

Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, oordeel 2016-38 (dementie), m.nt. Mevis en Postma

Integrale weergave oordeel 2016-85

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

(...; red.)

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 case-manager dementie begeleid. In deze periode ging

patiënte ook naar de dagbehandeling in een verpleeghuis, ophet 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 ik heb 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 ‘eutha-

nasie' 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 sorteerte 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 wilson-

bekwaam 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 toe-kende. 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 zachtzinnige 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 tot dat 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, ant-

woordde 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 nabij kwam, was het te laat en kon patiënte niet meer zelf om euthanasie vragen. De wilsonbekwaamheid 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 wilsonbekwaam was geworden. Het omslagpunt van wilsbekwaam ten aanzien van een eventuele euthanasiewens naar wilsonbekwaam 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 lijdende 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 – stevast 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 tweeënhalve 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 twifelen.

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 totali-

teit 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 zijn 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 injectienaald 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 injectienaald, 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.

Samenvatting oordeel 2016-38

Deze zaak betreft euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring bij een patiënt met de ziekte van Alzheimer in een vergevorderd stadium. De arts heeft volgens de toetsingscommissie aanneemelijk kunnen maken dat hij overtuigd was van het vrijwillig en weloverwogen verzoek en ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt, terwijl ook aan de overige zorgvuldigheidseisen was voldaan. De schriftelijke wilsverklaring was opgesteld toen patiënt nog wilsbekwaam was en is vervolgens regelmatig bevestigd en besproken met artsen, familie en naasten. Hoewel patiënt zijn wil op een gegeven moment niet meer kon uiten, bleek uit het gedrag en de uitingen van patiënt dat hij zich in de situatie bevond die hij volgens zijn verklaring uitdrukkelijk niet wenste mee te maken. De arts had bij het benaderen van SCEN uitdrukkelijk aangegeven “een ter zake deskundige consulente” (een specialist ouderengeneeskunde) te willen raadplegen, wat vervolgens ook gebeurde. De arts wilde de patiënt namelijk niet onnodig belasten door meerdere consulenten te moeten ontvangen.

Samenvatting oordeel 2016-62

Deze zaak ziet op levensbeëindiging overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van een inmiddels wilsonbekwame patiënt als gevolg van vergevorderde dementie op basis van een regelmatig besproken en geactualiseerde wilsverklaring. Hoewel de patiënt zijn verzoek niet meer kon verwoorden, was zijn

situatie op een gegeven moment geheel conform de omstandigheden die hij had beschreven en in lijn met zijn eerdere wilsverklaring. Er waren verbale en non-verbale tekenen dat hij nog steeds wilde dat zijn leven beëindigd werd en geen signalen van het tegendeel.

Zoals aanbevolen bij een patiënt in een latere fase van dementie, was de arts extra behoedzaam te werk gegaan. Dit blijkt volgens de toetsingscommissie onder andere uit het raadplegen van een specialist ouderengeneeskunde, naast de consulent.

Noot

1. Inleiding

Het hierboven in zijn geheel opgenomen oordeel (2016-85) ziet op de op zichzelf al uitzonderlijke situatie dat euthanasie wordt uitgevoerd bij een patiënte met vergevorderde dementie op basis van een schriftelijke wilsverklaring. Met de publicatie van deze en twee andere recente oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie over dezelfde situatie, is de discussie over de schriftelijke euthanasieverklaring weer opgelaaid.¹ Deze beslissingen laten vooral maar weer eens zien hoe moeilijk de toepassing van de WTL bij een wilsverklaring is en hoezeer de feiten en omstandigheden van het concrete medebepalend zijn voor de worsteling van artsen hoe te handelen. Het bovenstaande oordeel springt het meest in het oog omdat de toetsingscommissie hierin tot de zeldzame conclusie komt dat door de arts niet is gehandeld overeenkomstig bepaalde wettelijke zorgvuldigheidseisen. In de zaak doet zich een aantal eigenaardigheden voor die de moeite waard zijn om deze nader op hun merites en daarmee voor de toepassing van de wilsverklaring te bespreken. Daarbij wordt op enkele punten een vergelijking gemaakt met de andere twee oordelen waarin naar het oordeel van de commissie wel was gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidsei-

sen. Wij merken hier vast op dat de arts i.c. zo transparant mogelijk heeft willen zijn over de manier waarop deze levensbeëindiging is verlopen omdat ze verwacht dat euthanasie bij wilsonbekwame patiënten in de toekomst vermoedelijk vaker zal voorkomen. Die transparantie is te prijzen. Tegelijk rijst de vraag of die haar mogelijk duur is komen te staan c.q. komt te staan. Dat is een factor (er zijn er meer) die bij de afweging over het mogelijke vervolg van deze zaak mede van belang kan zijn.

De juridische situatie is bekend. Artikel 2 lid 2 WTL biedt de arts de mogelijkheid (nooit de plicht) om gehoor te geven aan een euthanasieverzoek van een wilsonbekwame patiënt op basis van een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring. Op basis van de wet kan dat dus ook bij een patiënt met vergevorderde dementie. De zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 lid 1 WTL zijn echter 'van overeenkomstige toepassing'. Wij schreven eerder in dit tijdschrift dat de betekenis en toepassing van dat zinsdeel de nodige verwarring oplevert.² Welk criterium is op welke wijze inhoudelijk dan van overeenkomstige toepassing? Welke invloed heeft dat 'overeenkomstig' voor de inhoud van de verschillende criteria? Men kan op zichzelf de arts i.c. niet verwijten dat zij een beschikbare, heldere interpretatie van dit bestanddeel van artikel 2 lid 2 WTL heeft miskend. Wel lijkt het veilig om aan te nemen dat 'van overeenkomstige toepassing' in elk geval betekent: 'zo veel als mogelijk van toepassing'. Die formulering maakt andermaal duidelijk dat het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring, hoewel een *conditio sine qua non* voor levensbeëindiging op verzoek bij een inmiddels wilsonbekwame patiënt, op zichzelf niet voldoende is om een mondeling verzoek te kunnen vervangen, noch dat nadien ingetreden communicatie kan worden genegeerd. Het kan niet vaak genoeg benadrukt worden: de schriftelijke wilsverklaring

1 Naast onderhavige zaak gaat het om oordeel 2016-38 en 2016-62 (beide kort samengevat na het oordeel 2016-85). Zie www.euthanasiecommissie.nl.

2 Zie TvGR 2014/46, Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, oordeel 2014-2 (m.nt. P.A.M. Mevis en L. Postma).

biedt geen garantie voor euthanasie.³ Dat geldt in de eerste plaats voor degene wiens wil in de verklaring wordt vastgelegd. Maar bovenstaand oordeel maakt ook duidelijk hoezeer datzelfde geldt voor de arts die met een schriftelijke wilsverklaring wordt geconfronteerd en deze moet betrekken bij het eigen oordeel of tot euthanasie kan worden overgegaan. Ook de (eenduidige) wilsverklaring eist onder omstandigheden nadere onderzoeksactiviteiten van de arts, en niet een passiviteit die in het handelen van de arts in bovenstaande zaak (en in het oordeel van de commissie daarover) naar voren komt. Waar communicatie en nadere twijfel en onderzoek aangewezen is, kan de arts signalen daartoe en mogelijkheden daarvoor niet negeren. Hij of zij kan zich ter zake niet achter de wilsverklaring 'verschuilen' en (zeggen wij er voor bovenstaande zaak bij) ook niet achter het advies van zelfs twee SCEN-artsen. Deze opdracht tot waakzaamheid is overeenkomstig de Code of Practice van de RTE's en de Handreiking Schriftelijk Euthanasieverzoek van december 2015.⁴

2. Wilsverklaring en verzoek

Een wilsverklaring is dus het begin, maar niet het einde van de toetsing van het handelen van de arts. Met de tekst en de inhoud van de bijzondere wilsverklaring die i.c. voorhanden is, beginnen ook de specifieke problemen in bovenstaande zaak. De patiënte had een schriftelijke wilsverklaring met een dementieclausule die zij, toen ze nog wilsbekwaam was, heeft bevestigd en besproken met haar huisarts. De uitvoerend arts, die pas in beeld kwam toen de patiënte al wilsonbekwaam was, heeft haar zeer uit-

gebreid geobserveerd. Op basis van de observaties, gesprekken met het verzorgend personeel en familie van patiënte, kwam de arts tot de conclusie dat patiënte het grootste deel van de dag (en nacht) ondraaglijk leed. Vanwege deze schrijnende situatie waar patiënte zich blijkens haar wilsverklaring niet in had willen bevinden (zij had nooit in een verpleeghuis opgenomen willen worden), vond de arts dat patiënte 'recht had op euthanasie' en dat – doorredenerend vanuit de inhoud van de wilsverklaring – aan de voorwaarden daarvoor voldaan was. In deze grondslag van redeneren ligt nog geen groot verschil tussen deze en de twee andere, soortgelijke zaken waarin volgens de toetsingscommissie wel gehandeld is conform de zorgvuldigheidseisen van de WTL. Maar het probleem in bovenstaande zaak schuilt allereerst in de tekst van de schriftelijke wilsverklaring van deze patiënte. Afgezien van het volstrekt onjuiste 'ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht op euthanasie' is op grond van de gekozen bewoordingen niet met zekerheid te zeggen dat patiënte de verklaring heeft opgesteld om in de plaats te treden van een mondeling verzoek. In haar eerste verklaring schreef ze euthanasie te willen 'wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben', in een herziene versie 'wanneer ik daar zelf de tijd rijp voor acht'. Daarmee zou de tekst eventueel ook kunnen betekenen dat patiënte ervan uitging haar euthanasieverzoek zelf nog te kunnen uiten. Hier is door haar huisarts niet naar gevraagd, en ook patiënte is er zelf niet over begonnen toen dat nog mogelijk was: de precieze betekenis van haar wilsverklaring is dus op een cruciaal punt onduidelijk. De commissie kiest er bij deze twijfel voor 'aan de meer restrictieve lezing van de dementieclausule' vast te houden. Daaruit volgt dat artikel 2 lid 2 WTL niet van toepassing is. De uitvoerend arts kon door het ontbreken van een mondeling verzoek of een duidelijke schriftelijke vervanger daarvan, naar het oordeel van de commissie, daarmee niet ondubbelzinnig tot de overtuiging komen dat sprake was van een vrijwillig

3 Handreiking Schriftelijk Euthanasieverzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Veiligheid en Justitie en de KNMG, december 2015, p. 2 (artsenversie) en p. 3 (publieksversie). Zie ook: P.A.M. Mevis, S.R. Bakker, L. Postma en J.H.J. Verbaan, *Schriftelijke wilsverklaring euthanasie bij wilsonbekwame patiënten: een jurisprudentie-onderzoek*, Erasmus School of Law/WODC 2014.

4 Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Den Haag april 2015 en de Handreiking Schriftelijk Euthanasieverzoek, december 2015, artsenversie en publieksversie.

en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging.⁵ Dat betekent nogal wat, ook voor het Openbaar Ministerie dat zich nu over de zaak moet buigen.⁶ Tegelijk: zeker in vergelijking met de beide andere oordelen waarin de RTE tot de conclusie kwam dat zorgvuldig was gehandeld, kan op basis van bovenstaande zaak dus niet worden gezegd dat euthanasie op basis van een wilsverklaring in geval van dementie onmogelijk is als de wilsonbekwaamheid is ingetreden. Het gaat i.c. veel meer om de (on)duidelijkheid van de inhoud van de verklaring, de consequenties daarvan voor de uitvoerend arts i.c. en, nu de RTE tot het oordeel is gekomen dat het handelen niet aan de zorgvuldigheidseis van een 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' (WTL) c.q. van een 'uitdrukkelijk en ernstig verlangen' (artikel 293 Sr), in hoeverre de arts daarvan een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

Vergelijken we op dit punt bovenstaande zaak met de twee andere recente oordelen omtrent levensbeëindiging bij patiënten met vergevorderde dementie, dan valt meteen het grote verschil op, gebaseerd op *de inhoud* van de wilsverklaring. In die zaken bestaat immers nu juist geen twijfel over de strekking van de tekst uit de wilsverklaring en de bevestiging daarvan. Oordeel 2016-38 heeft betrekking op een patiënt die euthanasie wilde 'wanneer hij zijn naaste familie niet meer zou herkennen, volledig zorgafhankelijk zou zijn en opgenomen zou moeten worden in een verpleeghuis en daar wezenloos zou

rondlopen'. Zijn euthanasieverzoek was volgens de commissie duidelijk, meerdere malen bevestigd en goed gedocumenteerd (in een schriftelijke wilsverklaring, dagboekfragmenten en het medisch dossier). Vanaf het moment dat de inmiddels niet meer wilsbekwame patiënt tegen zijn zin toch in een verpleeghuis werd opgenomen, was er blijkens het gedrag van de patiënt volgens de arts, behandelaars en naasten geleidelijk aan een situatie van constant zeer invoelbaar ondraaglijk lijden ontstaan, in lijn met de eerdere wilsverklaring.⁷ Ook de patiënt in oordeel 2016-62 beschikte volgens de commissie over een duidelijke schriftelijke wilsverklaring die de patiënt, zolang hij daar nog toe in staat was, regelmatig heeft geactualiseerd en besproken. Op het moment dat hij niet meer wilsbekwaam was, waren er verbale en non-verbale tekenen dat hij nog steeds wilde dat zijn leven beëindigd werd. Er waren daarbij geen signalen van het tegendeel, zo staat in het oordeel geschreven.⁸ Dat zijn dus voorbeelden van (zorgvuldige) euthanasie in geval van dementie op basis van een wilsverklaring en conform de – overeenkomstige – toepassing van de zorgvuldigheids-criteria.

3. *Zorgvuldige uitvoering; heimelijkheid*

Terug naar de specifieke complicaties van de bovenstaande zaak. Met de wilsverklaring is immers het verhaal over het vrijwillig verzoek nog niet af. Er is i.c. een verband met de zorgvuldigheidseis van artikel 2 lid 1 onderdeel f WTL. En ook hier is in bovenstaande zaak iets bijzonders aan de hand. Men beschouwt deze eis wel eens als een minder relevante zorgvuldigheidseis die niet de kern raakt van de mogelijkheid of euthanasie geoorloofd is. In die zin zou het niet naleven van deze eis eerder tot een mogelijke reactie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg leiden, dan dat de schending van deze eis

5 Op basis van (onder meer) jaarverslagen en de Code of Practice van de RTE kan die overtuiging in geval van een wilsonbekwame patiënt alleen in redelijkheid worden vastgesteld als sprake is van een duidelijke schriftelijke wilsverklaring. In de wilsverklaring moet ondubbelzinnig beschreven zijn door de (dan nog) wilsbekwame patiënt, welk potentiële toekomstige scenario zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden voor hem betekent dat hij, op het moment dat die omstandigheid zich voordoet, euthanasie wenst.

6 Op basis van de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek ligt bij een dergelijk oordeel van de toetsingscommissie strafvervolg-ing in beginsel in de rede: Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), *Stcr.* 2012, 26899, onder 5.2.

7 RTE, oordeel 2016-38, zie <https://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/p-2016/documenten>.

8 RTE, oordeel 2016-62, zie <https://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/p-2016/documenten>.

aanleiding geeft voor strafvervolgung.⁹ Bovenstaande zaak laat zien dat dit onder omstandigheden toch anders kan liggen en dat de aard van de schending van deze eis van betekenis is. De uitvoerend arts heeft openhartig verteld dat zij voor de uitvoering van de levensbeëindiging 'heimelijk' middelen in de koffie van patiënte had gedaan om onrust bij de patiënt te voorkomen. Daarmee is naar het oordeel van de commissie patiënte de mogelijkheid ontnomen zich te kunnen verzetten. Daar komt ook nog eens bij dat patiënte ondanks die middelen tijdens het inbrengen van het infuus een terugtrekkende beweging maakte. De arts had dat niet verwacht en er ging, blijkens haar toelichting, op dat moment veel door haar heen. Omdat ze na lang beraad had besloten voor euthanasie te gaan, besloot ze dat het niet gepast was op het moment van de uitvoering uit koudwatervrees de levensbeëindiging af te breken. De commissie oordeelt daarentegen dat de arts de uitvoering had moeten staken en zich nader over de situatie had moeten beraden. Zelfs de schijn van dwang moet volgens de commissie worden vermeden. De patiënte werd vervolgens door familieleden vastgehouden zodat ze niet tegen kon stribbelen. De arts heeft met deze uitvoering volgens de commissie een grens overschreden. De door de commissie in de uitvoering geconstateerde schending van de betreffende zorgvuldigheid raakt in de bijzondere omstandigheden van het geval (ook) aan de vraag of er nog wel een doodswens is van de patiënt; daarmee raakt ook deze schending van dit zorgvuldigheidsbeginsel inzake de uitvoering i.c. toch ook de kern van de toelaatbaarheid van de euthanasie.

Vergelijken we ook hier weer met de beide andere oordelen dan is opvallend dat de uitvoerend arts in zaak 2016-38 blijkens het verhaal van de familie van de patiënt een slaapmiddel door de appelmoes schijnt te hebben gedaan, zonder dat de patiënt

door had wat er ging gebeuren.¹⁰ Het gezin lijkt er niet over te struikelen. Nergens uit het oordeel van de RTE blijkt echter dat de arts de commissie over dit 'heimelijk' gebruiken van de appelmoes heeft ingelicht. Net als in oordeel 2016-38 staat kortgezegd dat de arts de levensbeëindiging op verzoek heeft uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van de KNMG/KNMP.¹¹ De vraag is of de uitvoering zonder heimelijk gebruik van een slaapmiddel mogelijk is bij patiënten die geen besef meer hebben van wat er gaande is. Bert Keizer, Trouw-columnist, voormalig verpleeghuisarts en nu werkzaam bij de Levenseindekliniek, noemt de gang van zaken 'typerend voor de bijna onmogelijke euthanasiepraktijk bij gevorderde dementie'.¹² Het wellicht noodzakelijke 'stiekem', waarmee wordt bedoeld 'buiten de patiënt om' uitvoeren van euthanasie is precies waar voor gevreesd wordt blijkens een manifest van 220 artsen. '*Een dodelijke injectie geven aan een patiënt met gevorderde dementie op grond van een wilsverklaring? Aan iemand die niet kan bevestigen dat hij dood wil? Nee, dat gaan wij niet doen. Onze morele weerzin om het leven van een weerloos mens te beëindigen is te groot*', zo luidt de kop van hun advertentie in NRC Handelsblad van 9 januari van dit jaar.¹³ Het laat, los van de specifieke omstandigheden van de bovenstaande zaak, iets zien van het worstelen met de problematiek in het algemeen.

4. Ondraaglijk lijden

Nog een enkel woord over het criterium van het ondraaglijk lijden. In de huidige discussie, maar ook al in de geschiedenis rondom het fenomeen van de schriftelijke wilsverklaring, wordt de mogelijkheid om door de arts bij een wilsonbekwame patiënt van

9 Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), onder 5.5.

10 'En opeens was het moment voorbij', *Volkskrant* 6 januari 2017. Zie hierover ook Eva Nyst, 'Artsen worstelen met euthanasie bij gevorderde dementie', *Medisch Contact* 31 januari 2017.

11 KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

12 *Trouw* 26 januari 2017.

13 NRC Handelsblad 10 februari 2017. Zie ook de website <http://nietstiekembijdementie.nl>.

ondraaglijk lijden te kunnen (en willen) spreken, bekritiseerd.¹⁴ Euthanasie bij patiënten met gevorderde dementie is vanwege die eis extreem moeilijk en zeldzaam.¹⁵ In de drie hier besproken oordelen is het voor de commissie aannemelijk dat sprake is van ondraaglijk lijden. Opvallend is dat het lijden (in twee van de drie oordelen) mede wordt aangetoond door middel van video-opnames van het gedrag en de situatie van de wilsonbekwame patiënt; het aannemelijk (kunnen) maken van het ondraaglijk lijden van de patiënt op het moment van en vlak voor de uitvoering staat centraal. In het bovenstaande oordeel is de commissie van mening dat de arts redelijkerwijs tot de overtuiging kon komen dat patiënte haar lijden – in zijn totaliteit bezien – als ondraaglijk ervoer. Patiënte vertoonde regelmatig veel tekenen van ernstig lijden. Dat patiënte ook betere momenten kende en een aantal keer op de vraag van de arts of zij dood wilde, had geantwoord: ‘nu nog niet hoor, het is nog niet zo erg!’, doet daar volgens de commissie niet aan af. De commissie gaat ervan uit dat het – om tot de overtuiging te kunnen komen dat sprake is van ondraaglijk lijden – ‘niet noodzakelijk is dat patiënte elke minuut van de dag ondraaglijk leed’. Naar ons oordeel zal overigens al hetgeen de commissie vaststelt over de (niet gevoerde) communicatie tussen de patiënte en de uitvoerend arts nog wel vragen kunnen oproepen over het antwoord op de vraag of het ondraaglijke van het lijden wel in voldoende mate aan de arts kan zijn gebleken, maar we laten dit punt, zeker gegeven de andere onderdelen van het oordeel, hier verder rusten.

5. Afsluiting

Wat leveren de bovenstaande zaak en het oordeel van de commissie op? Voor wat betreft de bijzon-

dere casus: de patiënte in kwestie wilde blijkens haar schriftelijke verklaring absoluut niet geplaatst worden in een verzorgingshuis voor dementerenden. Zij wilde daarnaast tijdig, menswaardig afscheid kunnen nemen van haar dierbaren. De arts, een specialist ouderengeneeskunde, is vastberaden deze vastgelegde wil van de toenmalig wilsbekwame vrouw op te volgen op het moment dat de gevreesde situatie zich voordoet en patiënte dood-ongelukkig lijkt rond te dolen in een verpleeghuis. Zelfs als patiënte voorafgaand aan de uitvoering had gezegd niet dood te willen, zou de arts op basis van de schriftelijke wilsverklaring de levensbeëindiging verder hebben uitgevoerd, heeft de arts openhartig toegelicht aan de commissie. Patiënte was immers niet wilsbekwaam, waardoor haar uiting op dat moment volgens de arts niet meer relevant zou zijn. Het oordeel van de commissie maakt, zeker in vergelijking met de oordelen in de beide andere zaken, (andermaal) duidelijk dat euthanasie in een dergelijke situatie wettelijk niet onmogelijk is. Maar niet op deze wijze met, in het bijzonder, de combinatie van (a) deze onduidelijke wilsverklaring, (b) de te passieve houding van de arts in het bijzonder met betrekking tot een zekere alertheid bij de uitvoering van signalen die er op wijzen dat de doodswens wellicht toch niet in die mate aanwezig is als de arts veronderstelt en (c) de heimelijkheid in de uitvoering. Met name in de combinatie van deze factoren wordt inderdaad zichtbaar wat de commissie verwoordt als ‘de arts heeft een grens overschreden’. Daarmee wordt andermaal duidelijk hoe groot de verantwoordelijkheid van de arts is, ook of juist bij wilsverklaringen. En ook ondanks een duidelijke wilsverklaring (die i.c. ontbreekt) en ondanks – zoals i.c. – (zelfs) twee adviezen van SCEN-artsen dat aan de voorwaarden is voldaan. Is daarmee ook de vraag beantwoord of deze patiënte tegen de uitvoerend arts had moeten worden beschermd? Dat is een van de factoren die het OM nu in de afweging zal moeten betrekken. En voor wat betreft meer algemene conclusies: met het uitbrengen van de Handreiking Schriftelijk Euthanasieverzoek in december 2015 was beoogd praktische en juridische duidelijkheid te scheppen omtrent de waarde en betekenis van deze

14 Over de historische ontwikkeling van de schriftelijke euthanasiewilsverklaring in Nederland (tot aan de invoering van de WTL) beogen wij deze zomer nog apart te publiceren.

15 ‘Waarde wilsverklaring beperkt indien dement en wilsonbekwaam. Levensindekliniek: zelden euthanasie bij dementie’, *Medisch Contact* 21 januari 2016, p. 18-20.

verklaring.¹⁶ De handreiking geeft praktische richtlijnen voor artsen die hierboven al kort aan bod zijn gekomen. De beoogde duidelijkheid omtrent deze schriftelijke wilsverklaring is er blijkens alle commentie toch nog niet helemaal gekomen.¹⁷ Daarnaast speelt op dit moment de vraag in hoeverre we euthanasie bij een vergevorderde demente patiënt zouden moeten willen, als de arts er al toe over zou willen gaan zich aan het vraagstuk te wagen. Er moet voor euthanasie bij een patiënt met vergevorderde dementie in ieder geval sprake zijn van een schriftelijke wilsverklaring met een onmiskenbare wens tot levensbeëindiging. De recente oordelen van de toetsingscommissie bevestigen nogmaals het belang om deze verklaring ten tijde van de wilsbekwaamheid te actualiseren en bespreken, zodat over de inhoud van de verklaring geen twijfel kan bestaan. Minister Schippers is in februari door de NVVE onderscheiden met de Paul van Eerde Award vanwege haar inspanningen om de rol van de schriftelijke wilsverklaring te verduidelijken. De geldprijs die met de award gepaard gaat heeft de minister aan de Levensindekliniek geschonken, voor (na)scholing van artsen die te maken krijgen met euthanasieverzoeken van dementiepatiënten.¹⁸ Daarnaast is Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, van plan binnenkort een handreiking uit te brengen voor het omgaan met euthanasieverzoeken bij wilsonbekwamen.¹⁹ Het laatste woord is er

dus met de hier besproken oordelen nog niet over gezegd. In bovenstaande, specifieke zaak is nu eerst het Openbaar Ministerie aan zet. We treden niet in de te maken afweging, maar merken wel op dat ook strafvervolgning kan bijdragen aan verheldering van normstelling en wetsinterpretatie.

Prof. mr. P.A.M. (Paul) Mevis
Hoogleraar strafrecht en strafprocesrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Mr. drs. L. (Liselotte) Postma
Wetenschappelijk docent strafrecht en strafprocesrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

- 16 Handreiking Schriftelijk Euthanasieverzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Veiligheid en Justitie en de KNMG, december 2015 (artsenversie en publieksversie).
- 17 Zie ook: K.de Nooijer, V.E. van de Wetering, E.C.T. Geijteman, L. Postma, J.A.C. Rietjens en A. van der Heide, 'Schriftelijke euthanasieverklaringen van wilsonbekwame patiënten met dementie. Een systematisch literatuuronderzoek', *NTvG* 2017;161:D988.
- 18 www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2017/02/16/schippers-ontvangt-paul-van-eerde-award en www.rijksoverheid.nl/regering/inhoud/bewindspersonen/edith-schippers/documenten/toespraken/2017/02/16/minister-schippers-neemt-paul-van-eerde-award-in-ontvangst.
- 19 Eva Nyst, 'Artsen worstelen met euthanasie bij gevorderde dementie', *Medisch Contact* 31 januari 2017.