

REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2019

INHOUD

VOORWOORD 4

HOOFDSTUK I ONTWIKKELINGEN IN 2019

1 Jaarverslag	9
2 Meldingen	
Aantal meldingen	9
Man-vrouwverhouding	11
Verhouding levensbeëindiging op verzoek - hulp bij zelfdoding	11
Aandoeningen	11
Meest voorkomende aandoeningen	11
Dementie	11
Psychiatrische aandoeningen	13
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	13
Overige aandoeningen	13
Leeftijd	15
Locatie van de levensbeëindiging	15
Meldende artsen	15
Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie (Echt)paren	17
Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	17
Grijstinten in de toetsingspraktijk	17
3 Werkwijze RTE, ontwikkelingen	21
VO's, NVO's en ODB's	21
Complexe meldingen	24
Reflectiekamer	24
Organisatie	26

HOOFDSTUK II CASUÏSTIEK

1 Inleiding	28
2 Arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	31
2.1 Zeven voorbeelden van meest voorkomende meldingen	31
Kanker	32
Aandoening van het zenuwstelsel	35
Longaandoening	37
Hart- en vaataandoening	38
Combinatie van aandoeningen	39
2.2 Vijf oordelen geordend naar vier zorgvuldigheidseisen van de WTL	40
Vrijwillig en weloverwogen verzoek	40
Uitzichtloos en ondraaglijk lijden en geen redelijke andere oplossing	45
Onafhankelijke consultatie	48
Uitvoering	50
2.3 Vijf oordelen betreffende patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van ouderdoms-klachten	52
Psychiatrische aandoening	52
Dementie	55
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	69
2.4 Drie euthanasieverzoeken van patiënten met een vrijheidsbeperkende maatregel	72
3 Arts heeft <i>niet</i> gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	83
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van consultatie van ten minste één onafhankelijke andere arts	83
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering	92

VOORWOORD

Rechtsvragen over euthanasie op basis van een schriftelijk euthanasieverzoek van patiënten met vergevorderde dementie

Voor het eerst sinds de totstandkoming van de euthanasiewet in 2002 heeft een arts zich dit jaar moeten verantwoorden voor de strafrechter. Dat overkwam een specialist ouderengeneeskunde nadat zij euthanasie verleende op basis van een schriftelijk wilsverklaring van een patiënt met een inmiddels vergevorderde dementie. De RTE had in 2016 geoordeeld dat de arts daarbij niet had gehandeld conform de in de wet vastgestelde zorgvuldigheidseisen.

Zowel het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg als de Rechtbank Den Haag hebben over deze zaak uitspraken gedaan. De Procureur-Generaal bij de Hoge Raad heeft tegen beide uitspraken inmiddels een vordering tot cassatie in het belang der wet ingediend. De ingewikkelde dilemma's waarmee de arts in die zaak geconfronteerd werd en de in dat verband te beantwoorden rechtsvragen, hebben het afgelopen jaar mede daardoor de volle aandacht gekregen.

Het lijkt geen twijfel dat de wetgever het mogelijk heeft gemaakt dat artsen onder bepaalde omstandigheden op grond van een schriftelijke wilsverklaring gevolg kunnen geven aan een verzoek tot levensbeëindiging van een patiënt met vergevorderde dementie. De Hoge Raad zal nu echter het antwoord moeten geven op de navolgende in het oog springende vragen:

- Mag een arts indien de schriftelijke wilsverklaring niet geheel eenduidig is de precieze bedoeling van de patiënt proberen te achterhalen door daarover navraag te doen bijvoorbeeld bij familieleden, andere naasten of verzorgenden van de patiënt?
- Mag een arts premedicatie geven (midazolam) indien hij meent dat dit ter voorkoming van complicerende angstreacties voor het goed medisch handelen bij de uitvoering van de gevaagde levensbeëindiging, noodzakelijk is?
- Dient de arts op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) aan een wilsonbekwame patiënt te vragen of het in de schriftelijke wilsverklaring neergelegde verzoek tot levensbeëindiging nog steeds van kracht is alvorens de euthanasie te verlenen?

De laatste hierboven weergegeven vraag die voortvloeit uit de WGBO is een vraag waarvan het niet voor de hand ligt dat de RTE daarop het antwoord formuleert. Bij de totstandkoming van de WTL is immers expliciet overwogen dat levensbeëindiging op verzoek niet een nor-

maal medisch handelen is waarop de WGBO van toepassing is¹: De antwoorden op de twee andere hierboven weergegeven vragen zijn eerder door RTE commissies in ogenschouw genomen en zijn inmiddels in positieve zin beantwoord. Zo is de commissie in het oordeel 2018/29 van mening dat de betrokken patiënt geen eenduidige wilsverklaring had, maar concludeert op basis van informatie van naasten, de huisarts en de SCEN-consultant dat de patiënt 'evident' in de situatie verkeerde waarin hij had aangegeven euthanasie te willen. De arts heeft daarom, zo oordeelt de commissie, tot de overtuiging kunnen komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. En in het oordeel 2018/41 komt de commissie tot de conclusie dat "het toedienen van premedicatie door de arts onder deze specifieke omstandigheden onder goed medisch handelen valt." Zo ook de EuthanasieCode 2018² waarin staat dat het geven van premedicatie onderdeel kan zijn van goed medisch handelen. De twee door de Hoge Raad te wijzen arresten zullen naar verwachting de bestaande onzekerheid van artsen wegnemen over hoe te handelen bij een verzoek om levensbeëindiging op grond van een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt met een inmiddels vergevorderde dementie. Ondertussen heeft de KNMG stappen ondernomen om tot een standpunt te komen over hoe artsen vanuit medisch-professioneel oogpunt zouden kunnen of moeten handelen in dit soort situaties. Nadat de Hoge Raad arresten heeft gewezen, zal de RTE de beoordeling van meldingen van levensbeëindiging op basis van een schriftelijk euthanasieverzoek bij een patiënt met vergevorderde dementie daaraan aanpassen. Onze opdracht luidt immers om meldingen van euthanasie te toetsen aan de wet én de jurisprudentie. Daarnaast zullen wij bezien of er aanleiding is om de EuthanasieCode 2018 op onderdelen te herformuleren.

Verbetering en veranderingen in de werkwijze

Het is verheugend dat het gelukt is om zonder op enigerlei wijze te tornen aan de zorgvuldigheid van de beoordelingen door de RTE het tijdsverloop tussen ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel nog verder te verkleinen van gemiddeld 37 dagen in 2018 naar 29 dagen in 2019. Wij vinden het van groot belang om er voor te zorgen dat de arts niet langer dan strikt noodzakelijk is, in onzekerheid hoeft te verkeren over hoe het oordeel van de RTE over een verleende euthanasie zal luiden.

Een van de aanbevelingen van de derde evaluatie van de WTL zag op verbetering en verheldering van de formulering van oordelen met

¹ Kamerstukken 1 2000/01, 26 691, nr. 137b, p. 18 en Kamerstukken 1 2000/01, 26 691, nr. 137e, p. 22

² EuthanasieCode 2018, pagina 38

betrekking tot vragen oproepende meldingen. Het “format” van deze oordelen is als gevolg daarvan met ingang van 1 november 2019 gewijzigd. Bij vraag oproepende meldingen wordt in het oordeel uitsluitend nog stilgestaan bij het specifieke onderdeel van de melding waarover binnen de commissie discussie heeft plaatsgevonden. Vervolgens wordt de overweging van de commissie weergegeven. Anders dan voorheen wordt in het oordeel niet meer stil gestaan bij naleving door de arts van de zorgvuldigheidseisen waarover binnen de commissie geen twijfels bestaan. Medio 2020 zal het nieuwe “format” worden geëvalueerd en zal worden bezien of verdere verbeteringen aangebracht kunnen worden.

Organisatie van de RTE

De voorbereidingen voor de vestiging in Utrecht in 2020 van de drie secretariaten die in 2019 nog in Groningen, Arnhem en Den Haag waren gehuisvest, zijn in het afgelopen jaar verder ter hand genomen. Voor het nog beter en effectiever functioneren van de RTE zal de samenvoeging van de secretariaten naar verwachting een belangrijke stimulans zijn.

Met het ministerie van VWS is in het afgelopen verslagjaar gesproken over de vraag hoe de rolverdeling moet zijn bij de samenwerking met de RTE. Geen discussie bestaat over het feit dat de RTE onafhankelijk is van het ministerie van VWS in de beoordeling van de individuele meldingen van euthanasie. De RTE valt daarvoor niet onder de ministeriële verantwoordelijkheid. De ministers van VWS en J&V wijzen ten behoeve van het functioneren van de RTE een Algemeen Secretaris aan die in ieder geval tot taak heeft het coördineren van de functionele en beheersmatige werkzaamheden van de secretarissen³. Het ministerie van VWS draagt de verantwoordelijkheid voor het aanstellen van secretarissen en administratieve medewerkers van de RTE. Hoe verhoudt zich nu de onafhankelijkheid van de RTE voor de totstandkoming van de oordelen tot de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS voor het ten dienste stellen aan de RTE van de Algemeen Secretaris, van de secretariaatsmedewerkers maar ook van administratieve processen, huisvesting, IT-voorzieningen en budget, noodzakelijk voor het functioneren van de RTE. Op welke wijze is er meer helderheid te krijgen over de matrixstructuur – een complexe vorm van governance – waarin de RTE en het ministerie zich tot elkaar verhouden? In het najaar van 2019 is in constructief overleg tussen het ministerie van VWS en de RTE gesproken over de samenwerking in de matrix met onder andere als uitkomst om de functies van de Algemeen Secretaris en die van de Adjunct Directeur van de Eenheid

Secretariaten Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg en Toetsingscommissies euthanasie (ESTT) in 2020 samen te voegen.

Samenvattend

Het jaar 2019 overziend, zijn relevante stappen gezet in de richting van verdere verbetering en professionalisering van het werk en de organisatie van de RTE. Nog belangrijker is dat de toetsing van de meldingen in 2019 ontegenzeggelijk opnieuw het beeld oproept dat er sprake is van een zorgvuldige euthanasiepraktijk in Nederland: bij slechts vier van de in totaal 6361 in dit verslagjaar gemelde levensbeëindigingen op verzoek heeft de RTE geoordeeld dat deze niet conform een of meer van de in de WTL vastgelegde zorgvuldigheidseisen waren. Ten slotte zullen de binnenkort te wijzen arresten van de Hoge Raad grotere rechtszekerheid bieden over hoe een arts dient te handelen in het geval van een euthanasieverzoek van een patiënt met vergevorderde dementie op grond van diens schriftelijke wilsverklaring. Hoewel dat soort verzoeken in de afgelopen jaren steeds op minder dan de vingers van één hand te tellen zijn (2017: drie; 2018: twee; 2019: twee), wordt naar de uitspraken van de Hoge Raad door velen, waaronder de RTE, reikhalzend uitgekeken.

Jacob Kohnstamm,
Coördinerend voorzitter Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

Maart 2020

³ zie art 6 van de AMvB, Staatsblad 2002, 141

HOOFDSTUK I

ONTWIKKELINGEN IN 2019

1 JAARVERSLAG

Voor nadere informatie over de hoofdlijnen van de wet, de werkwijze van de commissies etc. zie EuthanasieCode 2018 en euthanasiecommissie.nl.

In het jaarverslag doen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) verslag van hun werkzaamheden over het afgelopen kalenderjaar. Ze leggen daarmee verantwoording af aan samenleving en politiek over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak. Die wettelijke taak behelst het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidseisen zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In dit jaarverslag worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip euthanasie. Alleen waar dat nodig is, zal een onderscheid worden gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het jaarverslag heeft daarnaast tot doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de wijze waarop de commissies concrete meldingen hebben getoetst en beoordeeld. In het jaarverslag wordt daarom in hoofdstuk II uitgebreid verslag gedaan van veel voorkomende en bijzondere oordelen.

Er is naar gestreefd om het jaarverslag voor een breed publiek toegankelijk te maken door zoveel mogelijk juridische en medische termen te vermijden of nader uit te leggen.

2 MELDINGEN

Aantal meldingen

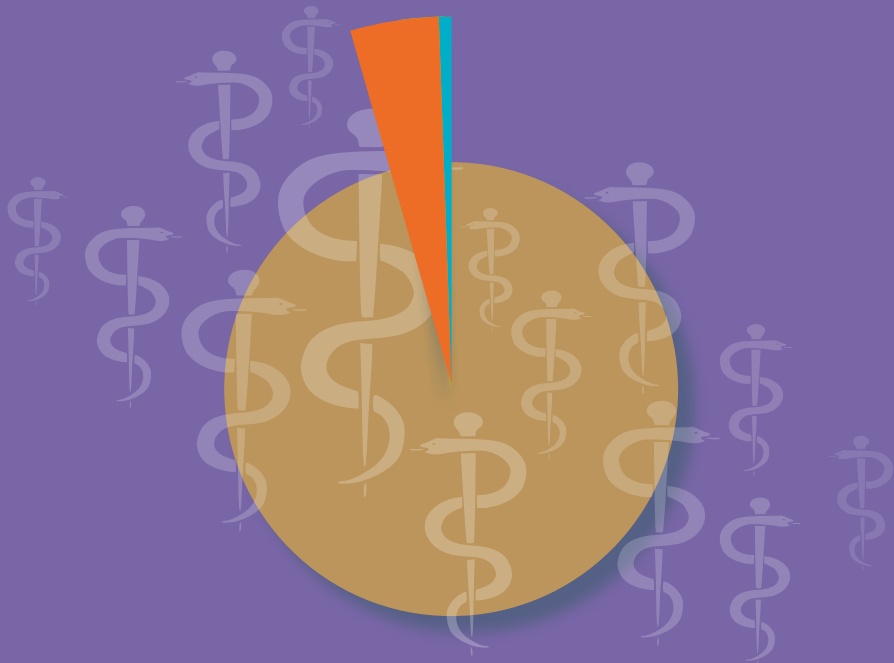
In 2019 hebben de RTE 6.361 meldingen van euthanasie ontvangen. Dat is 4,2% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2019⁴ is overleden (151.793). Het betekent een stijging van het aantal meldingen ten opzichte van 2018 met 3,8% (6.126 meldingen), maar het aantal meldingen is lager dan in 2017 (6.585 meldingen; 4,4%). Ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen is sprake van een stijging met 0,2 procentpunt in vergelijking met 2018 en een daling met 0,2 procentpunt ten opzichte van 2017. In 2018 vond voor het eerst sinds lange tijd een daling van het aantal euthanasiemeldingen plaats. Een in opdracht

⁴ Bron: Centraal Bureau Statistiek, 5 februari 2020



MAN-VROUWVERHOUDING

mannen	3309
vrouwen	2935



VERHOUDING LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK / HULP BIJ ZELFDODING

● Levensbeëindiging op verzoek	6092
● Hulp bij zelfdoding	245
● Combinatie van beide	24

De overzichten met het aantal meldingen van euthanasie in de vijf afzonderlijke regio's zijn te raadplegen op de website (zie: euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

Zie voor de aandachtspunten bij de medisch zorgvuldige uitvoering EuthanasieCode 2018 p. 33 e.v.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie EuthanasieCode 2018 p. 42 e.v.

van de minister van VWS in 2019 uitgevoerd onderzoek⁵ gaf geen helderheid waardoor die daling werd veroorzaakt. Als mogelijke oorzaken werden de griep epidemie van begin dat jaar genoemd en de aankondiging van het Openbaar Ministerie dat een strafrechtelijk onderzoek werd gestart naar een melding van euthanasie die door de RTE als 'onzorgvuldig' werd beoordeeld.

Man-vrouwverhouding

De man-vrouw verhouding in de meldingen was opnieuw nagenoeg gelijk: 3.309 mannen en 2.935 vrouwen (respectievelijk 52,0% en 48,0%).

Verhouding levensbeëindiging op verzoek / hulp bij zelfdoding

In 6.092 (95,8%) meldingen was er sprake van levensbeëindiging op verzoek, in 245 (3,9%) van hulp bij zelfdoding en in 24 meldingen (0,4%) betrof het een combinatie van beide. Dit laatste doet zich voor als een patiënt, na het innemen van een door de arts overhandigde drank in het kader van de hulp bij zelfdoding, niet binnen een tussen arts en patiënt afgesproken tijdsbestek overlijdt. De arts gaat dan alsnog over tot de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek door het intraveneus toedienen van een coma-inducerend middel gevolgd door een spierverlapper.

Aandoeningen

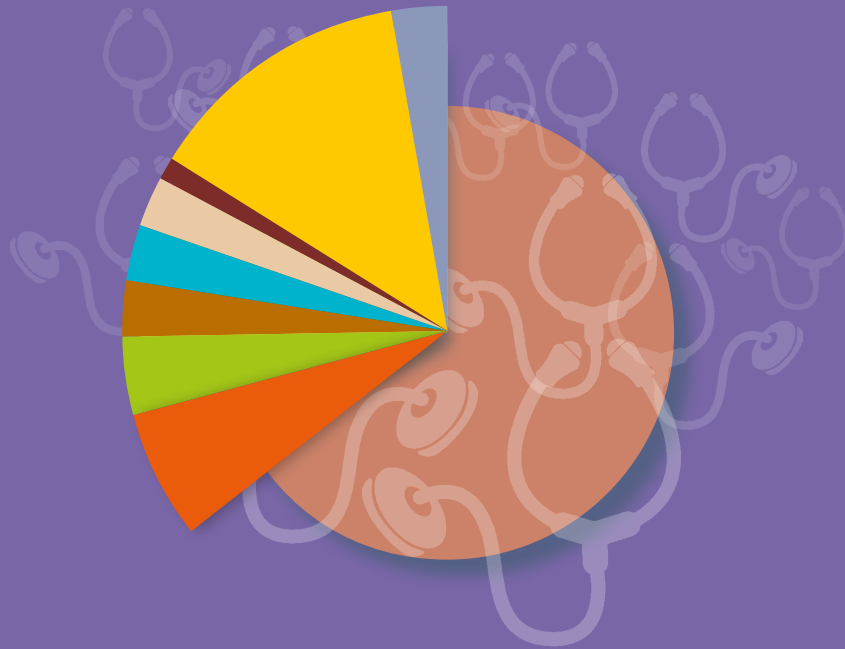
Meest voorkomende aandoeningen

- In 91,1% van de meldingen (5.792) was sprake van mensen met:
- niet (meer) te genezen kanker (4.100);
 - aandoeningen van het zenuwstelsel (408), bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS, ALS;
 - hart- en vaataandoeningen (251);
 - longaandoeningen (187)
- of een combinatie van aandoeningen (846).

Dementie

Bij twee meldingen was in 2019 sprake van patiënten in een ver(der) gevorderd stadium van dementie. Deze patiënten waren niet meer in staat waren om over hun verzoek te communiceren en hun schriftelijke wilsverklaring was bepalend voor het vaststellen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Deze meldingen zijn

⁵ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ontwikkelingen-het-aantal-euthanasiemeldingen-en-achterliggende-factoren>



AARD VAN DE AANDOENINGEN

● kanker	4100
● aandoeningen van het zenuwstelsel	408
● hart- en vaataandoeningen	251
● longaandoeningen	187
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	172
● dementie	162
<i>dementie in de beginfase: 160</i> <i>ver(der)gevorderde dementie: 2</i>	
● psychiatrische aandoeningen	68
● combinatie van aandoeningen	846
● overige aandoeningen	167

opgenomen in hoofdstuk II van dit jaarverslag en zijn op de website van de RTE gepubliceerd onder nummers 2019-79 en 2019-119. In 160 meldingen vormde dementie in de beginfase de grondslag van het lijden. Het betrof patiënten in een fase van dementie, waarin zij nog inzicht hadden in (de symptomen van) hun ziekte, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun euthanasieverzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek nog konden overzien. Melding 2019-90, opgenomen in hoofdstuk II, is hier een voorbeeld van.

Psychiatrische aandoeningen

In 68 meldingen van euthanasie vond het lijden zijn grondslag in een of meer psychiatrische aandoeningen. Van deze 68 meldingen was 42 keer de meldende arts een psychiater, elf keer een huisarts, twee keer een specialist ouderengeneeskunde en dertien keer een andere arts. In 52 meldingen waarin euthanasie werd verleend aan een patiënt op grond van diens psychiatrische aandoening(en), was de uitvoerend arts verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie (EE, voorheen stichting Levensindekliniek). In dergelijke meldingen dient de arts grote behoedzaamheid aan de dag te leggen⁶, zoals in melding 2019-121 (opgenomen in hoofdstuk II) gebeurde.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening EuthanasieCode 2018 p. 40 e.v.

Stapeling van ouderdomsaandoeningen

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen - zoals visusstoornissen (stoornis in zien), gehoorstoornissen, osteoporose (botontkalking), artrose (slijtage), evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang (kennen en weten neemt af) - kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op oudere leeftijd op en zijn een optelsom van een of meerdere aandoeningen en daarmee samenhangende klachten. Deze hebben lijden tot gevolg dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren door deze patiënt. In 2019 ontvingen de RTE 172 meldingen in deze categorie. Twee oordelen die betrekking hebben op een melding van stapeling van ouderdomsaandoeningen zijn opgenomen in hoofdstuk II onder de nummers 2019-67 en 2019-127.

Zie voor de aandachtspunten bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen EuthanasieCode 2018 p.21 e.v.

Overige aandoeningen

Tot slot gebruiken de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie 'overige aandoeningen'. Het betreft aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom. Dit waren 167 meldingen in 2019.

⁶ EuthanasieCode 2018, pagina 40 e.v.

LEEFTIJD

jonger dan 30 jaar	15
30-40 jaar	45
40-50 jaar	163
50-60 jaar	587
60-70 jaar	1336
70-80 jaar	2083
80-90 jaar	1628
90 of ouder	504

Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten EuthanasieCode 2018 p. 40

Leeftijd

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie heeft betrekking op de leeftijdscategorie 70-80 jaar, 2083 (32,7%) gevolgd door de leeftijdscategorieën 80-90 jaar en 60-70 jaar, respectievelijk 1628 (25,6%) en 1363 (21,4%).

In 2019 beoordeelden de RTE geen meldingen van euthanasie bij een minderjarige (12 t/m 17 jaar).

In de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn zestig meldingen ontvangen. In 38 van deze meldingen werd de grondslag van het lijden gevormd door kanker en in tien meldingen was de grondslag een psychiatrische aandoening. Binnen de categorie dementie heeft het hoogste aantal meldingen betrekking op mensen tussen 80-90 jaar oud (71 meldingen). Binnen de categorie psychiatrie waren er in 2019 zowel in de leeftijdscategorie 50-60 als 60-70 jaar twintig meldingen. Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' waren de meeste meldingen in de leeftijd 90 jaar of ouder (123 meldingen).

Locatie van de levensbeëindiging

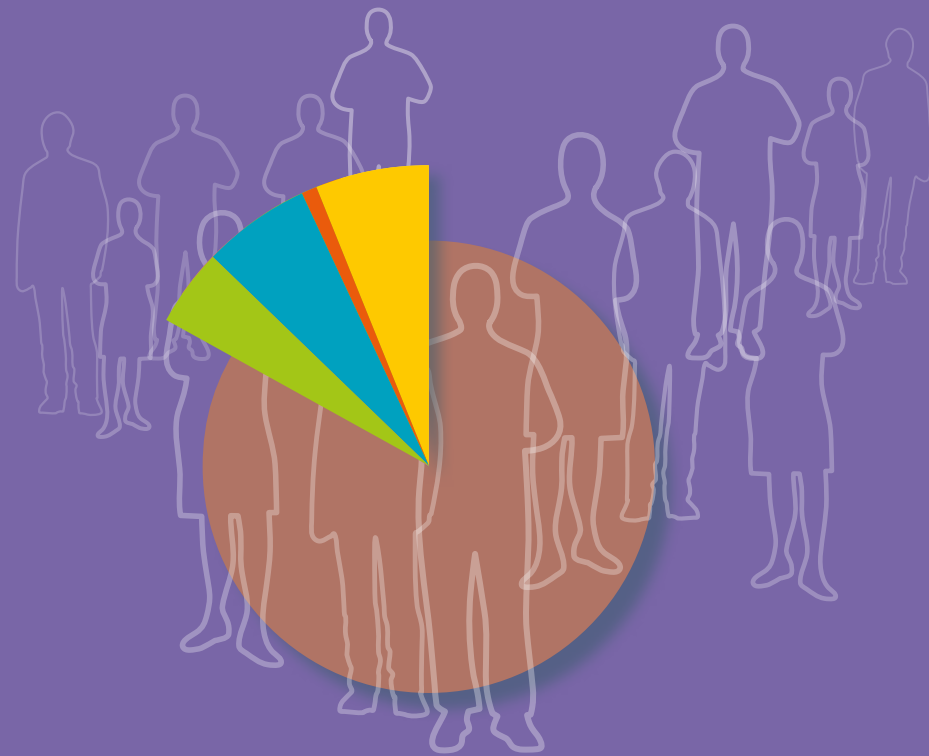
Zoals ook in eerdere jaren vond in verreweg de meeste meldingen het overlijden van de patiënt thuis plaats, zoals al vele jaren het geval is (5.098; 80,1%). In de overige meldingen was de plaats van overlijden een hospice (480; 7,6%), een verpleeghuis (273; 4,3%), een verzorgingshuis (231; 3,6%), een ziekenhuis (178; 2,8%) of een andere, bijvoorbeeld bij familie thuis, in een woonzorgcentrum of een zorghotel (101; 1,6%).

Meldende artsen

In het overgrote deel van de meldingen was een huisarts de meldende arts (5.290; 83,1% van de meldingen). De overige meldende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (269), medisch specialisten (361) en artsen in opleiding (61). Ten slotte is er nog een groep meldingen (380) waarbij de meldend artsen een andere achtergrond hebben, de meesten van hen zijn verbonden aan EE.

Het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan EE (904) nam in 2019 ten opzichte van 2018 (726) toe met 25%.

EE-artsen worden vaak ingeschakeld als de arts die bij de behandeling van een patiënt betrokken is, het euthanasieverzoek als te ingewikkeld ervaart. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie uitvoeren of artsen die alleen euthanasie willen verlenen in geval van een terminale aandoening verwijzen patiënten regelmatig door naar EE.



MELDENDE ARTSEN

● huisarts	5290
● specialist ouderengeneeskunde	269
● medisch specialist in ziekenhuis	361
● arts in opleiding tot specialist	61
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld artsen verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek of een basisarts)	380

Naast het doorverwijzen door een behandelend arts komt het ook voor dat de patiënt zelf of, op diens verzoek, zijn familie het contact met EE legt. Een groot deel van de meldingen waarbij sprake was van een psychiatrische aandoening was afkomstig van een EE-arts: 52 van de 68 meldingen (ruim 76%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 84 van de 162 meldingen (51,9%) afkomstig van een EE-arts. Verder waren 88 van de 172 meldingen (51,1%) waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen afkomstig van EE-artsen.

Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie

Levensbeëindiging door euthanasie staat het doneren van organen en weefsel niet in de weg. In de door de Transplantatiestichting opgestelde Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie is de procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven.⁷ De RTE ontvingen in 2019 twaalf meldingen waarin werd aangegeven dat sprake was van orgaandonatie na euthanasie.

(Echt)paren

In 34 meldingen werd aan twee partners gelijktijdig euthanasie verleend (zeventien paren). De oordelen 2019-08 en 2019-09 op de website zijn daar een voorbeeld van. Vanzelfsprekend dient iedere melding dan afzonderlijk aan de zorgvuldigheidscriteria, die de WTL vereist, te voldoen. Daarbij moeten beide partners door een andere consulent bezocht worden, om de onafhankelijke beoordeling van de casus te waarborgen.⁸

Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

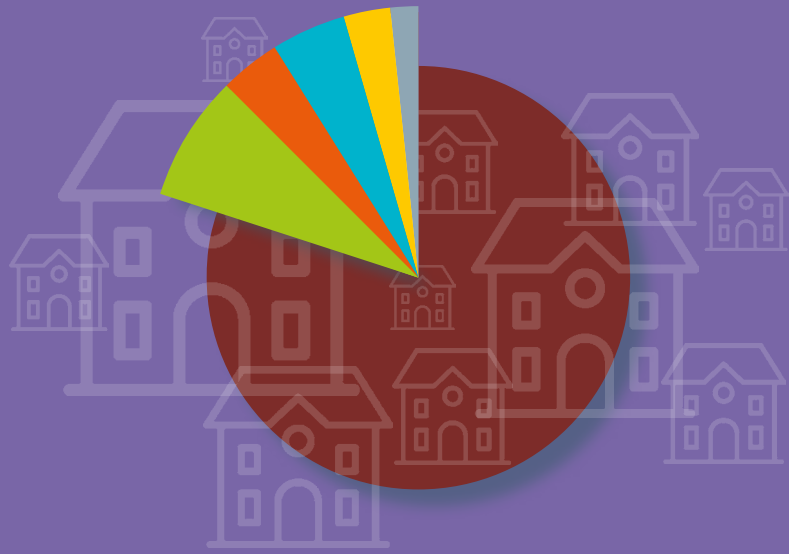
In vier meldingen in 2019 zijn de RTE tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 van de WTL heeft voldaan: dat is minder dan 0,1% van het totaal aantal meldingen. Deze vier uitspraken zijn opgenomen in hoofdstuk II.

Grijstinten in de toetsingspraktijk

We zouden onvoldoende recht doen aan de nuances van de toetsingspraktijk als we alleen zouden weergeven hoe vaak de RTE tot het oordeel kwamen dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig een of meer van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De toetsingspraktijk

⁷ De richtlijn en de achtergronden en onderbouwing die er aan ten grondslag hebben gelegen zijn te raadplegen via transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie.

⁸ EuthanasieCode 2018, p. 29



LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING

● Thuis	5098
● Hospice	480
● Verzorgingshuis	231
● Verpleeghuis	273
● Ziekenhuis	178
● Anders	101
(bijvoorbeeld bij familie, in een woonzorgcentrum of een zorghotel)	

kent daarnaast 'grijstinten'. Inclusief de hierboven genoemde vier meldingen waarin de commissie oordeelde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, heeft de commissie in 29 meldingen bij de arts, en in een enkel geval bij de consulent, om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. In 19 meldingen heeft de commissie de meldende arts, en in een enkel geval de consulent, uitgenodigd om tijdens de commissievergadering antwoord te geven op bij de commissie gerezen vragen, al dan niet nadat eerst schriftelijke vragen aan de arts waren gesteld. Doorgaans waren deze mondelinge en schriftelijke toelichtingen van artsen en consulenten voor de commissie zo verhelderend dat zij tot het oordeel is gekomen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dat neemt niet weg dat de commissies ook regelmatig aanwijzingen hebben gegeven aan artsen over de wijze waarop zij hun handelen en het melden daarvan in de toekomst kunnen verbeteren.

ORDEELBRIEF

Geachte heer, mevrouw (naam),

Op (datum) heeft de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: de toetsingscommissie) uw verslag en bijbehorende stukken ontvangen betreffende uw melding van levensbeëindiging op verzoek bij de heer/mevrouw (naam), geboren op (datum), overleden op (datum). Alle door u aangeleverde stukken zijn grondig bestudeerd door de toetsingscommissie.

Gelet op de feiten en omstandigheden als vermeld in de stukken is de toetsingscommissie van oordeel dat u tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. U heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn/haar vooruitzichten. U heeft met de patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij/zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. U heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Ten slotte heeft u de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Op grond van het bovenstaande is de toetsingscommissie tot het oordeel gekomen dat u heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De toetsingscommissie bestond uit:

(naam), voorzitter, jurist

(naam), lid, arts

(naam), lid, ethicus

Vertrouwende u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,
Hoogachtend,

voorzitter
(handtekening)

secretaris
(handtekening)

3 WERKWIJZE RTE, ONTWIKKELINGEN

VO's, NVO's en ODB's.

Sinds 2012 hanteren de RTE de volgende werkwijze bij de beoordeling van een melding. Nadat een melding is binnengekomen, wordt het dossier door de secretaris van de commissie, een senior jurist, geselecteerd als vragen oproepend (VO-melding) of niet vragen oproepend (NVO-melding). Meldingen worden als NVO geselecteerd wanneer de secretaris van de commissie de inschatting maakt dat de gegeven informatie volledig is en dat door de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Na de eerste selectie door de secretaris van de RTE worden de meldingen door de commissie beoordeeld. Bij de als NVO geselecteerde meldingen gebeurt dat digitaal. De commissie geeft vervolgens haar oordeel of de melding inderdaad niet vragen oproepend is, of dat deze, anders dan het voorlopig oordeel van de secretaris luidde, toch vragen oproept. In het laatste geval kwalificeert de commissie die melding dan als VO-melding en wordt deze alsnog op de vergadering besproken. In 2019 is dat in 26 meldingen het geval geweest (minder dan 1%).

Naar aanleiding van de aanbeveling in de derde evaluatie⁹ van de WTL om hun oordelen beter te motiveren hebben de RTE besloten hun werkwijze vanaf november 2019 aan te passen. In het geval een melding geen enkele vraag oproept, krijgt de arts vrijwel altijd een zogenaamde oordeelbrief (ODB). Dat is een brief waarin kort wordt verwezen naar de feiten in de melding en waarmee de arts op de hoogte wordt gesteld van het feit dat de commissie op grond daarvan tot het oordeel is gekomen dat de arts aan alle zorgvuldigheidsvereisten heeft voldaan. Die ODB werd vanaf medio 2018 reeds verzonden bij NVO-meldingen waarin het lijden van de patiënt werd bepaald door kanker, ALS, COPD of hartfalen of een combinatie van twee of meer van die aandoeningen en geen enkele vraag oproep. Een voorbeeld van de ODB is opgenomen op de pagina hiernaast.

Is daarentegen sprake van een VO-melding, dan wordt een oordeel uitgeschreven. In dat oordeel maakt de commissie meer dan voorheen inzichtelijk welk aspect van de melding vragen oproept en welke overwegingen haar heeft doen besluiten over dat aspect tot het oordeel 'voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' dan wel 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' te komen.

In een enkel geval zal een NVO-melding ook ter vergadering van de commissies besproken worden én schriftelijk gemotiveerd. Dat is het geval als de commissie van mening is dat haar oordeel, vanwege één of

⁹ De evaluatie is te downloaden via <https://publicaties.zonmw.nl/derde-evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/>

meer aspecten van die melding, een nadere motivering heeft. Door op deze wijze de oordelen in vragen oproepende meldingen of bijzondere meldingen ten aanzien van bepaalde aspecten uitvoeriger te beschrijven, verwachten de RTE voor artsen en andere belangstellenden beter inzichtelijk te maken op welke wijze de RTE tot hun oordeel komen en wat in hun afweging het doorslaggevende argument was voor dat oordeel.

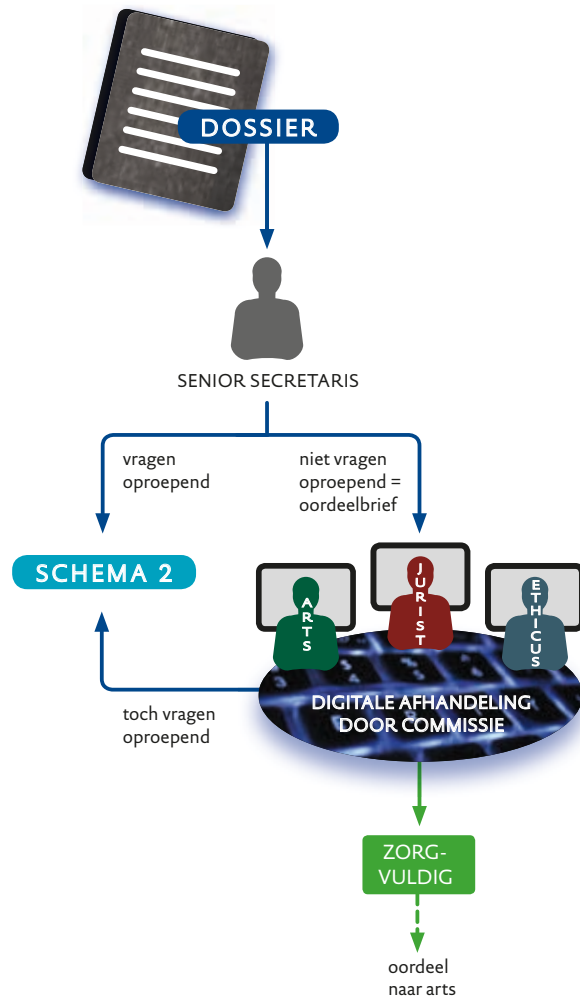
Als voorbeeld van NVO-meldingen die zijn afgehandeld met een ODB zijn in hoofdstuk II de nummers 2019-128, 2019-129, 2019-130 en 2019-131 opgenomen. Opmerking verdient dat daar een samenvatting van de casuïstiek van de betreffende melding is weergegeven en niet van het

aan de arts verzonden oordeel, de meldingen zijn immers met een ODB afgedaan.

In 2019 werd 90,1% van het aantal ontvangen meldingen als NVO geselecteerd door de secretaris van de commissies. Dat is een stijging ten opzichte van 2018 (85%). Die stijging laat zich deels verklaren doordat de definitie wanneer een dossier als VO-melding móet worden aangemerkt door de secretaris van de commissie is aangepast, deels doordat artsen steeds vollediger zijn in hun verslaglegging. In 69,2% van de meldingen werd het definitieve oordeel van de RTE middels een ODB aan de arts verzonden.

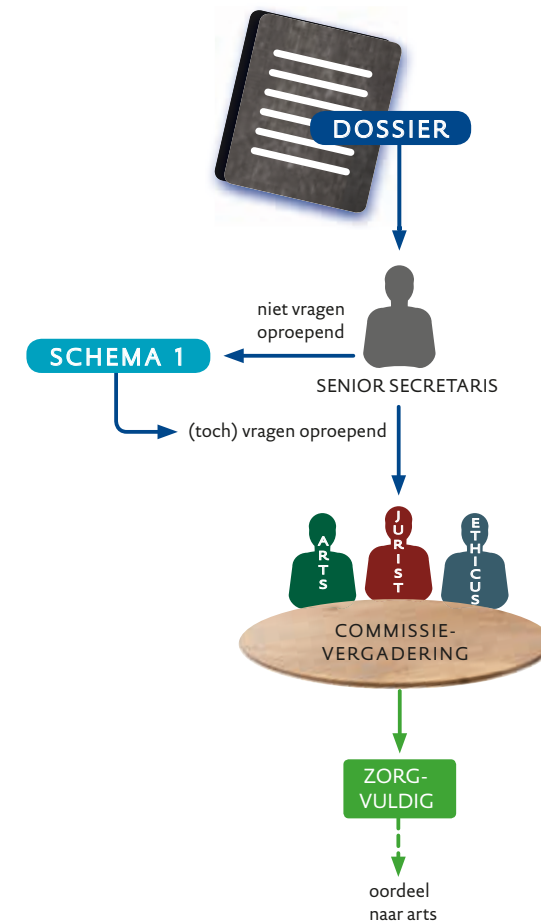
SCHEMA 1

90,1% VAN DE MELDINGEN (NVO/ODB)



SCHEMA 2

9,8% VAN DE MELDINGEN (VO)



Van alle ontvangen meldingen werden er 623 (9,8%) direct bestempeld als vragen oproepend (VO), bijvoorbeeld (maar niet uitsluitend) omdat sprake was van een psychiatrische aandoening, omdat vragen rezen over de uitvoering van de euthanasie of omdat het door de meldende arts aangeleverde dossier te summier was.

Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel bedroeg in 2019 gemiddeld 29 dagen. Dat is binnen de in artikel 9, eerste lid van de WTL vastgestelde termijn van zes weken en sneller dan het gemiddelde tijdsverloop in 2018 van 37 dagen.

Complexe meldingen

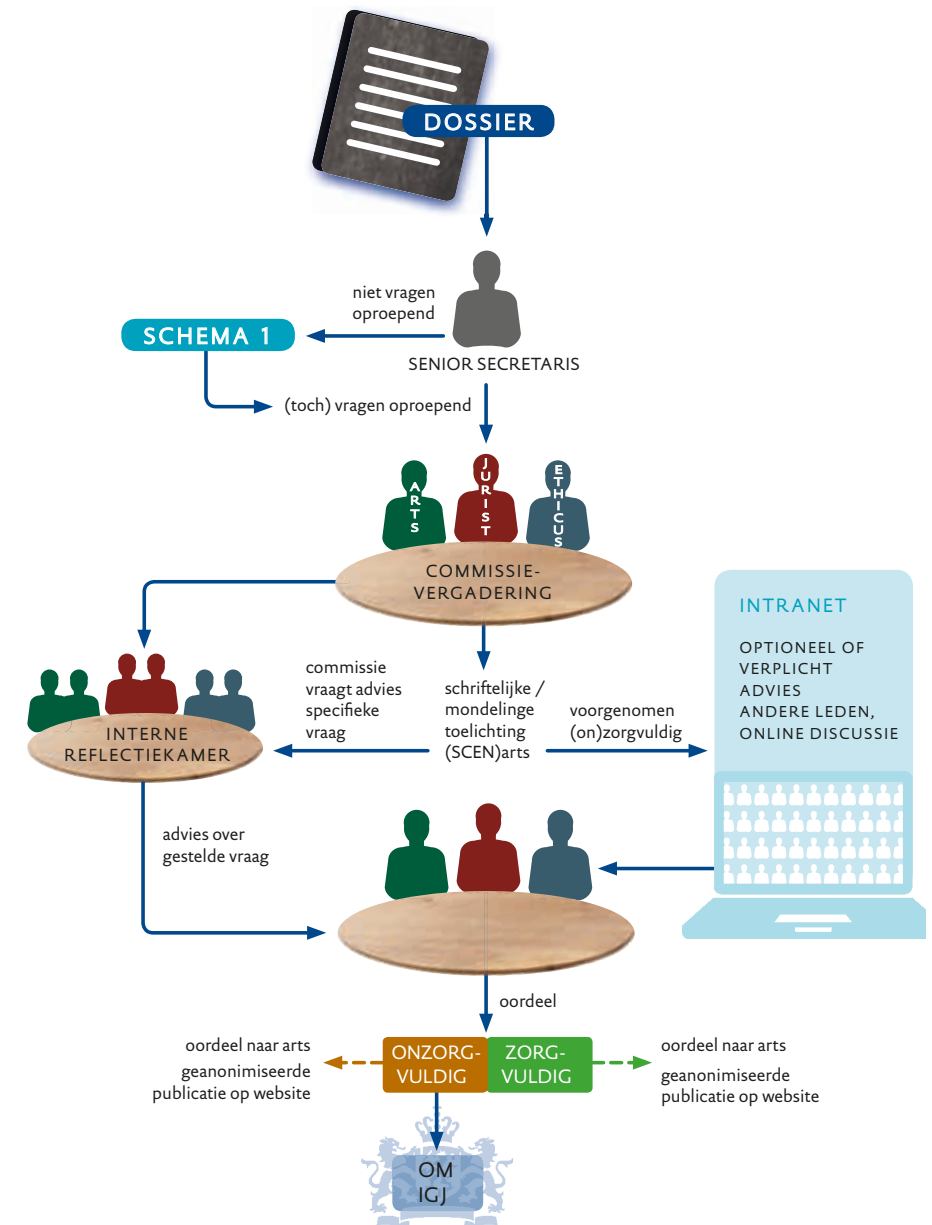
De commissies voeren onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het wenselijk wordt geacht dat alle commissieleden zich erover kunnen uitspreken. Zo is het een vaste werkwijze dat een commissie die meent dat een melding niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, het voorgenomen concept oordeel met onderliggend dossier digitaal op het RTE intranet aan alle andere commissieleden voorlegt. Na kennisneming van de reacties komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

Ook in andere meldingen waarin de commissie behoefte heeft aan een intern debat worden voorgenomen oordelen op het intranet gezet. Doel is om de kwaliteit van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en zoveel mogelijk uniformiteit in de oordelen te bereiken. In 2019 zijn, inclusief de meldingen die als ‘niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen’ werden beoordeeld, negentien meldingen in discussie gebracht.

Reflectiekamer

De RTE hebben in 2016 besloten om een interne reflectiekamer in te stellen, onder meer met het doel om de onderlinge afstemming en harmonisatie verder te bevorderen. De reflectiekamer bestaat uit twee juristen, twee artsen, twee deskundigen inzake ethische of zingevingsvraagstukken, die allen ten minste drie jaar deel uitmaken van de RTE en naar verwachting nog ten minste twee jaar aanblijven. Zij worden bijgestaan door een secretaris. Een commissie kan de reflectiekamer raadplegen in geval van een complex vraagstuk. De reflectiekamer beoordeelt een melding niet in zijn geheel, maar buigt zich over één of meer specifieke door de advies vragende commissie geformuleerde vragen. Gegeven de tijd die het werk van de reflectiekamer vergt, wordt de meldende arts geïnformeerd over het feit dat het oordeel mogelijk langer dan normaal op zich zal laten wachten. In 2019 werden door de commissies aan de reflectiekamer geen adviezen gevraagd. Een inmiddels aangevangen evaluatie van de reflectiekamer zal in het eerste kwartaal van 2020 worden afgerond.

SCHEMA 3
 < 1% VAN DE MELDINGEN (VO)



Organisatie

De RTE zijn ingedeeld in vijf regio's. Elke regio heeft drie juristen (voorzitter), drie artsen en drie deskundigen inzake ethische of zingevingvraagstukken ("ethicus"). Daarmee bestaan de RTE uit 45 commissieleden.

De commissieleden worden openbaar geworven en op voordracht van de commissies voor vier jaar benoemd door de ministers van VWS en J&V. Ze kunnen eenmaal worden herbenoemd.

De commissies zijn onafhankelijk. Dat wil zeggen dat de commissies de euthanasiemeldingen toetsen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en oordelen *zonder* bemoeienis van de minister, politiek of derden. Anders gezegd: de leden en de coördinerend voorzitter worden wel benoemd door de ministers, maar de ministers zijn niet bevoegd 'aanwijzingen' te geven over de inhoud van de oordelen.

De coördinerend voorzitter van de RTE zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor, waarbij ook steeds een vertegenwoordiger van de artsen en de ethici aanwezig is. De coördinerend voorzitter is daarnaast voorzitter van één van de vijf regio's.

De commissies worden bijgestaan door een secretariaat met ongeveer 25 medewerkers. Het secretariaat bestaat uit de algemeen secretaris, secretarissen (juristen) en administratief medewerkers (procesondersteuners). De secretarissen hebben een raadgevende stem in de commissievergadering.

De inhoudelijke aansturing van de secretarissen is in handen van de algemeen secretaris. Alle medewerkers van de RTE zijn ambtenaar van VWS. De secretariaten van de RTE vallen daarom met betrekking tot de organisatie en de bedrijfsvoering onder de hiërarchische leiding van de directie Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg en Toetsingscommissies euthanasie (ESTT).

De medewerkers van het secretariaat zijn formeel in dienst van het ministerie van VWS en ondergebracht bij de directie ESTT. Bij deze Eenheid werken ruim 70 medewerkers. Daarnaast maken het bedrijfsbureau (10 mensen) en het management (directeur en adjunct-directeur) daarvan deel uit.

De administratief medewerkers van de RTE zijn verantwoordelijk voor alle administratieve processen, van registratie van de kenmerken van een binnengekomen melding tot toezending van het oordeel van de commissie aan de meldend arts en/of Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Het secretariaat van de commissies is momenteel gehuisvest op twee locaties in het land: Arnhem en Den Haag. De locatie Groningen is, vooruitlopend op de hierna te bespreken reorganisatie, in het najaar van 2019 gesloten. Het bedrijfsbureau en het management van ESTT zijn gehuisvest in Den Haag.

Er staan veranderingen op stapel die de kwetsbaarheid van de (te) kleine gedecentraliseerde eenheden verminderen en de lopende professionalisering van het secretariaat van de RTE zullen bevorderen. De bestuursraad van VWS heeft eind 2018 besloten tot een reorganisatie met als doel om het secretariaat integraal in Utrecht te vestigen. Nadat de ondernemingsraad op 21 november positief had geadviseerd over de voorgenomen reorganisatie heeft de plaatsvervangend Secretaris-Generaal van VWS op 9 december 2019 officieel het reorganisatiebesluit genomen. Dit was tevens de formele start van de reorganisatie. Het streven is erop gericht na de zomer van 2020 de verhuizing naar de nieuwe locatie gerealiseerd te hebben.

Het soort functie en het aantal medewerkers verandert niet als gevolg van deze reorganisatie; alleen de standplaats van het werk van Arnhem en Den Haag naar Utrecht. Het idee is dat alle vergaderingen van de RTE eveneens gaan plaatsvinden in Utrecht.

Tot slot nog iets over de kosten.

In 2019 bedroegen de kosten voor de RTE ruim 4 miljoen euro. € 769.000 had betrekking op vergoedingen voor de commissieleden. De kosten voor materieel, inhuur van extern personeel, ICT- en locatiekosten bedroegen € 857.000. € 2.448.000 werd besteed aan personeel (management, bedrijfsbureau en secretariaten).

II

HOOFDSTUK II
CASUÏSTIEK

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk laten we oordelen van de RTE zien. In de kern bestaat het werk van de RTE uit het beoordelen van meldingen van artsen betreffende levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: euthanasie).

Een arts die euthanasie heeft verleend, heeft de wettelijke verplichting dit te melden bij de gemeentelijk lijkschouwer. De gemeentelijk lijkschouwer stuurt de melding en de bijbehorende stukken vervolgens door naar de RTE. Het door de arts aangeleverde dossier bestaat in hoofdzaak uit een verslag van de meldend arts, een verslag van de als onafhankelijke arts geraadpleegde consultant, delen van het medisch dossier van de patiënt zoals specialistenbrieven, een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt als die aanwezig is, en een verklaring van de gemeentelijk lijkschouwer. De onafhankelijke arts is bijna altijd een arts die geraadpleegd is via het KNMG-programma Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN).

De commissie kijkt of de meldend arts voldaan heeft aan de zes zorgvuldigheidseisen die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) in art 2 lid 1 stelt:

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
- c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
- e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Bij het toetsen kijken de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de EuthanasieCode 2018, die opgesteld is op

basis van eerdere beslissingen van de RTE. Verder houden de commissies rekening met beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De RTE oordelen of *vast is komen te staan* dat er voldaan is aan het vereiste van voorlichting (c), consultatie (e) en medisch zorgvuldige uitvoering (f). Het gaat om zaken die feitelijk kunnen worden nagegaan. De overige drie zorgvuldigheidseisen schrijven voor dat de arts *de overtuiging heeft gekregen/tot de overtuiging is gekomen* dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b) en dat een redelijke andere oplossing ontbreekt (d). Gegeven de formulering van deze drie zorgvuldigheidseisen ('tot de overtuiging is gekomen') is aan de arts een zekere beoordelingsruimte gelaten. Bij de toetsing van het handelen van de arts op deze drie punten kijken de RTE daarom naar de wijze waarop de arts het onderzoek naar de feiten heeft verricht en naar de motivering die de arts voor zijn besluitvorming geeft. De RTE toetsen dus of de arts, gegeven diens door de wet gegeven beoordelingsruimte, tot de beslissing heeft kunnen komen dat aan deze drie zorgvuldigheidseisen is voldaan. Daarbij kijkt de RTE naar de wijze waarop de arts zijn beslissing onderbouwt. Het verslag van de consultant draagt vaak bij aan deze onderbouwing.

De oordelen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, zijn onderverdeeld in oordelen die inhouden dat 'voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen' (paragraaf 2) en oordelen die inhouden dat 'niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' (paragraaf 3). Dit laatste wil zeggen dat de betreffende commissie van oordeel is dat de arts ten aanzien van de naleving van een of meer van de zorgvuldigheidseisen tekort is geschoten.

Paragraaf 2 is onderverdeeld in drie subparagrafen.

Eerst (paragraaf 2.1) geven we zeven meldingen weer die representatief zijn voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangen. Meldingen waarbij genezing niet (meer) mogelijk was en sprake was van kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, longaandoeningen, hart- en vaataandoeningen of een combinatie van aandoeningen. In deze meldingen werd het oordeel niet altijd gedetailleerd uitgeschreven maar ontving de arts in de meeste gevallen een zogenaamde oordeelbrief (ODB). Een brief waarin staat dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan met een zelfde korte motivering.

Daarna (paragraaf 2.2) richten we de aandacht op verschillende zorgvuldigheidseisen. Daarbij gaan we met name in op het vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b), de gezamenlijke overtuiging dat redelijke andere oplossingen ontbreken (d), de onafhankelijke consultatie (e) en de medisch zorgvuldige uitvoering (f). We presenteren in die paragraaf meldingen die meer

ingewikkeld zijn. Dat uit zich bijvoorbeeld in meer gegevens over de patiënt, diens verzoek en lijden, en extra overwegingen van de commissie. Er is één zorgvuldigheidseis die op deze plaats niet expliciet aan de orde komt: de voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten (c). Dit vereiste is in het algemeen nauw verweven met andere zorgvuldigheidseisen waaronder de eis dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Daarvan kan alleen sprake zijn als de patiënt goed op de hoogte is van zijn gezondheidssituatie en zijn vooruitzichten. De vereisten van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijk alternatief hangen ook nauw samen. Ze komen dan ook in één beschreven oordeel aan de orde.

Verder beschrijven we (in paragraaf 2.3) een aantal zaken waarin euthanasie of hulp bij zelfdoding is toegepast bij een patiënt uit een bijzondere categorie: patiënten met een psychiatrische aandoening, patiënten met dementie en patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen. De meerderheid van deze zaken wordt gemeld door Expertisecentrum Euthanasie (tot september 2019 Stichting Levenseindekliniek). De geselecteerde oordelen in paragraaf 2.3 echter zijn, met uitzondering van twee meldingen van euthanasie op basis van een schriftelijk euthanasieverzoek, uitgevoerd door een behandelend arts.

Ten slotte is dit jaar een aantal meldingen gedaan betreffende patiënten die tijdens het euthanasietraject onderworpen waren aan een vrijheidsbeperkende maatregel. Daarbij gaat het in dit verslag om een patiënt met een terbeschikkingstellingmaatregel (TBS), een patiënt aan wie euthanasie werd verleend één dag nadat een opgelegde gevangenisstraf was uitgezeten en een patiënt die met een BOPZ-maatregel opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis (paragraaf 2.4). In alle gevallen beschreven in paragraaf 2 is de commissie tot het oordeel gekomen dat de arts voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen die de WTL stelt.

In paragraaf 3 komen de vier meldingen aan de orde waarin de commissie geoordeeld heeft dat er *niet* voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Het gaat daarbij om drie meldingen waarbij de commissie oordeelde dat de arts *niet* voldaan had aan het vereiste betreffende het consulteren van ten minste één onafhankelijke arts en één melding waarbij de commissie oordeelde dat de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

Bij sommige zaken staat een nummer. Onder dat nummer is op de website van de RTE (www.euthanasiacommissie.nl) het gehele oordeel te lezen. Als de arts een ODB heeft gekregen is er geen uitgeschreven oordeel. In plaats daarvan is ten behoeve van het jaarverslag een korte samenvatting van de feiten uit de melding geschreven. Deze samenvatting staat ook op de website.

2. ARTS HEEFT GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

2.1 Zeven voorbeelden van meest voorkomende meldingen

Zoals uit hoofdstuk 1 blijkt, wordt euthanasie voor het overgrote deel uitgevoerd bij patiënten met kanker (4.100 van de meldingen), aandoeningen van het zenuwstelsel (408 van de meldingen), hart- en vaataandoeningen (251 van de meldingen), longaandoeningen (187 van de meldingen) en een combinatie van aandoeningen (846 van de meldingen). Als voorbeelden daarvan dienen onderstaande zeven oordelen. Deze oordelen geven een beeld van de problematiek die de RTE het meest tegenkomen.

Er zijn twee oordelen opgenomen van een patiënt met kanker. Bij het eerst beschreven oordeel gaat het om een heel kort ziekteproces, bij het tweede om een ziekteproces dat jaren geduurd heeft. Ook wat betreft de aandoeningen van het zenuwstelsel zijn twee oordelen kort beschreven. Een waarbij meerdere familieleden aan diezelfde ziekte leden en een waarbij sprake was van een zeer langdurig ziekteproces aan een aandoening die steeds in ernst toenam.

Het eerste oordeel is het meest compleet uitgeschreven om te laten zien dat de commissie naar alle zorgvuldigheidseisen kijkt. Bij de andere oordelen is dat in deze verslaglegging achterwege gelaten. Daar wordt de aandacht hoofdzakelijk gericht op het lijden.

KANKER

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; ODB; kort ziekbed; afgezien van behandeling; samengevat onder nummer 2019-131

Bij een man, tussen zeventig en tachtig jaar oud, werd drie maanden voor het overlijden alvleesklierkanker met uitzaaiingen naar meerdere organen vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. De man had verschillende voorbeelden van lijden in de laatste levensfase in zijn naaste omgeving meegemaakt. Dat heeft er mede voor gezorgd dat hij, al lang voor zijn ziekteproces, duidelijk voor ogen had dat hij een dergelijk lijden niet wilde en dat hij het heft in eigen hand wenste houden. Hij wilde voor de gewone handelingen in het dagelijkse leven zoals uit bed komen, wassen en eten (ADL-handelingen) niet afhankelijk zijn van anderen.

Op het moment van de diagnose voelde de man zich nog betrekkelijk goed. Om die reden zag hij weloverwogen af van behandeling met chemotherapie. Hij deed dat omdat de verwachte winst in levensduur, naar zijn mening, niet opwoog tegen het verlies van kwaliteit van leven als gevolg van die behandeling. In de weken voor het overlijden ging de man snel achteruit. Hij kon niet meer eten en slechts mondjesmaat drinken. Als hij dat deed werd hij direct misselijk. De man verzwakte snel en raakte vrijwel bedlegerig. Dit verlies van zelfstandigheid en waardigheid vond hij 'geen leven meer'. In bed liggen en wachten tot er complicaties ontstonden (een hoge darmafsluiting) of totdat hij uitgemergeld raakte, paste niet bij hem.

De man leed onder zijn steeds toenemende afhankelijkheid. Hij was gewend de regie over het eigen leven te hebben en merkte dat dit steeds lastiger werd. Hij wilde het verloop van het ziekteproces niet afwachten maar wenste een waardig levenseinde. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Verder kon uit de stukken worden afgeleid dat de arts en de specialisten de man voldoende hadden voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

Kort na zijn diagnose had de man met de arts over zijn euthanasiewens gesproken. In de daaropvolgende gesprekken bleef hij bij die wens. Door het ziekbed van anderen dat hij had meegemaakt, had de man duidelijk gezien welke manier van sterven hij mensonwaardig vond en hoe het anders kan. Dat had zijn keuze voor euthanasie gevormd. Hij had dit ook

besproken met zijn partner en (klein)kinderen. Iedereen had vrede met zijn besluit. Zes dagen voor het overlijden heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde een onafhankelijke SCEN-arts als consulent. Deze kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts voerde de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

KANKER

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; ODB; ziekbed van enkele jaren waarin veel behandelingen hebben plaatsgevonden; consulent stelt in eerste instantie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan; samengevat onder nummer 2019-129

Bij een vrouw, tussen dertig en veertig jaar oud, werd vier jaar voor het overlijden borstkanker vastgesteld. Ondanks operatieve ingrepen, uitgebreide chemotherapie en bestraling werden twee jaar voor het overlijden uitzaaiingen in de hersenen en longen vastgesteld. De vrouw onderging meerdere (palliatieve) operaties aan de hersenen om uitzaaiingen te laten verwijderen. Echter, toen duidelijk werd dat er al snel weer een volgende operatie nodig was, wilde ze dat niet meer. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van de vrouw bestond uit functionele blindheid door de uitzaaiingen in de hersenen. Haar ogen namen nog waar, maar haar hersenen konden die informatie niet meer verwerken. Zij liep tegen deuren aan en kon niet meer eten met bestek. Daardoor was zij afhankelijk van anderen. De vrouw was zich daarvan pijnlijk bewust. Verder kon zij niet meer, zij was zeer vermoeid. Nadat zij halfzijdig verlamd was geraakt, vond zij dat geen kwaliteit van leven meer. Al eerder had de vrouw – na een soortgelijke periode als gevolg van een hersenoperatie – aangegeven dat dit mee te moeten maken voor haar ondraaglijk lijden betekende. Zij was zich ervan bewust dat er geen perspectief op verbetering was, dat haar situatie alleen maar slechter zou worden.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de

vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De vrouw had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Zij wilde graag zelf beslissen dat het niet meer ging. Zij wenste dan euthanasie om een lijdensweg die zij bij een van haar ouders had gezien te voorkomen. Haar naasten waren op de hoogte en steunden haar. Er was geen twijfel over haar wilsbekwaamheid. Een dag voor het overlijden heeft de vrouw de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht de vrouw negen dagen voor de levensbeëindiging. Deze kwam tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, omdat de vrouw op dat moment nog geen verzoek had. De dag voor het overlijden nam de arts telefonisch contact op met de consulent en deelde mee dat de vrouw nu om het verlenen van de euthanasie vroeg. De consulent gaf daarop in een aanvulling op het eerdere verslag aan dat daarmee aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL (ZIEKTE VAN HUNTINGTON)

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; uitgeschreven oordeel; ervaring met ziekte doordat familieleden er aan zijn overleden; gepubliceerd onder nummer 2019-123

Een vrouw, tussen zestig en zeventig jaar oud, had ongeveer tien jaar voor de levensbeëindiging gehoord dat zij de ziekte van Huntington had. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. Zij bewoog zich vaak ongecontroleerd en was voortdurend moe. Ook was er sprake van onrust en voortdurende angst. De vrouw vreesde dement en incontinent te worden en dat zij, wanneer zij dement was, niet meer zou kunnen communiceren.

Zij leed onder het verlies van onafhankelijkheid, het vooruitzicht in een zorginstelling te moeten worden opgenomen en de uitzichtloosheid van de situatie. Zij was op de hoogte van het verloop van de ziekte omdat verschillende (al overleden) familieleden aan de ziekte hadden geleden en zij wenste het aftakelingsproces niet mee te maken. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL (MULTIPLE SCLEROSE)

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; uitgeschreven oordeel; progressieve aandoening; zeer langdurig ziekteproces gepubliceerd onder nummer 2019-124

Een vrouw, tussen zestig en zeventig jaar oud, leed al tientallen jaren aan multiple sclerose (MS, een ziekte van het centrale zenuwstelsel). De ziekte werd langzaam erger. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard.

Het lijden van de vrouw bestond uit lichamelijk functieverlies. Zij kon haar elektrische rolstoel nauwelijks meer bedienen en kwam bijna niet meer buiten. Ook was er sprake van beperkte inspanningstolerantie (mogelijkheden om handelingen te verrichten) en een verslechtering van de spreekvaardigheid. Zelfstandig eten lukte niet meer. De vrouw leed onder de afhankelijkheid en de uitzichtloosheid van de situatie. Zij beschikte over onvoldoende draagkracht om nog langer met het lijden om te gaan en wilde waardig sterven. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

LONGAANDOENING

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; ODB; afzien van behandeling; samengevat onder nummer 2019-128

Bij een vrouw, tussen zestig en zeventig jaar oud, werd negen jaar voor het overlijden COPD (de Engelse afkorting voor een ernstige longaandoening) vastgesteld. Twee jaar voor het overlijden verkeerde zij in het laatste stadium van de ziekte (GOLD IV). Zij ondervond geen baat bij extra zuurstof. Ook het gebruik van sterke pijnstillers verlichtte haar klachten onvoldoende. Na een ziekenhuisopname kreeg de vrouw 24-uurs zorg. Daar knapte zij in eerste instantie van op. Uiteindelijk zag zij van die zorg af omdat die haar lijden alleen maar zou verlengen. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van de vrouw bestond uit extreme vermoeidheid en benauwdheid. Zij had vreselijke hoestbuien, waarbij zij bang was om te stikken. Alles kostte haar energie, die zij niet meer had. De vrouw kon feitelijk niets meer, terwijl zij altijd alles zelf wilde doen. Zij leed onder haar steeds toenemende afhankelijkheid en de wetenschap dat haar situatie alleen maar zou verslechteren. Dat wilde zij niet meer meemaken. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

HART- EN VAATAANDOENING

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; ODB ; samengevat onder nummer 2019-130

Een man, tussen tachtig en negentig jaar oud, leed al vele jaren aan een aandoening aan zijn hartspier waardoor het bloed minder goed rondpompt (ischemische cardiomyopathie). De uiteindelijke diagnose was terminaal hartfalen. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard.

Het lijden van de man bestond uit pijn op de borst, ernstige kortademigheid en grote vermoeidheid na geringe inspanning en algehele malaise. Hij kon niet meer zelfstandig naar het toilet en zelfs bewegen in bed leverde extra benauwdheid op. Hij dronk alleen nog maar slokjes water, eten ging niet meer. Zuurstof bood geen verlichting en morfine hielp maar ten dele. Het viel hem zwaar dat hij zijn hobby, waar hij veel prijzen mee had gewonnen, niet meer kon uitoefenen. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor hem aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

COMBINATIE VAN AANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; uitgeschreven oordeel, gepubliceerd onder nummer 2019-122

Een man, tussen tachtig en negentig jaar oud, leed al geruime tijd aan prostaatkanker, kanker aan de endeldarm, boezemfibrilleren (een hart-ritmestoornis), sudden deafness (plotselinge doofheid) en idiopatische axonale sensomotorische polyneuropathie (een aandoening van de zenuwen die leidt tot een vermindering of verandering van gevoel en niet of onvoldoende functioneren van spieren). Genezing van al zijn aandoeningen was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van de man bestond uit mobiliteitsverlies, gehoorverlies, kortademigheid en incontinentie. Hij kon nog maar enkele passen lopen en was voortdurend bang om te vallen. Door de loopproblemen haalde hij geregeld het toilet niet meer op tijd. Dat vond hij een mensonwaardige situatie. Als gevolg van al zijn aandoeningen was de man, die een ondernemend leven had geleid, vrijwel nergens meer toe in staat. Hij leed onder zijn toenemende zorgafhankelijkheid. Hij was tevens bang dat hij bedlegerig zou worden. De man wist dat er geen verbetering van zijn situatie mogelijk was en wilde verdere ontluistering niet meemaken. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

2.2. Vijf oordelen geordend naar de zorgvuldigheidseisen van de WTL

Hieronder worden vijf oordelen beschreven waarbij vijf zorgvuldigheidseisen aan de orde komen: de overtuiging van de arts dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (b) waarbij een redelijke andere oplossing ontbreekt (d), de consultatie van een onafhankelijke arts (e) en de uitvoering van de levensbeëindiging (f).

Ook deze meldingen waren aangemerkt als NVO's. De artsen van deze meldingen hebben een uitgeschreven oordeel gekregen.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De WTL bepaalt dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De wet schrijft niet voor dat het moet gaan om een schriftelijk verzoek. Een mondeling verzoek volstaat. Uit de wet vloeit voort dat de patiënt zelf het verzoek moet doen. De meeste patiënten zijn tot het moment van de uitvoering van de euthanasie in staat tot een normaal (mondeling) gesprek. In een aantal gevallen kan het vermogen om te praten van de patiënt door diens ziekte echter (sterk) afnemen of bemoeilijkt worden. Soms is de patiënt dan nog wel in staat het verzoek op andere manieren te kennen te geven bijvoorbeeld door handgebaren, door te knikken, door in een hand te knijpen in reactie op gesloten vragen van de arts of met behulp van een spraakcomputer (EuthanasieCode 2018, p 17). Het eerste hier onder beschreven oordeel betreft deze situatie.

In het tweede oordeel gaat het over een patiënt met dementie. Bij patiënten met dementie is er aanleiding met extra behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het gaat daarbij in het bijzonder om de eisen inzake de wilsbekwaamheid en het ondraaglijk lijden. In de beginfase van dementie heeft de patiënt doorgaans nog voldoende inzicht in zijn ziekte en is hij wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. (EuthanasieCode 2018, p 42).

CASUS VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK (SPRAAKSTOORNIS)

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; uitgeschreven oordeel; verzoek; afasie; SLK; gepubliceerd onder nummer 2019-04

Een man, tussen zestig en zeventig jaar oud, werd negen maanden voor het overlijden getroffen door een beroerte met grote gevolgen (groot CVA). Hij volgde een intensief revalidatietraject, maar hij hield restverschijnselen als een eenzijdige verlamming (hemiparese) en een ernstige spraakstoornis (afasie). De man werd aansluitend aan het revalidatietraject opgenomen in een verpleeghuis. Zijn toestand ging steeds verder achteruit. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. Het lijden van de man bestond uit ernstige en blijvende lichamelijke beperkingen als gevolg van de beroerte. Hij was afhankelijk van 24-uurs zorg en volledig aan zijn rolstoel gebonden. Hij had pijnklachten in zijn arm, hand en been. Hij kon zich nauwelijks verbaal uitdrukken en voelde zich gevangen in zijn lichaam. Hij leed onder het verlies van kwaliteit van leven. Hij wist dat er geen verbetering van zijn situatie mogelijk was en dat er alleen verslechtering zou optreden. Hij wilde verdere aftakeling niet meemaken. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

De man had eerder met zijn huisarts en behandelend specialist ouderengeneeskunde over euthanasie gesproken. De huisarts vond het verzoek van de man invoelbaar, maar te complex om zelf uitvoering aan te geven. De behandelend specialist ouderengeneeskunde wilde dat laatste ook niet. Daarom meldde de man zich met hulp van een naaste ongeveer een maand voor het overlijden aan bij de Stichting Levensindeciniek. De lijdensdruk van de man was zo hoog, dat een snelle procedure noodzakelijk was.

De arts heeft de man drie keer bezocht. De man kon als gevolg van de spraakstoornis slechts één klank uitstoten. Op die manier reageerde hij verbaal op vragen van de arts. Ook non-verbaal kon de man de vragen van de arts beantwoorden door zijn vuist te ballen, in de hand van de arts te knijpen en door te knikken of nee te schudden. Ook ondersteunde de echtgenote van de man hem tijdens de gesprekken.

Het eerste gesprek vond anderhalve week voor het overlijden plaats. Direct tijdens dit gesprek heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De man heeft zijn verzoek bij de twee daaropvolgende gesprekken tegenover de arts herhaald. De arts twijfelde niet aan de wilsbekwaamheid van de man. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. (Uit psychologisch

onderzoek was gebleken dat er bij de man geen sprake was van een depressie.)

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht de man vijf dagen voor de levensbeëindiging. Ondanks het onvermogen van de man om te kunnen spreken, kon hij zich goed uitdrukken tegenover de consulent door middel van gebaren. De consulent achtte de man volledig wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met de man tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt ten aanzien van het vereiste betreffende het verzoek dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de man een vrijwillig en weloverwogen verzoek uitte. De commissie kwam tot die conclusie omdat de man, ondanks dat hij zijn wens niet verbaal kon uiten, wel op andere manieren zijn wens kon overbrengen. Voor de arts en de consulent was het op basis van die uitingen en door het gedrag van de man voldoende aannemelijk dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de man.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

CASUS VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK (BEGINFASE DEMENTIE)

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; uitgeschreven oordeel; verzoek; dementie; twijfel over wilsbekwaamheid; SLK, gepubliceerd onder nummer 2019-90

Een man, tussen tachtig en negentig jaar oud, had al vele jaren diverse aandoeningen zoals een slecht gezichtsvermogen, suikerziekte (diabetes mellitus), botontkalking (osteoporose), slijtage van het kraakbeen in gewrichten (artrose) en volledige incontinentie. Ongeveer twee jaar voor het overlijden werd verder de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. In verband met zijn zorgbehoefte werd de man ongeveer negen maanden voor het overlijden opgenomen in een verzorgingshuis.

Het lijden van patiënt bestond uit zijn algehele achteruitgang, toenemende zwakte, krachtvermindering, evenwichtsproblemen en incontinentie. Hij kon niet meer staan en lopen en moest met een tillift in en uit bed worden geholpen. Hij kon er niet meer op uit, wat hem diep ongelukkig maakte. Het feit dat hij door zijn zorgbehoefte gescheiden van zijn vrouw moest leven begreep hij, maar het deed hem veel verdriet. Hij was altijd een actieve man geweest, een echte doener. Hij leed aan de chronische pijn in zijn hele lichaam, het tot niets meer in staat zijn, de volledige afhankelijkheid en de uitzichtloosheid van zijn situatie. Hij leed ook aan het feit dat hij het overzicht af en toe kwijt was en geheugenproblemen en woordvindstoornissen had. De kern van zijn lijden echter bestond uit zijn lichamelijke achteruitgang en het verlies van zelfstandigheid. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De man had eerder met zijn huisarts over euthanasie gesproken. Omdat de huisarts de situatie van de man te complex vond, verwees hij hem naar de Stichting Levensindekliniek. Ruim twee maanden voor het overlijden heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij heeft zijn verzoek in de vier daaropvolgende gesprekken herhaald. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts vroeg de behandelend psychiater van de man om medische informatie. Deze oordeelde dat de cognitieve stoornissen door de dementie zo vergevorderd waren, dat de man wilsbekwaam moest worden geacht ten aanzien van zijn verzoek. Dit standpunt werd verder niet onderbouwd. De arts, een specialist ouderengeneeskunde deelde deze conclusie niet. Zij verzocht de door haar geraadpleegde consulent, eveneens een specialist ouderengeneeskunde, extra aandacht te besteden aan

de wilsbekwaamheid ten aanzien van het euthanasieverzoek. De consultant bezocht de man ongeveer twee maanden voor de levensbeëindiging. Hij meende dat de man goed in staat was de gevolgen van zijn keuze voor levensbeëindiging te overzien en zijn afwegingen voor zijn besluit te benoemen. De consultant concludeerde dat de man wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek. Toch adviseerde hij de arts de wilsbekwaamheid ook nog door een onafhankelijke psychiater te laten toetsen. Dat deed hij naar aanleiding van het oordeel van de behandelend psychiater.

De onafhankelijke psychiater concludeerde na onderzoek dat er geen sprake was van een depressie. Wat betreft de vraag of de man wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek, sloot hij zich aan bij de bevindingen en conclusies van de consultant en de arts. Naar zijn mening was de man, ondanks de ziekte van Alzheimer, in staat zijn visie en overwegingen ten aanzien van zijn euthanasieverzoek goed naar voren te brengen. Hij achtte hem wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek.

De commissie overweegt dat in het geval er bij een patiënt sprake is van beginnende dementie van de arts wordt gevraagd met extra behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder de eis inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het ondraaglijk lijden van de patiënt.

De commissie is op basis van alle door de arts overgelegde gegevens van oordeel dat de arts de bedoelde extra behoedzaamheid heeft betracht. Bij deze man met beginnende dementie twijfelde de arts, zelf een specialist ouderengeneeskunde, niet aan diens wilsbekwaamheid. Toen de behandelend psychiater de man ten aanzien van zijn verzoek wilsbekwaam achtte, heeft de arts op haar voorgenomen handelen en haar eigen overtuiging gereflecteerd. Zij heeft zowel de consultant gevraagd extra aandacht te besteden aan de wilsbekwaamheid van de man als een extra onafhankelijke deskundige geraadpleegd om de wilsbekwaamheid van de man te beoordelen. Beiden concludeerden dat de man ten aanzien van zijn verzoek wilsbekwaam was. Door zo te handelen heeft de arts extra behoedzaamheid in acht genomen.

De commissie betreft in dat oordeel dat de arts een zekere beoordelingsruimte heeft. De behandelend psychiater had haar oordeel dat de man als wilsbekwaam moest worden beschouwd niet onderbouwd. De arts, de SCEN-arts en de onafhankelijk psychiater oordeelden dat de man wilsbekwaam was en onderbouwden dat met argumenten en observaties. In dat licht is de commissie van oordeel dat de arts, binnen de haar gegeven beoordelingsruimte, tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN EN GEEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

De arts moet de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden bij de patiënt. Lijden is een breed begrip. Lijden kan het gevolg zijn van pijn en benauwdheid, overheersende uitputting en moeheid, lichamelijke achteruitgang, uitzichtloosheid, maar ook van een toenemende afhankelijkheid of een door de patiënt ervaren ontluistering of verlies van waardigheid (EuthanasieCode 2018, p 20)

De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt, in het licht van zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts mede gelet op het voortraject invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen (EuthanasieCode 2018, p 23).

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Deze zorgvuldigheidseisen, die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, houdt verband met het ingrijpende en onomkeerbare karakter van euthanasie. Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven. Het gaat bij deze zorgvuldigheidseisen om een overtuiging van arts en patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Er is sprake van een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënt redelijke, uitweg is om het lijden te verzachten of weg te nemen. Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkte kans op een positief resultaat zal in het algemeen niet als een redelijk alternatief kunnen worden aangemerkt. Een medische ingreep of behandeling die het lijden aanzienlijk kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans een redelijk alternatief zijn (EuthanasieCode 2018, p 24-25).

CASUS ONDRAAGLIJK EN UITZICHTLOOS LIJDEN EN ONTBREKEN VAN REDELIJKE ANDERE OPLOSSINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; uitgeschreven oordeel; ondraaglijk lijden; ontbreken van redelijke andere oplossing; SLK; gepubliceerd onder nummer 2019-125

Een man, tussen vijftig en zestig jaar oud, had een aangeboren aandoening aan de iris (aniridie) als gevolg waarvan hij geleidelijk blind werd. Genezing was niet mogelijk. De medische voorgeschiedenis vermeldde verder suikerziekte (diabetes mellitus), oorsuizen (tinnitus) en terugkerende nierstenen waardoor hij regelmatig ernstige pijn had.

Het lijden van de man bestond uit zijn alsmaar slechtere zicht en het toenemende gebrek aan zelfredzaamheid. Hij leed onder de wetenschap dat hij uiteindelijk volledig blind zou worden en daarmee afhankelijk van derden en hulpmiddelen. Dit wilde hij pertinent niet. De man had, op advies van de arts, geprobeerd om hulpmiddelen voor slechtzienden te leren gebruiken. Maar hij was tot de conclusie gekomen dat dit totaal niet bij zijn persoonlijkheid paste. Dat vond de arts invoelbaar. Ook de gedachte dat hij zijn voorheen ruigere levensstijl moest aanpassen aan zijn handicap, was voor de man onverdraaglijk. Het idee dat zijn sociale omgeving medelijden met hem zou hebben, stuitte hem erg tegen de borst. Om die reden had de man zijn sociale leven al langer op een laag pitje gezet en bezoek door en aan zijn vrienden afgebouwd. Kort voor het overlijden raakte de man, volgens zijn behandelend oogarts, maatschappelijk blind.

De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Zes weken voor het overlijden is de man door een onafhankelijke psychiater onderzocht op advies van de door de arts geraadpleegde eerste consulent. De onafhankelijke psychiater werd gevraagd te onderzoeken of een psychiatrische stoornis de oorzaak was van het feit dat de man zijn handicap zo moeilijk kon accepteren. Deze psychiater typeerde de man als een joviaal persoon met een 'geen geouwehoer' mentaliteit en de daarbij horende manier van denken in termen van 'alles of niets'. Van een psychiatrische stoornis was volgens haar geen sprake.

De arts raadpleegde als eerste consulent een onafhankelijke SCEN-arts. Deze consulent bezocht de man ongeveer vier maanden voor de levensbeëindiging. In haar verslag kwam de consulent tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zij adviseerde de arts om de man door een psychiater te laten onderzoeken, met het hiervoor

genoemde resultaat. Nadat de man door de psychiater was onderzocht, raadpleegde de arts een tweede consulent, eveneens SCEN arts en tevens psychiater. Die concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Nadrukkelijk vermeldde deze consulent dat voor deze persoon dit lijden ondraaglijk was.

De commissie heeft bijzondere aandacht besteed aan de eis dat de arts de overtuiging moet krijgen dat er sprake was van ondraaglijk lijden van de patiënt. En ook aan de vraag of de arts samen met de patiënt tot de overtuiging kon komen dat er geen redelijke andere oplossingen waren, in het bijzonder in het licht van diens aandoening.

De commissie is daarbij van oordeel dat de arts op afdoende wijze heeft gemotiveerd dat hij overtuigd was van de ondraaglijkheid van de blindheid voor juist deze man. De arts heeft zich in die overtuiging gesterkt kunnen voelen door het oordeel van de onafhankelijke psychiater. Dat is ook bevestigd door de tweede consulent. De commissie is, door de heldere omschrijving van de arts van de persoonlijkheid van de man, geen andere mening toegedaan.

Ten aanzien van de eis dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was, is de commissie eveneens van oordeel dat de arts tot die overtuiging heeft kunnen komen. De arts heeft de man bewogen om zich met een begeleidingsinstituut voor personen met een visuele handicap in verbinding te stellen en zich daardoor te laten adviseren. De arts kon met de man, ook weer in het licht van diens persoonlijkheid, tot de overtuiging komen dat de aangereikte hulpmiddelen niet bij de man pasten, omdat die te ver af lagen van diens onafhankelijke levenspatroon.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

De arts behoort voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen die de patiënt ziet en beoordeelt of er voldaan is aan de vereiste van het verzoek, het lijden, het ontbreken van een redelijk alternatief en de voorlichting van de patiënt.

De wet bepaalt dat de consulent de patiënt moet zien. De patiënt 'zien' zal normaal gesproken betekenen de patiënt 'bezoeken'. Op de BES-eilanden kan dat tot praktische problemen leiden. Dan kan bijvoorbeeld worden gekozen voor een beeldgesprek tussen consulent en patiënt via internet (EuthanasieCode 2018, p 30). Deze bijzondere situatie heeft zich dit verslagjaar voorgedaan.

CASUS CONSULTATIE (BES)

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding; uitgeschreven oordeel; de consulent moet de patiënt zien; BES-eiland; gepubliceerd onder nummer 2019-66

Een vrouw, tussen zestig en zeventig jaar oud, kreeg ongeveer zes weken voor het overlijden te horen dat ze aan neurodegeneratieve aandoening had (een ziekte van het zenuwstelsel waarbij in de loop van de jaren zenuwcellen afsterven). Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van de vrouw bestond uit het verlies van regie over haar leven. Zij werd in korte tijd volledig zorgafhankelijk en kreeg toenemend moeite met communiceren. Zij had krachtsverlies in haar gehele lichaam. Zij leed onder het gebrek aan vooruitzicht op verbetering van haar situatie en de wetenschap dat zij verder achteruit zou gaan. Zij kon de dingen die zin aan haar leven gaven niet meer doen. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts uit Nederland. De consulent had een videogesprek met de vrouw. De arts lichtte in zijn verslag zijn keuze om een consulent in Nederland te raadplegen toe. Het aantal huisartsen op de BES-eilanden is zeer beperkt en de situatie is zo dat de huisartsen elkaar goed kennen. Daardoor is de schijn van afhankelijkheid niet te vermijden. De arts vond de onafhankelijkheid tussen hem en de consulent en het feit dat alleen dan de vrouw zou kunnen worden beoordeeld door een SCEN-arts, belangrijker dan de wenselijkheid dat de consulent de patiënt bezoekt.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het videogesprek met de vrouw tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt over de ongebruikelijke gang van zaken wat betreft de consultatie dat het haar bekend is dat het lastig kan zijn op de BES-eilanden een onafhankelijke arts, die daarbij tevens SCEN-arts is, te raadplegen. En dat het ook lastig kan zijn om de schijn van afhankelijkheid te voorkomen. De arts heeft zijn keuze een arts in Nederland als consulent te raadplegen goed gemotiveerd. De commissie verwijst naar wat daarover is opgenomen in de EuthanasieCode 2018 waarbij voor de BES-eilanden nadrukkelijk de optie van een beeldgesprek tussen consulent en patiënte als alternatief voor een daadwerkelijk bezoek aan patiënte is opgenomen. De commissie komt tot het oordeel dat de arts voldaan heeft aan het vereiste van ten minste één onafhankelijke arts raadplegen die de vrouw, met behulp van een videoverbinding, heeft gezien en gesproken.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

UITVOERING

Komt het tot euthanasie, dan moet deze door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het geïndiceerde coma. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis hanteren de commissie de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2012 (EuthanasieCode 2018, p 33). De KNMG en KNMP zijn bezig met het herzien van de Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Naar verwachting zal die nieuwe richtlijn in de loop van 2020 bekend gemaakt worden.

De arts is eindverantwoordelijk voor een medisch zorgvuldige uitvoering. Zijn handelen wordt door de commissies beoordeeld. De apotheker heeft een eigen verantwoordelijkheid, indien hij de spuiten of de drank bereidt, voor de bereiding en etikettering. De arts behoort te controleren of hij ook daadwerkelijk de juiste middelen met de juiste dosering afgeleverd krijgt (EuthanasieCode 2018, p 35).

CASUS MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, uitgeschreven oordeel, slecht lopend infuus, noodset over datum; gepubliceerd onder nummer 2019-64

Bij een vrouw, tussen zeventig en tachtig jaar oud, werden een half jaar voor het overlijden long- en alvleesklierkanker vastgesteld. Enkele maanden later bleek ze uitzaaiingen in de lever te hebben. Haar toestand ging in de laatste weken voor het overlijden hard achteruit. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. De vrouw had eerder met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken. Deze was enige tijd afwezig en de arts trad op als diens waarnemer.

De arts startte de uitvoering van de euthanasie met intraveneuze toediening van 2000 milligram thiopental (een middel dat er voor zorgt dat de patiënt in coma raakt). Nadat ongeveer 1300 milligram was toegediend constateerde de arts dat de infuusnaald niet goed meer zat. De arts is toen gestopt met de procedure en heeft contact opgenomen met de consulent. Deze adviseerde om de gehele procedure opnieuw te beginnen.

De arts heeft een nieuw infuus laten plaatsen door een specialistisch team. Toen de arts de middelen uit de noodset klaar wilde maken, bleek dat de houdbaarheidstermijn was verstreken van het middel waarmee het coma opgewekt moest worden. De arts heeft contact opgenomen

met de apotheker. Deze heeft nieuwe ampullen gebracht. Vervolgens heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd.

De commissie constateert dat de uitvoering van de levensbeëindiging een gecompliceerd beloop had. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts in de gegeven omstandigheden de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd. Hierbij neemt de commissie in overweging dat de arts, nadat zij constateerde dat het infuus niet goed meer zat, een nieuw infuus heeft laten zetten. Nadat bleek dat de houdbaarheidstermijn van de coma-inductor in de noodset was verstreken, heeft zij nieuwe middelen laten brengen. De levensbeëindiging heeft zij vervolgens conform de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012 uitgevoerd.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

2.3 Vijf oordelen betreffende patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van ouderdomsklachten

PSYCHIATRISCHE AANDOENING

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is niet beperkt tot patiënten in de laatste levensfase. Ook mensen met een langere levensverwachting zoals psychiatrische patiënten kunnen ervoor in aanmerking komen. Wel moet in een dergelijke situatie met grote behoedzaamheid gehandeld worden. Die grote behoedzaamheid krijgt vorm in het vereiste dat ook een onafhankelijke psychiater geraadpleegd moet worden. Daarbij gaat het met name om een oordeel met betrekking tot de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het al dan niet ontbreken van een redelijke andere oplossing.

CASUS PSYCHIATRIE

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; patiënt met psychiatrische problemen; gepubliceerd onder nummer 2019-121

Een man, tussen zestig en zeventig jaar oud, leed aan terugkerende depressies en aan een narcistische en antisociale persoonlijkheid. (Een narcistische persoonlijkheidsstoornis is tweezijdig. Aan de ene kant staat een opgeblazen gevoel van zelfbelang en zucht naar bewondering centraal. Aan de andere kant is er sprake van een extreem gevoel van minderwaardigheid en onzekerheid. Een antisociale persoonlijkheidsstoornis leidt tot moeite om regels na te leven en rekening te houden met andere mensen. Het kan gepaard gaan met prikkelbaarheid, agressiviteit, impulsiviteit en onverschilligheid.) Daarnaast had de man een ernstige stoornis wat betreft het gebruik van alcohol. Hij was door de jaren heen zowel met medicijnen als met psychotherapie behandeld. Hij was verschillende malen opgenomen in een instelling. Desondanks ging zijn toestand steeds verder achteruit. Hij woonde sinds 2010 in een beschermde woonvorm. In 2016 werd gestart met een FACT-MBT (Mentalisation Based Treatment) behandeling (een behandeling waarin het gaat om bewustwording van handelen, gevoelens en gedrag met name bij het omgaan met andere mensen). Ongeveer zes maanden voor de levensbeëindiging was de man gestopt met deze behandeling omdat die voor hem onvoldoende verandering in zijn welzijn bracht.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijke ouderenpsychiater onderzoek gedaan naar eventuele reële behandelmogelijkheden voor de man. Deze ouderenpsychiater sprak hem drie keer. Hij onderschreef de

eerder gestelde diagnoses, maar constateerde tevens dat er sprake was van autistische trekken bij de man (een stoornis die gekenmerkt wordt door beperkingen op het gebied van sociale interactie en (non-)verbale communicatie en door een beperkt gedragspatroon met veel herhalingen of vastliggende gewoontes). Daarom dacht de ouderenpsychiater dat een op verandering gerichte behandeling van de persoonlijkheidsproblematiek niet zou leiden tot verdere verbetering maar eerder tot overvraging van de man. De man erkende zijn beperkingen maar gaf duidelijk aan geen motivatie te hebben en geen mogelijkheden te zien voor verandering en aanpassing. De ouderenpsychiater zag daarom geen reële alternatieve behandelmogelijkheden meer.

Het lijden van de man bestond uit zijn diepe wantrouwen tegenover mensen. Daardoor kon hij geen waardevolle contacten met anderen aangaan. Hij kon oppervlakkig contact aangaan, maar zodra hij alleen was werd hij overvallen door twijfels aan de oprechtheid van de ander. Hij voelde dan een grote leegte. Daarnaast ervoer hij veel verdriet over de schade die door zijn gedrag was ontstaan in zijn persoonlijke relaties. Dit leidde tot een existentiële eenzaamheid, waar hij niet vanaf kon komen en die hij alleen met alcohol kon wegdrukken. Onder invloed van alcohol stootte hij mensen weer van zich af waardoor hij bevestigd werd in zijn achterdocht en zelfbeeld. Telkens viel hij weer terug in gedrag waarbij hij mensen van zich verwijderde. Dit maakte hem moedeloos. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De man sprak vanaf augustus 2018 met de arts over euthanasie. De arts heeft sindsdien ongeveer twintig keer uitvoerig met hem gesproken. In ieder gesprek heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij herhaalde zijn euthanasieverzoek ook regelmatig tegenover andere behandelaren.

De hierboven genoemde ouderenpsychiater deed ook onderzoek naar de wilsbekwaamheid van de man. Hij stelde vast dat de man de gevolgen van zijn verzoek goed kon overzien. Hoewel de alcoholstoornis ernstig was, kon de man de alcohol laten staan wanneer hij afspraken had met hulpverleners. De ouderenpsychiater achtte de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek.

De arts constateerde dat het verzoek van de man duurzaam en consistent was. Zij achtte hem volledig wilsbekwaam. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts, tevens psychiater. De consulent bezocht de man ongeveer zes weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over de man was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De consulent constateerde dat er geen perspectief voor verbetering was van de psychiatrische problematiek van de man. Die conclusie trok hij vanwege het chronische beloop en het gebrek aan een effectieve behandeling. De consulent achtte de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek.

De commissie overweegt dat een arts in het geval een euthanasieverzoek voortkomt uit lijden als gevolg van een psychiatrische aandoening met grote behoedzaamheid dient te handelen. Deze behoedzaamheid betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. De inbreng van specifieke deskundigheid van een onafhankelijke psychiater of een SCEN-arts, tevens psychiater is, in het geval dat het contact met én een psychiater én een consulent voor de patiënt een onoverkomelijke belasting is, in zo'n geval noodzakelijk.

De commissie is op basis van alle door de arts overlegde gegevens van oordeel dat de arts in het onderhavige geval met grote behoedzaamheid heeft gehandeld. Hierbij overweegt de commissie dat de arts heeft gehandeld volgens de voor haar beroepsgroep geldende richtlijn. Voorts neemt de commissie hierbij in aanmerking dat de arts een onafhankelijke psychiater heeft geraadpleegd, die concludeerde dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van het euthanasieverzoek, er sprake was van uitzichtloos lijden en er geen redelijke behandelmogelijkheden meer waren.

Door de consulent werd de arts bevestigd in haar oordeel dat na een lange periode van behandeling zonder structurele verbetering geconcludeerd mocht worden dat er voor de man geen reële alternatieven meer waren en dat zijn ondraaglijk lijden daarmee uitzichtloos was. Verder bevestigde de consulent de arts in haar conclusie dat de wens van de man al lange tijd bestond en hij zijn verzoek vrijwillig en weloverwogen had gedaan.

De commissie oordeelt dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

DEMENTIE

Bij dementie en euthanasie kan een onderscheid worden gemaakt tussen euthanasie bij een patiënt in de beginfase van en een patiënt in een latere fase van dementie. In de beginfase heeft de patiënt doorgaans nog voldoende inzicht heeft in zijn ziekte en is hij wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek (een voorbeeld daarvan is beschreven in paragraaf 2.2). De uitvoering van een euthanasieverzoek in de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren (of uitsluitend nog door eenvoudige uitingen of gebaren) is mogelijk in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Het moet gaan om een duidelijke verklaring, die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie. In dergelijke gevallen nodigen de toetsingscommissies de arts standaard uit voor het komen geven van een mondelinge toelichting (EuthanasieCode 2018, p 43).

Hieronder komen twee meldingen aan de orde van euthanasie bij een patiënt met dementie in een vergevorderd stadium. Beide patiënten hadden toen ze wilsbekwaam waren een schriftelijk euthanasieverzoek opgesteld. Op het moment van het schrijven van dit jaarverslag, buigt de Hoge Raad zich over de precieze eisen die aan het verlenen van euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring gesteld moeten worden. Daarbij gaat het onder andere over de vraag hoe duidelijk een wilsverklaring moet zijn en of de arts voor het verlenen van de euthanasie moet nagaan of de patiënt dat nog steeds wil. Op het moment waarop de onderstaande meldingen beoordeeld zijn, kon daarmee uiteraard nog geen rekening worden gehouden.

CASUS DEMENTIE (WILSONBEKWAME PATIËNT MET SCHRIFTELIJK EUTHANASIEVERZOEK)

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; patiënt met vergevorderde dementie; schriftelijke wilsverklaring; bij euthanasie in deze fase dient de arts naast de onafhankelijke consulent ook een onafhankelijke ter zake deskundige arts te raadplegen; SLK; gepubliceerd onder nummer 2019-79

Bij een man, tussen tachtig en negentig jaar oud, werd, twee jaar voor het overlijden de diagnose ziekte van Alzheimer gesteld. Ondanks mediceamenteuze behandeling verslechterde zijn toestand geleidelijk aan. Hij werd in het begin thuis begeleid door zijn echtgenote.

Ongeveer een jaar voor het overlijden brak de man na een val een heup. Na een operatie was hij gedesoriënteerd en gedroeg hij zich onrustig. Thuisgekomen na een revalidatietraject verslechterde zijn geestelijke toestand snel. Toen de situatie thuis onhoudbaar was geworden, ongeveer viereneenhalve maand voor het overlijden, werd hij opgenomen in een verpleeghuis.

Een jaar voor het overlijden sprak de huisarts enkele malen met de man over euthanasie. Er was toen geen actueel verzoek. Tijdens de gesprekken over euthanasie ná de heupfractuur had de man volgens de huisarts geen ziektebesef meer en ook geen actueel euthanasieverzoek. De huisarts wilde de euthanasie niet uitvoeren omdat hij dit verzoek te complex vond. De man werd aangemeld bij de Stichting Levenseindekliniek.

De man had in 2012 en 2018 een schriftelijke wilsverklaring opgesteld. Niemand twijfelde aan zijn wilsbekwaamheid ten tijde van het opstellen van beide schriftelijke documenten. Het was de arts opgevallen dat de tweede verklaring was getekend toen de man in het ziekenhuis lag. De arts heeft daarom contact opgenomen met de notaris waarbij die verklaring was opgesteld om te verifiëren of de man toen wilsbekwaam was. De notaris bevestigde dat.

In de eerste schriftelijke wilsverklaring was het verzoek als volgt geformuleerd:

“Ik wil dat alles, maar dan ook alles in het werk gesteld wordt om aan mijn euthanasiewens te voldoen, indien er bij mij sprake is dat (ten gevolge van dementie Alzheimer)

- Ik niet meer kan communiceren
- Ik hulp nodig heb bij alledaagse dingen
- Ik van karakter/persoon verander
- Ik mijn naasten niet meer herken
- Ik geen grip meer heb op mijn denken en handelen.

Bovendien wil ik toepassing van euthanasie indien er bij mij t.g.v. dementie Alzheimer sprake is van ontluistering zoals incontinentie, lastig en agressief gedrag en verlies van persoonlijke waardigheid, niet passend bij mijn levensstijl. Ik wil beslist niet in een psychogeriatrisch verpleeghuis worden opgenomen.”

In zijn levenstestament (opgesteld een jaar voor het overlijden door de notaris) was het euthanasieverzoek als volgt verwoord: “Wanneer ik in een toestand kom te verkeren waarin ik uitzichtloos lijd; en/of waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat; en/of mijn verdergaande ontluistering te voorzien is, verzoek ik mijn arts uitdrukkelijk mij de middelen toe te dienen of te verstrekken om mijn leven te beëindigen.” En “Ik heb dit euthanasieverzoek zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben bij de ondertekening ervan in bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.”

De arts bezocht de man tien keer. Tijdens het vierde bezoek werd duidelijk dat de thuissituatie niet langer houdbaar was en dat de man in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen. Volgens de arts was er een duidelijke knik merkbaar toen de man in het verpleeghuis werd opgenomen. Toen hij daarheen werd gebracht en doorkreeg dat hij daar moest achterblijven werd hij boos. In het verpleeghuis riep hij geregeld: ‘Ik wil dit niet!’.

Toen de man drie weken in het verpleeghuis verbleef, bezocht de arts hem aldaar. Voor de arts was tijdens dit bezoek het lijden niet duidelijk. Van familie en verzorging kwamen echter wel signalen dat de man leed. Hij zou onrustig zijn, met name in de avond. Tijdens een bezoek van de arts in de avond zag hij een zeer geagiteerd persoon die boos en verdrietig was toen zijn echtgenote afscheid nam. Dit patroon bleek zich volgens het zorgdossier regelmatig te herhalen. Uit verslagen van verzorgenden bleek verder dat de man hele dagen doelloos rondliep. Daarbij liep hij zichzelf vaak vast tegen objecten of muren. Daarnaast was hij 's nachts erg onrustig en begon dan rond te dwalen. Hij sliep weinig en reageerde vaak boos en gefrustreerd tegen medebewoners. Verzorgenden zeiden ook dat de man vaak verdrietig was. Door zijn gebrek aan communicatieve vaardigheden kon hij niet meer zeggen wat hij wilde en voelde hij zich niet begrepen. Dat wekte boosheid bij hem op. Tegen de onrust kreeg de man medicijnen maar daardoor raakte hij versuft en nam de bewegingsdrang toe. Hij viel regelmatig. Na enkele maanden in het verpleeghuis was er nog geen aanvaardbaar evenwicht bereikt. De man kon niet meer communiceren, zijn karakter was veranderd en hij had geen grip meer op zijn denken en handelen. Daarnaast was hij incontinent en van anderen afhankelijk voor zijn dagelijkse verzorging.

De arts verzocht twee maanden voor het overlijden de behandelend specialist ouderengeneeskunde verslag te doen van het functioneren van de man en te bezien of er nog mogelijkheden waren om het lijden te verlichten. Volgens de behandelend specialist ouderengeneeskunde was de man tijdens zijn verblijf in het verpleeghuis volledig afhankelijk van anderen geworden voor zijn dagelijkse verzorging en was de incontinentie toegenomen. Ook was er sprake van verdere cognitieve achteruitgang.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. De arts moest voor de beoordeling van het lijden afgaan op non-verbale uitingen omdat de man zijn lijden niet meer onder woorden kon brengen. Volgens de arts was de ontreding zichtbaar, hoorbaar en invoelbaar. Een door de arts aan de hand van het schema van Kimsma uitgevoerde evaluatie van het lijden steunde hem in zijn overtuiging dat het lijden voor deze persoon, gelet op zijn biografie en karakter, ondraaglijk was. De arts nam waar dat de situatie waarin de man was gekomen overeenkwam met wat hij in zijn euthanasieverklaring had beschreven als voor hem ondraaglijk. Tijdens het laatste bezoek, een dag voor de uitvoering van de euthanasie, vroeg de arts de man of hij de door hem gewenste euthanasie wilde laten doorgaan. De man reageerde niet op deze vraag.

De arts raadpleegde tweemaal als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De eerste consulent, tevens specialist ouderengeneeskunde, bezocht de man ruim twee maanden voor de levensbeëindiging. Tijdens het bezoek van de consulent was verbale communicatie niet mogelijk. De man was volgens de consulent vanwege het voortgeschreden dementieproces wilsonbekwaam. De consulent sprak met de echtgenote van de man over het ziekteproces. De consulent oordeelde dat deze wilsonbekwame persoon in een situatie verkeerde die hij - blijkens zijn regelmatig met de huisarts besproken wilsverklaring - nooit gewild had. Er waren volgens de consulent momenten waarop de man zichtbaar leed. Hij was boos en verdrietig wanneer hij was gescheiden van zijn vrouw. Er waren volgens de consulent geen behandelalternatieven; de situatie van de man was uitzichtloos. De eerste consulent kwam op basis van haar eigen observaties tijdens het bezoek aan de man, informatie van de arts en aanvullende informatie van anderen tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Daarna raadpleegde de arts een in vergevorderde dementie deskundig specialist ouderengeneeskunde. Deze tweede consulent bezocht de man tweemaal. Tijdens de bezoeken van de consulent was verbale communicatie niet mogelijk. Volgens de consulent was de man de grip op zijn omgeving kwijt, zorgafhankelijk en steeds meer ontheemd geraakt waardoor zijn bewegingsonrust groter was geworden. Door zijn gedrag bracht

de man naar het oordeel van de consulent zijn euthanasieverzoek tot uiting. Volgens de consulent was de wereld van de man in de maanden daarvoor te veel verstoord om nog te worden hersteld. Er waren geen mogelijkheden meer om hem nog iets positiefs te laten ervaren of om hem rust te geven. Ook de tweede consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Gezien de toestand van de man was zijn reactie bij het inbrengen van het infuus niet geheel voorspelbaar. De arts was ervan overtuigd dat de man euthanasie wilde en tijdens het gehele onderzoekstraject waren er geen verbale of fysieke uitingen van de man die konden worden geïnterpreteerd als tegengesteld aan zijn schriftelijke wilsverklaringen en zijn eerder geuite wensen. De arts concludeerde daarom dat eventuele tegengestelde reacties van de man niet op te vatten zouden zijn als tekenen van bezwaar tegen de uitvoering van de euthanasie, maar als reacties op het inbrengen van het infuus of op andere handelingen als zodanig. Vooruitlopend op mogelijk tegengestelde reacties heeft de arts een draaiboek voor de uitvoering van de euthanasie gemaakt.

Op de dag van de euthanasie is de man naar huis gebracht. Hij liet het plaatsen van de infuusnaald zonder problemen toe. Op de mededeling van de arts dat hij euthanasie ging uitvoeren gaf de man geen reactie. De arts meende dat alles was gedaan om de situatie van de man draaglijker te maken. De arts constateerde dat er mogelijk nog andere, meer kalmerende medicatie kon worden geprobeerd of dat de daginvulling van de man kon worden aangepast. Hij was er echter van overtuigd dat het ondraaglijk lijden waarover de man in zijn wilsverklaring sprak en die ook duidelijk zichtbaar was, daarmee niet opgelost kon worden.

De commissie overweegt dat bij patiënten met dementie van de arts wordt gevraagd extra behoedzaamheid te betrachten, in het bijzonder betreffende de wettelijke zorgvuldigheidseisen inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek, het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van redelijke andere oplossingen.

Gevolg geven aan een euthanasieverzoek in de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren (of uitsluitend nog door eenvoudige uitingen of gebaren) is mogelijk in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld (EuthanasieCode 2018, p 43). Artikel 2 lid 2 WTL bepaalt dat een schriftelijke wilsverklaring een mondeling verzoek kan vervangen en dat de in artikel 2 lid 1 WTL genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. Het moet gaan om een duidelijke verklaring, die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie.

De commissie is van oordeel dat de arts met de hierboven bedoelde extra behoedzaamheid heeft gehandeld. Hierover overweegt de commissie als volgt. Vast staat dat de man op het moment dat de arts bij hem betrokken raakte niet meer wilsbekwaam was. De commissie komt tot het oordeel dat op het moment dat de man zijn schriftelijke wilsverklaring opstelde en actualiseerde er geen aanleiding was om aan te nemen dat hij toen reeds wilsonbekwaam was.

De commissie is op basis van alle gegevens ervan overtuigd geraakt dat op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging sprake was van de omstandigheden die de man in zijn schriftelijke wilsverklaring had beschreven.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het verlenen van de euthanasie in de lijn lag van de eerdere schriftelijke wilsverklaring en dat daarvoor geen contra-indicaties bestonden; uit de stukken is niet gebleken dat de man in het verpleeghuis of voorafgaand aan de levensbeëindiging thuis heeft aangegeven dat hij geen levensbeëindiging wilde.

In de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is, dient voorts aannemelijk te zijn dat de patiënt op dat moment ondraaglijk lijden ervaart. De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van actueel uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De commissie overweegt hierover als volgt. Uit het dossier blijkt dat de arts zich grondig in de situatie van de man heeft verdiept. Uitgebreide en langdurige observatie liet zien dat de man in het verpleeghuis voortdurend zichtbaar angstig, verdwaasd, onrustig, boos en agressief was. De arts zag de situatie gedurende het traject steeds verder achteruitgaan en het lijden toenemen. Het was ondanks pogingen daartoe in het verpleeghuis niet mogelijk gebleken om de situatie van de man te verbeteren. Dit maakte de ondraaglijkheid van het lijden voor de arts invoelbaar. De arts heeft de overtuiging kunnen krijgen dat de man ondraaglijk leed.

Ten aanzien van de eis dat de arts tot de overtuiging is gekomen dat de patiënt naast ondraaglijk ook uitzichtloos leed en de eis dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was, is de commissie eveneens van oordeel dat de arts tot die overtuigingen heeft kunnen komen. In het verslag van de behandelend specialist ouderengeneeskunde staat een opsomming van eventuele mogelijkheden om de situatie van de man te verbeteren. Hierin staat onder andere dat medicatie met meer kalmerende eigenschappen geprobeerd zou kunnen worden, dat de man met een geestelijk verzorger zou kunnen praten en dat daginvulling verder geoptimaliseerd zou

kunnen worden. De commissie onderschrijft het oordeel van de arts dat het toedienen van meer kalmerende medicatie, niet als een redelijk alternatief gezien kan worden (EuthanasieCode 2018, p 25). De door de specialist ouderengeneeskunde genoemde daginvulling werd door deze niet nader gespecificeerd. De commissie volgt de arts in diens oordeel dat gesprekken met een geestelijk verzorger met iemand die diep dement is waarschijnlijk geen effect zouden hebben gehad. Voorts is uit de stukken duidelijk geworden dat uitgebreid is geprobeerd de situatie van de man draaglijk te maken, maar dit niet mogelijk was gebleken. De arts vond voor zijn overtuiging ook steun in het dossier van de behandelend specialist ouderengeneeskunde en verzorgend personeel en in verklaringen van de naasten van de man.

In beginsel gaat het bij de zorgvuldigheidseis dat er geen sprake is van een redelijke andere oplossing, om een overtuiging van de arts en de patiënt gezamenlijk. Volgens de wetsgeschiedenis bij artikel 2 lid 1 WTL zijn de zorgvuldigheidseisen “zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing”. Dit betekent dat rekening gehouden moet worden met de specifieke omstandigheden, zoals het gegeven dat communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is en de patiënt dus geen vragen meer kan beantwoorden. Veel betekenis komt dan in gevallen als deze toe aan hetgeen de patiënt hierover in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft opgenomen en erover gezegd heeft toen met hem nog wel communicatie mogelijk was.

Op het moment dat de arts bij de man betrokken raakte was die reeds wilsonbekwaam. Op basis van hetgeen door de man in zijn wilsverklaring is opgenomen aangaande de omstandigheden waaronder hij euthanasie wenste en gezien het feit dat – zoals in het hiervoor gaande beschreven – er geen redelijke andere oplossing was deze omstandigheden (die het ondraaglijk lijden vormden) weg te nemen of wezenlijk te verminderen, is de arts naar het oordeel van de commissie tot de overtuiging kunnen komen dat ook aan deze zorgvuldigheidseis is voldaan.

Bij euthanasie in de latere fase van dementie dient de arts naast de reguliere consulent, die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen, ook een ter zake deskundige arts te raadplegen (EuthanasieCode 2018, p 43).

De commissie constateert dat de arts twee – ter zake deskundige – onafhankelijke artsen heeft geraadpleegd, die de man hebben gezien en schriftelijk hun oordeel hebben gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Zij kwamen beiden tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL was voldaan. De arts heeft daarmee voldaan aan de zorgvuldigheidseis als bedoeld onder artikel 2 lid 1 e WTL. Wel merkt de commis-

sie over beide SCEN-verslagen op dat daarin de conclusie dat er geen redelijke andere oplossingen waren niet onderbouwd wordt en dat daarbij ook niet wordt ingegaan op de behandelalternatieven van de behandelend specialist ouderengeneeskunde. Zoals hierboven reeds is aangegeven, heeft de arts zelf echter afdoende beargumenteerd dat het lijden uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossingen waren.

Volgens de commissie was aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan.

CASUS DEMENTIE (WILSONBEKWAME PATIËNT MET SCHRIFTELIJK EUTHANASIEVERZOEK)

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; patiënt met vergevorderde dementie; schriftelijke wilsverklaring; bij euthanasie in deze fase dient de arts, naast de onafhankelijke consulent ook een onafhankelijke ter zake deskundig arts te raadplegen; SLK; gepubliceerd onder nummer 2019-119

Een man, tussen zeventig en tachtig jaar oud, had vanaf ongeveer zes jaar voor het overlijden toenemende cognitieve problemen. Drie jaar voor het overlijden was in verband met een longontsteking een ziekenhuisopname noodzakelijk. Tijdens de opname kreeg hij een delier. Nadien werd duidelijk dat de man niet meer op zijn oude niveau kon functioneren. Kort daarna werd de ziekte van Alzheimer vastgesteld.

Drie jaar voor het overlijden had de man een schriftelijke wilsverklaring opgesteld. Daarin was onder andere opgenomen:

“- Het is mijn wil niet verder te leven en spoedig op milde wijze te sterven wanneer ik door welke oorzaak ook kom te verkeren in een geestelijke of lichamelijke toestand die geen reëel uitzicht biedt op terugkeer naar een redelijke en waardige levensstaat.

- Voor het geval ik door het achterwege laten van (verdere) medische behandeling niet spoedig op milde wijze zal sterven, verzoek ik de mij behandelend arts hierbij dringend mijn stervenswens te vervullen door mij de middelen voor een milde dood toe te dienen dan wel onder zijn/haar begeleiding te laten innemen.

Onder de bovengenoemde toestand versta ik in ieder geval:

- een toestand van langdurig terminaal lijden;
- een onafwendbare ontluistering
- elke geestelijke of lichamelijke gesteldheid, die ik nader mocht aangeven of die mij mocht treffen met voor mij duidelijk onaanvaardbare gevolgen.

- Voor het geval dat ik in bovengenoemde toestand kennelijk nog bij machte ben mijn wil te uiten, verzoek ik de behandelend arts hierbij van mij een bevestiging van deze verklaring te vragen. In het andere geval moet deze verklaring geacht worden mijn uitdrukkelijke wil in te houden.”

Na zijn diagnose had de man verschillende gesprekken met zijn huisarts gevoerd over euthanasie. Daarin zei hij onder andere dat hij ontluistering en agressie vreesde. Deze gesprekken vonden plaats tot een jaar voor het overlijden. In dat laatste jaar was de man niet meer zelf begonnen over zijn euthanasiewens en de huisarts had hem hier ook niet naar gevraagd.

Ongeveer een jaar voor het overlijden werd de man opgenomen in een verpleeghuis. Dat was omdat hij een toenemende zorgbehoefte had en veel ruzie maakte. In het begin ging het goed in het verpleeghuis. Doordat zijn ziekte in ernst toenam ontstond echter steeds meer verlies van overzicht dat samenging met gevoelens van frustratie en angst. Het vermogen van de man om te communiceren ging steeds verder achteruit en uiteindelijk kon hij dat vrijwel niet meer. Hij liet dagelijks veel onrust zien. Daarnaast was hij toenemend agressief tegen medebewoners; daarin was hij nauwelijks af te leiden. De agressieve uitbarstingen namen steeds verder toe. Ondanks diverse pogingen tot verbetering, bleef zijn gedrag hetzelfde. Zijn onvermogen tot spreken (afasie) en zijn communicatieproblemen verhinderden die verbetering. Inzet van medicatie om de klachten te dempen, maakte hem te totaal versuft. Bij mindering van de medicatie vlamden zijn klachten weer op. Naast medicatie werden ook andere hulpmiddelen gebruikt om de situatie te verbeteren. Zo sliep hij vanwege valincidenten in een tentbed maar ook daarin was hij soms onrustig.

Het lijden van de man bestond uit het verlies van overzicht en het vermogen om goed te communiceren met anderen en de gevolgen daarvan: angstig en boos zijn. Er waren periodes dat hij door de onrust nachten achterelkaar nauwelijks sliep. Daardoor raakte hij oververmoeid. Hij poetste soms dwangmatig de vloer en het was nauwelijks mogelijk om hem hierin te stoppen. In zijn verwarring liet hij ook ontluisterend gedrag zien zoals het bevuilen van zijn kamer, kruipen over de vloer en agressie richting verzorging en medebewoners. Op momenten dat de man rustig was, was hij regelmatig volledig apathisch en in zichzelf gekeerd.

Toen de situatie in het verpleeghuis steeds verder achteruitging en de toestand van de man sterk verslechterde, kwam de schriftelijke wilsverklaring tussen de familieleden ter sprake. Zijn echtgenote besprak de wilsverklaring met de behandelend specialist ouderengeneeskunde.

Deze vond het verzoek echter te complex. Vervolgens benaderde de echtgenote de huisarts. De huisarts schakelde een consulent euthanasie van de Stichting Levensindekliniek (SLK) in en bezocht de man in het verpleeghuis. De huisarts wilde uiteindelijk ook geen uitvoering geven aan het euthanasieverzoek omdat hij dit te complex vond. In samenspraak met de consulent euthanasie heeft de huisarts het verzoek overgedragen aan de SLK. De huisarts bleef nauw betrokken bij het euthanasietraject van de SLK.

Vanaf het moment dat de arts bij de man betrokken raakte, was de laatste geheel wilsonbekwaam. De arts heeft de man over een periode van vijf maanden viermaal bezocht. Bij ieder bezoek heeft de arts getracht contact te maken. De man reageerde op die pogingen, maar er was telkens geen gesprek mogelijk. De arts besprak met de echtgenote dat de wilsverklaring niet heel specifiek was, maar wel veel ondervinding. De echtgenote vertelde dat de ouders van de man ook de ziekte van Alzheimer hadden gehad en dat hij hun aftakelingsproces als vreselijk had ervaren. Hij was altijd stellig geweest dat hij niet wilde dat hem dit zou overkomen.

Met de familie werd een observatieperiode afgesproken. In die periode zagen alle betrokkenen vele momenten van ontluistering. De ontluistering bestond voornamelijk uit onrust, incontinentie, angst en agressie, waarbij de man niet aan te sturen was en interventies niet hielpen. Na de observatieperiode was het voor de arts duidelijk dat de man ondraaglijk leed zoals hij had beschreven en bedoeld in zijn wilsverklaring.

De arts raadpleegde ruim drie maanden voor de levensbeëindiging een onafhankelijke psychiater ter beoordeling van het lijden van de man. Deze psychiater bezocht de man in het verpleeghuis. Tijdens zijn bezoek constateerde de psychiater dat het niet mogelijk was om een gesprek met de man te voeren. Hij sprak daarom met diens echtgenote en de (schoon)kinderen. Daarnaast had de psychiater telefonisch contact met de huisarts. Op basis van zijn bezoek en de gesprekken met de familie en de huisarts concludeerde de onafhankelijke psychiater dat de angsten en onrust op de juiste wijze werden behandeld.

Door inachtneming van de persoonlijkheid, ziektegeschiedenis en de vastgelegde wilsuitingen van de man, was het voor de onafhankelijke psychiater niet noodzakelijk om te beschikken over verbale uitingen van de man over het lijden. Er kon naar zijn oordeel niet overtuigend objectief worden vastgesteld dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Daar stond echter tegenover dat ten tijde van de onrust, die een aanzienlijk deel van de dag van de man bepaalde, wel gesproken kon worden van ondraaglijk lijden. Er was daarbij duidelijk sprake van een onafwendbare

ontluistering. De psychiater twijfelde er niet aan dat de toestand van de man volledig voldeed aan wat hij als ondraaglijk had aangegeven toen hij nog wilsbekwaam was.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts, tevens specialist ouderengeneeskunde. De consulent bezocht de man ongeveer anderhalve maand voor de levensbeëindiging. Tijdens het bezoek heeft de consulent diverse malen geprobeerd om een gesprek aan te gaan met de man. Deze keek de consulent aan maar reageerde niet op diens vragen. De man was volgens de consulent vanwege het voortgeschreden dementieproces wilsonbekwaam.

De consulent vond het lastig om een indruk van de stemming van de man en zijn lijden te krijgen zonder communicatie. Maar hij kon wel vaststellen dat er bij de man een volledige afwezigheid was van positieve indrukken. Ook viel de afwezigheid op van uiterlijke kenmerken van genieten of plezier hebben. Volgens de consulent voldeed de situatie waarin de man zich bevond evident aan de grenzen die in de wilsverklaring zijn gesteld. Er was geen verbetering te verwachten, de ontluistering zou enkel voortschrijden.

In zijn verslag kwam de consulent tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Gezien de toestand van de man was zijn reactie op verschillende handelingen die nodig waren om de levensbeëindiging op verzoek uit te voeren niet goed voorspelbaar. Tijdens het gehele onderzoekstraject waren er volgens de arts geen verbale of fysieke uitingen die konden worden geïnterpreteerd als tegengesteld aan zijn schriftelijke wilsverklaring. De arts concludeerde daarom dat eventuele tegengestelde reacties van de man niet op te vatten waren als tekenen van bezwaar tegen de uitvoering van de levensbeëindiging. Ze konden opgevat worden als reacties op het inbrengen van een infuus of op andere handelingen. Om op alle mogelijkheden voorbereid te zijn had de arts een draaiboek voor de uitvoering van de euthanasie gemaakt. Hierin was onder andere opgenomen dat van de uitvoering zou worden afgezien wanneer de man uitdrukkelijk zou zeggen of laten blijken geen euthanasie te willen. Verder was opgenomen dat de man premedicatie zou krijgen om te voorkomen dat hij negatief zou reageren op de prikkel van het inbrengen van een infuusnaald. Als de man de premedicatie niet zou accepteren zou de arts enige tijd later een tweede poging doen. En als de man dan opnieuw zou weigeren zou de arts de procedure op dat moment afbreken.

De uitvoering vond plaats in het verpleeghuis. De SLK-verpleegkundige legde de man uit dat ze middelen gingen toedienen waarmee zijn leven

beëindigd zou worden en dat hij voorafgaand medicatie zou krijgen om rustig te worden. De man nam de medicatie vervolgens in. Nadat hij enige tijd rustig op bed had gelegen naast zijn echtgenote wilde de man opstaan. Er werd geprobeerd om hem op bed te houden, waardoor hij onrustig werd. Dat gedrag was vergelijkbaar met hoe hij zich regelmatig in het verpleeghuis gedroeg. Onder begeleiding liep de man daarop een stukje door de kamer, waarna hij weer ging liggen. Desondanks bleef de man onrustig gedrag vertonen en werd besloten om hem een rustgevende middel (dormicum) en morfine te geven. Kort daarna viel de man in slaap en heeft de arts de euthanatica toegediend

De commissie overweegt dat bij patiënten met dementie van de arts wordt gevraagd extra behoedzaamheid te betrachten, in het bijzonder betreffende de wettelijke zorgvuldigheidseisen inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek, het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van redelijke andere oplossingen. Bij euthanasie in de latere fase van dementie dient de arts naast de reguliere consulent, die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen, ook een ter zake deskundige arts te raadplegen (EuthanasieCode 2018, p 43).

De inwilliging van een euthanasieverzoek in de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren (of uitsluitend nog door eenvoudige uitingen of gebaren) is mogelijk in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld (EuthanasieCode 2018, p 43). Artikel 2, tweede lid, WTL bepaalt dat een schriftelijke wilsverklaring een mondelinge verzoek kan vervangen en dat de in artikel 2, eerste lid, WTL genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. Het moet gaan om een duidelijke verklaring, die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie. De commissie overweegt hierover als volgt. Vast staat dat de man op het moment dat de arts bij hem betrokken raakte niet meer wilsbekwaam was. De commissie komt op basis van de stukken en hetgeen de arts bij de mondelinge toelichting heeft verklaard tot het oordeel dat er op het moment dat de man zijn schriftelijke wilsverklaring opstelde geen aanleiding was om aan te nemen dat hij toen reeds wilsbekwaam was.

De commissie heeft uitvoerig stilgestaan bij de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring. Het moet immers gaan om een duidelijke verklaring die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie. Op basis van alle gegevens is de commissie ervan overtuigd dat op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging sprake was van de omstandigheden, in het bijzonder 'de onafwendbare ontluistering', die de man in zijn schriftelijke wilsverklaring uit 2016 had bedoeld. Uit de informatie van

de huisarts, familie en verzorgenden van de man kon de arts afleiden wat de man verstond onder de 'onafwendbare ontluistering'. De commissie weegt hierbij mee dat zowel de geraadpleegde consulent als de onafhankelijke psychiater ervan overtuigd waren dat de situatie waarin de man verkeerde, de situatie was die de man in zijn schriftelijke wilsverklaring had bedoeld.

Volgens de EuthanasieCode 2018 (p 44) dient de arts na te gaan of de wilsonbekwame patiënt duidelijke tekenen geeft dat hij geen levensbeëindiging wil. De arts heeft meerdere (vergeefse) pogingen gedaan om contact te leggen met de man om te onderzoeken of hij verbaal of non-verbaal kon aangeven dat hij geen euthanasie meer wenste. Uit het dossier is duidelijk geworden dat dergelijke uitingen er niet zijn geweest.

Gelet op het voorgaande kon de arts concluderen dat uitvoering van de euthanasie in overeenstemming was met de schriftelijke wilsverklaring van de man en niet tegenstrijdig met zijn uitingen. De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en dat de arts met de hierboven bedoelde extra behoedzaamheid heeft gehandeld.

In de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat een patiënt niet langer wilsbekwaam is, dient aannemelijk te zijn dat een patiënt op dat moment ondraaglijk lijden ervaart. De commissie betreft in haar oordeel dat uit het dossier en uit de mondelinge toelichting is gebleken dat de arts zich grondig in de situatie van de man heeft verdiept. De arts heeft stapsgewijs onderzocht of er sprake was van actueel ondraaglijk lijden.

De commissie is van oordeel dat de arts met extra behoedzaamheid heeft gehandeld en dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en actueel ondraaglijk lijden.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseis dat er geen sprake is van een redelijke andere oplossing, overweegt de commissie dat het in beginsel gaat om een overtuiging van de arts en de patiënt gezamenlijk (EuthanasieCode 2018, p 25). Ook hier geldt, gelet op de wetsgeschiedenis, dat de zorgvuldigheidseis "zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie" van toepassing is. De commissie overweegt hierover als volgt. In dit geval komt veel betekenis toe aan hetgeen de man hierover in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft opgenomen en erover gezegd heeft toen met hem nog wel communicatie mogelijk was. Op het moment dat de arts bij de man betrokken raakte, was de laatste reeds wilsonbekwaam en, zoals de commissie op basis van de stukken en de mondelinge toelichting is gebleken, was ondanks diverse pogingen op dit punt geen communicatie

meer met hem mogelijk. Uit de stukken is gebleken dat het lijden van de man niet anders behandeld kon worden dan hem zoveel kalmerende medicatie te geven dat hij totaal versuft raakte. Naar het oordeel van de commissie kan het toedienen van meer kalmerende medicatie niet als een redelijk alternatief gezien worden (EuthanasieCode 2018, p 25). Op basis van hetgeen door de man in zijn wilsverklaring is opgenomen aangaande de omstandigheden waaronder hij euthanasie wenste en gezien het feit dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er geen redelijke andere oplossing was om deze omstandigheden (die het ondraaglijk lijden vormden) weg te nemen of wezenlijk te verminderen, heeft de arts naar het oordeel van de commissie met extra behoedzaamheid gehandeld en is hij tot overtuiging kunnen komen dat ook aan deze zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Volgens de commissie was aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan.

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Wil iemand in aanmerking komen voor euthanasie dan moet zijn lijden een medische grondslag hebben. Dat betekent niet dat er een *levensbedreigende* aandoening moet bestaan. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals problemen met het zien, gehoorstoornissen, botontkalking, artrose, evenwichtsproblemen, geestelijke achteruitgang – kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

Deze – veelal degeneratieve – aandoeningen treden doorgaans op oudere leeftijd op. Het is de optelsom van klachten, die voorkomen uit een of meer aandoeningen, die een lijden doen ontstaan dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de levensgeschiedenis, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van iemand door déze persoon als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren.

Daarmee onderscheidt een stapeling van vooral degeneratieve aandoeningen zich van de voltooidleven-problematiek, althans voor zover daarmee bedoeld wordt op een lijden zonder medische grondslag. Anders dan de voltooidleven-problematiek heeft een stapeling van ouderdomsaandoeningen wél een medische grondslag (EuthanasieCode 2018, p 21-22). Hierna staan twee van deze meldingen.

CASUS STAPELING OUDERDOMS-AANDOENINGEN (BIJNA BLIND EN SLECHT HOREN)

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; patiënt met stapeling ouderdomsaandoeningen; gepubliceerd onder nummer 2019-127

Een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar had twee oogaandoeningen (glaucoom en maculadegeneratie) en een gehoorstoornis (presbycusis). Hierdoor was zij nagenoeg blind en hoorde zij slecht. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Haar lijden bestond uit de (sociaal) invaliderende gevolgen van de aandoeningen. Zij leed onder het verlies van autonomie, het vooruitzicht in een zorginstelling te moeten worden opgenomen en de uitzichtloosheid van de situatie. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden van de vrouw te verlichten.

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

De vrouw had eerder met de huisarts over euthanasie gesproken. Aanvankelijk was de huisarts bereid het verzoek om levensbeëindiging in behandeling te nemen. Ongeveer vijf maanden voor het overlijden werd een klinisch psychiater geraadpleegd. Deze oordeelde dat geen sprake was van stemmingsstoornissen. De huisarts vond het verzoek echter niet invoelbaar. Daarop heeft patiënte zich met steun van de huisarts gewend tot de Stichting Levensindekliniek.

De commissie oordeelt dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

CASUS STAPELING OUDERDOMS-AANDOENINGEN (VERSCHILLENDE AANDOENINGEN)

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; patiënt met stapeling ouderdomsaandoeningen; gepubliceerd onder nummer 2019-67

Bij een vrouw, ouder dan 90 jaar, was sinds geruime tijd sprake van verschillende aandoeningen. Haar lijden bestond uit chronische pijnklachten als gevolg van de artrose (een vorm van reuma), waarvoor zij opiaten gebruikte met als gevolg onbehandelbare buikkoliken. Daarnaast was sprake van fors verminderd zicht, slechthotheid, zich niet kunnen verplaatsen, vermoeidheid en gewichtsverlies. Door haar beperkingen zat de vrouw de hele dag thuis in een stoel zonder enige vorm van dagbesteding. Zo kon ze niet meer televisiekijken, handwerken of een boek lezen. Zij zag op tegen iedere dag en vond het mensonterend dat zij steeds verder achteruitging zonder perspectief op verbetering. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor haar aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De vrouw had eerder met de arts en andere behandelaars over euthanasie gesproken. Ruim twee maanden voor het overlijden vroeg zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Zij herhaalde haar verzoek verschillende malen. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De commissie overweegt dat in het geval er bij een patiënt sprake is van een stapeling van ouderdomsaandoeningen deze stapeling de oorzaak kan zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De optelsom van de aandoeningen en daaraan gerelateerde klachten kan een lijden doen ontstaan dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt door deze patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk wordt ervaren. De commissie is op basis van de door de arts overgelegde gegevens van oordeel dat de arts ervan overtuigd kon zijn dat er sprake was van een medische grondslag van het lijden en dat de vrouw uitzichtloos en ondraaglijk leed als gevolg van de stapeling van ouderdomsaandoeningen.

De commissie oordeelt dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

2.4 Drie euthanasieverzoeken van patiënten met een vrijheidsbepalende maatregel

In dit verslagjaar heeft de RTE drie meldingen ontvangen van casus waarbij de patiënt gedurende het onderzoek naar het euthanasieverzoek aan een vrijheidsbepalende maatregel onderworpen was. In een dergelijke situatie is het van groot belang om te onderzoeken of het verzoek niet wordt ingegeven door het verblijf in respectievelijk de TBS-kliniek, de gevangenis of de GGZ instelling. In alle drie de meldingen bleek dat niet het geval te zijn.

TERBESCHIKKINGSTELLING (TBS)

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; patiënt in TBS kliniek; combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen; SLK; gepubliceerd onder nummer 2019-22

Bij een man, tussen 70 en 80 jaar oud, was sprake van een autisme spectrum stoornis (een stoornis die gekenmerkt wordt door beperkingen op het gebied van sociale interactie en (non-)verbale communicatie en door een beperkt gedragspatroon met veel herhalingen of vastliggende gewoontes) en een obsessief compulsieve stoornis (last van angstige en nare gedachten die moeilijk te onderdrukken zijn). Daarnaast had hij een longaandoening (COPD), etalagebenen (claudicatio intermittens) en suikerziekte (diabetes mellitus). De man was vanaf zijn pubertijd uitgebreid met medicijnen en psychotherapieën behandeld. Door de jaren heen ondernam hij meerdere pogingen tot zelfdoding.

Vanaf ruim twintig jaar voor het overlijden verbleef hij na een ernstige ontregeling van zijn ziektebeeld op een long-stay afdeling binnen een TBS-kliniek (een behandelkliniek waar mensen verblijven die een ernstig misdrijf hebben begaan dat hun niet – volledig – aangerekend kan worden vanwege een persoonlijkheidsstoornis en/of een ernstige psychiatrische stoornis. Patiënten die niet genezen kunnen worden en nog steeds gevaarlijk zijn verblijven de rest van hun leven op een afdeling die aangeduid wordt als long-stay). De man werd hier niet meer actief behandeld; hij was in feite uitbehandeld. Vanuit het Centrum voor Consultatie en Expertise werd enkele jaren voor het overlijden sterk afgeraden om de man naar een gespecialiseerde kliniek voor mensen met autisme over te plaatsen. Er waren daar voor de man geen realistische doelen meer te behalen. Plaatsing in een gewone instelling voor geestelijke gezondheidszorg werd ook niet als een reële mogelijkheid gezien omdat hij een hoog beveiligingsniveau nodig had. Dat laatste vloeide niet voort uit zijn vluchtgevaarlijkheid, maar omdat hij weinig of geen beheersing had over zijn natuurlijke driften, wat kon leiden tot ernstige gevolgen voor anderen.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijke psychiater, ongeveer vier maanden voor het overlijden, onderzoek gedaan naar de diagnose en eventuele behandelmogelijkheden voor de man. De onafhankelijke psychiater was het eens met de diagnose die uit de stukken bleek. Er was geen sprake van een stemmingsstoornis, depressie of manie (een heftige gemoedsbeweging zoals overmatige vreugde, boosheid en hyperactiviteit). Ook waren er geen aanwijzingen voor dementie. Hij stelde vast dat er sprake was van een langdurige geestelijke stoornis (psychische constante chronische defecttoestand). Ook deze arts dacht dat het niet goed was om de man te plaatsen in een gespecialiseerde kliniek voor autismebehandeling. Een dergelijke plaatsing gaf grote kans op ontregeling (verstoring van het evenwicht). De kans op een impulsieve zelfdoding zou dan niet zijn uitgesloten. De onafhankelijke psychiater constateerde dat de man was uitbehandeld. Genezing was niet mogelijk.

De man leed onder zijn onmogelijkheid deel te nemen aan de maatschappij. Hij had zich nooit op zijn plek gevoeld in de wereld en had al jaren een euthanasiewens. Hij had voortdurend dwanggedachten. De man was niet in staat om tussen mensen te leven, omdat hij snel overprikkeld raakte. Hij leefde hierdoor geïsoleerd binnen de kliniek en nam niet deel aan groepsactiviteiten. Huishoudelijke taken kon hij, doordat hij uitgeput was, ook niet meer vervullen. De man vond de wereld te ingewikkeld. Daarnaast had hij met het ouder worden ook veel lichamelijke klachten gekregen. Hij had pijn in zijn benen en was zeer snel kortademig. Door deze lichamelijke klachten kon hij nog nauwelijks functioneren. Hij kon slechts schuifelende pasjes zetten. De man was constant moe en wilde iedere dag in bed blijven. Hij voelde zich lichamelijk en geestelijk volledig uit evenwicht.

De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De man had eerder met de behandelend psychiater in de kliniek waar hij verbleef over euthanasie gesproken. De behandelend psychiater stond achter het verzoek van de man, maar mocht in verband met het protocol van de kliniek geen uitvoering geven aan het verzoek.

Daarom meldde de man zich ruim een jaar voor het overlijden aan bij de Stichting Levensindekliniek. De arts heeft vijf keer uitvoerig met patiënt over zijn verzoek gesproken. Tijdens dit eerste gesprek heeft de man de arts meteen om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. In verband met het wachten op de beslissing van het Ministerie van Justitie en Veiligheid of de man een euthanasietraject mocht ingaan,

was het eerste gesprek ongeveer acht maanden voor het overlijden. Hij heeft zijn verzoek in vele volgende contacten tegenover de arts herhaald.

De eerder genoemde onafhankelijke psychiater achtte de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. Tijdens de gesprekken die de arts met hem voerde, was het duidelijk dat de man goed wist wat zijn verzoek inhield. De arts achtte de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent was ervan overtuigd dat de man ondraaglijk leed als gevolg van zijn stapeling van lichamelijke klachten, gecombineerd met een psychisch constante en chronische defecttoestand. De consulent beoordeelde de man als wilsbekwaam.

De commissie overweegt in deze casus het volgende.

De man verbleef op grond van een strafrechtelijke maatregel in een justitiële, psychiatrische kliniek. De commissie vroeg zich af of dit verblijf op een gesloten long-stay afdeling en de reden waarom de man daar verbleef, op een of andere manier invloed zou kunnen hebben gehad op de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek.

De man had ziektebesef en ziekte-inzicht en vond voor zichzelf de long-stay afdeling de meest geschikte woonvorm. De man wendde zich met hulp van de behandelend psychiater tot de Stichting Levenseindekliniek. De commissie leidde daaruit af dat er sprake was van een weloverwogen en consistente wens. De vrijwilligheid was aannemelijk aangezien de arts, de behandelend psychiater en de onafhankelijke psychiater de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek beoordeelden. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de man.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen heeft de arts volgens de commissie voldaan.

EUTHANASIE ÉÉN DAG NA DETENTIE

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; euthanasie één dag na detentie; SLK; persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en vermijdende kenmerken, PTSS en depressiviteit; gepubliceerd onder nummer 2019-100

Een vrouw, tussen vijftig en zestig jaar oud, had enkele jaren voor haar overlijden een einde gemaakt aan het leven van een naast familielid. Uit onderzoek naar haar geestelijke gesteldheid na deze daad bleek dat zij teruggetrokken en afhankelijk was, weinig initiatief nam en sociaal angstig was. Later is dit door de arts en de door haar geraadpleegde deskundigen gediagnosticeerd als een persoonlijkheidsstoornis. Na het doden van haar familielid en een poging tot zelfdoding, die daar meteen op volgde, ontwikkelde de vrouw een posttraumatische stressstoornis (een angststoornis waarbij er een voortdurende alertheid is op een gevaar dat er niet meer is) en chronisch depressieve klachten met neiging tot zelfdoding en heftig zelfverwilt. De vrouw verbleef na haar veroordeling op de psychiatrische afdeling van een gevangenis. Ook daar deed ze een paar pogingen tot zelfdoding. Gedurende haar gevangenschap werd behandeling met medicijnen ingezet maar deze had geen effect; de behandeling veroorzaakte slechts bijwerkingen. Verder is psychotherapie, EMDR (een therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende ervaring, zoals een ongeval, seksueel geweld of een geweldsincident) en rouwverwerkingstherapie geprobeerd. Geen van de behandelingen leidde tot een wezenlijk verbetering van de situatie. Daarom weigerde de vrouw ermee door te gaan. Tijdens het gesprek dat de arts met de commissie had lichtte zij toe dat er op haar verzoek nog een poging is gedaan tot behandeling. Er werd opnieuw gestart met antidepressieve medicatie ter ondersteuning van EMDR-therapie. De medicatie werd door patiënte na korte tijd gestopt omdat deze te veel bijwerkingen had. De EMDR maakte bij patiënte veel herbelevingen en emoties los waarmee ze niet om kon gaan.

Het lijden van de vrouw bestond eruit dat zij niet in staat was haar leven verder vorm te geven door het schuldgevoel, de persoonlijkheidsstoornis en de posttraumatische stressstoornis. Zij vond haar leven zinloos en betekenisloos en zag geen toekomstperspectief meer. Het familielid was het middelpunt van haar leven geweest. De vrouw had ook geen sociale contacten meer en was niet in staat deze opnieuw op te bouwen. Zij zag geen perspectief en betreurde het dat haar zelfdodingspogingen waren mislukt.

De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts, een psychiater gespecialiseerd in stemmingsstoornissen, was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Voor de arts was na vele gesprekken duidelijk dat de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos leed en dat zij dusdanig getraumatiseerd was dat geen enkele behandeling verandering zou kunnen brengen in haar situatie. De arts heeft met de vrouw besproken om na de invrijheidstelling eerst een paar maanden te wachten en dan nog een behandeling te ondergaan maar de vrouw zei dat niet te kunnen opbrengen. Er bestond voor haar geen leven meer zonder het familielid. De arts meende dat elke behandeling gedoemd zou zijn te mislukken omdat behandeling motivatie tot verandering vereist. De arts was ervan overtuigd dat, nu een behandeling in een psychiatrisch afdeling van de gevangenis niet gelukt was, een behandeling in een psychiatrische inrichting (na een gedwongen opname) niet zou slagen.

De arts raadpleegde een onafhankelijke psychiater, gespecialiseerd in forensische psychiatrie en een tweede onafhankelijke arts, ook psychiater. Ook zij waren van mening dat de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos leed en dat er geen redelijke mogelijkheden meer waren om het lijden te verlichten.

De arts was ervan overtuigd dat het verzoek om levensbeëindiging een vrijwillige en weloverwogen keuze was. Dat werd door de onafhankelijke psychiater en de consultant bevestigd. Verder leven na de invrijheidstelling was voor patiënte op geen enkele wijze een aanvaardbaar alternatief.

Op verzoek van de arts onderzocht de bovengenoemde onafhankelijke psychiater eveneens de wilsbekwaamheid van de vrouw. Deze psychiater was van oordeel dat de vrouw goed en grondig over het verzoek om levensbeëindiging had nagedacht. De vrouw was constant en duidelijk in haar euthanasieverzoek. Het euthanasieverzoek was gerelateerd aan psychiatrische problematiek maar werd er niet in het geheel door bepaald.

De onafhankelijke psychiater concludeerde dat de vrouw wilsbekwaam was bij het door haar consistent en duidelijk geuite euthanasieverzoek. Op de dag dat patiënte na het uitzitten van haar straf werd vrijgelaten uit de gevangenis, ging zij naar een hospice. Aldaar heeft dezelfde dag de levensbeëindiging plaatsgevonden.

Alvorens over te gaan op de toetsing van de zorgvuldigheidseisen merkt de commissie op dat het een complexe casus is waarbij de psychiatrische problematiek domineert en een existentieel schuldgevoel een belangrijke rol speelt. Daarnaast was er de bijzondere omstandigheid dat patiënte in gevangenschap verbleef.

De commissie overweegt dat van de arts grote behoedzaamheid wordt gevraagd indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychiatrische aandoening.

Veelal gaat het in dergelijke zaken om complexe psychiatrische problematiek en is de inbreng van specifieke deskundigheid vereist. De genoemde behoedzaamheid betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. De arts moet bij deze patiënten naast de reguliere consultant ook altijd één onafhankelijke psychiater raadplegen (Euthanasiecode 2018, p 40-41).

Vastgesteld kan worden dat de arts aan dit vereiste van grote behoedzaamheid heeft voldaan door raadpleging van zowel een consultant, tevens psychiater, als van een onafhankelijke psychiater, gespecialiseerd in forensische psychiatrie.

Het vrijwillig en weloverwogen verzoek

De commissie is van oordeel dat de arts in dit geval tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

Uitgesloten moet worden dat het oordeelsvermogen van patiënte door de psychiatrische aandoening is aangetast. De arts moet erop letten of patiënte er blijk van heeft gegeven de relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en of zij consistent is in haar overwegingen.

Uit de door de arts overgelegde verslagen van de twaalf gesprekken die de arts met de vrouw heeft gehad, blijkt een consistente en gemotiveerde doodswens. Al vanaf het eerste gesprek heeft de vrouw aangegeven dat zij sinds het familielid overleed de wens had niet verder te leven. Bij dit verzoek speelde geen invloed van anderen (externe vrijwilligheid) en de arts was ervan overtuigd dat patiënte relevante informatie kon begrijpen, duidelijk kon maken waarom zij euthanasie wilde en consistent was in haar verzoek (interne vrijwilligheid).

De arts werd door de geraadpleegde onafhankelijke psychiater en de consultant bevestigd in haar overtuiging dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De commissie is van oordeel dat de arts onder de omstandigheden van dit geval tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing

De commissie is van oordeel dat de arts in dit geval tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de vrouw en met haar tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin de vrouw zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

Bij de ondraaglijkheid van het lijden gaat het om de beleving van de individuele patiënt, in het licht van zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatoon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts, mede gelet op het voortraject, invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor déze patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is (EuthanasieCode 2018, p 23).

Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. Bij het beoordelen van de uitzichtloosheid staan de diagnose en de prognose centraal. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie. De uitzichtloosheid moet worden gezien in relatie tot de ziekte of aandoening van de patiënt en de daarmee verbonden symptomen. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, behandelingsopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen of verminderen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat (EuthanasieCode 2018, p 22). Het gaat bij deze zorgvuldigheidseis om een overtuiging van arts en patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Er is sprake van een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënt redelijke, uitweg is om het lijden te verzachten of weg te nemen (EuthanasieCode 2018, p 25). Daarbij wordt in de EuthanasieCode opgemerkt dat het effect van het alternatief binnen redelijke termijn moet optreden en dat een patiënt altijd een behandeling mag weigeren tenzij die behandeling het lijden zou wegnemen (EuthanasieCode 2018, p 26).

Uit de verslagen van de twaalf gesprekken tussen de vrouw en de arts en de gegeven mondelinge toelichting, is naar het oordeel van de commissie op te maken dat de arts de aard en de achtergrond van het lijden van de vrouw en de mogelijkheid van andere redelijke oplossingen diepgaand heeft onderzocht. De arts werd door de geraadpleegde onafhankelijke psychiater en de consulent bevestigd in haar overtuiging dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van patiënte en kon met patiënte tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen heeft de arts volgens de commissie voldaan.

BIJZONDERE OPNEMING PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS (BOPZ)

Aandachtspunten: VO-melding, uitgeschreven oordeel, BOPZ, uitgeschreven oordeel, SLK; gepubliceerd onder nummer 2019-126

Een man, tussen twintig en dertig jaar oud, was vanaf zijn dertiende levensjaar bekend met gedragsproblemen en problemen met het beheersen van zijn driften. Hiervoor werd hij vanaf zijn zestiende levensjaar in allerlei jeugdzorginstellingen en pleeggezinnen geplaatst. Uiteindelijk werd in 2011 een borderline persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken vastgesteld. (De borderline persoonlijkheidsstoornis is een psychische stoornis waarbij iemand sterke stemmingswisselingen vertoont, moeite heeft om stabiele relaties te vormen en vaak bang is om in de steek gelaten te worden. Antisociale trekken betekent dat iemand het heel moeilijk vindt om regels na te leven en rekening te houden met andere mensen.) Daarnaast werden ook andere psychiatrische ziektebeelden vastgesteld zoals ADHD (een concentratiestoornis) met autistische kenmerken. (Autisme is een stoornis die gekenmerkt wordt door beperkingen op het gebied van sociale interactie en (non-)verbale communicatie en door een beperkt gedragspatroon met veel herhalingen of vastliggende gewoontes). Verder een obsessieve compulsieve dwangstoornis (last van angstige en nare gedachten die moeilijk te onderdrukken zijn), pyromanie (onweerstaanbare drang tot brandstichting) en problematisch gebruik van middelen. Er was vermoedelijk ook sprake van niet aangeboren hersenletsel. De man deed vanaf zijn veertiende levensjaar drie keer een poging tot zelfdoding. Hij beschadigde zichzelf vaak op ernstige wijze.

Vanaf zijn puberteit werd de man uitgebreid zowel met medicijnen als psychotherapie behandeld. Hij verbleef sinds langere tijd op een forensische afdeling met een BOPZ-maatregel (een rechterlijke machtiging tot opname in een kliniek voor geestelijke gezondheidszorg). Ondanks langdurige behandeling in de instelling was de man de afgelopen vijf jaar, na aanvankelijk enige vooruitgang te hebben geboekt, vooral achteruitgegaan ten opzichte van de situatie bij opname. Resocialisatie was ook niet mogelijk gebleken.

De behandelend psychiater vermoedde dat psychologische behandeling geen kans van slagen zou hebben. Schematherapie (een vorm van psychotherapie waarbij mensen geholpen worden de oorsprong van gedragspatronen te doorgronden en te veranderen) had voor de man geen effect gehad. De man wilde nu geen behandeling meer. De behandelend psychiater dacht dat de vermoedelijke hersenbeschadiging daarin een rol speelde. Zij schatte de mogelijkheden van de man om te veranderen in als zeer beperkt.

De arts raadpleegde, omstreeks twee maanden voor het overlijden, een onafhankelijke psychiater. Ze vroeg hem onderzoek te doen naar de diagnose en eventuele behandelopties voor de man. De bevindingen van de psychiater kwamen overeen met de bevindingen van de behandelaren. Door het ontbreken van enige wens tot behandeling was er geen ingang voor een psychotherapie. Gezien de langdurige behandelvoorgeschiedenis en het zeer beperkte resultaat van de doorlopen behandelingen was het echter niet waarschijnlijk dat psychotherapie veel effect zou hebben tot gedragsverandering. Ook de onafhankelijke psychiater schatte het vermogen tot gedragsverandering van de man in als zeer beperkt. De onafhankelijke psychiater concludeerde dat er geen realistische behandelopties meer waren voor de man. Genezing was niet meer mogelijk.

Het lijden van de man bestond uit een drang tot impulsieve handelingen die niet te beïnvloeden was. Het ging daarbij om handelingen zoals brandstichting, zelfbeschadiging en 'acting out' (gedrag waarbij een persoon destructief en agressief handelt, zonder rekening te houden met de negatieve gevolgen daarvan). Op die manier probeerde hij om te gaan met oplopende innerlijke spanningen. De gedachten aan brandstichting en zelfbeschadiging hielden hem de hele dag bezig. Hij kon die gedachten nauwelijks onderdrukken en beschadigde zichzelf daarom voortdurend. De man wist dat hij door zijn aandoeningen nooit normaal zou kunnen functioneren in de maatschappij. Zijn toekomst zag hij daarom als onleefbaar. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De man sprak sinds 2015 met verschillende behandelaars over euthanasie. In datzelfde jaar meldde hij zich voor het eerst aan bij de Stichting Levensindekliniek. Kort na deze aanmelding trok hij zijn verzoek in wegens privéomstandigheden in. Vanaf het moment dat die privéomstandigheden kort daarna veranderden, bleef zijn euthanasiewens in de daaropvolgende jaren onverminderd bestaan. Hij sprak daarover herhaaldelijk met zijn behandelaars. De behandelend psychiater van de man wilde om verder niet bekende redenen geen uitvoering geven aan zijn verzoek. Bovendien was zij niet geheel overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden. Daarom meldde de man zich in april 2018 opnieuw aan bij de Stichting Levensindekliniek.

De arts heeft over een periode van zes maanden viermaal uitvoerig met de man over zijn verzoek gesproken. De man heeft de arts tijdens alle gesprekken om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Op basis van de gesprekken die de arts met de man voerde, achtte zij hem wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. Hij kon goed verwoorden op welke gronden hij tot zijn keuze was gekomen en wat de consequenties van zijn verzoek waren. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De eerder genoemde onafhankelijke psychiater achtte de man eveneens wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek.

De door de arts geraadpleegde onafhankelijke SCEN-arts was ervan overtuigd dat de man ondraaglijk leed door zijn continue gedachten aan brandstichting en zelfbeschadiging. Hierdoor zou de man nooit op een normale wijze aan de maatschappij kunnen deelnemen. Hij stelde vast dat er gelet op de behandelvoorgeschiedenis, het verslag van de onafhankelijke psychiater, het karakter van de man en diens onmogelijkheden om iets van het leven te kunnen maken, er geen redelijke andere oplossingen voor de man waren. De consulent concludeerde dat de man al jaren een consistent euthanasieverzoek had en hij achtte hem hierin wilsbekwaam.

De commissie overweegt dat een arts in het geval een euthanasieverzoek voortkomt uit lijden als gevolg van een psychiatrische aandoening met grote behoedzaamheid dient te handelen. Deze behoedzaamheid betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. De inbreng van specifieke deskundigheid van een onafhankelijke psychiater is in deze gevallen noodzakelijk (EuthanasieCode 2018, p 40-42).

De commissie is op basis van alle door de arts overhandigde gegevens van oordeel dat de arts in het onderhavige geval met grote behoedzaamheid heeft gehandeld, onder meer doordat deze een onafhankelijke psychiater heeft geraadpleegd, die concludeerde dat de man wilsbekwaam was ten aanzien van het euthanasieverzoek, er sprake was van uitzichtloos lijden en er geen redelijke behandel mogelijkheden meer waren. Door de consulent werd de arts bevestigd in haar oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie heeft stilgestaan bij het feit dat de man eerder met een strafrechtelijke maatregel en ten tijde van het euthanasieverzoek op een gesloten afdeling met een voorlopige machtiging (BOPZ-maatregel) verbleef. De commissie overweegt hierover als volgt.

Het verblijf in een dergelijke setting, waarin sprake is van vrijheidsbeneming vanwege de staat en samenlopende rechtspositieregels over (dwang)behandeling, kan volgens de commissie van invloed zijn op de

externe vrijwilligheid, uitzichtloosheid en/of ondraaglijkheid van het lijden, en/of het ontbreken van redelijke alternatieven.

Het is de commissie uit de stukken gebleken dat de voorlopige machtiging diende als bescherming voor de man om ergens te kunnen verblijven. Deze man, bij wie resocialisatie niet mogelijk was gebleken, kon alleen functioneren in een gedwongen setting. Tevens is het de commissie duidelijk geworden dat de man door voortzetting van de voorlopige machtiging een plek zou hebben om te kunnen verblijven, indien hij van mening zou veranderen over zijn euthanasieverzoek. Voor de commissie is het daarmee aannemelijk dat de gedwongen setting waarin de man verbleef, buiten verdere beoordeling kan blijven.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen heeft de arts volgens de commissie voldaan.

3. ARTS HEEFT NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Oordelen waarbij de RTE tot de beslissing zijn gekomen dat de arts *niet* conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, zijn altijd omvangrijker dan andere oordelen. Dat komt omdat een dergelijk oordeel niet gegeven wordt zonder dat de arts in de gelegenheid wordt gesteld om een mondelinge toelichting te geven.

In dit verslagjaar zijn de RTE vier keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij de toepassing van euthanasie niet gehandeld heeft conform de zorgvuldigheidseisen. Drie keer betrof dat het vereiste betreffende de consultatie, één keer de uitvoering.

NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG HET VEREISTE VAN CONSULTATIE VAN TEN MINSTE ÉÉN ONAFHANKELIJKE ANDERE ARTS

Artikel 2 lid 1 sub e WTL schrijft voor dat de arts ten minste één andere onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen bedoeld in de onderdelen a tot en met d. Het consult is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het helpt de arts na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie hecht er aan dat de uitvoerend arts het consult aanvraagt. Indien daarvan wordt afgeweken, verwacht de commissie dat de arts dit toelicht in zijn verslag. Het komt voor dat de patiënt behandeld wordt door een aantal met elkaar samenwerkende artsen. In zo'n situatie kan het zijn dat een van hen het consult aanvraagt en dat vervolgens een van de anderen de uitvoering op zich neemt. De consulent zal zich ook dan onafhankelijke moeten verklaren ten opzichte van de uitvoerende arts (EuthanasieCode 2018, p 27).

De arts moet, voor hij definitief besluit tot uitvoering, kennis nemen van de bevindingen van de consulent. De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen (EuthanasieCode 2018, p 28).

De WTL bepaalt dat de consulent de patiënt moet zien. De commissie heeft als uitgangspunt dat de consulent de patiënt ziet en spreekt. Het kan gebeuren dat de patiënt, op het moment dat de consulent hem bezoekt, niet meer tot een gesprek in staat is. Wanneer de het geval is, dient de consulent aan de hand van alle andere beschikbare en ter zake doende feiten en omstandigheden een oordeel te geven. De wet vereist dus niet dat de consulent altijd (verbaal of non-verbaal) met de patiënt kan communiceren (EuthanasieCode 2018, p 30).

In de eerste hieronder weergegeven melding (2019-12) heeft de consulent de patiënt niet bezocht; in de tweede (2019-03) heeft een andere arts de consulent ingeroepen en heeft de uitvoerende arts niet zelf kennis genomen van het consultatieverslag, en in de derde melding (2019-15) heeft de arts geen consulent benaderd die over alle zorgvuldigheidseisen zijn oordeel heeft gegeven.

DE CONSULENT MOET DE PATIËNT ZIEN

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; vereiste van onafhankelijke consultatie; de consulent moet de patiënt zien; gepubliceerd onder nummer 2019-12

Een vrouw, tussen zeventig en tachtig jaar oud, werd ongeveer een maand voor het overlijden getroffen door een ernstige beroerte (CVA). Er ontstond onmiddellijke uitval van haar rechter lichaamshelft en ze kreeg slikstoornissen. Bovendien was er sprake van globale afasie (een spraakstoornis). Zij kon niet meer praten en ze leek ernstige begripstoornissen te hebben. Daardoor was communicatie onmogelijk. De behandelend neuroloog stelde vast dat kans op herstel naar een voor de vrouw waardig leven nagenoeg afwezig was. Genezing was niet meer mogelijk. De vrouw was in een toestand terecht gekomen waarover zij had gezegd dit echt niet te willen.

De vrouw had al jaren een schriftelijke wilsverklaring met daarbij een bepaling over euthanasie bij dementie. Ook had zij een schriftelijk behandelverbod. Zij had die verklaringen met haar huisarts besproken. In haar wilsverklaring gaf zij aan dat zij euthanasie wenste wanneer zij ondraaglijk en uitzichtloos zou lijden of wanneer zij in een toestand terecht kwam waarin verdergaande ontluistering was te voorzien. Ook wanneer zij in een toestand zou komen te verkeren waarin geen redelijk uitzicht meer bestond op een terugkeer naar een voor haar waardige levensstaat, vroeg zij om euthanasie. Daarnaast stond in de bepaling over euthanasie bij dementie vermeld dat zij om euthanasie vroeg wanneer zij in een toestand zou komen te verkeren waarin er sprake was van voortgaande ontluistering, zij niet meer kon communiceren, zij hulp nodig had bij alledaagse dingen en zij haar naasten niet meer zou herkennen.

De echtgenoot en kinderen van de vrouw vroegen de arts (de waarnemer van de huisarts van de vrouw) of hij de toestand waarin de vrouw verkeerde, wilde beoordelen. Zij spraken met de arts over haar wilsverklaring en verzochten hem of hij uitvoering wilde geven aan het verzoek dat zij daarin had verwoord. De arts bezocht de vrouw in het ziekenhuis. Hij probeerde contact met haar te maken. De arts nam af en toe enige reactie bij de vrouw waar; zij leek dan een makkelijk opdrachtje uit te voeren.

Even daarna lukte dat weer niet. Zij was niet in staat tot directe communicatie. Nadat de arts geconstateerd had in wat voor toestand de vrouw zich bevond en na verder overleg met de familie, verklaarde hij zich bereid om de euthanasiemogelijkheden op basis van de schriftelijke wilsverklaring te onderzoeken.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De SCEN-arts werd door de arts over de vrouw geïnformeerd en kreeg inzage in de ter zake doende medische gegevens. De consulent nam vervolgens telefonisch contact op met de afdeling waar de vrouw verbleef, om een afspraak te maken om haar te bezoeken. Een verpleegkundige vertelde hem dat er geen communicatie met de vrouw mogelijk was. Dit beeld werd bevestigd tijdens telefoongesprekken met de zaalarts en de behandelend neuroloog. Op basis hiervan en de informatie die hij van de arts had verkregen, besloot de consulent om de vrouw niet te bezoeken. Er was geen zinvolle reactie van haar te verwachten. In plaats daarvan bezocht de consulent, ongeveer anderhalve week voor het overlijden, de echtgenoot en kinderen van de vrouw. De consulent wilde van hen weten hoe de vrouw over haar toestandsbeeld zou oordelen als zij dat nog zou kunnen uiten. De echtgenoot en kinderen waren ervan overtuigd dat de vrouw ondraaglijk leed door de toestand waarin zij nu was en dat zij euthanasie zou wensen.

De commissie vroeg zowel de arts als de consulent om toelichting over het feit dat de consulent de vrouw niet had bezocht. De arts lichtte toe dat het niet bezoeken van de vrouw door de consulent niet in samenspraak was gebeurd. Hij had eerder begrepen dat een bezoek van de consulent niet strikt noodzakelijk is. Achteraf bedacht de arts dat hij had moeten zeggen dat de consulent bij de vrouw langs had moeten gaan.

De consulent vertelde dat hij begrepen had dat het een vrouw betrof die niet meer tot communiceren in staat was, maar wel een heldere schriftelijke wilsverklaring had. Hij gaf aan dat hij zich ervan bewust was dat hij in principe bij de patiënt langs moet gaan. Echter, de arts en verschillende behandelaars benadrukten allen dat communicatie met de vrouw op geen enkele wijze mogelijk was.

Het was voor de consulent helder wat de vrouw in haar schriftelijke wilsverklaring had bedoeld. Hij was ervan overtuigd geraakt dat zij ondraaglijk leed omdat zij in een toestand terecht was gekomen die zij niet wilde meemaken. Zij was eigenlijk in een nog ernstiger toestand terecht gekomen dan zij in haar schriftelijke wilsverklaring had omschreven. Zij kon dit op geen enkele manier meer bevestigen. Een bezoek aan de vrouw zou niets toevoegen omdat onduidelijk was of de vrouw begreep wat er gezegd werd.

Desgevraagd antwoordde de consulent dat hij goed had nagedacht of hij de vrouw moest zien. Hij was er echter van overtuigd dat dit niet had geholpen bij zijn oordeelsvorming. Verschillende mensen hadden op verschillende momenten geprobeerd contact te maken met de vrouw en dat was telkens niet gelukt. De consulent was van mening dat hij daar verder niets aan had kunnen toevoegen. Het zou naar zijn opvatting een zinloos en slechts ritueel gebaar geweest zijn om de vrouw te bezoeken. Het voelde voor hem ook niet als een gemis bij zijn oordeelsvorming. De consulent benadrukte dat hij naar de vrouw zou zijn toegegaan als hij had gedacht dat het iets zou toevoegen aan zijn oordeelsvorming.

De commissie vroeg de consulent of hij dit ook met de arts heeft besproken. De consulent antwoordde dat hij dit niet had gedaan.

Wat betreft de consultatie overweegt de commissie dat de arts een onafhankelijke SCEN-arts heeft geraadpleegd die tot de conclusie is gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De consulent heeft zijn conclusie weliswaar duidelijk onderbouwd maar heeft geen bezoek gebracht aan de patiënt.

In art.2 lid 1e WTL staat vermeld dat de consulent patiënt moet zien. In de wetsgeschiedenis is hierover het navolgende citaat van de regering terug te vinden: “de consulent dient zich te vergewissen van de medische situatie van de patiënt en diens stervenswens door deze persoonlijk te bezoeken en zo nodig te onderzoeken. Dit vereiste blijkt uit de term “zien”. In de praktijk doen zich soms situaties voor waarin een dergelijk bezoek, vanwege het stadium waarin de patiënt verkeert, overbodig lijkt, of waarin het bezoek door de patiënt en de naasten als een inbreuk op de intieme situatie rond het sterfbed wordt beschouwd. Uit een oogpunt van een zorgvuldige procedure is het evenwel gewenst in de wet een eenduidige norm te stellen op dit punt.” (Kamerstukken II, 1998-1999, nr. 3 pag. 10.)

De consulent dient zich een oordeel te vormen over de zorgvuldigheidseisen, waaronder de eis dat er sprake moet zijn van ondraaglijk lijden. In deze zaak heeft de consulent zijn oordeel gevormd op basis van het dossier met daarin de schriftelijke wilsverklaringen en de gesprekken met de arts, de naasten en de behandelaars. Als hij stelt dat een bezoek niets aan zijn oordeelsvorming zou hebben veranderd, is de commissie van oordeel dat een bezoek hem gesterkt zou hebben in zijn oordeelsvorming. Hij zou er (in één oogopslag) een bevestiging mee gekregen hebben van wat hij toch al vond.

De meerwaarde had bestaan in het verkrijgen van deze bevestiging. De consulent had, ondanks het feit dat er geen communicatie meer moge-

lijk was met de vrouw, zelf moeten gaan kijken hoe zij eraan toe was. Ook door alleen het zien van een patiënt kan veel duidelijk worden. Zo had hij door kijken kunnen vaststellen of er tekenen van lijden waren of in elk geval het bewustzijn zelf kunnen vaststellen en daarmee zijn oordeel kunnen staven.

De commissie is van oordeel dat de consultatie doordat de consulent de vrouw niet heeft gezien niet conform de zorgvuldigheidseisen van art. 2 lid 1e WTL is uitgevoerd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

DE UITVOEREND ARTS MOET IN PRINCIPE ZELF DE CONSULENT RAADPLEGEN EN OP ZIJN MINST HET CONSULTATIEVERSLAG LEZEN

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; vereiste dat uitvoerend arts in principe zelf de consulent dient te raadplegen en op zijn minst van de bevindingen van de consulent kennis moet nemen; gepubliceerd onder nummer 2019-03

Na ontvangst van het dossier bleek, dat niet de (behandelend) psychiater die de zaak meldde de levensbeëindiging op verzoek had uitgevoerd maar de huisarts van de man in kwestie. De psychiater had het modelverslag opgesteld en ondertekend; ook de huisarts had dat laatste gedaan.

Op vragen van de commissie gaf de psychiater aan dat hij de hele procedure had begeleid maar dat hij enkele weken voor de uitvoering met de huisarts had afgesproken dat die de levensbeëindiging zou uitvoeren. Dat besloten zij omdat de psychiater weinig ervaring had met het inbrengen van een infuusnaald. De psychiater had overwogen om een ambulanceverpleegkundige dat te laten doen. De huisarts, echter, vond het geen goed idee dat een vreemde op het moment van de uitvoering van de euthanasie een infuusnaald zou inbrengen. Bovendien had hij er ervaring mee. De huisarts vond verder dat als hij de infuusnaald inbracht, hij ook de euthanatica moest toedienen.

Volgens de WTL dient degene die de euthanasie verleent de melding te doen. Daarom meent de commissie in dit geval dat niet de psychiater maar de huisarts dat had moeten doen. De huisarts heeft daarna een verslag ingestuurd.

Wat betreft de consultatie van ten minste één onafhankelijke arts overweegt de commissie als volgt: uit de verslaglegging van de behandelend

psychiater en van de huisarts, en tijdens het gesprek dat de huisarts met de commissie voerde, is gebleken dat de behandelend psychiater de SCEN-arts raadpleegde en kennisnam van diens verslag. De huisarts heeft geen contact gehad met de consulent en heeft diens verslag ook niet gelezen. De huisarts heeft het verslag van de consulent zelf dan ook niet kunnen gebruiken om na te gaan of de consulent van oordeel was dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij is afgegaan op de mondelinge mededeling hierover van de behandelend psychiater. De huisarts heeft daarom ook niet kunnen reflecteren op basis van het verslag van de consulent voordat hij de euthanasie uitvoerde.

De consulent wist niet dat de arts (en niet de behandelend psychiater die het consult aanvroeg) de euthanasie zou uitvoeren. Zij heeft zich dan ook niet onafhankelijke ten opzichte van de arts kunnen verklaren.

De commissie merkt hierbij op dat er in dit geval geen sprake was van een noodsituatie waardoor haast geboden was. Sterker nog, de huisarts en de behandelend psychiater hadden al ruim voor de uitvoering van de euthanasie besloten, dat de huisarts de infuusnaald zou inbrengen en de middelen zou toedienen. Er was dan ook tijd genoeg geweest voor de huisarts om op een eerder moment de euthanasieprocedure in zijn geheel over te nemen. Hij was immers al een jaar betrokken bij de procedure en was er zelf ook van overtuigd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De huisarts had dan de consulent zelf kunnen raadplegen en diens verslag kunnen lezen.

De commissie overweegt hierbij dat de huisarts en de behandelend psychiater tot doel hadden de uitvoering voor de man in kwestie op een voor hem zo min mogelijk belastende manier te verrichten. Zij voelden zich beiden zeer betrokken bij de man en zij hebben de euthanasie op deze wijze uitgevoerd met de beste bedoelingen. Beide artsen hebben zich niet gerealiseerd dat de uitvoerend arts de SCEN-arts had moeten raadplegen en kennis had moeten nemen van de bevindingen van de consulent.

De commissie oordeelt dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 onder e van de WTL.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

VEREISTE VAN ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE OOK ALS TWEE ONAFHANKELIJKE PSYCHIATERS ZIJN GERAADPLEEGD

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; vereiste van onafhankelijke consultatie ook als twee onafhankelijke psychiaters zijn geraadpleegd; gepubliceerd onder nummer 2019-15

Een vrouw, tussen zeventig en tachtig jaar oud, werd naar aanleiding van traumatische ervaringen op jeugdige leeftijd gediagnosticeerd met verschillende psychiatrische aandoeningen. Aan het einde van haar leven voelde zij zich moegestreden en onmachtig. Zij ervoer een geringe kwaliteit van leven en wilde waardig sterven. Op verzoek van de arts hebben twee onafhankelijke psychiaters onderzoek gedaan.

De eerste oordeelde dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. De tweede psychiater achtte haar ook wilsbekwaam en meende dat zij uitzichtloos en ondraaglijk leed.

De arts heeft, achteraf, de tweede geraadpleegde psychiater, die tevens SCEN-arts is, verzocht te beoordelen in hoeverre euthanasie in deze zaak paste binnen de grenzen en inzichten die de euthanasiewetgeving hiervoor biedt. De tweede psychiater beschouwde haar onderzoek echter als een tweede psychiatrische beoordeling en benadrukte in haar verslag dat zij niet als SCEN-arts optrad. Zij heeft zich dan ook niet uitgelaten over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in artikel 2, eerste lid, onder a tot en met d, van de WTL. Daaropvolgend heeft de arts geen andere onafhankelijke arts geraadpleegd die de vrouw heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven of voldaan is aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Desgevraagd noemde de arts meerdere redenen om niet nog een arts te raadplegen. In de eerste plaats meende hij, op basis van informatie die hij twee maal had ingewonnen bij een ervaren psychiater, dat het raadplegen van een psychiater met specifieke SCEN-deskundigheid voldeed aan de gestelde zorgvuldigheidseisen. De tweede reden was dat de vrouw in kwestie door haar vele mislukte behandelingen een afkeer tegen psychiaters had ontwikkeld. De door de arts voorgestelde procedure van een beoordeling door twee psychiaters kostte haar daarom veel moeite. Het bezoek van de eerste psychiater had haar ontregeld. Na het gesprek met de tweede psychiater was de vrouw nog erger ontregeld geraakt. Ten slotte, stelde arts zich de vraag of onafhankelijke consultatie wel nodig zou zijn. Dat deed hij omdat de vrouw zich in een slechte toestand bevond en een dergelijk bezoek een grote belasting voor haar vormde. In de ogen van de arts zou een onafhankelijke consultatie alleen een formele afronding van de procedure zijn. Hij meende dat hij inhoudelijk

zeer zorgvuldig te werk was gegaan door zijn onzekerheid over de psychiatrische beoordeling aan twee onafhankelijke psychiaters voor te leggen. Het raadplegen van een onafhankelijke consulent zou weinig toevoegen, terwijl de vrouw er wel door werd belast. Terugkijkend beseft de arts dat hij toch een onafhankelijke consulent had moeten raadplegen.

Ten aanzien van de consultatie overweegt de commissie dat een arts voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts behoort te raadplegen, die patiënt ziet en zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d (artikel 2, eerste lid onder e WTL). De onafhankelijke consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te waarborgen. Het helpt de arts om na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op het euthanasieverzoek, voordat hij definitief besluit tot inwilliging en uitvoering daarvan.

Mocht het contact met én een consulent én een psychiater een onoverkomelijke belasting voor een patiënt zijn, dan kan het raadplegen van een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is voldoende zijn. De arts moet zich dan wel realiseren dat deze consulent dan zowel een psychiatrische beoordeling geeft, als een oordeel over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d, van de WTL (EuthanasieCode 2018, p 41).

De commissie stelt vast dat de arts geen andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de vrouw heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Het feit dat hij daarbij af is gegaan op een, zoals naderhand bleek, verkeerd advies gegeven door de eerste psychiater, ontslaat hem niet van zijn verantwoordelijkheid te handelen conform de door de WTL gestelde zorgvuldigheidseisen.

Op grond van artikel 9, vijfde lid, van de Richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie (21 november 2006), heeft de commissie de arts om aanvullende informatie gevraagd om na te gaan of er sprake zou zijn van een onafhankelijke oordeelsvorming. Als de arts met feiten zou kunnen onderbouwen dat daaraan is voldaan, dan zou de commissie kunnen beslissen dat is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In dit geval heeft de arts echter geen feiten kunnen aandragen die een onafhankelijke oordeelsvorming onderbouwen.

De commissie is overtuigd van de bedoeling van de arts om de vrouw, die hij al vele jaren zeer goed kende en die zich in een zeer ingewikkelde medische toestand bevond, met eerbied en de hoogste mate van professionele zorgvuldigheid te begeleiden. Zij waardeert het feit dat de arts het op zich heeft genomen om de ingewikkelde zaak te behandelen en de gewetensvolle wijze waarop hij met de vrouw is omgegaan.

Nu de arts echter niet ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen genoemd in artikel 2, eerste lid, onder a tot en met d, van de WTL, kan de commissie niet anders dan oordelen dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen zoals neergelegd in artikel 2, eerste lid, onder e, van de WTL.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG HET VEREISTE VAN MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Euthanasie moet door de arts zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze voor de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het coma dat de arts bewerkstelligt voordat hij overgaat tot het toedienen van een dodend middel.

Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseis hanteren de RTE als leidraad de KNMG/KNMP-richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' uit 2012. De richtlijn noemt de middelen die kunnen worden gebruikt en de aanbevolen dosering daarvan. Wijkt de arts van de richtlijn af, dan zal hij dit afdoende moeten kunnen beargumenteren. De arts is eindverantwoordelijk voor een medisch zorgvuldige uitvoering. Zijn handelen wordt door de commissies beoordeeld. De apotheker heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de bereiding en etikettering. De arts behoort te controleren of hij of zij daadwerkelijk de juiste middelen in de juiste dosering krijgt (EuthanasieCode 2018, p 35).

Ten aanzien van de aanwezigheid tijdens een hulp bij zelfdoding staat in de EuthanasieCode 2018, p 34: "als de patiënt dat wenst kan de arts de kamer verlaten, nadat de patiënt het euthanaticum heeft ingenomen. Hij behoort echter wel in de directe nabijheid van de patiënt te blijven om bij complicaties snel in te kunnen grijpen."

OORDEEL: NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding; uitgeschreven oordeel; vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering; verlaten van patiënt; gepubliceerd onder nummer 2019-57

Bij een vrouw, tussen zeventig en tachtig jaar oud, werd bijna drie maanden voor het overlijden maagkanker vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De vrouw had eerder met de arts over euthanasie gesproken. In die gesprekken was duidelijk geworden dat de vrouw nadrukkelijk koos voor hulp bij zelfdoding. Dit omdat zij de regie over het eigen leven en het einde daarvan wilde bewaren.

De arts heeft de hulp bij zelfdoding uitgevoerd door de vrouw Pentobarbital (een dodelijk middel) in 200 ml vloeistof te overhandigen, die zij

heeft opgedronken. De arts heeft na enige tijd de woning van de vrouw verlaten en is naar haar praktijk gegaan. Dit deed zij vóórdat zij had vastgesteld dat de vrouw was overleden.

Voor wat betreft het verlaten van de vrouw haalt de commissie de KNMG/KNMP-richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' aan. Deze vermeldt op pagina 13: "De arts moet gedurende de euthanasie of hulp bij zelfdoding aanwezig zijn en blijven. Dit kan bij de orale methode (hulp bij zelfdoding) enkele uren duren." De EuthanasieCode 2018 is daarmee in lijn (zie hierboven).

In haar mondelinge toelichting heeft de arts erkend de Richtlijn te kennen. De consulent heeft deze in zijn advies aan de arts ook genoemd. Vast staat dat de arts de vrouw niettemin heeft verlaten. Zij voert aan dat van de Richtlijn gemotiveerd kan worden afgeweken. Zij heeft dat gedaan uit eerbied voor de wens van de vrouw en haar (volwassen) kind om de laatste levensmomenten, buiten aanwezigheid van anderen, te beleven.

De commissie stelt voorop geen redenen te hebben aan de lezing van de feiten en omstandigheden door de arts te twijfelen. Evenmin heeft de commissie redenen om te twijfelen aan de zuiverheid van haar bedoelingen. De arts wilde de wens van de vrouw en haar kind respecteren. Zij heeft de mogelijke gevaren van problemen bij de uitvoering van de levensbeëindiging onder ogen gezien. Zij heeft – met zicht op de vrouw – vanuit de keuken gekeken hoe ze reageerde op de inname van de Pentobarbital. Volgens de arts was de vrouw na vijf minuten niet meer aanspreekbaar; twaalf minuten later was er geen sprake meer van zichtbare ademhaling.

De arts heeft de dood toen niet vastgesteld. Op grond van haar waarnemingen meende de arts dat er geen problemen te verwachten waren en is zij naar haar praktijk gegaan. Zij is nagegaan of de gezinsleden over haar mobiele telefoonnummer beschikten. De levensbeëindiging speelde zich af op haar vrije dag. Zij had geen andere werkzaamheden en wachtte het telefoontje van het gezinslid af. De praktijk ligt op drie minuten rijden van het woonadres van de vrouw. Direct na het bericht van het kind, twaalf minuten later, dat zijn moeder leek te zijn overleden is de arts teruggekeerd. Zij heeft de gang van zaken gemeld aan de lijk-schouwer.

De commissie heeft in de uitspraak van 2018-75 geoordeeld dat een terughoudende uitleg van de EuthanasieCode 2018 op dit punt op zijn plaats is. Hoewel de feiten en omstandigheden in die zaak sterk verschillen van deze zaak, worden de belangrijkste overwegingen in die uitspraak hier gevolgd. Aan de levensbeëindiging met behulp van een drank zijn

mogelijke gevaren verbonden. Het proces kan langer duren dan bij toediening van euthanatica direct in de bloedbaan. De kans bestaat dat (ook een reeds bewusteloze) patiënt de drank uitbraakt. Dat vereist onmiddellijk ingrijpen en vormt reden om de aanwijzing dat een patiënt niet verlaten mag worden voordat de dood is geconstateerd, heel precies te handhaven.

Bovendien had de arts een alternatief om de wens van de vrouw te vervullen: zij kon in een andere kamer, buiten het zicht van de vrouw en haar kind, het verloop van de levensbeëindiging afwachten. Ook al is de praktijk van de arts in de nabijheid en had zij geen andere bezigheden, dat bood toch onvoldoende zekerheden om onmiddellijk te kunnen handelen als zich problemen zouden voordoen. De eerbied voor de wens van de vrouw was meelevend, maar gaf onvoldoende reden om van de Richtlijn af te wijken: het is aan de arts als deskundige om te waken over medische mogelijke gevaren.

De arts heeft het verlaten van de vrouw gemeld aan de lijkschouwer en aan de RTE op het meldingsformulier. De arts heeft zich daardoor toetsbaar opgesteld. Bij de mondelinge toelichting heeft zij zich bewust getoond van de mogelijke gevaren. Naar eigen zeggen heeft zij later in een vergelijkbaar geval anders gehandeld, door wel in de directe nabijheid van de patiënt(e) te blijven. Niettemin hecht de commissie groot belang aan de naleving van de Richtlijn en aan de redengeving daarvan. Er kunnen gerechtvaardigde uitzonderingsgevallen zijn, maar die deden zich hier niet voor. De commissie komt daarom tot het oordeel dat de arts de hulp bij zelfdoding ten aanzien van de uitvoering, door het verlaten van de vrouw, onvoldoende zorgvuldig heeft uitgevoerd. De commissie oordeelt dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 sub f van de WTL.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

COLOFON

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

Ontwerp:
Inge Croes-Kwee
(Manifesta idee en ontwerp), Rotterdam

Druk:
Xerox/OBT, Den Haag

april 2020