van vergeetachtigheid. Vier jaar voor het overlijden werd bij haar de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. Patiënte werd gedurende enige tijd behandeld met Reminyl in een poging het ziekteproces af te remmen. Desondanks ging in de daarop volgende jaren haar gezondheidstoestand geleidelijk aan steeds verder achteruit. Een jaar voor het overlijden was sprake van een versnelling van het ziekteproces. Patiënte werd erg angstig, verdrietig en onrustig. Vanaf de middag werd zij somber, emotioneel en huilerig en gaf zij aan dat zij dood wilde. 's Nachts werd zij vaak wakker, begon allerlei mensen op te bellen en hield haar echtgenoot wakker. Vanaf een half jaar voor het overlijden werden patiënte en haar echtgenoot door een casemanager dementie begeleid. In deze periode ging patiënte ook naar de dagbehandeling in een verpleeghuis, op het laatst gedurende vijf dagen per week. Met antidepressiva werden de angsten en de slapeloosheid tijdelijk verminderd. Aangezien de echtgenoot van patiënte uiteindelijk de zorg voor patiënte thuis niet meer kon volhouden, werd zij zeven weken voor het overlijden in voormeld verpleeghuis opgenomen.

Het lijden van patiënte bestond uit haar vruchteloze pogingen ordening te brengen in de chaos in haar hoofd door te proberen haar omgeving te controleren. Zij bemoeide zich met de bewoners en verzorgenden op de afdeling waar zij verbleef en gaf iedereen opdrachten. Het leek alsof patiënte de afdeling als haar werk zag. Daarbij raakte zij gefrustreerd doordat medebewoners en verzorgenden ofwel niet reageerden zoals zij had verwacht, of boos reageerden. Dit putte haar uit en leidde tot enorme stress en huilbuien. Ook 's nachts kwam patiënte nauwelijks tot rust. Zij miste haar man en doolde tot diep in de nacht rond op zoek naar hem. Patiënte bonkte dan op deuren en ramen en schopte tegen de muren. Zij was wanhopig door het controleverlies en er was woede vanuit angst. Ook kampte patiënte met verdriet door het besef van verlies. Verlies van niet meer kunnen waar zij altijd zo goed in was geweest en verlies van haar echtgenoot, met wie zij altijd alles deelde en van wie zij nu – sinds de opname in het verpleeghuis – gescheiden leefde. Patiënte was terechtgekomen in een situatie die zij jarenlang van dichtbij had meegemaakt bij naaste familieleden en waarvan zij altijd had

gesteld die zelf niet te willen meemaken. Zij was ook altijd heel bang geweest om zelf ook dement te worden.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Zij heeft daarover aangegeven dat zij al vele jaren binnen het verpleeghuis als specialist ouderengeneeskunde werkzaam was en deel uitmaakte van het interne consultatieteam dat werd geconsulteerd bij extreem moeilijk hanteerbaar gedrag bij dementie. In haar ervaring verminderde dit gedrag niet naarmate de dementie vorderde bij mensen die op jongere leeftijd dementie hadden gekregen. Psychosociale interventies werken niet en met medicatie kan het gedrag tot op zekere hoogte worden gedempt, waardoor het lijden minder zichtbaar wordt, maar blijft het lijden onverminderd aanwezig. Antidepressiva hadden bij patiënte in het algemeen weinig effect, omdat het een rouwproces betrof en geen depressie in engere zin, aldus de arts.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de voormalig huisarts van patiënte en de behandelend geriater patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

## **b. Verzoek tot levensbeëindiging**

Patiënte heeft kort na het vernemen van de diagnose dementie, haar wensen betreffende euthanasie vastgelegd in een schriftelijke wilsverklaring en deze besproken met haar voormalig huisarts en de behandelend geriater. Volgens deze artsen was patiënte toen nog wilsbekwaam. In deze wilsverklaring was de volgende dementieclausule opgenomen:

*“Ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht om vrijwillige euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben en niet meer in staat om thuis bij mijn man te wonen. Ik wil beslist niet geplaatst worden in een instelling voor demente bejaarden. Ik wil een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten.*

*Mijn moeder is 12 jaar dement verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik dit van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken. Het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan.*

*Vertrouwende dat tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven in bovengenoemde situatie is terechtgekomen ik vrijwillig geëuthanaseerd mag worden.”*

Ruim een jaar voor het overlijden heeft patiënte een herziene dementieclausule opgesteld. Deze was vrijwel gelijklopend aan de eerste en luidde als volgt:

*“Ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht om euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik daar zelf de tijd voor rijp acht.*

*Ik wil niet geplaatst worden in een instelling voor demente bejaarden. Ik wil tijdig een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten.*

*Mijn moeder is indertijd 12 jaar verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik het proces van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken, het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan. Vertrouwende, tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven zodanig slecht is geworden, dat ik op mijn verzoek euthanasie zal worden toegepast.”*

Patiënte heeft deze verklaring eveneens met haar huisarts besproken en aan haar toegelicht. Volgens de huisarts was patiënte toen nog wilsbekwaam.

Toen tegen het einde van datzelfde jaar het steeds slechter ging met patiënte, gaf zij thuis regelmatig aan dood te willen. Even later verklaarde zij vaak dan wel: “Maar niet nu”. Een paar maanden later hebben patiënte en haar echtgenoot weer met de huisarts over euthanasie gesproken. Nadat de huisarts aan patiënte had uitgelegd wat euthanasie inhield, gaf patiënte aan de huisarts aan dat zij dit te ver vond gaan. Na verdere uitleg van de huisarts over een mogelijke opname in een verpleeghuis bij verslechtering van haar conditie, gaf patiënte aan: “OK, misschien dan”.

Zeven weken voor het overlijden, tijdens het intakegesprek in verband met de opname in het verpleeghuis, heeft de echtgenoot van patiënte de arts verzocht om tot uitvoering van euthanasie over te gaan op basis van de door patiënte ondertekende schriftelijke wilsverklaring. De arts heeft patiënte vervolgens gedurende de periode van haar verblijf in het verpleeghuis frequent en langdurig geobserveerd en gesproken. Patiënte heeft in deze periode regelmatig aan de verzorgenden aangegeven dat zij dood wilde. Zij heeft met de arts niet over euthanasie gesproken. Volgens de arts begreep patiënte de woorden 'euthanasie' en 'dementie' niet meer. Op basis van de langdurige observaties van patiënte en de gesprekken met haar was het de arts echter opgevallen dat patiënte 'tussen de regels door' een doodswens uitte. Om dit te illustreren heeft de arts een dvd met enkele filmfragmenten bij de stukken gevoegd. Blijkens het door de arts overgelegde medische journaal heeft patiënte tijdens haar verblijf in het verpleeghuis op de vraag of zij dood wilde ook meermalen geantwoord in de zin van "Nu nog niet hoor, het is nog niet zo erg!". 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 tweemaal een onafhankelijke SCEN-arts.

De eerste consulent, een psychiater, bezocht patiënte circa twee weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De arts had haar verzocht bij haar consultatie bijzondere aandacht te schenken aan de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte, een eventuele depressie en alternatieve behandelopties.

De eerste consulent heeft bij haar bezoek aan het verpleeghuis waar patiënte verbleef het gedrag van patiënte en haar interactie met medepatiënten en verzorgenden geobserveerd en korte tijd met patiënte onder vier ogen gesproken. Patiënte brak na enige tijd het contact af. Ook sprak de eerste consulent met de echtgenoot van patiënte en met haar voormalige huisarts.

De eerste consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. De eerste consulent stelde vast dat patiënte wilsonbekwaam was en niet meer in staat was om haar wil te uiten op een manier die voor een buitenstaander helder was. Patiënte gaf echter wel aan dat zij ziek was en vroeg daarvoor hulp. Ze zei dat ze dood wilde en deed de suggestie zich op te hangen aan de deur ("maar die is te laag"). De eerste consulent kon zich niet aan de indruk onttrekken dat patiënte haar situatie aanvoelde, maar dat ze deze niet meer onder woorden kon brengen. Haar schriftelijke wilsverklaring, opgesteld in de periode dat patiënte nog wilsbekwaam was, kwam in de plaats van een mondeling verzoek.

De eerste consulent constateerde voorts dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed. Het lijden bestond uit het volledig kwijt zijn van de controle over de situatie (niemand deed meer wat patiënte wilde) en het verkeren in een situatie die patiënte niet begreep en waar zij niet wilde zijn. Het leven van patiënte leek nu een aaneenschakeling van incidenten met agressie, wanhoop, onrust en uitputting. De eerste consulent concludeerde dat dit lijden uitzichtloos was en dat er geen alternatieve behandelopties waren. Geprobeerd was patiënte te laten wennen aan haar situatie en haar te kalmeren, maar haar gedrag was vrijwel niet te beïnvloeden. Psychosociale interventies waren besproken met de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog, doch haalden volgens dezen niets uit. De eerste consulent wees er voorts op dat een antidepressivum slechts beperkt effect sorteerde op de depressieve kenmerken en dat antipsychotica ook geen reële behandeloptie waren.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte, de echtgenoot van patiënte en de voormalig huisarts van patiënte, tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De tweede consulent bezocht patiënte een week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie, inclusief de bevindingen van de eerste consulent. De tweede consulent observeerde patiënte en sprak vervolgens met haar en later met haar echtgenoot en volwassen kind. Ook bekeek de tweede consulent enkele opnames van de observaties die tijdens het verblijf in het verpleeghuis waren gemaakt en las

hij transcripties van andere filmfragmenten. Verder sprak hij met de voormalig huisarts van patiënte. De tweede consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Hij stelde vast dat patiënte wilsonbekwaam was en niet meer persoonlijk om euthanasie kon verzoeken. Dit gegeven stond volgens de tweede consulent echter niet aan uitvoering van de euthanasie in de weg, nu patiënte in het recente verleden nog nadrukkelijk op schrift had gesteld welke omstandigheden voor haar ondraaglijk zouden zijn, te weten dementie die opname op een psychogeriatrische afdeling noodzakelijk maakte. Hij merkte daarbij nog op dat patiënte in haar meest recente wilsverklaring, anders dan de eerste, niet vermeldde dat zij euthanasie wilde wanneer zij nog enigszins wilsbekwaam was.

De tweede consulent vond de vraag of patiënte ondraaglijk leed aanvankelijk lastig te beantwoorden. In zijn contact met haar twijfelde hij over de ondraaglijkheid van het lijden. Patiënte oogde monter en tevreden. De transcripties van de opnamen en de opname zelf suggereerden echter veel pijn en verdriet. Het meest aangrijpende en best invoelbare teken van haar lijden was zijns inziens de hartverscheurende taferelen, als de echtgenoot van patiënte haar na zijn bezoek weer achterliet in het verpleeghuis. Daarom was de tweede consulent met de eerste consulent van mening dat patiënte op dat moment ondraaglijk leed door het verlies van de haar zo kenmerkende controle en door het verblijf in een situatie, waarover zij nadrukkelijk had aangegeven daar niet in terecht te willen komen. Door de aard van de ziekte was het lijden van patiënte ook uitzichtloos, aldus de tweede consulent. In zijn verslag kwam hij mede op basis van de verschillende gesprekken tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

#### **d. Uitvoering**

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door orale toediening van 15 mg Dormicum, na drie kwartier gevolgd door nog eens 10 mg Dormicum subcutaan. Ongeveer 40 minuten later diende de arts intraveneus 2000 mg thiopental toe, enkele minuten later gevolgd door 150 mg rocuronium, eveneens intraveneus toegediend. De arts vermeldde dat patiënte tijdens het inspuiten van de thiopental wakker werd en zich fysiek verzette.

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

Het was de commissie opgevallen dat patiënte uiteindelijk toch in een verpleeghuis werd opgenomen, terwijl zij dat altijd had afgewezen. Verder kon patiënte niet meer zelf om euthanasie verzoeken, terwijl zij er – volgens de tekst van de verschillende wilsverklaringen – steeds van uit was gegaan dat zijzelf nog om euthanasie zou kunnen verzoeken. Tevens was het de commissie opgevallen dat patiënte zich tijdens het inspuiten van de Thiopental had verzet. Om deze redenen heeft de commissie de arts uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven.

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

De arts geeft desgevraagd een beschrijving van het verloop van de dag waarop de levensbeëindiging is uitgevoerd. Voor de euthanasie was ruim de tijd genomen, de arts had hiervoor de hele ochtend vrijgemaakt. De echtgenoot, het volwassen kind van patiënte en diens partner kwamen om 10:00 uur bijeen in de eigen kamer van patiënte, waar de levensbeëindiging zou plaatsvinden. Er werd gezamenlijk met patiënte in een heel gezellige sfeer koffie gedronken. De arts had in de koffie van patiënte 15 mg Dormicum gedaan, in een duidelijk gemarkeerd kopje. Patiënte gebruikte geen medicatie en zou, wanneer haar was gevraagd om de Dormicum zelf in te nemen, hierover vragen hebben gesteld en hebben geweigerd om dit in te nemen. De arts wilde een worsteling tijdens de euthanasie voorkomen en gaf patiënte liever ook geen injectie. Zij was daarom genoodzaakt de Dormicum aan de koffie van patiënte toe te voegen. Een half uur na het opdrinken van haar koffie was patiënte een beetje vermoeid, haar echtgenoot en haar volwassen kind zijn toen bij haar op het bed gaan zitten. Na  $\frac{3}{4}$  uur, toen patiënte nog steeds wakker was, concludeerde de arts dat de dosis Dormicum niet voldoende was geweest. Zij diende patiënte toen subcutaan nog eens 10 mg Dormicum toe. Patiënte vond de prik van de naald niet prettig. De arts heeft patiënte vervolgens

alleen gelaten met de familie en is zelf op de gang gaan zitten wachten. Af en toe ging zij de kamer van patiënte binnen, om te zien hoe het met patiënte ging. Op de afdeling was het verder erg rustig, de andere bewoners waren niet op de afdeling aanwezig.

Een half uur nadat de arts de tweede dosis Dormicum had toegediend, was patiënte in een staat van verlaagd bewustzijn. In de kamer van patiënte is vervolgens wat met meubilair geschoven om de kamer geschikt te maken voor de uitvoering van de levensbeëindiging en hierbij is het bed herhaaldelijk tegen de muur en het meubilair aangestoten. Patiënte heeft hiervan niets gemerkt in haar toestand van verlaagd bewustzijn. Daarna heeft, zoals eerder afgesproken, een ambulancebroeder het infuus voor de toediening van de euthanatica ingebracht. Omdat patiënte moeilijke vaten had, mislukte de eerste keer en moest bij de tweede keer prikken subcutaan gezocht worden naar een geschikt bloedvat, een pijnlijke handeling. In totaal heeft het inbrengen van het infuus ongeveer vijftien minuten geduurd. Patiënte heeft hier niet veel van gemerkt, maar reageerde op enig moment wel door een kleine terugtrekkende beweging te maken. Aangezien patiënte amper op pijnprikkels had gereageerd, heeft de arts geen lidocaïne toegediend, alvorens over te gaan tot het inspuiten van de thiopental. Tot schrik van de arts probeerde patiënte bij het inspuiten van de thiopental overeind te komen. Daarop heeft de familie van patiënte geholpen om patiënte vast te houden en heeft de arts snel de rest van de thiopental toegediend.

De arts had voorafgaand aan de koffie en de euthanasie niet meer met patiënte gesproken, de arts wilde haar geen extra prikkels geven. Volgens de arts kon niet meer worden vastgesteld of patiënte op dat moment euthanasie wilde, omdat patiënte wilsonbekwaam was. Het was dan ook zinloos om patiënte hier naar te vragen, dit zou alleen maar storend werken in het proces.

De arts heeft patiënte voor het eerst bij haar opname in het verpleeghuis ontmoet. De arts heeft haar toen niet gesproken, maar sprak wel uitgebreid met de echtgenoot van patiënte. Toen kwam naar voren dat patiënte een wilsverklaring met een dementieclausule had. Patiënte was op dat moment al wilsonbekwaam. Binnen het verpleeghuis gaat men er van uit dat een patiënt minstens een maand de tijd nodig heeft om te wennen aan de nieuwe omgeving. Besloten werd om die periode af te wachten en daarna te beoordelen of patiënte leed. De arts heeft patiënte wel meteen vanaf haar komst naar het verpleeghuis zeer uitgebreid geobserveerd, gemiddeld ongeveer drie keer per week gedurende ongeveer een uur. Eén keer is de arts 's avonds tot enkele uren na afloop van haar dienst bij patiënte in de buurt gebleven, zodat de arts haar kon observeren in de avond, haar slechtste tijd van de dag en zonder voor andere zaken te kunnen worden gestoord. De arts heeft ook veel met het verzorgend personeel van de afdeling waar patiënte verbleef over hun ervaringen met haar gesproken.

De arts stelde vast dat het over het algemeen overdag tot de lunch redelijk ging met patiënte. Patiënte was een kleine, kordate vrouw die in het verleden met kinderen had gewerkt. Zij was op de afdeling onafgebroken bezig met het dirigeren en instrueren van de medebewoners, alsof het kinderen waren. “Als jij nu eens dit doet” en “Als jij nu even daar naar toe gaat”. Dit deed patiënte ook bij de arts. 's Ochtends was het over het algemeen rustig op de afdeling en gaf dit weinig problemen. 's Middags leidde het sturende gedrag van patiënte tot irritatie bij de medebewoners en kreeg ze soms een oorvijg of een harde duw van één van hen. Patiënte reageerde op dit soort incidenten vaak heftig. Als een verzorgende haar dan probeerde af te leiden, keerde de woede van patiënte zich tegen deze verzorgende, waarbij zij de verzorgende sloeg, schopte, krabde en beet. Patiënte gaf bij de verzorgenden ook vaak aan “Ik vind dit verschrikkelijk” of “Ik wil dit niet meer” of “Ik geloof dat ik dood wil”. Dit gebeurde vooral bij de hiervoor bedoelde incidenten die – als gezegd - meestal 's middags plaatsvonden. Op de vraag van de commissie of de arts de bevindingen van de verzorgenden kritisch heeft beoordeeld, antwoordt de arts dat zij zelf ook veel heeft geobserveerd van wat de verzorgenden haar over patiënte melden en dat zij de gevolgen van het krabben, bijten en schoppen bij de verzorging heeft gezien. Wanneer de arts tegenover patiënte plaatsnam, uitte patiënte één grote klachtenstroom.

De commissie constateert dat patiënte zich regelmatig ook in tegenovergestelde zin had geuit (“Ik wil niet dood”). Volgens de arts hield dit waarschijnlijk verband met het feit dat patiënte geen ziekte-inzicht en ziektebesef meer had en wilsonbekwaam was. Gevraagd hoe de arts uitspraken van patiënte dat zij dood wilde, enerzijds, en uitspraken van patiënte dat zij niet dood wilde anderzijds, heeft begrepen, geeft de arts aan dat het niet zo is dat zij enerzijds patiënte wilsonbekwaam achtte en anderzijds aan bepaalde uitspraken van patiënte wel waarde toekende. Patiënte had nauwelijks ziektebesef meer en zeker geen ziekte-inzicht. Zij leefde in het nu. Dat betekent dat haar uitspraken uiting waren van haar gevoelens van dat moment. De arts zag de uitspraken van patiënte niet als wilsuitingen in de zin van wilsbekwaamheid. De arts is juist altijd erg terughoudend geweest met waarde toekennen aan de uitspraken van patiënte. Zo heeft patiënte de eerste maand van haar verblijf in het verpleeghuis vaak gezegd dat zij dood wilde, maar heeft de arts dit gezien als een reactie op de verhuizing. Als patiënte uitsprak dat zij dood wilde zag de arts dat als een teken dat zij op dat moment leed. Het grootste deel van de dag, tussen lunchtijd en ongeveer 05:00 uur in de morgen, vertoonde patiënte onrustgedrag en oogde zij diep ongelukkig. Alleen als haar familie bij haar was, voelde zij zich beter. Patiënte vond het leven acceptabel zolang haar echtgenoot en volwassen kind bij haar waren en zij met hen lange wandelingen kon maken. Langdurige wandelingen waren echter, ook gezien de gezondheidstoestand van de echtgenoot, totaal niet mogelijk. De echtgenoot van patiënte bezocht haar elke dag gedurende twee uur in het verpleeghuis. Dit was voor patiënte fijn op het moment dat hij er was, maar zodra hij uit beeld was, bleef zij onrustig en verdrietig. De echtgenoot kon het verpleeghuis alleen verlaten met hulp van de verzorging die patiënte afleidde en bijvoorbeeld naar de WC bracht.

Patiënte had een tamelijk controlerend karakter met een groot verantwoordelijkheidsbesef. In haar dementie was zij toenemend controlerend geworden, naar gelang zij merkte dat zij door de dementie de greep op haar leven verloor. Beoordeeld over de dag leed zij het overgrote deel van de dag en had zij nog maar enkele acceptabele uren. Dit heeft de arts doen concluderen dat patiënte ondraaglijk leed.

Patiënte was ook 's middags niet altijd even consistent in haar uitingen. Op de ochtend van de euthanasie, toen haar familie bij haar was, maakte patiënte zelfs nog plannen om 's middags met hen uit eten te gaan.

De arts vond dat patiënte recht had op euthanasie en dat zij aan de voorwaarden daarvoor voldeed. Voor haar was het, ook op grond van haar ervaringen met andere patiënten, duidelijk dat patiënte langdurig ondraaglijk zou blijven lijden. Uit de schriftelijke wilsverklaring van patiënte blijkt dat zij ook nooit in deze situatie, opgenomen in een verpleeghuis, had willen belanden. De eerste wilsverklaring van patiënte (inclusief een dementieclausule) dateert van vier jaar voor het overlijden.. Een jaar voor het overlijden heeft patiënte de bestaande dementieclausule herzien en bevestigd. Bij beide gelegenheden was patiënte nog wilsbekwaam. De arts heeft dit gecontroleerd bij de behandelend geriater onderscheidenlijk de huisarts van patiënte en zij hebben dit bevestigd.

Op de vraag hoe zij de fysieke reactie van patiënte tijdens het inspuiten van de thiopental heeft geïnterpreteerd, antwoordt de arts dat patiënte waarschijnlijk dacht: “Wat gebeurt hier?”. De toediening van de thiopental veroorzaakte mogelijk pijn bij patiënte en zal tot een vreemde sensatie in haar hoofd hebben geleid. Patiënte schrok toen zij het infuus zag, keek ernaar met angstogen. Zij probeerde overeind te komen en haar handen terug te trekken. Patiënte probeerde niet de handen van de arts weg te slaan. De arts had in haar verslag in plaats van ‘fysiek verzet’ ook kunnen vermelden dat patiënte een schrikreactie vertoonde, die - zo meent de arts - het gevolg was van de toediening van het barbituraat. Barbituraten kunnen een sensatie geven van duizeligheid of draaien. Bij iemand die altijd controle wil houden en die niet weet wat er op dat moment gebeurt kan dat tot een schrikreactie leiden. De arts heeft toen niet overwogen of dit een teken kon zijn dat patiënte misschien geen euthanasie wilde.

Er ging op dat moment veel door de arts heen. Zij dacht dat patiënte voldoende gesedeerd was en had niet verwacht dat patiënte zou ervaren wat er met haar gebeurde. De arts vond het niet gepast om de

levensbeëindiging op dat moment af te breken. Zij had na lang beraad besloten om euthanasie toe te passen en wilde nu geen koudwatervrees krijgen. De arts had geconstateerd dat patiënte dagelijks het grootste deel van de dag, tussen 13:00 uur en 05:00 uur, ernstig leed, zij had patiënte urenlang geobserveerd en haar constant horen klagen en lamenteren. De arts had bemerkt dat zij zelf somber werd als zij het lijden van patiënte aanschouwde. Vanwege dat lijden vond zij dan ook dat zij moest doorzetten. Patiënte was niet wilsbekwaam, haar uiting was op dat moment voor de arts niet relevant. Zelfs als patiënte op dat moment zou hebben gezegd: “Ik wil niet dood”, had de arts de levensbeëindiging verder uitgevoerd. De arts benadrukt dat zij over de manier waarop de levensbeëindiging verliep volkomen transparant heeft willen zijn, omdat in de toekomst euthanasie bij wilsonbekwame patiënten mogelijk vaker zal voorkomen.

Desgevraagd kan de arts niet zeggen wanneer exact patiënte wilsonbekwaam is geworden. De arts is als consultant/deelnemer aan het case managersoverleg bij patiënte betrokken vanaf het einde van het jaar voor het overlijden, het moet ergens in de loop van het jaar voor het overlijden zijn geweest. Vanaf een half jaar voor het overlijden werd de situatie thuis onhoudbaar. Patiënte bezocht uiteindelijk vijf keer per week de dagopvang. Na afloop, rond 18:00 uur, was patiënte overprikkeld en wilde zij meteen naar bed. Haar echtgenoot moest dan mee. Patiënte was om 21:00 uur echter al weer uitgeslapen en was daarna weer onrustig. Patiënte heeft in de periode dat zij nog thuis woonde vaker tegen haar echtgenoot gezegd: “Roep de familie bijeen, zo kan het niet meer”. De huisarts van patiënte was echter niet bekend met euthanasie bij dementerenden en was huiverig om hiertoe over te gaan. Zij heeft onbedoeld het moment waarop patiënte nog wilsbekwaam was en zelf om euthanasie kon vragen voorbij laten gaan.

De commissie verwijst naar het verslag van één van de consultants, die aangeeft dat patiënte tegenover de huisarts nooit een actuele euthanasiewens heeft uitgesproken, ook niet toen zij daar door de huisarts nadrukkelijk toe in de gelegenheid werd gesteld.

De arts geeft daarop aan dit punt verder niet met de huisarts besproken te hebben en evenmin met de echtgenoot van patiënte. De huisarts is niet in het verpleeghuis geweest, dit hield ook verband met het feit dat zij in de periode waarin patiënte daar verbleef zelf drie tot vier weken met vakantie was. Patiënte heeft het moment om zelf om euthanasie te vragen zelf ook voorbij laten gaan. Zij had uiteindelijk geen ziekte-inzicht meer. De arts leidde uit de verhalen van de echtgenoot van patiënte af dat wanneer patiënte aangaf dat het zo niet meer kon, hij haar samen met hun volwassen kind troostte. Op dat moment voelde patiënte zich getroost en verdween haar doodswens doordat zij inmiddels bij voortgeschreden dementie in het nu leefde. De echtgenoot van patiënte was een zeer zachtaardige man, hij vond het afscheid van patiënte verschrikkelijk. Hij was overrompeld door haar opname in een verpleeghuis en voelde zich schuldig: “Nu doe ik toch iets wat zij absoluut niet wilde”. Dat patiënte niet naar een verpleeghuis wilde bleek ook uit haar wilsverklaring. De situatie was echter zodanig geëscaleerd thuis, dat de casemanager vreesde dat de echtgenoot op korte termijn zou instorten.

De arts heeft aangenomen dat patiënte, toen zij een paar maanden voor het overlijden bij haar eigen huisarts aangaf dat zij euthanasie te ver vond gaan, geen ziektebesef meer had en niet wilsbekwaam meer was. De arts leidde dit ook af uit de informatie die zij kreeg van de betrokken en zeer ervaren casemanager van patiënte, met wie de arts regelmatig overleg had. Terugkijkend meent de arts dat zij misschien beter nog voorafgaand aan de komst van patiënte naar het verpleeghuis had kunnen zeggen: “Ho, ho, dit wilde patiënte niet.” Echter, de arts was totdat opname van patiënte een feit was niet op de hoogte van de euthanasiewens.

Desgevraagd verklaart de arts dat de benoeming van een mentor haar in het geval van patiënte niet nodig leek. De echtgenoot van patiënte was goed in staat de belangen van patiënte te behartigen. In het verpleeghuis hanteert men als uitgangspunt dat de benoeming van een mentor alleen noodzakelijk is bij een conflict binnen de familie of wanneer deze kennelijk niet in het belang van de patiënt handelt.



## **f. Mondelinge toelichting voormalig huisarts van patiënte**

De voormalig huisarts van patiënte (hierna: de huisarts) was tot de opname van patiënte in het verpleeghuis, zeven weken voor het overlijden, betrokken geweest bij de behandeling van en de zorg voor patiënte. De commissie wilde graag van de huisarts van patiënte meer informatie krijgen over de gesprekken die zij met patiënte en haar echtgenoot over euthanasie had gevoerd en over de contacten die de huisarts van patiënte hierover met de arts had gehad. De commissie wilde weten wanneer deze gesprekken en contacten hadden plaatsgevonden en wat daarin besproken was. Ook wilde de commissie graag van de huisarts horen wanneer patiënte volgens haar wilsonbekwaam was geworden. Om deze redenen, en omdat de arts zelf naar haar contacten met de huisarts heeft verwezen, heeft de commissie de huisarts van patiënte uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven.

De huisarts van patiënte heeft – zakelijk weergegeven – de volgende mondelinge toelichting gegeven:

De huisarts van patiënte heeft jaren geleden de huisartsenpraktijk overgenomen. Zij kende patiënte en haar echtgenoot in het jaar van het overlijden al een geruim aantal jaren en was tot de opname van patiënte in het verpleeghuis haar huisarts. Nadien was de huisarts niet meer rechtstreeks bij de zorg en behandeling van patiënte betrokken.

Patiënte kwam vier jaar voor het overlijden bij de huisarts met de klacht van toenemende vergeetachtigheid. Patiënte was bang dat zij dementerende was, zij had bij haar moeder en broers gezien wat het betekende om aan dementie te lijden. Een half jaar later werd door een geriater bij patiënte inderdaad dementie vastgesteld, welke diagnose een half jaar later door haar nog eens werd bevestigd. De huisarts zag patiënte en haar echtgenoot vanaf dat moment regelmatig. Patiënte bleef daarnaast onder behandeling van de geriater.

Vanaf ruim een jaar voor het overlijden verliep het dementieproces sneller: patiënte werd angstig en somber. Vooral 's nachts was zij erg onrustig. Patiënte kwam in die periode elke drie maanden bij de huisarts voor controle van de bloeddruk. Patiënte werd in de gesprekken met de huisarts steeds stiller en gaf kortere antwoorden. Omdat zij steeds verder achteruit ging en de zorg voor patiënte voor haar echtgenoot almaar zwaarder werd, ging patiënte vanaf ruim een half jaar voor het overlijden naar de dagopvang, uiteindelijk vijf keer per week. Als zij 's middags van de dagopvang thuiskwam ging patiënte stevast huilen. Daarop werd gestart met een behandeling met antidepressiva. Deze behandeling was tijdelijk effectief: patiënte ging iets beter slapen en werd iets rustiger. De situatie was daarmee gedurende enige tijd enigszins gestabiliseerd, maar uiteindelijk verslechterde deze toch weer verder. Een paar maanden voor het overlijden gaf de echtgenoot van patiënte (in overleg met de betrokken casemanager) aan dat opname in een verpleeghuis nu noodzakelijk begon te worden.

Toen rees de vraag wat dit betekende voor de euthanasiewens van patiënte. Patiënte had in haar schriftelijke wilsverklaringen aangegeven dat zij wilde dat euthanasie op haar zou worden toegepast, wanneer zij haar naasten niet meer zou herkennen en afhankelijk zou worden van zorg en in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen. Patiënte was ten tijde van het opstellen van deze verklaringen wilsbekwaam ten aanzien van het onderwerp euthanasie. De huisarts had met de echtgenoot van patiënte besproken dat, om euthanasie mogelijk te maken, een dossier moest worden opgebouwd.

In de contacten die de huisarts vervolgens met patiënte en haar echtgenoot over euthanasie had – bij gelegenheid van de periodieke bloeddrukcontroles - bleef patiënte benadrukken dat zij niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen en dat wanneer dit zou gebeuren, zij euthanasie zou willen. Zij was aanvankelijk heel duidelijk daarin en zeker nog wilsbekwaam. Als de huisarts patiënte dan vroeg hoe het op dat moment met haar gesteld was, antwoordde patiënte stevast: "Het gaat goed hoor". Euthanasie was op dat moment voor haar nog niet aan de orde. Later werd patiënte minder duidelijk in haar wensen ten aanzien van euthanasie. Een half jaar voor het overlijden heeft de huisarts

niet meer met patiënte over euthanasie gesproken, omdat de situatie thuis toen stabiel was (door de dagopvang en de behandeling met de antidepressiva).

Toen een paar maanden voor het overlijden uiteindelijk duidelijk werd dat opname noodzakelijk ging worden, heeft de huisarts patiënte en haar echtgenoot bij haar op het spreekuur uitgenodigd. Patiënte was toen niet met euthanasie bezig en begreep ook niet meer wat dit inhield. Na uitleg van de huisarts aan patiënte over de betekenis van euthanasie, gaf patiënte aan dat zij dit niet wilde. Toen de echtgenoot van patiënte haar er vervolgens aan herinnerde dat zij niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen, maar dat dit binnenkort wel noodzakelijk zou worden, antwoordde patiënte dat zij dan misschien wel euthanasie wilde. Daarop gaf de huisarts weer aan patiënte aan dat zij dan een injectie zou krijgen en niet meer wakker zou worden. Dit vond patiënte dan weer te ver gaan. Patiënte kon – kortom – niet meer aangeven wat haar wensen waren ten aanzien van euthanasie en was ten aanzien van dit onderwerp niet meer wilsbekwaam.

Voor patiënte was dementie en opname in een verpleeghuis jarenlang een schrikbeeld geweest, dat wilde zij niet. Maar toen de opname echt naderbij kwam, was het te laat en kon patiënte niet meer zelf om euthanasie vragen. De wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van dit onderwerp was ook duurzaam, er waren geen momenten meer waarin patiënte nog begreep wat euthanasie betekende. Uiteindelijk heeft patiënte de huisarts nimmer om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie gevraagd.

Desgevraagd verklaart de huisarts dat patiënte, toen zij drie maanden voor het overlijden meermalen aan haar omgeving aangaf dood te willen, al wilsbekwaam was geworden. Het omslagpunt van wilsbekwaam ten aanzien van een eventuele euthanasiewens naar wilsbekwaam lag ergens in het jaar voor het overlijden, aldus de huisarts.

Ongeveer een maand na opname van patiënte in het verpleeghuis werd de huisarts door de arts gebeld met de mededeling dat het niet goed ging met patiënte en dat de arts met de huisarts over euthanasie wilde spreken. Desgevraagd verklaart de huisarts dat zij erg verbaasd was over de snelheid waarmee zij door de arts werd benaderd en over het feit dat het zó snel na de verhuizing naar het verpleeghuis zó slecht met patiënte ging. Zij had echter van de echtgenoot van patiënte al wel begrepen dat patiënte ook in het verpleeghuis erg onrustig was en dat de verpleging vaak grote moeite had om patiënte te kalmeren. De huisarts heeft de arts alles over patiënte verteld. Zij heeft aan haar aangegeven dat patiënte ten tijde van het opstellen van beide wilsverklaringen zeker nog wilsbekwaam was ten aanzien van dit onderwerp, maar dat patiënte een paar maanden voor het overlijden niet meer wilsbekwaam kon worden geacht. Desgevraagd verklaart de huisarts dat patiënte op dat moment niet meer naar huis kon terugkeren. Thuis was het eerder zodanig slecht gegaan met patiënte dat haar echtgenoot het niet meer kon bolwerken.

Nadien is de huisarts ook door de beide geraadpleegde scen-artsen telefonisch voor het verkrijgen van informatie benaderd. Uiteindelijk heeft de arts de huisarts telefonisch geïnformeerd dat de euthanasie inderdaad zou gaan plaatsvinden. De arts heeft de huisarts niet meegedeeld hoe de uitvoering daarvan zou worden vormgegeven. Nadat de euthanasie had plaatsgevonden heeft de huisarts zelf contact opgenomen met de echtgenoot van patiënte.

Gevraagd naar haar indruk van aard en ernst van het lijden van patiënte, antwoordt de huisarts dat na het bekend worden van de diagnose dementie bij patiënte sprake was van groot lijden. Zij had bij haar naaste familie gezien wat dementie inhield en wist wat er met haar ging gebeuren. Toen patiënte een jaar voor het overlijden in cognitief opzicht sneller achteruit ging, werd haar lijden minder. Patiënte vertrok iedere ochtend met tegenzin naar de dagopvang, maar eenmaal daar ging het wel. 's Avonds was patiënte wel erg onrustig en waren er problemen met slapen. De huisarts vond het echter moeilijk om te bepalen of de onrust, de slaapproblemen en het huilen voor patiënte daadwerkelijk lijden betekende. Zo kon de huisarts niet zeggen of het huilen van patiënte een vorm van dwanghuilen was. Wanneer patiënte een jaar voor het overlijden met haar echtgenoot bij de huisarts op het spreekuur

kwam, zei patiënte – als gezegd – steevast tegen de huisarts: “Het gaat goed hoor”. Zij zocht dan bevestiging bij haar echtgenoot. Hij wees haar dan op zaken die minder goed gingen: “Weet je nog wel ... “. De huisarts denkt dat de onrust en het huilen van patiënte voor de echtgenoot van patiënte zeker zwaar waren. Hij was ook erg bang voor wat nog komen ging.

De echtgenoot van patiënte was uiteindelijk blij dat patiënte euthanasie had gekregen, dit was wat patiënte altijd in de situatie van opname in een verpleeghuis had gewild.

De huisarts van patiënte had van de echtgenoot de indruk gekregen dat de levensbeëindiging rustig was verlopen en dat de echtgenoot hiervan niet was geschrokken. Hij had aan de huisarts geen details van de uitvoering gegeven. De echtgenoot was vooral bang geweest dat de euthanasie niet door zou gaan.

### **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).

De commissie overweegt met betrekking tot de eis dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek het volgende.

Patiënte leed aan de ziekte van Alzheimer. Gelet op het dossier en de mondelinge toelichtingen van de arts en de huisarts, is duidelijk dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging ter zake van dit onderwerp niet meer wilsbekwaam was. Patiënte heeft met de arts nimmer over euthanasie gesproken c.q. kunnen spreken. De arts heeft de levensbeëindiging naar eigen zeggen gebaseerd op de schriftelijke wilsverklaring van patiënte.

In artikel 2, tweede lid, van de WTL is neergelegd dat, indien de patiënt van zestien jaren 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 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (2015, p. 27) is aangegeven, dient de schriftelijke verklaring duidelijk te zijn en moet deze onmiskenbaar van toepassing zijn op de ontstane situatie. De arts zal dan het gehele ziekteproces en alle overige specifieke omstandigheden bij zijn overwegingen moeten betrekken. Hij moet het gedrag en de uitingen van de patiënt, zowel gedurende het ziekteproces als vlak voor de uitvoering van de euthanasie, interpreteren. Op dat moment moet aannemelijk zijn dat uitvoering van de euthanasie in de lijn ligt van de eerdere wilsverklaring en dat daarvoor geen contra-indicaties zijn (zoals duidelijke tekenen dat de patiënt geen levensbeëindiging wil). Voorts dient aannemelijk te zijn dat de patiënt op dat moment ondraaglijk lijden ervaart.

Gebleken is dat patiënte vier jaar voor het overlijden, kort na het vernemen van de diagnose dementie, een schriftelijke wilsverklaring met een dementieclausule heeft opgesteld, welke zij tweeënhalf jaar later heeft herzien. In de eerste dementieclausule had patiënte aangegeven dat zij wilde gebruikmaken van het recht om vrijwillige euthanasie op haar toe te passen, wanneer zij nog enigszins wilsbekwaam was en niet meer in staat om thuis bij haar man te wonen. Patiënte wilde niet worden opgenomen in een instelling voor demente bejaarden en wilde tijdig menswaardig afscheid nemen van haar dierbaren. Zij maakte daarbij duidelijk dat één van haar ouders dement was geworden en tot aan de dood jarenlang in een instelling was verpleegd. Dit had patiënte ernstig getraumatiseerd en de hele familie veel verdriet gedaan. Zij wilde dit beslist niet zelf meemaken. In de herziene dementieclausule had patiënte aangegeven dat zij wilde gebruikmaken van het recht om euthanasie op haar toe te

passen, wanneer zij daar zelf de tijd rijp voor achtte. Vervolgens noemde zij dezelfde omstandigheden als in de eerste dementieclausule.

Patiënte sloot af met de zin “Vertrouwende, tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven zodanig slecht is geworden, dat ik op mijn verzoek euthanasie zal worden toegepast”.

Patiënte heeft de beide dementieclausules met haar huisarts besproken en haar wensen toegelicht. Volgens de huisarts van patiënte was patiënte ten tijde van het opstellen van de wilsverklaring en de beide dementieclausules nog in staat tot een redelijke waardering van haar belangen ter zake. De commissie ziet geen aanleiding om daaraan te twijfelen.

Het jaar voorafgaand aan dat van het overlijden heeft patiënte bij de huisarts meermalen duidelijk benadrukt dat zij niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen en dat als dit toch zou gebeuren zij euthanasie wilde. Op dat moment was volgens de huisarts euthanasie voor patiënte echter niet aan de orde. Hoewel patiënte tegen het eind van dat jaar thuis kennelijk regelmatig aangaf dood te willen (met de toevoeging “maar niet nu”), heeft zij de huisarts nimmer om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Gelet op de mondelinge toelichting van de arts, is aannemelijk dat patiënte ter zake van dit onderwerp in de loop van dat jaar wilsonbekwaam was geworden. Uiteindelijk heeft de echtgenoot van patiënte, toen zij in het verpleeghuis werd opgenomen, de arts verzocht om op basis van de schriftelijke wilsverklaring van patiënte tot uitvoering van de euthanasie over te gaan.

De commissie stelt vast dat de dementieclausule uit het jaar voorafgaand aan dat van het overlijden, behorende bij de schriftelijke wilsverklaring van patiënte, op verschillende manieren kan worden gelezen. Uit de bewoordingen van deze clausule (“wanneer ik daar zelf de tijd rijp voor acht” en “op mijn verzoek”), bezien ook tegen de achtergrond van de bewoordingen van de eerste dementieclausule (“wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben”), kan worden afgeleid dat patiënte bij het opstellen hiervan ervan uitging dat zij te zijner tijd zelf nog om euthanasie kon en zou verzoeken. Uit de tekst van de wilsverklaring gelezen in samenhang met de dementieclausule, zoals in het jaar voor het overlijden herzien, volgt dan ook niet onverkort dat deze is opgesteld om in de plaats te treden van een mondeling verzoek van patiënte wanneer zij als gevolg van de dementie niet meer in staat zou zijn om haar wil te uiten of te bepalen.

De commissie ziet in dat ook een andere, ruimere lezing van deze dementieclausule mogelijk is, waarbij wordt aangenomen dat deze wel is opgesteld om in de plaats te treden van een mondeling verzoek. Dit omdat patiënte in het jaar voor het overlijden bij haar huisarts meermalen heeft benadrukt dat zij bij opname in een verpleeghuis euthanasie wilde en de schriftelijke wilsverklaring bij een meer restrictieve lezing van de dementieclausule haar betekenis lijkt te verliezen.

Naar het oordeel van de commissie biedt de tekst van de dementieclausule uit het jaar voorafgaand aan dat van het overlijden voor een dergelijke ruimere lezing echter onvoldoende duidelijke aanknopingspunten. Echter, ook als ervan zou worden uitgegaan dat de tekst van deze dementieclausule voor deze interpretatie duidelijke aanknopingspunten bood, geldt dat sprake is van twee, elkaar uitsluitende lezingen van de dementieclausule. Daarmee blijft twijfel bestaan over het antwoord op de vraag of patiënte wilde dat de schriftelijke wilsverklaring in de plaats zou treden van een mondeling verzoek. Gegeven deze twijfel, en in aanmerking nemend dat het hier letterlijk om een vraagstuk van leven en dood gaat en de levensbeëindiging onomkeerbaar is, moet naar het oordeel van de commissie aan de veilige kant worden gebleven en aan de meer restrictieve lezing van de dementieclausule worden vastgehouden. Hieruit volgt dat artikel 2, tweede lid, van de WTL niet van toepassing was.

Bij gebreke van een mondeling verzoek van patiënte aan de arts om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie en van een duidelijke schriftelijke wilsverklaring ter vervanging daarvan, kon de arts naar

het oordeel van de commissie niet ondubbelzinnig tot de overtuiging komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging.

De commissie overweegt met betrekking tot de eis dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden als volgt.

Vanaf het moment dat patiënte – ondanks dat zij steeds had aangegeven dit niet te willen – in een verpleeghuis werd opgenomen, heeft de arts haar frequent en langdurig geobserveerd. De arts stelde vast dat het overdag tot de lunch redelijk ging met patiënte. Het grootste deel van de dag, vanaf lunchtijd tot ongeveer 05:00 uur in de morgen, vertoonde patiënte echter onrustgedrag en oogde zij volgens de arts diepongelukkig. Zij miste haar echtgenoot en kampte met woede, angst, verdriet en uitputting. Patiënte deed naar de verzorgenden ook regelmatig uitspraken zoals “Ik vind dit verschrikkelijk” of “Ik wil dood”, waaruit de arts afleidde dat patiënte, die in het nu leefde, op dat moment leed. Alleen als haar familie bij haar was, vond patiënte het leven acceptabel. Uiteindelijk leed zij volgens de arts het overgrote deel van de dag en had zij per dag nog maar enkele aanvaardbare uren. Dit heeft de arts, alles afwegende, doen concluderen dat bij patiënte sprake was van ondraaglijk lijden.

De commissie concludeert dat patiënte met name vanaf het middaguur veel tekenen van ernstig lijden vertoonde en dat zij haar echtgenoot erg miste. Het komt de commissie echter voor dat patiënte ook regelmatig betere momenten had. Zij merkt daarbij op dat patiënte blijkens het medische journaal tijdens haar verblijf in het verpleeghuis op de vraag van de arts of zij dood wilde ook meermalen heeft geantwoord in de zin van “Nu nog niet hoor, het is nog niet zo erg!”. Volgens de arts hielden deze uitspraken verband met het feit dat patiënte nauwelijks nog ziektebesef en geen ziekte-inzicht meer had. De commissie leidt daarentegen uit deze uitspraken van patiënte af dat in ieder geval op die momenten het lijden door patiënte niet als zwaar werd ervaren. Voorts stelde de tweede consulent vast dat patiënte bij zijn bezoek monter en tevreden oogde. Desondanks is de commissie, alles bijeengenomen, van oordeel dat de arts redelijkerwijs tot de overtuiging kon komen dat patiënte haar lijden – in zijn totaliteit bezien – als ondraaglijk ervoer. Daarbij gaat de commissie ervan uit dat het – om tot deze overtuiging te kunnen komen – niet noodzakelijk is dat patiënte elke minuut van de dag ondraaglijk leed.

De commissie is voorts van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van patiënte uitzichtloos was en dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De ziekte van Alzheimer is immers niet te genezen. De commissie neemt daarbij verder – onder meer – in aanmerking dat patiënte minder leed wanneer haar echtgenoot bij haar was, maar dat het voor hem niet mogelijk was om haar thuis te verzorgen dan wel steeds bij haar in het verpleeghuis te zijn. Patiënte had in het verleden ook meermalen aan haar huisarts aangegeven dat zij niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen.

De huisarts van patiënte en de behandelend geriater hebben patiënte, toen zij nog wilsbekwaam was, voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

De arts heeft twee verschillende onafhankelijke SCEN-artsen geraadpleegd, waaronder één psychiater. De arts heeft daarmee voldaan aan de eis dat zij tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

De commissie overweegt over de eis dat de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig wordt uitgevoerd het volgende.

Gebleken is dat de arts voorafgaand aan de uitvoering van de levensbeëindiging niet met patiënte heeft besproken wat zij voornemens was te doen. Zij heeft aan de koffie van patiënte Dormicum toegevoegd en dit middel vervolgens ook subcutaan toegediend, om te voorkomen dat patiënte zich

tegen de toediening van de euthanatica zou verzetten en het tot een worsteling zou komen. Gebleken is voorts dat patiënte tijdens het inbrengen van het infuus een terugtrekkende beweging maakte en tijdens de toediening van de thiopental overeind kwam, waarna zij is vastgehouden om te voorkomen dat zij zich verder zou verzetten. De arts heeft over haar handelwijze verklaard dat zij na lang beraad had besloten om de levensbeëindiging uit te voeren. Nu patiënte niet meer wilsbekwaam was, waren haar uitingen voor de arts op dat moment niet meer relevant. Ook als patiënte voorafgaand aan de uitvoering had gezegd dat zij niet dood wilde, zou de arts naar eigen zeggen de levensbeëindiging verder hebben uitgevoerd.

Naar het oordeel van de commissie heeft de arts met haar handelwijze een grens overschreden. Zij heeft door de (heimelijke) toediening van Dormicum patiënte de mogelijkheid willen ontnemen om zich tegen het inbrengen van het infuus dan wel de toediening van de euthanatica fysiek te verzetten. Toen patiënte vervolgens wel negatief reageerde op het inbrengen van het infuus en de toediening van de euthanatica, heeft de arts naar het oordeel van de commissie ten onrechte niet overwogen of dit kon worden uitgelegd als een relevant teken dat patiënte niet wilde dat bij haar een infuus en een injectie naald werden toegediend. Hoewel de commissie erkent dat het bijzonder moeilijk was voor de arts om op dat moment de uitingen van patiënte juist te duiden, meent zij dat de arts hier in ieder geval de ruimte voor had moeten nemen. De commissie overweegt daarbij dat patiënte weliswaar wilsonbekwaam was ten aanzien van de euthanasie, maar dat dit niet noodzakelijk uitsluit dat patiënte wel haar wil kon bepalen ten aanzien van handelingen zoals het inbrengen van een infuus en een injectie naald, ook als patiënte het doel van deze handelingen niet meer kon overzien. De commissie is van oordeel dat de arts de uitvoering van de levensbeëindiging had moeten staken om zich nader te beraden op de ontstane situatie en niet met de uitvoering daarvan had moeten doorgaan waarbij patiënte moest worden vastgehouden. De commissie overweegt daarbij nog dat bij de uitvoering van de levensbeëindiging dwang, maar ook de schijn van dwang, tot elke prijs moet worden voorkomen. Gelet op het vorenstaande, kan naar het oordeel van de commissie niet worden staande gehouden dat de levensbeëindiging op medisch zorgvuldige wijze is uitgevoerd.

#### **4. BESLISSING**

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

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