

Meldingsnummer: (...)

## **REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIE EUTHANASIE**

### **OORDEEL**

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

van:

de heer (...)

gevestigd te (...)

verder te noemen: de arts

bij:

mevrouw (...)

geboren op (...)

overleden op (...)

te (...)

nader te noemen: patiënte

geconsulteerd werden:

de heer (...)

gevestigd te (...)

verder te noemen: de eerste consulent

en

mevrouw (...)

gevestigd te (...)

nader te noemen: de tweede consulent

#### **1. PROCEDURE**

Op (...) heeft de commissie 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, overleden op (...) te (...).

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer d.d. (...)

Verslag arts d.d. (...)

Nadere toelichting arts d.d. (...)

Verslag eerste consulent d.d. (...)

Verslag tweede consulent d.d. (...)

Wilsverklaring d.d. (...)

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrief
- gespreksverslag d.d. (...)
- patiëntenjournaal
- volmacht en behandelverbod

De arts en de consulent hebben beiden, daartoe uitgenodigd door de commissie, op de vergadering van (...) 2011, een mondelinge toelichting gegeven. Beiden hebben het verslag daarvan goedgekeurd.

## **2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN**

**Uit de verslaglegging van de arts en de consultant en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:**

### **a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven**

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 60 - 69 jaar , werd in 2004 de ziekte van Alzheimer gediagnosticeerd. Genezing was niet mogelijk. Patiënte werd behandeld met Reminyl, Ebixa en pravastatine. Patiënte werd jarenlang begeleid door een sociaal geriater en GGZ-psycholoog. Ruim vijf jaar na het stellen van de diagnose bleef het ziektebeeld redelijk stabiel en patiënte kon nog min of meer zelfstandig in haar gezin blijven functioneren.

Patiënte besepte goed dat zij aan een ziekte van haar brein leed, die haar in de toekomst steeds verder geestelijk zou verwarren en doen aftakelen.

Patiënte was altijd een faalangstige vrouw geweest die binnen haar gezin een nuttige en onafhankelijke plek had verworven en daardoor zekerheid had gevonden. Patiënte vond het vooruitzicht haar huiselijke geborgenheid en haar onafhankelijkheid te verliezen en haar gezinsleden niet meer te herkennen, verschrikkelijk. Het vooruitzicht van plaatsing in een verpleegtehuis was een vreselijke nachtmerrie voor patiënte. Zij had zelf als verzorgende in een verpleeghuis gewerkt en haar ervaringen waren van dien aard dat haar vaste uitspraak was en tot het einde bleef: "Nooit tussen die demente deuren."

In 2009 kreeg patiënte een epileptisch insult waardoor het dementeringsproces verder voortschreed. In de laatste maanden voor het overlijden verliep de progressie van de ziekte bijzonder snel en werd patiënte toenemend angstig en onrustig. Zij gaf zelf aan dat zij chaos voelde in haar hoofd en dat zij het gevoel had in een vreemd lichaam te zitten. Patiënte was vaak verdrietig en boos; zij hilde veel. Zij vertoonde dwangmatig en stereotiep gedrag met evidente utilisatieneigingen; zij had bijvoorbeeld voortdurend het gevoel naar de wc te moeten zonder dat daar een lichamelijke oorzaak aan ten grondslag lag. Het was steeds moeilijker om haar af te leiden en te begeleiden. Er was 24-uurs toezicht nodig. De geheugengaten werden steeds groter. Patiënte herkende haar man en kinderen vaak niet meer maar verwisselde ze met haar ouders en zussen. Het hele bestaan van patiënte kwam op losse schroeven te staan. Patiënte was zichtbaar bang en ongelukkig. Patiënte bleef zeer consistent in het afwijzen van opname in het verpleeghuis. Zij raakte door een gesprek hierover telkens volledig van de kaart en bleef daarna uren hangen in verdriet.

Door neurologisch en psychogeriatrisch onderzoek werd de verslechtering van het dementeringsproces bevestigd. Een MRI-scan liet een toegenomen atrofie van vooral de hippocampus zien. Volgens de behandelend neuroloog was geen sprake van een onderliggende depressie.

Het lijden van patiënte werd bepaald door geestelijke achteruitgang en toenemende afhankelijkheid waardoor opname in een verpleeghuis onvermijdelijk werd.

De arts was overtuigd van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.

Het lijden van patiënte was naar heersend medisch inzicht uitzichtloos.

Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de behandelende specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

### **b. Verzoek tot levensbeëindiging**

Patiënte had zeven jaar voor het overlijden, na het bekend worden van de diagnose, met de arts in algemene zin over levensbeëindiging op verzoek gesproken. Een jaar daarna werd op initiatief van patiënte een bijeenkomst belegd waarbij patiënte en haar gezin, de behandelende psycholoog en de arts aanwezig waren. Er werd toen zeer uitgebreid gesproken over de euthanasiewens van patiënte in de toekomst. Er werd toen afgesproken dat patiënte, indien zij er nog zo over dacht, haar wens in de komende jaren met regelmaat zou herhalen en toelichten.

Twee jaar voor het overlijden werd naar aanleiding van een epileptisch insult, waardoor de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens overigens niet werd beïnvloed, het euthanasieverzoek in overleg met alle betrokkenen geactualiseerd. Patiënte kon nog steeds helder verwoorden wat zij wilde en waarom zij dit verzoek deed. Patiënte maakte tot in de zomer van 2010 regelmatig aan de arts duidelijk dat zij actieve beëindiging van haar leven wenste zodra opname in een verpleeghuis onontkoombaar was. Zij was er zich zeer van bewust dat zij dan haar gezin zou moeten verlaten en dat wilde zij niet. Patiënte wilde sterven voordat zij haar gezinsleden niet meer zou herkennen. Patiënte werd in haar wens gesteund door haar gezin. Na de zomer van 2010 verslechterde het dementiebeeld plotseling aanzienlijk. De geestestoestand van patiënte was achteruitgegaan. De wilsbekwaamheid nam af en patiënte was slechts bij vlagen goed en helder. Zij herinnerde zich alleen nog maar delen van haar euthanasieverzoek en kon haar verzoek niet meer beargumenteerd onderbouwen. Patiënte gaf wel in elk gesprek met de arts over haar ziekte aan dat zij liever wenste te sterven dan in een verpleeghuis te worden opgenomen. Patiënte herhaalde dit tot aan de uitvoering van de euthanasie.

Er is een uitvoerige schriftelijke wilsverklaring aanwezig waarin patiënte heeft aangegeven onder welke omstandigheden zij niet meer verder wilde leven.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde twee consulenten.

De eerste consulent, een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts bezocht patiënte vier maanden voor het overlijden na over haar geïnformeerd te zijn door de arts en na bestudering van het medisch dossier. De eerste consulent gaf een samenvatting van de ziektegeschiedenis van patiënte.

Verslag van de eerste consulent

Blijkens het verslag van de eerste consulent kon patiënte met enige moeite nog op de namen van haar kinderen komen. Zij wist niet meer waar haar kinderen woonden.

Wanneer over haar ziekte werd gesproken, werd patiënte erg verdrietig. Toen opname in het verpleeghuis ter sprake werd gebracht, gaf patiënte duidelijk aan dat niet te willen. Later in het gesprek werden de antwoorden van patiënte minder consistent.

De eerste consulent was op basis van het snel verslechterende beeld als gevolg van de ziekte van Alzheimer overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden. Er waren geen reële alternatieve behandelmogelijkheden om het lijden te verlichten. Patiënte leed evident.

De ondraaglijkheid van het lijden bleek uit de door patiënte getoonde emoties maar kon niet meer door patiënte onder woorden worden gebracht. Uit de context, de wilsverklaring en de gespreksverslagen werd duidelijk dat op het moment van het tekenen van de wilsverklaring zeer waarschijnlijk sprake was van een vrijwillig genomen en weloverwogen beslissing. Ten tijde van de consultatie was patiënte niet in staat haar verzoek te herhalen. De eerste consulent kon zich niet vergewissen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en was van mening dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De tweede consulent, een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts bezocht patiënte ruim twee weken voor het overlijden na over haar geïnformeerd te zijn door de arts en na bestudering van het medisch dossier. De tweede consulent was op de hoogte van het verslag van de eerste consulent. De tweede consulent gaf een samenvatting van de ziektegeschiedenis van patiënte.

Verslag van de tweede consulent

Blijkens het verslag van de tweede consulent was patiënte aanvankelijk rustig en in een goed humeur. Opeens sloeg haar stemming om; zij werd verdrietig en boos. Patiënte hilde en riep; “Ik wil hier niet weg, ik wil niet helemaal dement worden.” Daarna werd zij wat rustiger maar al snel werd patiënte opnieuw onrustig en moest weer huilen. Zij maakte duidelijk niet uit huis weg te willen en niet naar een verpleeghuis te willen.

Gedurende het gesprek van anderhalf uur maakte patiënte voornamelijk een ongelukkige, verdrietige indruk. Patiënte was bang voor de chaos in haar hoofd, bang om niets meer te weten. Patiënte was absoluut geen blijde dementerende vrouw.

Patiënte had zelf last van haar dwangmatige gedrag. Zij had het gevoel in een vreemd lichaam te zitten. Haar omgeving gaf aan dat patiënte steeds moeilijker uit verdrietige en boze periodes te halen viel.

Door de grote gaten in het geheugen van patiënte waren de finesses van het euthanasieverzoek, dat zo goed en uitgebreid was voorbereid, voor haar verdwenen. Wel was in haar geheugen gegrift dat zij niet in het verpleeghuis wilde zijn en dan liever dood wilde gaan. Patiënte was naar de mening van de tweede consulent, nog wel wilsbekwaam ten aanzien van haar gedachten over het verpleeghuis en dementie.

Er bestond bij de tweede consulent mede op basis van de uitgebreide schriftelijke wilsverklaring, geen twijfel wat betreft de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Er bestonden geen behandelopties meer en de geestelijke achteruitgang zou alleen maar toenemen. Het vooruitzicht van patiënte was opname in een verpleeghuis. Dat vond zij verschrikkelijk. Patiënte was in een situatie terecht gekomen die zij vreesde en had willen voorkomen. Bovendien leed patiënte zichtbaar door verdriet, boosheid en dwangmatig handelen. De tweede consulent was overtuigd van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.

De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

#### **d. Uitvoering**

De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek op (...) 2011 uit door intraveneuze toediening van 10 mg Dormicum als premedicatie gevolgd door 2000 mg thiopental en 20 mg Pavulon.

#### **e. Nadere mondelinge toelichting van de arts**

Het was de commissie opgevallen dat de arts zelf actief de tweede SCEN-consulent had benaderd met de vraag of zij een consultatie wilde doen. De commissie wilde met de arts van gedachten wisselen over de wijze waarop de tweede consulent was geselecteerd om haar oordeel te geven. Nu deze consulent zo gericht was gevraagd, kon immers discussie over haar onafhankelijkheid ontstaan.

De commissie was benieuwd waarom de arts vond dat patiënte ondraaglijk leed.

Bovendien wilde de commissie van de arts horen hoe hij tot de overtuiging was gekomen dat het verzoek van patiënte nog steeds vrijwillig en weloverwogen was terwijl haar wilsbekwaamheid was aangetast.

De commissie wilde ook graag dat de arts zou toelichten waarom in zijn ogen het verzoek van patiënte op het laatst concreet was.

De arts gaf -zakelijk weergegeven- de volgende toelichting.

De arts had in eerste instantie als consulent de dienstdoende SCEN-arts geraadpleegd. Deze bezocht patiënte en gaf een negatief advies. Inmiddels verstreek de tijd en patiënte bleef haar doodswens, hoewel gebrekkig geformuleerd, herhalen en haar lijden werd almaar ernstiger. De arts voelde zich zeer betrokken bij patiënte en hij vond nog steeds dat hij haar conform haar eerdere, zeer duidelijk en herhaaldelijk geuite euthanasieverzoek recht moest doen. De arts wilde niet lang wachten in verband met de afnemende wilsbekwaamheid van patiënte. Hij ging daarom actief op zoek naar een tweede consulent, die ervaring had met het geven van een tweede opinie in het kader van een euthanasieverzoek bij dementie. De arts kende de tweede consulent niet en hij gaf in het gesprek met de commissie nadrukkelijk aan dat hij op geen enkele wijze er op uit was geweest om een één-tweetje aan te gaan. Wel wilde hij graag een SCEN-advies van een op dit terrein deskundige consulent omdat hij zich anders in deze procedure te eenzaam voelde. Hij wilde dat iemand met hem mee wikte en woog zonder dat dat persé een positief advies zou moeten opleveren.

De arts zag wel op tegen een mogelijke juridische nasleep en beschouwde een positief advies wel als een soort bescherming daartegen. Door het positieve SCEN-advies van de tweede consulent voelde de arts zich gesterkt.

Over de ondraaglijkheid van het lijden vertelde de arts het volgende.

Patiënte had, al 10 jaar lang, herhaaldelijk en zeer vastbesloten, aangegeven nooit naar een verpleeghuis te willen maar mocht dat onvermijdelijk zijn, liever te willen sterven.

In de periode dat de wilsbekwaamheid van patiënte afnam, werd patiënte zeer verdrietig en boos zodra het verpleeghuis ter sprake kwam. Zij bleef dan uren in die stemming hangen.

Er ontstond bij patiënte überhaupt steeds meer angst en onrust. Zij had last van dwanggedachten en dwanghandelingen. Zij kon steeds minder en was bijna nooit meer te verleiden tot een lach. De ernst van het lijden bleek duidelijk uit haar lichaamstaal; van haar gezicht was de angst, de onzekerheid en het ongelukkig zijn af te lezen.

De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts zeer invoelbaar.

Patiënte had vanaf de diagnose van haar dementie een duidelijke en goed beargumenteerde doodswens gehad voor wanneer zij ondraaglijk zou lijden. Patiënte had daarover afspraken gemaakt met haar gezin, de arts en een begeleidend psycholoog. Patiënte schreef een uitgebreide wilsverklaring die telkens werd geactualiseerd. Alles leek goed voorbereid maar de plotselinge afgenomen wilsbekwaamheid van patiënte dreigde roet in het eten te gooien. Timing blijft bij euthanasie wegens dementie een cruciaal probleem, aldus de arts. Het verzoek was in de loop der tijd herhaaldelijk vrijwillig en weloverwogen geuit. In de laatste maanden voor het overlijden kon patiënte haar verzoek niet meer gedetailleerd onderbouwen. In de laatste drie weken voor het overlijden sprak de arts nog twee keer met patiënte over haar dementie en euthanasieverzoek. In die gesprekken maakte zij toch nog duidelijk, zij het in gebrekkige bewoordingen, wat zij wilde. Bijvoorbeeld op de dag voor de levensbeëindiging, voerde de arts een gesprek met patiënte waarin zij zei: “Niet tussen die demente deuren, ik wil dood, doe nou wat”. Dit was voor de arts, naast haar gedrag, de verbale bevestiging van het feit dat patiënte echt dood wilde. Hij beschouwde dit als een concreet verzoek zonder hetwelk hij niet in staat zou zijn geweest om de euthanasie uit te voeren.

#### **f. Nadere mondelinge toelichting van de tweede consulent**

Eén van de door de commissie te toetsen elementen is of de consultatie door een onafhankelijk arts heeft plaatsgevonden.

Het was de commissie opgevallen dat zeer gericht aan de tweede consulent was gevraagd om als consulent op te treden.

De commissie wilde in dat kader graag van de tweede consulent weten of zij zich onafhankelijk genoeg voelde om deze consultatie uit te voeren.

Ook wilde de commissie graag van de tweede consulent vernemen hoe zij tot het oordeel was gekomen dat patiënte ondraaglijk leed. Ook vroeg de commissie zich af hoe de tweede consulent had geconcludeerd dat patiënte concreet om euthanasie verzocht.

De tweede consulent gaf - zakelijk weergegeven- de volgende mondelinge toelichting.

De tweede consulent gaf aan dat zij, ondanks het feit dat de arts haar gericht had geraadpleegd, zich onafhankelijk had gevoeld en goed in staat was geweest om een objectief oordeel te geven. De tweede consulent was gevraagd vanwege haar expertise op het gebied van dementie en euthanasie.

Zij kende noch de arts noch patiënte. Zij voelde zich op geen enkele manier onder druk gezet om een positief advies te geven.

De tweede consulente meende toen de onderhavige casus aan haar was voorgelegd dat er sprake was van een bepaalde analogie met een casus uit het jaarverslag van de Toetsingscommissies 2009 waarin een afatische patiënt zijn euthanasieverzoek niet meer kon uiten. Dat wilde volgens de tweede consulente absoluut niet zeggen dat zij na het gesprek met patiënte niet tot een negatief advies had kunnen komen.

De tweede consulent gaf aan dat het in het geval van het beoordelen van het ondraaglijk lijden en het euthanasieverzoek bij dementie belangrijk is om een patiënt te zien en de familie erbij te betrekken.

Op die wijze worden de contouren van het lijden van een patiënt duidelijk want een deel van de autonomie van de demente mens is bij de partner, de kinderen en andere naasten terecht gekomen. Een huisbezoek aan patiënte was absoluut noodzakelijk om zelf een indruk te krijgen van de thuissituatie van patiënte alsook een indruk proberen te krijgen van de ondraaglijkheid van het lijden teneinde een oordeel te kunnen geven over de toetsingscriteria.

De tweede consulent nam waar dat patiënte tijdens het grootste gedeelte van het gesprek erg onrustig en chaotisch was. Patiënte maakte een doodongelukkige indruk. Patiënte herhaalde wel de woorden verpleeghuis, dementie en dood maar zij kon niet letterlijk zeggen dat zij euthanasie wenste. Bij doorvragen raakte patiënte in een staat van ontredde.

Het ondraaglijk lijden was duidelijk waarneembaar en onmiskenbaar. De tweede consulent stelde vast dat de wilsbekwaamheid van patiënte was aangetast. Maar op grond van de schriftelijke wilsverklaring, de voorgeschiedenis die in het patiëntenjournaal was vastgelegd en de verklaringen van de familie met daarbij de verbale uitingen van patiënte “dementie, dood, dood” concludeerde de tweede consulent dat het verzoek vrijwillig, weloverwogen en concreet was.

### **3. BEOORDELING**

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie overweegt met betrekking tot het *vrijwillig en weloverwogen verzoek* het volgende. Op grond van artikel 2 lid 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding kan, op het moment dat de levensbeëindiging concreet aan de orde is, een ondertekende schriftelijke wilsverklaring inhoudende een verzoek tot levensbeëindiging een mondeling verzoek vervangen van een patiënt die niet meer in staat is zijn wil te uiten maar die voordien wel wilsbekwaam was. In het onderhavige geval had patiënte al vanaf zeven jaar voor het overlijden, na het bekend worden van de diagnose, vele malen uitgebreid met de arts, een begeleidend psycholoog en haar gezin over actieve levensbeëindiging gesproken. Patiënte had daarbij telkens aangegeven onder welke omstandigheden zij haar lijden als ondraaglijk zou ervaren en levensbeëindiging zou wensen.

Patiënte had dit standpunt en het euthanasieverzoek vastgelegd in een door haar ondertekende, regelmatig geactualiseerde, schriftelijke wilsverklaring terwijl zij wilsbekwaam was.

Patiënte was tot op het laatst meestentijds nog wel in staat om door gedrag en uitingen haar eerdere wilsverklaringen te ondersteunen.

De commissie is van oordeel dat op grond van het bovenstaande aannemelijk is gemaakt dat het in de schriftelijke wilsverklaring verwoorde verzoek door patiënte vrijwillig en weloverwogen was gedaan.

Wat betreft het vereiste van *de uitzichtloosheid van het lijden* merkt de commissie op dat de ziekte van Alzheimer volgens het huidige medische inzicht een progressieve ziekte is waarvoor geen wezenlijke behandelmethoden bestaan. De situatie waarin patiënte verkeerde zou, zonder enig perspectief op verbetering, nog tijden kunnen voortduren en kon derhalve als uitzichtloos lijden worden aangemerkt.

Met betrekking tot *de ondraaglijkheid van het lijden* overweegt de commissie het volgende. De commissie stelde vast dat tijdens de vele gesprekken die patiënte met de arts en haar gezin over haar euthanasiewens had gevoerd, uitvoerig aan de orde was gekomen wat ondraaglijkheid van het lijden voor haar inhield. Patiënte had dit ook uitgebreid verwoord in haar schriftelijke verklaring.

Patiënte had in haar wilsverklaring omschreven dat het verlies van menselijke waardigheid door de totale afhankelijkheid van anderen, het niet langer herkennen van haar naasten en het onvermogen te begrijpen wat er in de wereld om haar heen gebeurde, voor haar een ondraaglijk lijden zou vormen. Patiënte had tevens aangegeven dat opname in een verpleeghuis wegens het niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, voor haar een reden zou zijn om om euthanasie te verzoeken.

Het is de commissie duidelijk geworden dat patiënte inmiddels was komen te verkeren in een situatie die zij altijd al had gevreesd en waarvan zij in de gesprekken en in haar wilsverklaring duidelijk had aangegeven nooit te willen meemaken. Patiënte kon vlak voor de levensbeëindiging de ondraaglijkheid van haar lijden weliswaar niet meer adequaat onder woorden brengen maar de arts en de consulenten hadden uit de lichaamstaal en verbale reacties van patiënte zeer sterk de indruk gekregen dat patiënte de toestand waarin zij nu verkeerde- die zij voorheen als ondraaglijk lijden had omschreven- ook als zodanig ervoer. De arts had zich hierin gesterkt gevoeld doordat patiënte, zij het op gebrekkige wijze, vlak voor de uitvoering van de euthanasie, nog enkele malen uitte dat zij dood wilde.

Gelet op het feit dat de arts door de vele gesprekken die hij eerder met patiënte had gevoerd, zich een zeer goed beeld had kunnen vormen van wat zij als ondraaglijk lijden beschouwde, zoals zij ook had bevestigd in de schriftelijke wilsverklaring en tot op het laatst in haar gedrag en verbale uitingen, was de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de euthanasie ondraaglijk leed.

Ten aanzien van *de consultatie* overweegt de commissie het volgende.

De commissie heeft zich afgevraagd of de tweede consulent, nu zij door de arts gericht verzocht was om een consultatie te verrichten, wel in staat was geweest om een onafhankelijk oordeel te geven.

De tweede consulent, tevens SCEN-arts, gaf aan dat zij zich zeer wel in staat had gevoeld om een objectief en onafhankelijk oordeel te geven. Het feit dat zij gericht gevraagd was, had te maken met haar deskundigheid op het gebied van dementie en euthanasie en niet met het feit dat de arts graag een positief advies zou willen. De arts wilde in de eerste plaats een objectief advies van een consulent die ervaring had met deze specifieke problematiek om zodoende te kunnen reflecteren op zijn eigen handelen. Hij had op geen enkele wijze druk op de tweede consulent uitgeoefend om een positief oordeel te geven. De arts was op de hoogte van het feit dat een arts na een negatief advies van een consulent toch kan besluiten om het euthanasieverzoek van een patiënt in te willigen.

Het afwijken van het advies van een consulent legt wel een zwaardere verantwoordingsplicht op de arts. De arts wilde graag een positief advies van een consulent om zich gesteund te voelen in zijn voornemen om de levensbeëindiging uit te voeren en tevens als ondersteuning bij zijn verantwoording achteraf.

Hoewel de commissie in het algemeen van oordeel is dat het om de onafhankelijkheid van de consulent te waarborgen de voorkeur verdient dat een consulent 'at random' wordt geselecteerd (zoals dat via de SCEN-organisatie gebruikelijk is), kan het in een bijzonder geval nuttig zijn om een arts met specifieke deskundigheid te vragen om een consultatie te verrichten.

In casu is de commissie van oordeel dat de tweede consulent een onafhankelijk en objectief oordeel heeft kunnen geven. De arts heeft blijk gegeven van een zorgvuldige reflectie op zijn handelen onder andere door het raadplegen van twee onafhankelijke consulenten.

Meldingsnummer: (...)

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden en de nadere mondelinge toelichtingen is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte en dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

#### **4. BESLISSING**

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