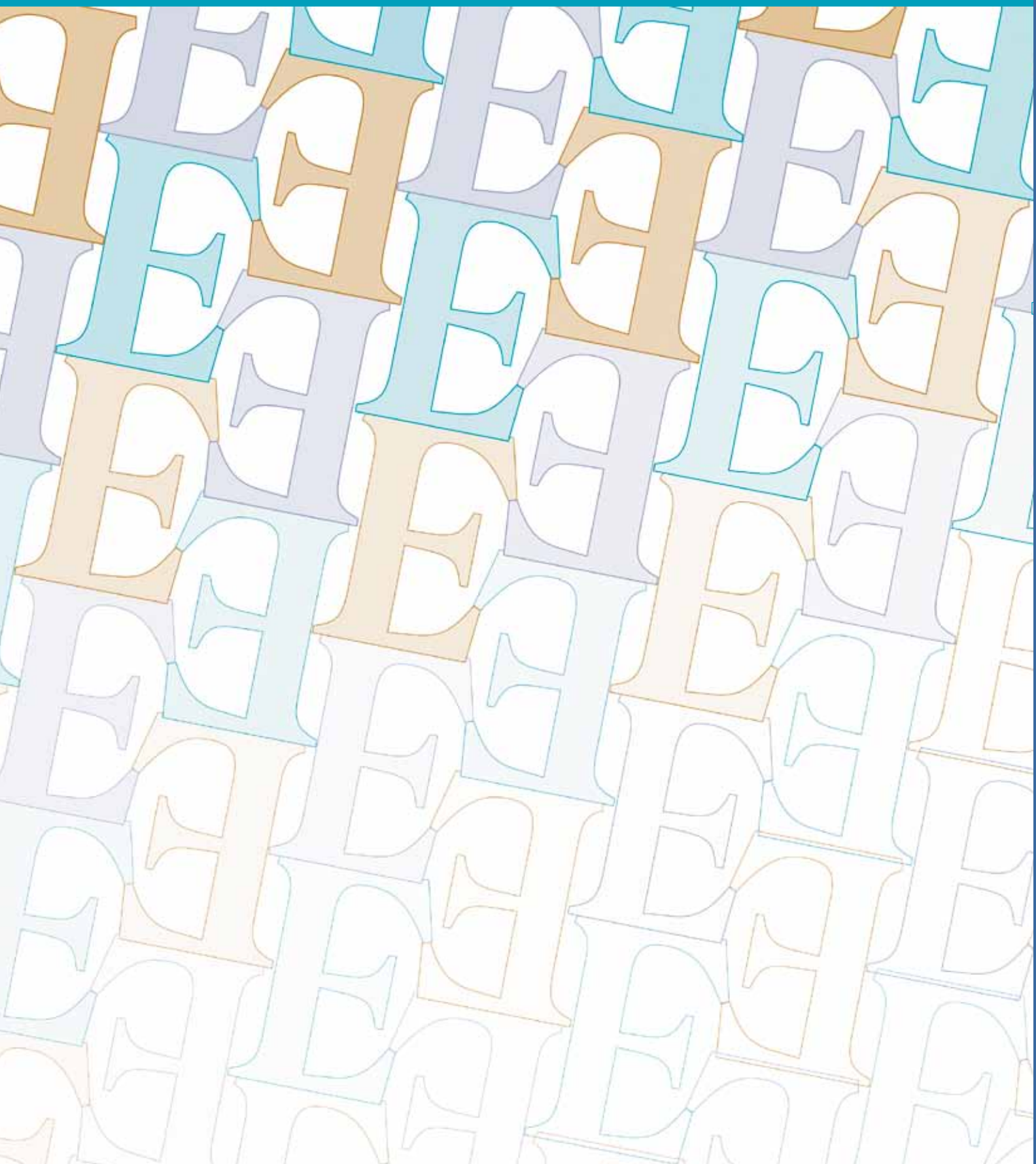


REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE

JAARVERSLAG 2013



SECRETARIATEN

REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

Algemeen secretaris:
mw. mr N.E.C. Visée
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 - 352 8338 mobiel: 06 - 11 79 74 36
E-mail: n.visee@toetscie.nl

REGIO 1 GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE EN BES-EILANDEN

Postbus 571
9700 AN Groningen
Telefoon: 050 - 599 2639 fax: 050 - 311 5301
E-mail: secretariaat-regio-1@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr W.T. Mulder
mw. mr C.A.M. Wildemast

REGIO 2 OVERIJSSSEL, GELDERLAND, UTRECHT EN FLEVOLAND

Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 - 352 8335 fax: 026 - 352 8334
E-mail: secretariaat-arnhem@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr J.M. Welten
mw. mr C. Grijzen

REGIO 3 NOORD-HOLLAND

Postbus 16256
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 - 340 5853 fax: 070 - 340 7913
E-mail: secretariaat-regio-3@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr B.E. Liauw
mw. mr L.F. Stultiëns (vanaf juli 2014 tijdelijk elders gedetacheerd)
mw. drs. M. Biesot
dhr. mr M. Oosterwijk (secretaris ad interim vanaf juli 2014)

REGIO 4 ZUID-HOLLAND EN ZEELAND

Postbus 16255
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 - 340 5873 fax: 070 - 340 7761
E-mail: secretariaat-regio-4@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr E. Stoop-Bod
mw. mr E.D. Boer

REGIO 5 NOORD-BRABANT EN LIMBURG

Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 - 352 8342 fax: 026 - 352 8334
E-mail: secretariaat-arnhem@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr E.M. Suur
mw. mr F.H.C. Dantuma-Leeffers

REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE

JAARVERSLAG 2013

INHOUD

VOORWOORD

HOOFDSTUK I ONTWIKKELINGEN IN 2013

Meldingen	7
Voortzetting stijging aantal meldingen	7
Dementie	7
Psychiatrische aandoeningen	9
Meldingen SLK	9
Harmonisatie	11
Transparantie	11
Eisen die de WTL niet stelt	11
Bejegening en klachtenreglement	12
Secretariaten RTE naar ESTT	12

HOOFDSTUK 2 ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Zorgvuldigheidseisen algemeen	13
Zorgvuldigheidseisen specifiek	15
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	15
Psychiatrische aandoening	19
Klachten van depressieve aard	20
Schriftelijke wilsverklaring geen vereiste	20
De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwaamheid	20
Wilsonbekwaamheid bij o.a. dementie	21
Wilsonbekwaamheid bij verlaagd bewustzijn en coma	22
Dementie	22
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	25
Lijden vereist een medische grondslag	30
Dementie	31
Psychiatrische aandoening	31
Coma en verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma)	35
Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn	35
Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn niet van toepassing. Euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring	36
Palliatieve sedatie	41
c. Voorlichting aan de patiënt	42
d. Geen redelijke andere oplossing	42
e. Consultatie	43
Onafhankelijkheid consulent	43
Wanneer is het opnieuw raadplegen van een consulent noodzakelijk?	44
Consultatie bij wilsonbekwame patiënt	45
Schriftelijke verslaglegging consulent	45
SCEN	49
f. Medisch zorgvuldige uitvoering	49
KNMG/KNMP Richtlijn “Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding” van augustus 2012	49
Levensbeëindiging op verzoek	50
Hulp bij zelfdoding	50

HOOFDSTUK 3 WERKZAAMHEDEN VAN DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE (RTE'S)

Wettelijk kader	53
Rol van de RTE's	53
Wettelijke taken, bevoegdheden en werkwijze	53
Harmonisatie	55
Samenstelling en organisatie RTE's	55
Transparantie en voorlichting	56

BIJLAGEN

1 Overzicht van meldingen	58
2 Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen waarover door de commissies is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	66
3 Tekst van de wet	72

VOORWOORD

Zeer geachte lezer,

In het u hierbij aangeboden jaarverslag 2013 leggen de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) verantwoording af over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak, 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 (WTL).

Het jaarverslag biedt inzicht in het, ook dit verslagjaar opnieuw gestegen (15%), aantal ontvangen meldingen, de aard van de gemelde gevallen, de oordelen van de commissies en de daarbij gemaakte afwegingen.

De dramatische gebeurtenissen in Tuitjenhorn hebben ook ons diep geraakt. Hoewel het hier geen melding van euthanasie betrof en er voor de RTE's dus geen rol was weggelegd hebben wij -o.a. uit verslagen van meldend artsen- kunnen opmaken hoe groot de impact van deze gebeurtenissen op hen is geweest en hoezeer voor sommige artsen de beslissing om aan een euthanasieverzoek gevolg te geven daardoor werd bemoeilijkt.

De RTE's hebben zich in 2013 weer fors ingespannen om de -in de voorafgaande jaren door capaciteitstekort opgelopen- achterstanden weg te werken en hun oordeel binnen de wettelijke termijn ter kennis van de arts te brengen; in de meeste gevallen zijn zij daar in geslaagd. Wanneer een melding echter een meer complexe zaak betreft (bijvoorbeeld euthanasie in geval van een psychiatrische aandoening of dementie) valt aan het overschrijden van de termijn veelal niet te ontkomen. Over dergelijke meldingen wordt, alvorens de commissie tot een definitief oordeel komt, vrijwel altijd een interne discussie gehouden onder de leden van alle RTE's, gericht op harmonisatie van oordelen. Meestal lukt het niet die interne discussie en het geven van het oordeel af te ronden binnen de wettelijke termijn van (2x) 6 weken.

De RTE's toetsen het handelen van de meldend arts aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie; zij houden daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de RTE's. Bij het interpreteren van de zorgvuldigheidseisen streven zij, met in achtname van het uitgangspunt dat iedere melding naar de specifieke omstandigheden van het "geval" moet worden beoordeeld, voortdurend naar eenheid in oordelen.

De aldus ontwikkelde "jurisprudentie" van de RTE's en de daarin verwoorde afwegingen worden in het jaarverslag (Hoofdstuk 2) nader toegelicht en geïllustreerd met als casus beschreven oordelen. De oordelen zelf zijn integraal op de website geplaatst.

De oordelen, die van belang zijn voor de normontwikkeling - waaronder in ieder geval alle oordelen "onzorgvuldig"- worden, om deze voor artsen en andere belangstellenden beter toegankelijk en kenbaar te maken, op een inzichtelijke manier op de website gepubliceerd. In 2013 is daarbij een grote inhaalslag gemaakt. De betreffende oordelen zijn inmiddels, overzichtelijk gerangschikt en van een korte samenvatting voorzien, geplaatst op de website (www.euthanasiacommissie.nl).

Het opstellen van een, ook door de beroepsgroep bepleite, handzame "code of practice" is ter hand genomen; deze zal begin 2015 gereed zijn.

Met het aldus toegankelijk en kenbaar maken van hun “jurisprudentie” willen de RTE’s duidelijkheid scheppen over de mogelijkheden die de wet aan artsen biedt. Daarnaast draagt het publiceren van de oordelen bij aan de transparantie en controleerbaarheid van de wijze waarop euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen in de praktijk plaatsvinden.

Met het geven van goede voorlichting beogen de RTE’s ook een positieve bijdrage te leveren aan de maatschappelijke discussie met betrekking tot het zelfgekozen levenseinde, die in de samenleving met grote regelmaat wordt gevoerd.

Om bestaande misverstanden weg te nemen en mogelijke nieuwe te voorkomen, zoals die bijvoorbeeld bestaan over de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij het uitvoeren van het euthanasieverzoek van een inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt, hebben de ministers van VWS en VenJ de werkgroep “Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie” ingesteld, die in de loop van 2014 een eindrapport zal uitbrengen.

Deze bewindslieden hebben ook een commissie van wijzen benoemd, die de mogelijkheden van hulp bij zelfdoding bij “voltooid leven” onderzoekt.

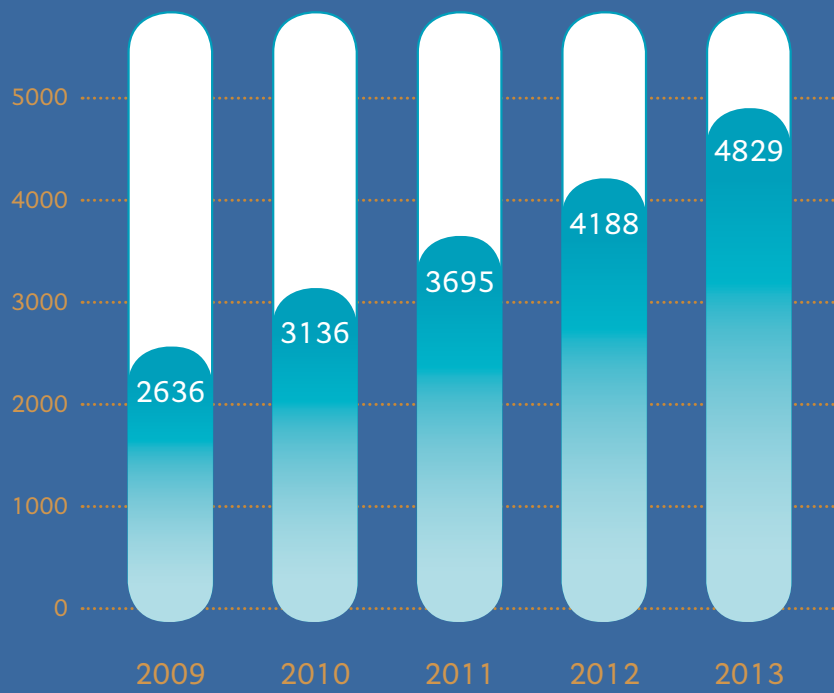
Verslagjaar 2013 was wederom een voor de RTE’s enerverend jaar. Ook voor de in december 2012 benoemde nieuwe leden.

Ik wil de leden, de algemeen secretaris, de secretarissen en secretariaatsmedewerkers van de RTE’s dan ook danken voor hun grote betrokkenheid en inzet.

De commissies vernemen graag uw eventuele feedback via de algemeen secretaris van de RTE (mailadres: n.visee@toetscie.nl).

Mr W.J.C. Swildens-Rozendaal
Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie

Den Haag, augustus 2014



TOTAAL AANTAL MELDINGEN
EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING

ONTWIKKELINGEN IN 2013

MELDINGEN

In 2013 hebben de regionale toetsingscommissies euthanasie 4829 meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ontvangen. Een gedetailleerd overzicht van deze meldingen, zowel landelijk als per regio, is opgenomen in bijlage 1.

De commissies hebben in al deze zaken getoetst of de uitvoerend arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2, eerste lid van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In 5 gevallen, dus ongeveer 0,1 % van het totaal aantal meldingen kwamen de commissies tot het oordeel dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan.

Deze oordelen worden in Hoofdstuk 2 als casus beschreven onder de betreffende zorgvuldigheidseis. In alle overige gevallen, dus ongeveer 99,9 % van het totaal aantal meldingen, kwamen de commissies tot de conclusie dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Een aantal van deze oordelen, veelal betrekking hebbend op de meer complexe gevallen, wordt in Hoofdstuk 2 beschreven.

Voortzetting stijging aantal meldingen

Het aantal meldingen dat door de commissies in 2013 is ontvangen (4829) vertoont opnieuw een stijging (15 %) ten opzichte van het aantal meldingen in 2012 (4188). Dankzij de in 2012 ingevoerde werkwijze en de uitbreiding van het aantal commissieleden en medewerkers van de secretariaten konden in 2013 de in voorafgaande jaren ontstane achterstanden worden ingelopen en kon het merendeel van de meldingen binnen de wettelijke termijn van maximaal 2 x zes weken worden afgedaan.

De in 2012 uitgesproken verwachting dat het aantal ontvangen meldingen voor ongeveer 75 % uit "niet vragen oproepende meldingen" (hierna: NVO-meldingen) zou bestaan, is bij benadering uitgekomen.

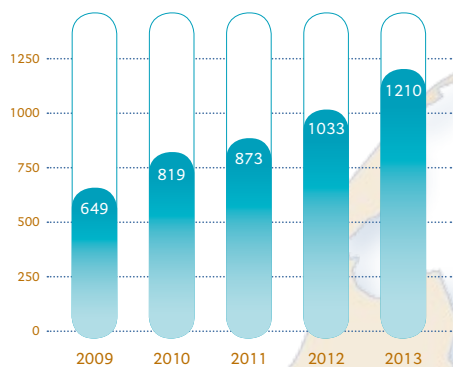
Meldingen werden als NVO geselecteerd wanneer de secretaris van de commissie al bij eerste lezing na ontvangst de inschatting kon maken dat de gegeven informatie zo volledig was en het zo waarschijnlijk was dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan dat de commissie in staat zou zijn deze digitaal te beoordelen. De als NVO geselecteerde meldingen konden vrijwel altijd op digitale wijze door de commissie worden besproken en beoordeeld -en daarmee zonder enige vertraging- verder worden afgehandeld.

De meldingen, die wel, bij voorkeur mondeling te bespreken, vragen oproepen (hierna: VO-meldingen), werden door de commissies beoordeeld in de maandelijkse commissievergaderingen.

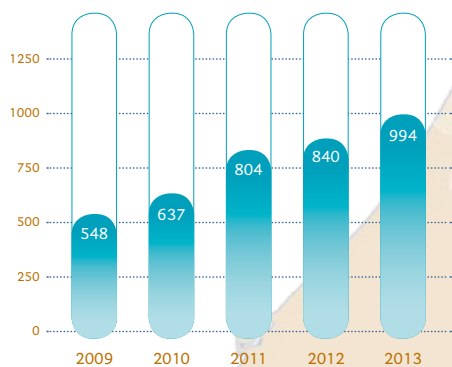
DEMENTIE

In 97 van de meldingen, die in 2013 zijn ontvangen, werd de grondslag van het lijden van patiënt gevormd door een vorm van dementie. In 2012 waren dit 42 meldingen.

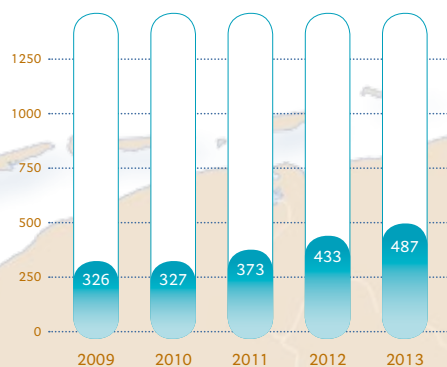
AANTAL MELDINGEN EUTHANASIE
EN HULP BIJ ZELFDODING PER REGIO



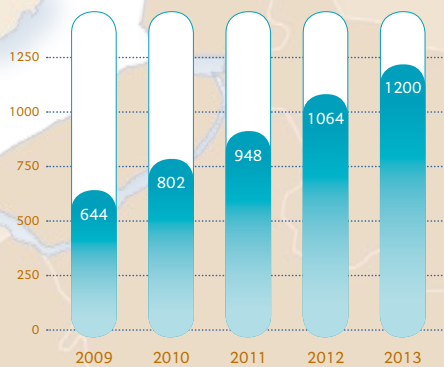
REGIO 3
NOORD-HOLLAND



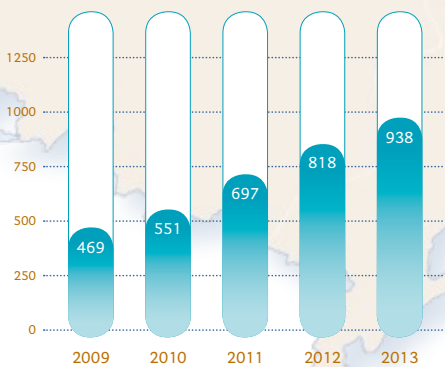
REGIO 4
ZUID-HOLLAND EN ZEELAND



REGIO 1
GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE
EN BES



REGIO 2
OVERIJSEL, GELDERLAND,
UTRECHT EN FLEVOLAND



REGIO 5
NOORD-BRABANT EN LIMBURG

In verreweg de meeste gevallen ging het om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun verzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek (nog) goed konden overzien.

In enkele meldingen verkeerde de patiënt in een verder gevorderd stadium van de aandoening. In die gevallen waren arts en patiënt vaak al jaren met elkaar in gesprek over de wens van patiënt tot levensbeëindiging als het lijden ondraaglijk zou worden. In een enkel geval heeft de patiënt zich (noodgedwongen) tot een arts van de Stichting Levensindekliniek (SLK) gewend.

Alle 97 dementie casus werden door de door de commissies als ‘zorgvuldig’ beoordeeld.

PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

In 42 meldingen werd de grondslag van het lijden van patiënten gevormd door een psychiatrische aandoening. In 2012 en 2011 waren dit er respectievelijk 14 en 13. Van de 42 in het verslagjaar ontvangen meldingen zijn er in 2013 door de commissies 32 beoordeeld. Al deze meldingen als ‘zorgvuldig’. In 14 gevallen was de meldend arts een psychiater, in 14 een huisarts, in 2 een specialist ouderengeneeskunde, in 1 een internist en in 1 een arts-psychotherapeut. In 6 gevallen was de meldend arts verbonden aan de Levensindekliniek. Gezien de aanhoudende belangstelling in de samenleving voor deze casuïstiek zijn de 32 casus, geanonimiseerd en voorzien van een korte samenvatting, met voorrang op de website van de commissies¹ gepubliceerd.

De commissies stellen vast dat er kennelijk sprake is van een toegenomen bereidheid onder artsen tot het verlenen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in deze gevallen.

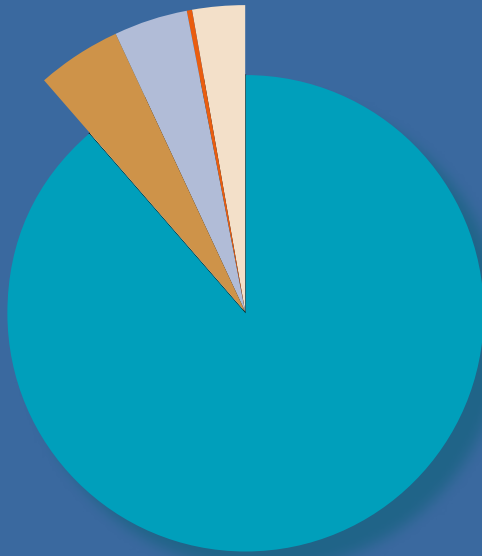
De bekendheid van artsen met het feit dat de toetsingscommissies in 2012 en 2011 in 27 gevallen hebben geoordeeld dat er sprake is geweest van zorgvuldig handelen zou hiervoor de verklaring kunnen zijn. Ook hebben de opvattingen van artsen over de wettelijke normen zich in dit opzicht kennelijk ontwikkeld. Een conclusie die ook te lezen is in het rapport van het Tweede evaluatieonderzoek van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek², dat in 2012 op verzoek van de Minister van VWS is uitgevoerd.

MELDINGEN SLK

De commissies hebben in dit verslagjaar 107 meldingen van de Stichting Levensindekliniek (hierna: SLK) ontvangen. Omdat de overdracht tussen de behandelend arts en de SLK-arts en de relatief korte (SLK)arts-patiëntrelatie in deze meldingen per definitie punten van aandacht vormen hebben de commissies afgesproken om in 2013 alle SLK meldingen als VO-melding in de maandelijkse commissievergadering te bespreken. Daarbij hebben de RTE's vastgesteld dat de SLK artsen er in hun verslaglegging doorgaans goed in slagen om inzichtelijk te maken welke weg ze met patiënt, zijn behandelaar en -meestal- zijn familie zijn gegaan alvorens het verzoek om euthanasie werd ingewilligd. In 2013 zijn de commissies in alle meldingen van SLK artsen tot het oordeel gekomen dat er door hen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. In Hoofdstuk 2 van het jaarverslag zijn enkele van deze oordelen als casus beschreven. Daarnaast is er een casus opgenomen waarbij de eigen arts van patiënt, na ruggespraak met een arts van de SLK, alsnog zélf tot inwilliging van het verzoek tot levensbeëindiging is overgegaan (casus 3).

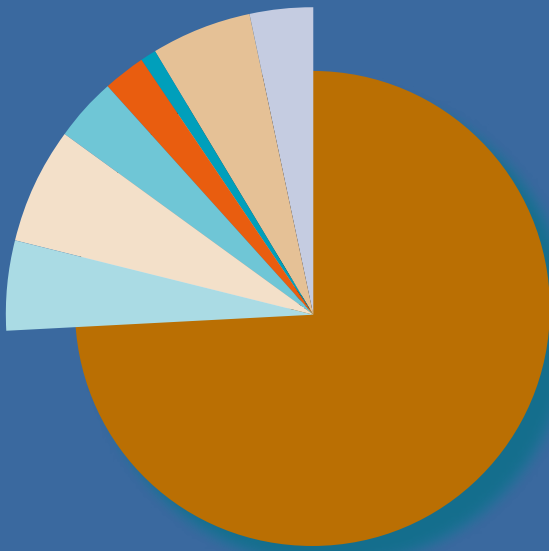
¹ www.euthanasiecommissie.nl

² Tweede evaluatie Wtl, Den Haag, ZonMw, december 2012



MELDENDE ARTSEN 2013

huisarts	4281
medisch specialist in ziekenhuis	213
specialist ouderengeneeskunde	193
arts in opleiding tot specialist	13
arts met andere achtergrond (bijv. een arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts)	129



AANDOENINGEN 2013

kanker	3588
hart- en vaataandoeningen	223
aandoeningen van het zenuwstelsel	294
longaandoeningen	174
dementie	97
psychiatrische aandoeningen	42
multipale ouderdomsklachten	251
overige aandoeningen	160

HARMONISATIE

In 2013 hebben alle leden van de commissies in een aantal complexe casus uitvoerig, digitaal via een besloten website, met elkaar van gedachten gewisseld over de beoordeling. Aanleiding voor die discussie waren in ieder geval de door commissies ingebrachte voorgenomen oordelen 'onzorgvuldig', maar ook vond een aantal maal discussie plaats over een voorgenomen oordeel 'zorgvuldig'. In dit laatste geval wilde de commissie die de discussie aanhangig maakte graag de visie vernemen van de andere commissieleden op haar concept-oordeel of op de overwegingen die zij daarin had opgenomen. In de praktijk blijkt deze interne uitwisseling van argumenten en overwegingen een waardevol instrument te zijn tot harmonisatie van (be)oordelen. Tevens ontstaat er op deze manier binnen de RTE's een gemeenschappelijk draagvlak voor beslissingen in de meer gecompliceerde casus. Nadat de discussie is gesloten, is het weer aan de oorspronkelijke commissie van drie (arts, ethicus, jurist) om - alles afwegende - tot een eindoordeel te komen. Naast deze interne discussies over individuele casuïstiek, beleggen de commissies ook regelmatig themabijeenkomsten over actuele onderwerpen om meer in het algemeen te spreken over de ontwikkelingen in het "veld". In februari 2013 was het onderwerp van de studiemiddag de eerste ervaringen met de meldingen van de SLK.

TRANSPARANTIE

Om artsen en andere betrokkenen een goed en actueel beeld te kunnen bieden van de opvattingen van de commissies en om hun interpretatie van de kernbegrippen uit de zorgvuldigheidseisen beter toegankelijk en kenbaar te maken, hebben de commissies in het voorzitteroverleg van mei 2013 een zogenoemde Publicatiecommissie in het leven geroepen. De Publicatiecommissie (hierna: PC) heeft tot taak om de casuïstiek die van belang is voor de normontwikkeling te selecteren en deze op een inzichtelijke manier te publiceren op de website van de RTE's. Dankzij de inspanningen van de PC staan inmiddels alle belangrijke oordelen uit 2012 en 2013 op de RTE website. De verwachting is dat de PC binnen afzienbare tijd de gemaakte inhaalslag met betrekking tot de publicatie van de casuïstiek over 2012, 2013 en al een deel van 2014 kan afronden. Vervolgens kan er worden overgegaan op het regelmatig publiceren van de bijzondere casuïstiek uit het lopende kalenderjaar. Daarnaast zijn de inspanningen volop gericht op de ontwikkeling van een toekomstbestendige website die geheel voldoet aan de eisen van deze tijd.

EISEN DIE DE WTL NIET STELT

De commissies beogen op voornoemde wijze duidelijkheid te bieden over de zorgvuldigheidseisen, zoals die in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) zijn vastgelegd.

Uit de ontvangen meldingen blijkt dat door artsen, w.o. consultants, soms (extra) eisen worden gesteld die de WTL niet stelt.

Zo is voor het toepassen van euthanasie geen behandelrelatie tussen arts en patiënt vereist, wel de overtuiging van de arts dat het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen is en dat deze uitzichtloos en ondraaglijk lijdt.

Het verzoek van patiënt dient weloverwogen te zijn gedaan, wat niet inhoudt dat dit ook altijd duurzaam hoeft te zijn.

De opinie van een psychiater over de wilsbekwaamheid van een patiënt ten aanzien van diens euthanasieverzoek -zoals nog regelmatig in ziekenhuizen wordt gevraagd- is niet standaard vereist, maar uitsluitend indien over die wilsbekwaamheid gereede twijfel bestaat.

Het betrekken van de familie bij het euthanasieverzoek is niet vereist, laat staan haar instemming daarmee.

Op niet door de WTL gestelde eisen met betrekking tot de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring en een “fiat” van de consultant wordt in Hoofdstuk 2, zorgvuldigheidseisen specifiek, nader ingegaan.

Sinds het inwerkingtreden van de wet (2002) hoeft de arts, die gevolg geeft aan het euthanasieverzoek van een patiënt, zich daarbij aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL houdt en dit meldt, geen beroep meer te doen op overmacht vanwege noodtoestand, bestaande uit een conflict van plichten (zie Hoofdstuk 3).

De commissies hebben overigens vastgesteld dat bij steeds meer artsen bekend is welke eisen de WTL niet stelt.

BEJEGENING EN KLACHTENREGLEMENT

Voor het eerst sinds de inwerkingtreding van de WTL is er tegen een regionale toetsingscommissie een klacht ingediend. De indiener was een consultant-SCEN-arts, die door de commissie was uitgenodigd een toelichting te geven in een casus. Met inachtneming van de bepalingen uit de Algemene Wet Bestuursrecht (Awb) is een ad hoc multidisciplinaire klachtencommissie samengesteld bestaande uit twee oud RTE leden, een zittend lid en een secretaris.

De behandeling van de klacht en het Rapport van bevindingen, advies en aanbeveling van de Klachtencommissie dateren weliswaar van januari 2014, maar worden in het thans voorliggende jaarverslag vermeld.

De verwijten van klager richtten zich hoofdzakelijk op de wijze waarop de commissie hem in zijn beleving heeft bejegend tijdens het gesprek. Deze klachten zijn deels gegrond, deels ongegrond verklaard. Voor zover de klachten gegrond zijn verklaard heeft de commissie zich jegens klager verontschuldigd.

Deze klacht heeft de RTE aanleiding gegeven een commissie te benoemen ter voorbereiding van een klachtenreglement en de installatie van een onafhankelijke klachtencommissie.

SECRETARIATEN RTE NAAR ESTT

Medio 2013 is door VWS besloten om de secretariaten van de toetsingscommissies en het secretariaat van de Centrale deskundigencommissie Late zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij pasgeborenen (hierna: commissie LZA-LP) –ambtelijk– niet langer onder te brengen bij het CIBG. Besloten is om de secretariaten van de RTE samen met het secretariaat van de commissie LZA-LP onder te brengen bij het Ministerie van VWS in een nieuw op te richten Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (hierna: ESTT).

In ESTT gaan de secretariaten van de RTE's en LZA-LP en de secretariaten van de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg in beginsel als twee gescheiden kolommen fungeren. Daarbij is de onafhankelijke beoordeling door RTE's, respectievelijk tuchtcolleges gewaarborgd.

Het spreekt vanzelf dat de voorbereidingen, die nodig zijn om een dergelijke ingrijpende organisatieverandering zijn beslag te doen krijgen, in 2013 ook veel tijd hebben gevegd van de coördinerend voorzitters en algemeen secretaris van de RTE's en van de medewerkers van de secretariaten.

De RTE's stellen met voldoening vast dat ze er samen met de medewerkers van de secretariaten desalniettemin in zijn geslaagd de gestelde doelen (onder andere het wegwerken van de achterstanden en het aanzienlijk terugbrengen van de termijn van afdoening van meldingen) te behalen.

ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN ALGEMEEN

De commissies toetsen achteraf het handelen van de meldend arts aan de hand van de in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) vastgelegde zorgvuldigheidseisen.

Deze 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.;
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding vinden vrijwel altijd plaats door de behandelend arts van de patiënt, in de praktijk veelal de huisarts. Soms gebeurt dit door een waarnemer als tijdens afwezigheid van de behandelend arts de situatie van de patiënt snel verslechtert of omdat de behandelaar, op grond van zijn levensbeschouwing of om andere redenen, de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding niet zelf wil of kan uitvoeren. Het verdient de voorkeur patiënt tijdig over te dragen (zie casus 14).

In laatstgenoemde situatie vindt levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ook plaats door artsen die bijvoorbeeld verbonden zijn aan de Stichting Vrijwillig Leven en de Stichting Levensindekliniek (verder te noemen SLK) (zie casus 4, 5 en 7).

De RTE's ontvangen ook meldingen, waarin de behandelend arts -nadat de SLK is ingeschakeld- alsnog zelf de euthanasie uitvoert of hulp bij zelfdoding verleent (zie casus 3).

Het is zaak dat ook in deze situaties de uitvoerend, dus meldend, arts zich tevoren gedegen informeert over de situatie van patiënt en persoonlijk vaststelt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Voor de beoordeling door de commissies is de door de meldend arts verstrekte informatie van cruciaal belang (zie casus 19).

Door direct bij de melding inzicht te geven in het gehele besluitvormingsproces kunnen latere vragen van de commissies worden voorkomen. Van de arts wordt verwacht dat hij gebruik maakt, bij voorkeur digitaal ingevuld, van het in 2009 herziene verslagmodel. De daarin geformuleerde vragen bieden de meldend arts een leidraad om voor de commissie inzichtelijk te maken of en zo ja hoe aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Toch hebben de commissies soms behoefte aan nadere informatie; veelal kan dan worden volstaan met het geven van een telefonische of schriftelijke toelichting. Er zijn echter situaties waarin commissies de voorkeur geven aan een persoonlijk gesprek met de arts om zo beter inzicht te krijgen in het samen met de patiënt doorlopen besluitvormingsproces rond diens levenseinde en om vragen beantwoord te krijgen.

De commissies realiseren zich dat zo'n gesprek met een commissie voor de arts een grote belasting met zich brengt. Dikwijls betekent zo'n gesprek voor de arts immers de herbeleving na maanden van een complex en belastend proces en niet zelden voelt de arts zich in een positie, waarin hij tegenover de commissie verantwoording moet afleggen. Bovendien is er de factor tijdsbeslag.

De commissies hechten er aan te benadrukken dat een mondelinge toelichting dikwijls nuttig is voor het ophelderen van onduidelijkheden en dat zonder deze toelichting commissies vaak niet in staat zijn tot een goed oordeel te komen.

Verreweg de meeste meldingen in 2013 gaven tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie of vragen. In die gevallen kon de commissie op basis van de door de arts en de consulent gegeven informatie tot het oordeel komen dat de arts "zorgvuldig", d.w.z. overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In dat geval worden er door de commissie geen extra overwegingen in het oordeel opgenomen. Casus 1 is een voorbeeld van een oordeel over een dergelijke NVO-melding.

CASUS 1

ORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, had al vele jaren multiple sclerose. Zij kampte met ernstige invaliditeit en slikproblemen en kon nauwelijks meer spreken. Haar zelfstandigheid werd ernstig bedreigd en zij dreigde in een toestand van totale hulpeloosheid terecht te komen. Patiënte wilde niet naar een verpleeghuis. Zij communiceerde met de consulent door met een vinger letters op een letterkaart aan te wijzen en door met lichte hoofdbewegingen ja te knikken en nee te schudden.

Bij patiënte, een vrouw tussen 40 en 50 jaar, werd vele jaren voor het overlijden de diagnose multiple sclerose gesteld. Vanaf tien jaar voor het overlijden was er sprake van bulbair dysartrie. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënte bestond uit ernstige invaliditeit en slikproblemen. Patiënte kon nauwelijks meer spreken. Communicatie met haar omgeving was moeilijk door haar beperkte motoriek. Zij leed onder de achteruitgang van de motoriek die zij nog beheerste, waardoor haar zelfstandigheid, die zij absoluut niet wilde verliezen, ernstig werd bedreigd en zij in een toestand terecht kwam van totale hulpeloosheid. Haar situatie was uitzichtloos. Zij wilde niet in een verpleeghuis worden opgenomen.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

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

Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Enkele maanden én veertien dagen voor het overlijden heeft patiënte 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 patiënte tien dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Patiënte kon haar verhaal verbaal niet doen. Zij communiceerde met haar omgeving door met een vinger letters op een letterkaart aan te wijzen. Hierbij werd zij, ook ongevraagd, geholpen door verzorgenden. De consulent vond deze wijze van communiceren niet objectief genoeg. Door lichtjes met haar hoofd te bewegen bleek patiënte in staat om door middel van ja knikken en nee schudden vragen van de consulent te beantwoorden. De consulent was van mening dat patiënte op deze wijze in staat was op een objectieve wijze haar verzoek te uiten en aan te geven dat zij de consequenties van haar verzoek begreep. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

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

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 patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

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

ZORGVULDIGHEIDSEISEN SPECIFIEK

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Het is noodzakelijk dat de arts tot de overtuiging komt dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen.

In het contact tussen de patiënt en de arts zijn het bespreekbaar maken van het (naderende) levenseinde, het inventariseren van de wensen van patiënt en het bepalen van mogelijkheden om daar wel of niet aan tegemoet te komen belangrijke elementen.³ Het verzoek van de patiënt moet concreet aan de arts, die de euthanasie zal uitvoeren, worden gedaan.

3. Zie in dit kader de Handreiking 'Tijdig spreken over het levenseinde', KNMG, juni 2012.

Drie punten zijn daarbij van belang:

1. Het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding moet door de patiënt zelf zijn gedaan.
2. Het verzoek moet *vrijwillig* zijn. Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten:
 - de patiënt moet in het bezit zijn van het geestelijk vermogen om zijn wil vrij te bepalen (interne vrijwilligheid); hij moet wilsbekwaam zijn, dat wil zeggen dat hij (de relevante informatie over) zijn situatie en prognose kan begrijpen, de eventuele alternatieven kan afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kan overzien;
 - hij moet zijn wil hebben geuit zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid).
3. Het verzoek moet *weloverwogen* zijn. Dat betekent dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht.

CASUS 2

OORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: patiënt is vrijwel volledig verlamd en kan niet meer praten. Patiënt kan door middel van oogcontact en hoofdbewegingen met zijn omgeving communiceren. Door een 'stopteken' met zijn linkerarm kan hij tijdens gesprekken aangeven het ergens niet mee eens te zijn. Patiënt kan, wilsbekwaam, zijn vrijwillig en weloverwogen verzoek aan arts en consulent duidelijk maken.

Bij patiënt, een man tussen de 50 en 60 jaar, werd twee maanden voor zijn overlijden een plaveiselcelcarcinoom van de tongbasis vastgesteld. Hiervoor werd chemo- en radiotherapie gestart (in opzet curatief). Patiënt kreeg een PEG-sonde. Enkele weken voor zijn overlijden werd patiënt getroffen door een ischemisch CVA, het gevolg van een arteria basilaristrombose. Trombolyse-behandeling gaf geen resultaat. Patiënt was vrijwel volledig verlamd en kon niet meer praten. In verband met de slechte prognose werd besloten alleen vocht toe te dienen. Na een week trad enige verbetering van functies op. Patiënt had meer heldere momenten en kon middels oogcontact en hoofdbewegingen ('ja' knikken, 'nee' schudden, hoofd in iemands richting draaien) met zijn omgeving communiceren. Ook kon hij zijn linkerarm enigszins heffen; dit werd een 'stop'-teken als in het gesprek zaken aan de orde kwamen waarmee hij het niet eens was. Volgens de behandelend neuroloog viel - gezien de ernstige schade aan de hersenstam - verder functieherstel niet te verwachten. Bovendien was als gevolg van het CVA verdere behandeling van het tongbasiscarcinoom niet meer mogelijk. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond uit de totale afhankelijkheid van zijn omgeving en de ernstige beperking van zijn communicatiemogelijkheden. Ook leed hij onder de wetenschap dat het tongbasiscarcinoom toenemend problemen zou gaan geven, zijn conditie alleen maar verder achteruit zou gaan en zijn situatie uitzichtloos was.

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

Patiënt heeft een week voor het overlijden met de arts over euthanasie gecommuniceerd en om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Tijdens de vervolcontacten heeft hij dit verzoek herhaald. Patiënt communiceerde zoals hiervoor beschreven met de arts. Ook uit de duidelijkheid en stelligheid van de mimiek van patiënt bleek de arts dat hij zich volledig bewust was van hetgeen werd besproken en wat zijn mening hierover was. De arts had [bij de melding] een CD bijgevoegd die vier dagen voor het overlijden was gemaakt, met een opname van een "gesprek" van patiënt met zijn echtgenote over zijn wensen. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts voelde zich

hierin gesteund door de bevindingen van een collega-huisarts, die zij in verband met haar eigen relatief beperkte ervaring als huisarts en de complexiteit van de situatie had gevraagd om haar in dit euthanasietraject te ondersteunen en die aanwezig was bij één van de bezoeken aan patiënt.

De door de arts geraadpleegde SCEN-arts, die patiënt vier dagen voor de levensbeëindiging bezocht, gaf in zijn verslag aan dat patiënt hem bij binnenkomst met zijn linkerhand probeerde te begroeten en dat ze duidelijk oogcontact hadden. Patiënt wist precies waarvoor de consulent kwam en knikte bevestigend met zijn hoofd. Volgens de consulent bleek hem tijdens het gesprek dat patiënt wilsbekwaam was en zijn euthanasieverzoek vrijwillig deed. De consulent kwam, mede op basis van het gesprek met patiënt, tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan

CASUS 3

oordeel: zorgvuldig

Samenvatting: de Stichting Levensidekliniek (SLK) heeft de arts betrokken bij het euthanasietraject, waardoor de arts -uiteindelijk- toch zelf de leiding hiervan heeft overgenomen van de SLK.

Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, leed sinds meerdere jaren aan eindstadium COPD en ernstig vaatlijden. Een jaar voor haar overlijden onderging zij een borstoperatie wegens ontstane ernstige smetplekken. Als gevolg van deze operatie en de slechte doorbloeding raakten de borsten van patiënte necrotisch. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit hevige pijn aan haar necrotische borsten. Zij had last van dyspneu en was zuurstofafhankelijk. Patiënte kon nauwelijks nog uit bed en moest worden verschoond door haar partner. Zij leed onder haar afhankelijkheid van derden, de aftaking en de zinloosheid van haar aan bed gebonden bestaan. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts, haar eigen huisarts, was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De arts en de specialisten hebben patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Reeds zes jaar lang had patiënte een euthanasiewens, waaraan de arts door omstandigheden geen gehoor kon geven. Toen de gezondheidssituatie van patiënte in 2013 fors verslechterde, verwees de arts haar voor verdere begeleiding bij een euthanasietraject door naar de Stichting Levensidekliniek (SLK). De arts, die patiënte vanuit de SLK begeleidde, betrok de arts bij het proces gezien de jarenlange relatie die de arts had met patiënte. Gedurende dit proces ontstond bij de arts de bereidheid om patiënte toch opnieuw te begeleiden in het euthanasietraject. Daarbij werd de afspraak gemaakt dat er in principe hulp bij zelfdoding zou worden verleend. De arts heeft vervolgens de leiding van het euthanasietraject overgenomen van de arts die patiënte eerder begeleidde vanuit de SLK, terwijl deze laatste op enige afstand betrokken bleef bij de procedure.

Gedurende de laatste maanden voor het overlijden heeft patiënte de arts en de arts die haar begeleidde vanuit de SLK herhaaldelijk om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De door de arts geraadpleegde onafhankelijke SCEN-arts kwam mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie is van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de WTL.

Samenvatting: snel proces waarin de arts, verbonden aan de Stichting LevensEinde Kliniek (SLK), patiënt eenmaal persoonlijk en eenmaal telefonisch heeft gesproken. De arts heeft zich er voldoende van kunnen vergewissen dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan om tot levensbeëindiging op verzoek over te kunnen gaan.

Bij patiënt, een man van 80-90 jaar, was sprake van een combinatie van aandoeningen. De laatste elf jaar leed hij aan diabetes mellitus, gecompliceerd door polyneuropathie. Hij had nierfunctiestoornissen en chronische lymfatische leukemie. Vanwege zijn aangeboren klompvoeten, neuropathie en pijn in de benen kon patiënt erg moeilijk lopen en was hij enkele malen gevallen. Ook had hij problemen met zijn gebitsprothese waardoor hij alleen maar vloeibaar voedsel naar binnen kreeg. Hij had last van duizeligheid, een gevoel van druk in het hoofd, vergeetachtigheid en extreme moeheid.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Vanwege psychiatrische problematiek ruim 20 jaar eerder was patiënt ingesteld op lithium, waarmee zijn toestand sindsdien stabiel was gebleven. Het lijden van patiënt bestond uit regelmatig braken, gewichtsverlies, conditieverlies en zeer ernstige vermoeidheid. Ook was hij regelmatig incontinent. Door al zijn kwalen was hij toenemend beperkt geworden en niet meer in staat een normaal en zelfstandig leven te leiden.

Hij leed onder de verminderde mobiliteit, de toenemende afhankelijkheid van de zorg van anderen en de uitzichtloosheid van zijn situatie.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was, terwijl er geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer waren om het lijden te verlichten.

Hij is door de arts en de specialisten voldoende voorgelicht over zijn situatie en vooruitzichten.

Patiënt had eerder over euthanasie gesproken met zijn eigen huisarts, die vanwege gewetensbezwaren niet op het euthanasieverzoek kon ingaan. Patiënt heeft toen een andere huisarts gezocht, die een SCEN-arts heeft geconsulteerd. Deze SCEN-arts heeft, zonder patiënt te hebben gezien, geconstateerd dat niet op het euthanasieverzoek kon worden ingegaan, omdat het een "klaar met leven problematiek" zou betreffen. Patiënt heeft vervolgens contact gezocht met de Stichting LevensEinde Kliniek (SLK).

Ruim een maand voor het overlijden heeft patiënt het eerste gesprek gehad met een SLK-verpleegkundige. Negen dagen voor het overlijden heeft patiënt voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken, waarbij hij direct om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie vroeg. De arts heeft vervolgens telefonisch overleg gehad met de huisarts van patiënt en kennisgenomen van het patiëntjournaal. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts, die mede op basis van zijn gesprek met patiënt tot de conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie had vragen over het verzoek om euthanasie van patiënt en over de mogelijk aanwezige redelijke alternatieven. Zij vroeg zich af of de arts heeft overwogen om een psychiater in consult te roepen gezien de onderliggende psychiatrische problematiek bij patiënt. Ook vroeg zij zich af, aangezien uit de stukken bleek dat de arts één gesprek heeft gevoerd met patiënt en één keer telefonisch contact heeft gehad met patiënt, in hoeverre de arts zich ervan heeft kunnen overtuigen dat er sprake was van een weloverwogen euthanasieverzoek bij patiënt en in hoeverre de arts een vertrouwensband met patiënt had kunnen opbouwen. De arts licht desgevraagd toe dat hij, al vele jaren praktiserend huisarts, sinds een jaar als arts was verbonden aan de Stichting LevensEindekliniek (SLK).

Patiënt had zijn huisarts om euthanasie verzocht. De arts heeft negen dagen voor het overlijden een telefoongesprek met de huisarts gehad, waarin deze vertelde geen ervaring te

hebben met euthanasie en daarom de casus met een SCEN-arts te hebben besproken. Die SCEN-arts heeft, zonder patiënt te hebben bezocht, geoordeeld dat er sprake was van een “klaar met leven-problematiek”. De huisarts heeft de euthanasie niet willen uitvoeren, reden waarom patiënt zich bij de SLK heeft aangemeld. In zijn eigen huisartsenpraktijk heeft de arts de ervaring dat hij een lange behandelrelatie heeft met een patiënt, waarin op een gegeven moment euthanasie ter sprake kan komen. Als SLK-arts heeft hij slechts kort contact met een patiënt, waarin hij met de patiënt alleen de vraag om euthanasie bespreekt. De SLK-arts beschikt over een patiëntendossier en is daardoor al op de hoogte van de medische achtergrond van de patiënt.

De arts heeft als SLK-arts vaak van patiënten gehoord dat hij, na een gesprek van anderhalf uur met hen, al meer van de patiënt weet dan de eigen huisarts. In zo’n gesprek wordt over de hele ziektegeschiedenis gesproken en komt alles wat er speelt aan de orde. De SLK-arts kan een euthanasieverzoek honoreren of afwijzen. Als er nog onduidelijkheden in het patiëntendossier zijn en er nog medische zaken zijn, die moeten worden uitgezocht, dan wijst de SLK-arts een euthanasieverzoek af. De SLK-arts kijkt naar de context waarin het euthanasieverzoek is gedaan en bekijkt daarbij ook of er sprake is van uitzichtloosheid. Ook in zijn uitgebreide gesprek met deze patiënt heeft de arts kunnen vaststellen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek en werd het hem duidelijk dat patiënt niet depressief was, maar verdrietig en zich somber en eenzaam voelde vanwege zijn afnemende capaciteiten. Vierentwintig jaar geleden was hij behandeld vanwege een psychiatrische stoornis, depressiviteit, maar met lithium was zijn situatie stabiel. De arts heeft niet overwogen om een psychiater te raadplegen. Op de vraag of patiënt op een andere manier te helpen zou zijn geweest dan door op zijn euthanasieverzoek in te gaan, antwoordt de arts dat patiënt steeds verder vereenzaamd was geraakt, de laatste maanden toenemend kortademig was geworden en dat zijn fysieke toestand steeds slechter was geworden. De arts is gewoon om als SLK-arts hetzelfde te oordelen als hij als eigen huisarts van de patiënt zou hebben gedaan. Ook als hij in deze zaak de eigen huisarts van patiënt zou zijn geweest. Als er nog mogelijkheden zijn om de situatie voor een patiënt te verbeteren, dan gaat de SLK-arts niet in op het euthanasieverzoek. Maar voor deze patiënt waren er geen mogelijkheden tot verbetering meer.

De commissie overweegt dat de arts in zijn nadere mondelinge toelichting heeft aangegeven dat hij door bestudering van het patiëntendossier reeds op de hoogte was van de medische achtergrond van patiënt. Vervolgens heeft de arts een uitgebreid gesprek met patiënt gevoerd, waarin de hele ziektegeschiedenis van patiënt en de context waarin het euthanasieverzoek is gedaan is doorgesproken. De arts was naar aanleiding van de informatie uit het patiëntendossier en het gesprek met patiënt er van overtuigd dat er sprake was van een weloverwogen verzoek van een wilsbekwame patiënt en dat er sprake was van een uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Naar het oordeel van de commissie heeft de arts, in dit concrete geval, redelijkerwijze tot deze overtuiging heeft kunnen komen en gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Psychiatrische aandoening

In geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding vanwege uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waaraan een psychiatrische aandoening ten grondslag ligt, is grote behoedzaamheid een vereiste. De arts zal zich gesteld zien voor de vraag of er sprake is van een *vrijwillig en weloverwogen* verzoek. Een psychiatrische aandoening kan het oordeelsvermogen van de patiënt beïnvloeden. De arts moet er dan onder meer op letten of de patiënt er blijk van geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistent te zijn in zijn overwegingen. In een dergelijk geval is het van belang om naast de

onafhankelijke consultant een of meer deskundigen, onder wie een psychiater, te raadplegen (zie casus 11 en 12).

Ook hun oordeel moet aan de commissie kenbaar worden gemaakt.

Van de in 2013 ontvangen meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een patiënt met psychiatrische problematiek -42 in totaal- zijn er in het verslagjaar 32 beoordeeld, alle als zorgvuldig. Omdat ook de *uitzichtloosheid* van het lijden bij een psychiatrische aandoening extra aandacht vraagt, worden casus 11 en 12 hierna besproken onder **b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden**.

Klachten van depressieve aard

Een patiënt kan, naast het lijden dat hij ondervindt ten gevolge van een of meer somatische aandoeningen, ook klachten hebben van depressieve aard. Vaak dragen deze klachten bij aan de lijdensdruk. Omdat niet is uitgesloten dat door een depressie de *wilsbekwaamheid* wordt beïnvloed, wordt in geval van twijfel over de vraag of er sprake is van een depressie in de praktijk doorgaans het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consultant benaderde onafhankelijke arts. Wanneer andere artsen als deskundigen zijn geraadpleegd, moet dit aan de commissie kenbaar worden gemaakt. Een bedrukte stemming kan overigens, onder de omstandigheden waarin het euthanasieverzoek wordt gedaan, normaal zijn en hoeft dus op zichzelf geen teken van depressie te zijn.

Schriftelijke wilsverklaring geen vereiste

Een uitgangspunt van de WTL is dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Het verzoek om levensbeëindiging vindt vrijwel altijd plaats in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dan dus mondeling gedaan. In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld, eist de WTL geen schriftelijke wilsverklaring.

Ook wanneer de patiënt goed in staat is zijn wil te uiten, *kán* een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan meer duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen. In de praktijk kan een schriftelijke wilsverklaring het beoordelingsproces vereenvoudigen, maar de commissies benadrukken dat het niet de bedoeling is om, soms nog kort voor het overlijden onder moeilijke omstandigheden, een dergelijke verklaring te laten opstellen en ondertekenen en daardoor onnodig druk op de betrokkenen te leggen.

De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwaamheid

In de WTL is uitdrukkelijk de mogelijkheid opgenomen voor een arts om gevolg te geven aan het euthanasieverzoek van een patiënt die niet meer in staat is zijn wil te uiten, indien deze dit verzoek in een schriftelijke wilsverklaring heeft neergelegd op het moment dat hij nog wilsbekwaam was (art. 2, lid 2 WTL). Een schriftelijke wilsverklaring kan dus in de plaats komen van een mondeling verzoek van een patiënt die op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is inmiddels wilsonbekwaam is geworden.

De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid van dit artikel, zijn van overeenkomstige toepassing. Dat wil zeggen dat de zorgvuldigheidseisen zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing zijn⁴, of in de woorden van de regering bij de parlementaire behandeling van de WTL, dat de zorgvuldigheidseisen moeten worden toegepast “voor zover de feitelijke situatie dit toelaat”⁵.

4 Kamerstukken II 2000/2001, 26691, nr.35.

5 Kamerstukken I 2000/2001, 26691, nr. 137b, blz. 16 en 54.

Wilsonbekwaamheid bij o.a. dementie

Als de patiënt niet in staat is zijn wil te uiten/wilsonbekwaam is, bijvoorbeeld ten gevolge van (verder gevorderde) dementie, Huntington, afasie e.d. dan zal die patiënt - anders dan in geval van verlaagd bewustzijn, respectievelijk coma - meestal nog wel enigszins in staat zijn om, hoe gebrekkig ook, verbaal of non-verbaal te communiceren.

Dan komt het zowel voor de arts als voor de consulent - indien deze niet in een eerder stadium van de ziekte met de patiënt heeft gesproken - aan op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van de patiënt. De arts zal, evenals de consulent, immers aan de hand van wat de patiënt in zijn wilsverklaring heeft opgeschreven én de actuele situatie waarin deze zich bevindt moeten afwegen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een voor de patiënt redelijk alternatief. Het gehele proces dat de arts gezamenlijk met de patiënt heeft doorgemaakt en heeft vastgelegd in het dossier draagt bij aan het maken van die afweging. Arts en consulent zullen zich er daarbij van moeten overtuigen dat de patiënt lijdt onder de toestand, die hij eerder als ondraaglijk heeft omschreven.

De consulent zal in een dergelijke situatie niet meer - zoals anders wel gebruikelijk - met de patiënt kunnen spreken. Hij zal zich ten aanzien van de *weloverwogenheid* en *vrijwilligheid* van het verzoek moeten baseren op de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, op hetgeen hij van de arts verneemt, het dossier van de arts, het gedrag en de uitingen van de patiënt en de informatie die hem door anderen, zoals de naasten van de patiënt⁶, wordt verstrekt.

De arts zal op het moment dat hij aan het verzoek van de patiënt gevolg wil geven zelf de overtuiging moeten hebben dat de patiënt de uitvoering van de euthanasie nog steeds wenst; mocht op het moment van de voorgenomen uitvoering uit gedragingen en uitingen van de patiënt blijken dat bij deze de euthanasiewens ontbreekt, dan zal de arts de euthanasie niet kunnen uitvoeren.

Hoewel het moeilijk is om in algemene zin uitspraken te doen over de vraag wanneer in deze omstandigheden tot euthanasie kan worden overgegaan, dient die mogelijkheid - gelet op de wet - niet te worden uitgesloten. Het zal altijd van de specifieke omstandigheden van ieder individueel geval afhangen.

Bij het inwilligen van een op basis van een schriftelijke wilsverklaring gedaan euthanasieverzoek komt het dus aan op het interpreteren van de actuele situatie aan de hand van de bedoeling van de patiënt, zoals deze die in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft verwoord en met de arts heeft besproken. Om interpretatieproblemen later te voorkomen is het van belang de schriftelijke wilsverklaring tijdig op te stellen, op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven, waarin men wenst dat de levensbeëindiging wordt uitgevoerd. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt de wilsverklaring ten tijde van het opstellen en het actualiseren daarvan, met de arts te bespreken.⁷ Een persoonlijk opgestelde verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, levert doorgaans een aanvullende onderbouwing op en heeft daarom meer betekenis dan een voorgedrukt formulier, zeker als de tekst daarvan in conditionele bewoordingen is gesteld.

De arts kan zelf met betrekking tot de wens tot levensbeëindiging van de patiënt in belangrijke mate bijdragen aan duidelijkheid door deze wens en het daarbij behorende besluitvormingsproces van hem en zijn patiënt in zijn journaal te documenteren. De arts is verantwoordelijk voor de dossiervorming.

Hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring en hoe vollediger het dossier, des te meer aanknopingspunten er zullen zijn voor allen die bij de besluitvorming zijn betrokken, zoals de arts zelf, de consulent en eventuele waarnemers.

6 Ook de naasten van de patiënt spelen een niet onbelangrijke rol. In zijn brief betreffende de Juridische status van wilsverklaringen in de gezondheidszorg d.d. 05-11-1999, (Kamerstukken II 1999/2000, 26885, nr. 1) gaat minister Korthals, ten tijde van de behandeling van de euthanasiewetgeving, ook in op de rol van de naaste familie bij het interpreteren van de in (diverse) schriftelijke verklaring door de patiënt neergelegde wensen.

7 Govert den Hartogh in MC ; wilsverklaring vergt onderhoud MC nr. 39 – 25 september 2012.

Wilsonbekwaamheid bij verlaagd bewustzijn en coma

Op de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring in geval van euthanasie bij *verlaagd bewustzijn*, respectievelijk *coma* wordt in de paragraaf [Coma en verlaagd bewustzijn \(niet zijnde coma\)](#) onder [b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden](#) nader ingegaan.

Dementie

Alle in 2013 behandelde meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten bij wie een dementieel syndroom een rol speelde, 97 in totaal, zijn door de commissies als zorgvuldig beoordeeld. In verreweg de meeste gevallen ging het om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen als verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun verzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek (nog) goed konden overzien.

Naarmate het ziekteproces voortschrijdt is het onwaarschijnlijker dat een patiënt nog in voldoende mate wilsbekwaam is. De commissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces van dementeren bevinden in het algemeen extra behoedzaamheid een vereiste is. Dan zijn vroegere wilsuitingen essentieel, met name een duidelijke schriftelijke wilsverklaring die is opgesteld toen de patiënt nog wilsbekwaam was en die onmiskenbaar op de ontstane situatie van toepassing is. Een arts zal het gehele ziekteproces en de overige specifieke omstandigheden bij zijn overwegingen moeten betrekken.

CASUS 5

oordeel: ZORGVULDIG

Samenvatting: wilsbekwaamheid van een aan Lewy Body dementie lijdende patiënte.

Patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, leed aan Lewy Body dementie. Als gevolg daarvan had zij last van beangstigende en uitputtende hallucinaties, van invaliderende tremoren en van stijfheid. De klachten konden niet medicamenteus behandeld worden omdat daarmee de hallucinaties toenamen. De cognitieve stoornissen reageerden voornamelijk goed op medicamenteuze behandeling. Verder leed patiënte onder afname van haar gezichtsvermogen. Patiënte woonde sinds een half jaar in een verzorgingshuis maar opname op een verpleegafdeling naderde, wat patiënte stellig van de hand wees.

Patiënte leed ernstig onder de dagelijkse visuele hallucinaties, de rigiditeit, de tremoren en de dreiging te zullen vallen, waardoor de gang naar het toilet bemoeilijkt werd. Het lezen van een boek en het uitoefenen van haar hobby's konden ook niet meer. Ze leed onder de extreme vermoeidheid en de toenemende afhankelijkheid van de zorg van anderen. Dit lijden werd nog verergerd door de uitzichtloosheid van haar situatie en het vooruitzicht verder te zullen dementeren.

Sinds de verhuizing naar het verzorgingshuis had patiënte een nieuwe huisarts. Met haar had patiënte over euthanasie gesproken, maar de huisarts vond dat zij door de korte behandelrelatie niet voldoende binding met patiënte had. De huisarts verwees patiënte daarom naar de Stichting Levensindekliniek. De huisarts achtte patiënt wel wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek.

Ongeveer zes weken voor haar overlijden sprak patiënte voor het eerst met de arts van de Levensindekliniek. Zij heeft de arts toen ook direct om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie gevraagd. In de vijf uitgebreide gesprekken die de arts in totaal met patiënte heeft gehad, heeft patiënte telkens haar verzoek herhaald. Patiënte kon helder vertellen over haar visuele hallucinaties, die zij als heel beangstigend ervoer. Ook een verpleegkundige van

de Levenseindekliniek heeft patiënte bezocht en van die gesprekken verslagen gemaakt. Tijdens het gesprek zes dagen voor het overlijden van patiënte is een video opname gemaakt waarin patiënte haar verzoek om euthanasie herhaalde. Bij de gesprekken was steeds een kind van patiënte aanwezig. Deze bemoeide zich niet met de gesprekken, oefende geen druk uit en deed geen pogingen patiënte te beïnvloeden. Patiënte was afhankelijk van haar kind omdat ze zelf niets meer kon regelen en hulp nodig had bij de dagelijkse handelingen. De arts heeft nog contact gehad met de eigen huisarts en met de huisarts die patiënte voor haar verhuizing naar het verzorgingshuis had. Verder heeft de arts de zaak van patiënte besproken in een multidisciplinair overleg van de Levenseindekliniek.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts consulteerde een onafhankelijk SCEN arts die patiënte negen dagen voor de levensbeëindiging bezocht, na kennis te hebben genomen van alle relevante informatie over patiënte en na contact te hebben gehad met de eigen huisarts. De consulent oordeelde dat patiënte een helder bewustzijn had en wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts werd door de commissie uitgenodigd voor een toelichting. Hij vertelde dat patiënte ruim een week voor haar overlijden ziek was geworden, met koorts. Zes dagen voor haar overlijden vertelde patiënte aan de arts dat zij euthanasie wilde, maar er op dat moment nog niet aan toe was. Er moest volgens haar nog een aantal dingen worden geregeld voor haar begrafenis. Medisch gezien verslechterde haar toestand echter. Op de dag van het overlijden werd de arts gebeld door het kind omdat de toestand van haar moeder was verslechterd. Ze was nu volledig bedlegerig, dronk nog mondjesmaat, was verward en had hallucinaties. Ze was er slecht aan toe en leed. De huisarts en de aan het verzorgingshuis verbonden specialist ouderengeneeskunde stelden los van elkaar verschillende handelwijzen voor, zoals opname in het verpleeghuis of palliatieve sedatie. Het kind van patiënte heeft de arts van de Levenseindekliniek gevraagd of hij bereid was dezelfde dag te komen. De arts heeft met spoed een telefonische conferentie gehouden met collega's. Met instemming van hen is hij naar patiënte toe gegaan.

De arts trof patiënte vrij helder aan. Op zijn vraag of patiënte nu euthanasie wilde, antwoordde zij met een ja. Volgens de arts waren alle kinderen van patiënte hierbij aanwezig. Haar verzoek was adequaat en consistent. De arts heeft daarop naar eer en geweten de euthanasie uitgevoerd.

De arts toonde aan de commissie twee korte video opnames waarop patiënte te zien was op twee verschillende momenten en die de informatie die de arts aan de commissie gaf, bevestigde.

De commissie kwam tot de conclusie dat de arts heeft gehandeld conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

CASUS 6

OORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: wilsbekwaamheid van een Alzheimer patiënte.

Bij een vrouw tussen 80 en 90 jaar, was drie jaar voor haar overlijden de diagnose Alzheimer gesteld. Zij stond onder controle bij een neuroloog; begeleiding door een PG team wenste zij niet. Tot voor kort had patiënte nog kunnen genieten van alledaagse dingen zoals fietsen, wandelen en puzzelen. Deze activiteiten hadden voor haar het verlies aan diepgang in persoonlijke gesprekken gecompenseerd. Maar nu ging ze steeds verder achteruit. Patiënte

leed erg onder (nachtelijke) onrust, slapeloosheid, geheugenstoornissen, agressieve buien, verdriet en de volledige zorgafhankelijkheid. Zij voelde zich beroerd en raar in het hoofd. Soms herkende zij naasten niet meer. Ze was wanhopig en leed onder de reële angst voor het lijden dat voor haar in het verschiet lag.

Al zes jaar voor haar overlijden had patiënte met haar arts in algemene zin over euthanasie gesproken. Kort na de diagnose besprak ze haar euthanasiewens opnieuw. Bij een naaste had ze diens ziekbed met Alzheimer van dichtbij waargenomen. Dat wilde zij zelf absoluut niet meemaken. Opname in een verpleeghuis wees ze ook pertinent af. Patiënte heeft haar euthanasiewens tevens meerdere malen besproken met haar behandelend specialist. Verder had ze een schriftelijke wilsverklaring die dateerde van vier jaar eerder en een verklaring waarin ze een naaste machtigde om beslissingen voor haar te nemen als zij dat zelf niet meer kon. Daarin benoemde ze expliciet haar verzoek om euthanasie. Ten slotte was er een video opname daterend van twee jaar voor haar sterven, waarin patiënte haar euthanasiewens mondeling bevestigde. Opname in een verpleeghuis benoemde ze in al deze uitingen als de ultieme grens: als dat nodig zou zijn, wilde ze euthanasie.

Drie weken voor haar overlijden verzocht patiënte haar huisarts daadwerkelijk om euthanasie. Telkens opnieuw als ze om euthanasie vroeg, deed zij haar trouwring en haar horloge af. Dit bleef zij alle keren tot aan haar sterven doen. De arts was overtuigd van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van haar verzoek.

Als consulent raadpleegde de arts een onafhankelijke SCEN arts. Deze nam kennis van alle informatie over patiënte en haar verzoek om euthanasie, inclusief de video opname. Tijdens het gesprek met patiënte bemerkte de consulent dat zij consistent was in haar wens om euthanasie, maar dat zij moeite had andere vragen te beantwoorden. De consulent kwam aanvankelijk tot de vaststelling dat patiënte ten tijde van het consult wilsonbekwaam was. Desgevraagd heeft hij dat standpunt in een mondelinge toelichting aan de commissie genuanceerd. Volgens de consulent was patiënte ten aanzien van haar verzoek om levensbeëindiging wilsbekwaam, doch wilsonbekwaam op alle andere gebieden. Ook ten tijde van het opstellen van haar schriftelijke wilsverklaring en het opnemen van de video achtte de consulent patiënte wilsbekwaam.

De consulent was van oordeel dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij de uitvoering waren twee naasten van patiënte aanwezig. Tot op het laatst had patiënte, ondanks haar toenemende woordvindingsstoornissen, de essentie van haar wens om te mogen sterven verbaal en non-verbaal weten duidelijk te maken, ook tegenover haar naasten. Voordat de arts tot uitvoering van de euthanasie overging had hij patiënte nogmaals gevraagd wat zij wilde. Zij bevestigde toen dat zij euthanasie wilde en was zich bewust dat de euthanatica zouden worden toegediend.

Op gesprek uitgenodigd bij de commissie lichtte de arts later toe dat het mogelijk was om, als men patiënte niet goed kende, twijfels te plaatsen bij haar wilsbekwaamheid, omdat patiënte rust en concentratie nodig had om goed verbaal te kunnen communiceren. De arts was bang dat zij bij verdere voortschrijding van haar ziekte haar verzoek niet meer zou kunnen herhalen.

De consulent vertelde desgevraagd aan de commissie dat hij vooral twijfels had over de wilsbekwaamheid van patiënte op andere gebieden. Als het ging om de wilsbekwaamheid ter zake van haar euthanasieverzoek had hij geen twijfels. Hij baseerde dit mede op de wilsbekwaamheid van patiënte ten tijde van het opstellen van de schriftelijke wilsverklaring, de video en het “onderhouden” van het schriftelijke verzoek blijkens het dossier.

Patiënte wist waarvoor de consulent kwam en kon duidelijk maken hoezeer zij leed onder haar verlies van grip op de situatie, en dat zij zo niet verder wilde leven.

Mede op basis van de door arts en consulent gegeven toelichting oordeelde de commissie dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Naast de *vrijwilligheid en weloverwogenheid* van het verzoek, zijn de *uitzichtloosheid en ondraaglijkheid* van het lijden belangrijke aspecten bij de besluitvorming door de arts. Op het moment dat de arts tot inwilligen van het euthanasieverzoek wil overgaan zal hij immers overtuigd moeten zijn van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de actuele situatie, die door de patiënt in zijn schriftelijke wilsverklaring ook als uitzichtloos en ondraaglijk lijden is beschreven.

Bij patiënten met dementie is het raadzaam dat naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld nog één of meer deskundigen worden geraadpleegd, waaronder bij voorkeur een geriater of psychiater.

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

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. De uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose en wordt door de arts vastgesteld. Bij de beantwoording van de vraag of het uitzicht op verzachting van de symptomen reëel kan worden genoemd moet rekening worden gehouden met zowel de verbetering die door een (palliatieve) behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in deze betekenis slaat op de ziekte of aandoening en de symptomen, waarvoor redelijkerwijs, dat wil zeggen voor de patiënt redelijke, reële curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken.

Patiënten gebruiken de term uitzichtloos ook om aan te geven dat zij het onaanvaardbaar vinden dat er geen verbetering meer mogelijk is en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

De *ondraaglijkheid* van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het een subjectief begrip is. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart kan voor een andere patiënt ondraaglijk zijn. De ondraaglijkheid van het lijden wordt, behalve door de actuele situatie, bepaald door het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid en levensgeschiedenis van de patiënt.

Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak toegelicht met lichamelijke symptomen als pijn, misselijkheid, benauwdheid en met ervaringen als uitputting, toenemende ontluistering, toenemende afhankelijkheid en verlies van waardigheid. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden die tezamen de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De ernst van het lijden kan niet worden vastgesteld door alleen naar de symptomen op zichzelf te kijken, maar wordt uiteindelijk bepaald door de betekenis die deze symptomen voor deze patiënt hebben, ook gezien diens levensgeschiedenis en waardepatroon.

De ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt moet voor de arts invoelbaar zijn. De vraag is hierbij niet of een lijden als dat van de patiënt ondraaglijk zou zijn voor mensen in het algemeen of voor de arts zelf, maar of dit lijden voor deze specifieke patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de patiënt te verplaatsen.

Van centrale betekenis voor het proces van beoordeling door de commissies is de vraag of de arts aannemelijk kan maken dat de ondraaglijkheid van het lijden voor hem invoelbaar is geweest.

Samenvatting: dankzij het advies van de SCEN arts aan de arts, een SLK-arts, om nadere informatie in te winnen en die bij zijn besluitvorming te betrekken, kon de arts redelijkerwijze tot de overtuiging komen dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed.

Patiënte, een vrouw van 90-100 jaar, kwam ruim een jaar voor haar overlijden ten val, waarbij zij een femurfractuur was opliep. Revalidatie in een verpleeghuis na operatie en fysiotherapie hadden geen effect. Het lukte niet haar te leren staan, mede door de verminderde kracht als gevolg van haar hoge leeftijd. Zij was geheel rolstoelafhankelijk en voor haar ADL en toiletgang geheel zorgafhankelijk geworden. Door incontinentie en het feit dat zij niet meer zelf in bed kon draaien was zij gevoelig geworden voor decubitus en smetplekken, met als gevolg pijnlijke huidaandoeningen. Door tekort aan energie en verdere afname van kracht en gevoel in haar voeten was het gebruik van de rolstoel voor patiënte zelf niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Patiënte had enkele TIA's meegemaakt, kampte sinds zeven jaar met decompensatio cordis en de laatste jaren met osteoporose, verminderde visus door een glasvochtbloeding en hypothyreoïdie. Haar lijden bestond uit een opeenstapeling van fysieke klachten, waarbij zij immobiel en volledig zorgafhankelijk was geworden. Patiënte, die altijd een onafhankelijke, energieke, zelfstandige vrouw was geweest, was door haar uitzichtloze fysieke omstandigheden in een situatie van extreme afhankelijkheid, totale ontluistering en sociaal isolement beland. De activiteiten, waaraan zij vroeger plezier had beleefd, kon patiënte niet meer ondernemen; activiteiten in het verpleeghuis brachten haar geen voldoening. Patiënte wilde verdere aftakeling, zoals zij die bij medebewoners zag, niet meemaken. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was er van overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden om het lijden te verlichten waren er niet meer.

Patiënte beschikte al jaren over een (opnieuw) ondertekende euthanasieverklaring. Zij had met haar voormalige huisarts over euthanasie gesproken en haar wens opnieuw aan hem en -bij opname in het verpleeghuis - aan de verpleeghuisarts kenbaar gemaakt. Beiden wilden (nog) niet op haar verzoek ingaan. Een jaar voor het overlijden is patiënte aangemeld bij de Stichting Levensindekliniek (SLK) met het verzoek in aanmerking te komen voor euthanasie. Vier maanden voor het overlijden heeft patiënte de arts, verbonden aan de SLK, om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar verzoek bij ieder volgend bezoek of telefonisch contact herhaald. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent twee onafhankelijke SCEN-artsen. De eerste consulent bezocht patiënte drie maanden voor haar overlijden nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte en kwam, mede op basis van het gesprek met patiënte, tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan aangezien het lijden van patiënte nog niet uitzichtloos en ondraaglijk was.

De tweede consulent bezocht patiënte tweeënhalve week voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte in eerste instantie was geïnformeerd, aanvullende informatie had ontvangen en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie, inclusief het verslag van de eerste consulent. De tweede consulent stelde vast dat patiënte ondraaglijk leed onder haar situatie waarin het laatste jaar niets was veranderd. Het lijden was uitzichtloos omdat er geen mogelijkheden bestonden - ondanks pogingen daartoe - dit te veranderen. De tweede consulent kwam mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Volgens de commissie kon de arts tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte.

Het is de commissie gebleken dat de tweede SCEN-consulent de arts had verzocht nader onderzoek te verrichten voordat deze consulent bereid was patiënte te bezoeken. Daarop heeft de arts onder meer contact gelegd met de huisarts van patiënte en met de arts van het verpleeghuis waar zij zich bevond. De arts verkreeg van hen nadere informatie over de coping style van patiënte en over de haar aangeboden activiteiten om het leven zinvol te maken. Tevens vernam de arts dat de schildklier van patiënte goed was behandeld. Na het verkrijgen van deze aanvullende informatie heeft de arts nog een keer met patiënte gesproken en geconcludeerd dat patiënte een consistente euthanasiewens had vanwege een invoelbaar ondraaglijk lijden ten gevolge van immobiliteit, totale afhankelijkheid en algehele ontluistering. De arts was bereid op de euthanasiewens van patiënte in te gaan en heeft daartoe de tweede SCEN consulent verzocht een oordeel te geven over de zorgvuldigheidseisen. Hoewel de commissie eraan twijfelt of de arts in eerste instantie voldoende activiteiten heeft ontplooid om op dat moment overtuigd te kunnen raken van het uitzichtloos en de ondraaglijk lijden van patiënte, heeft de arts naar haar oordeel in tweede instantie wel tot die overtuiging kunnen komen, nu de arts bovengenoemde nadere informatie heeft ingewonnen en de uitkomst ervan heeft meegewogen in zijn afweging om de euthanasiewens van patiënte al dan niet te honoreren. De arts kon met patiënte tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

De commissie benadrukt echter dat het de verantwoordelijkheid van de arts is om zich er, voorafgaande aan het inschakelen van de SCEN- consulent, zo goed mogelijk van te vergewissen dat aan de verschillende zorgvuldigheidsvereisten is voldaan.

In dit geval gaf de consulent niet alleen aan zijn toetsende, maar ook aan zijn steunende, adviserende rol nadere invulling.

CASUS 8

oordeel: ZORGVULDIG

Samenvatting: patiënt onderbrak de in gang gezette euthanasie procedure i.v.m. een mogelijke behandeling van zijn klachten. Toen toch geen behandeling mogelijk bleek zette hij zijn euthanasiewens door.

Patiënt, een man tussen 80 en 90 jaar, had zes jaar voor zijn overlijden een herseninfarct doorgemaakt, waardoor hij halfzijdig verlamd was geraakt. Dankzij ernstig vaatlijden was drie jaar later een onderbeen amputatie noodzakelijk. Ook in zijn andere been waren de vaten slecht, waartegen behandeling niet had geholpen. Daarnaast was patiënt slechtziend als gevolg van staar. De vele medicatie die hij gebruikte zorgde voor belastende bijwerkingen. Patiënt leed onder fantoompijn in het geamputeerde onderbeen en onder de gevolgen van zijn slechtziendheid, waardoor hij niet meer kon lezen of televisie kijken. Na zijn CVA was zijn spraakvermogen achteruit gegaan waardoor communicatie met anderen moeizaam was. Hij was rolstoelafhankelijk en ontwikkelde decubitus van het zitten. Voor deze man, die altijd een zelfstandig persoon was geweest, was de afhankelijkheid en inactiviteit heel moeilijk te verdragen. Hij vond dat het leven geen kwaliteit meer had en leed ondraaglijk onder de situatie. Er waren geen mogelijkheden meer om zijn lijden te verlichten.

Enkele maanden voor zijn dood had patiënt zijn arts daadwerkelijk om uitvoering van euthanasie verzocht. Toen er echter sprake was van mogelijkheden om de ischaemische klachten in zijn been te behandelen, onderbrak hij de euthanasie procedure. Helaas viel dit tegen en was er voor zijn klachten geen behandeling mogelijk. Patiënt besloot toen de euthanasie-procedure door te zetten. Enkele dagen voor zijn overlijden heeft patiënt zijn arts om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie verzocht.

De arts raadpleegde twee consulenten, de eerste vier maanden voor de dood van patiënt en de andere consulent een week voor het overlijden. Met de eerste consulent had patiënt besproken dat hij zijn euthanasiewens wilde uitstellen om te onderzoeken of er nog mogelijkheden waren om zijn klachten te reduceren. Ondanks de langzame spraak van patiënt verliep de communicatie goed. De consulent meende dat misschien een meer intensieve palliatieve behandeling patiënt meer genoeg in het leven kon geven. In zijn rapport gaf de eerste consulent aan dat, mocht patiënt van gedachten veranderen, gezien het lijden van patiënt aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan.

De tweede consulent vond patiënt ondanks de gevolgen van het CVA goed te verstaan. Patiënt vertelde dat het verminderen van zijn klachten niet was gelukt en dat deze manier van leven, met zo veel pijn en zo weinig bij hem passende invulling van de dag, zonder enig perspectief op verbetering, nu voor hem moest stoppen. De tweede consulent kwam mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie is, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, van oordeel dat de arts met het uitvoeren van de euthanasie zorgvuldig gehandeld heeft.

CASUS 9

OORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: twee echtgenoten tussen de 80 en 90 jaar oud kampten met ernstige aandoeningen en ondraaglijk lijden. Zij verzochten om gelijktijdige levensbeëindiging.

Patiënte had al jaren langzaam in ernst toenemende spraakproblemen en slikklachten, toen een half jaar voor haar overlijden de diagnose ALS werd gesteld. In de daarop volgende maanden ging het snel slechter met haar. Ze kon steeds moeilijker praten en slikken en alleen ingedikte vloeistoffen innemen. Ze kon slechts kleine afstanden lopen, ze was wankel en al bij geringe inspanning benauwd. Patiënte kon niet meer deelnemen aan de activiteiten van de woongroep waarin ze met haar man woonde. Patiënte vond dit heel erg en leed onder het verlies aan zelfredzaamheid en het feit dat communiceren steeds moeilijker werd. Ze was angstig voor haar hoestbuien, haar toenemende kortademigheid en de benauwdheid. Patiënte kende het ziekteverloop van een familielid die ook aan ALS had geleden en zij vreesde de onvermijdelijke achteruitgang. Ze was erg bang om te stikken.

Direct na de diagnose ALS sprak patiënte met haar huisarts over euthanasie. Patiënte gaf in dit gesprek aan dat zij euthanasie zou willen als er slik- en communicatieproblemen zouden zijn of als zij bedlegerig zou worden. Dit gesprek voerde ze samen met haar echtgenoot, een man van tussen de 80 en de 90 jaar, die aan dementie leed (twee weken voor de diagnose ALS van zijn vrouw, was bij hem het beginstadium van de ziekte van Alzheimer vastgesteld).

Patiënt vertelde dat hij ook euthanasie wenste omdat hij niet door een ander dan zijn vrouw verzorgd wilde worden en niet naar een verpleeghuis wilde.

Patiënt ging zowel lichamelijk als geestelijk snel achteruit. Hij leed erg onder de voortgang van zijn ziekte en was bang voor het verdere verloop. Patiënt was niet meer in staat om zelfstandig te wonen - zij hadden het samen tot dan toe nog gered, met hulp van familie - maar verhuizing naar een verpleeghuis wilde hij absoluut niet. Hij was bang om naar een vreemde omgeving te gaan en alleen te zullen zijn. Patiënt en zijn vrouw vormden een twee-eenheid. Patiënt had bij zijn moeder en broer gezien hoe het was om op een gesloten afdeling te moeten verblijven en zelf had hij in de oorlog ervaren hoe het is om geen zelfbeschikking te hebben. Hij kon heel goed onder woorden brengen dat hij dat nooit meer wilde meemaken. Patiënt leed erg onder zijn ziekte en de wetenschap dat hij, als zijn echtgenote zou sterven, in een situatie terecht zou komen die hij absoluut niet wilde.

Twee maanden voor zijn overlijden verzocht patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Sindsdien herhaalde hij zijn verzoek verschillende malen. Patiënt had een wilsverklaring opgesteld waarin hij duidelijk aangaf dat hij nooit in een gesloten setting wilde worden opgenomen en ook dat hij niet wilde dat hij door iemand anders dan zijn eigen vrouw verzorgd zou worden. De arts was ervan overtuigd dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en dat patiënt de strekking van zijn verzoek begreep. De arts vroeg advies van een psychiater die drie weken voor het overlijden, patiënt onderzocht op zijn wilsbekwaamheid. De psychiater oordeelde dat de wens van patiënt reëel was en achtte hem hierin wilsbekwaam.

Ook voor patiënte brak het moment aan dat zij de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging wenste. Vijf dagen voor haar overlijden gaf patiënte aan dat de situatie was ontstaan waarin zij verzocht een einde te maken aan haar ondraaglijk lijden.

De huisarts betrok zijn collega uit de huisartsenpraktijk, die het echtpaar ook al lang kende, bij het proces. Deze collega sprak meerdere malen met patiënte over haar euthanasiewens en was bereid deze euthanasie uit te voeren, zodat het echtpaar tegelijkertijd kon sterven. Toen de eerste huisarts contact zocht met een onafhankelijk SCEN arts, adviseerde deze een tweede onafhankelijk SCEN arts te zoeken voor de echtgenoot van patiënte. De twee SCEN artsen hebben niet van te voren inhoudelijk overlegd.

Ze spraken af beiden op hetzelfde moment het verslag op te sturen.

De consulent die met patiënte sprak, stelde vast dat patiënte goed op de hoogte was van haar aandoening en geen depressieve indruk maakte. Zij had een consistente wens niet verder te hoeven leven. Haar lijden werd bepaald door het verlies van haar zelfredzaamheid, door kortademigheid en het groeiende onvermogen om adequaat te kunnen communiceren. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De consulent die patiënt sprak, oordeelde dat, hoewel de ziekte van Alzheimer duidelijk progressief was, patiënt goed inzicht had in zijn situatie. Zij stelde vast dat patiënt in de veiligheid van de eigen omgeving en nabijheid van zijn vrouw, nog net zelfstandig functioneerde, maar dat in afwezigheid van zijn vrouw patiënt steeds minder goed kon formuleren en angstiger werd. In de loop van het gesprek had de consulent de overtuiging gekregen dat het zonder zijn vrouw voor patiënt inderdaad niet mogelijk was om alleen te zijn en dat verandering van omgeving, naast het onvermijdelijke overlijden van zijn vrouw, een aanslag zou zijn op zijn fragiele mentale en fysieke evenwicht. Daarmee zou hij noodgedwongen in een situatie terecht komen die hij nadrukkelijk niet wenste. Zij vond zijn keus vrijwillig en weloverwogen en achtte patiënt wilsbekwaam. Een deel van het lijden van patiënt kwam voort uit zijn angst voor de toekomst. Maar volgens de consulent was dit een reële angst en zij gaf aan dat het voor haar geheel invoelbaar was dat het lijden ondraaglijk zou worden op het moment dat de echtgenote van patiënt zou wegvallen. Uit overwegingen van invoelbaarheid en de zeer hoge mate van voorspelbaarheid vond zij het dan ook geen reële optie om - ook al zou dit theoretisch mogelijk zijn - de ondraaglijkheid van het lijden pas te beoordelen na het overlijden van de echtgenote. In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De twee huisartsen voerden op dezelfde dag, tegelijkertijd, de levensbeëindiging bij het echtpaar uit.

De commissie kwam tot het oordeel dat beide artsen, zowel bij patiënte als bij patiënt, tot de overtuiging konden komen dat was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In het geval van patiënt was het daarbij van belang dat hij zeer duidelijk had aangegeven en bleef aangeven in welke omstandigheden hij euthanasie zou willen. Ook is de commissie van oordeel dat de arts inzichtelijk heeft kunnen maken dat patiënt ondraaglijk leed onder het vooruitzicht in een situatie terecht te komen waarin hij opgesloten zou zijn en geen zelfbeschikking meer zou hebben.

* Het betreft hier twee afzonderlijke meldingen, die apart door de commissie zijn beoordeeld, doch hier tezamen worden beschreven.

Lijden vereist een medische grondslag

Zoals uit de wetgeschiedenis blijkt, wordt met “klaar met leven” bedoeld op de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. De wetgeschiedenis maakt duidelijk dat aan het lijden een medische dimensie moet zitten en dat over lijden dat slechts voortvloeit uit een andere dan de medische context niet door een arts behoort te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat het terrein van de medicus te buiten. De commissie moet derhalve de vraag beantwoorden of de arts tot de overtuiging kon komen dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (vooral) zijn oorzaak vond in een medisch classificeerbare ziekte of aandoening, d.w.z. een medische grondslag had. Het is echter niet vereist dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening. Een stapeling van ouderdomsklachten kan oorzaak zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

CASUS 10

OORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: multiple ouderdomsklachten bij een patiënt van in de 90 die slechthorend, slechtziend en verminderd mobiel is en gebukt gaat onder slaapproblemen, somberheid, traumatische oorlogsherinneringen en de angst voor verdere aftakeling en afhankelijkheid.

Patiënt, een man tussen de 90 en de 100 jaar oud, was zeer slechthorend en erg slechtziend als gevolg van maculadegeneratie. Daarnaast kampte hij al jaren met klachten als gevolg van slijtage van rug en knieën. Ondanks behandeling door orthopeed en pijnpoli werd patiënt steeds minder mobiel en was hij in toenemende mate afhankelijk van hulp van anderen. Hij ervoer zijn leven als leeg en zinloos.

Sinds twee jaar voor zijn overlijden sprak patiënt regelmatig met zijn arts over euthanasie en verzocht hij zijn arts om de daadwerkelijke uitvoering daarvan. Op aanraden van zijn arts verhuisde hij in 2011 naar een verzorgingshuis in de hoop dat hij daar weer een sociaal leven zou kunnen opbouwen. Dit was echter geen succes: patiënt vond geen aansluiting bij anderen. Patiënt kampte met slaapproblemen, somberheidsklachten en traumatische oorlogsherinneringen en uitte een wens om te sterven. Hij had het gevoel dat zijn leven voltooid was en was bang voor verdere aftakeling. Begin 2013 werd hij daarom gezien door een psychiater die vaststelde dat er geen sprake was van een depressie in engere zin. De somberheid weet de psychiater aan de slaapproblemen en aan zijn sociale isolatie als gevolg van zijn lichamelijke beperkingen. Daarnaast speelde de persoonlijkheid van patiënt een rol. Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige begeleidde in de daarop volgende maanden patiënt om hem te helpen sociale contacten te leggen en het dagelijks leven meer inhoud te geven. Verder gebruikte patiënt medicatie, o.a. om beter te slapen. Dit alles hielp echter niet. Patiënt behield zijn doodswens. In de zomer van 2013 stelde dezelfde psychiater vast dat de behandelopties uitgeput waren. Hij oordeelde dat er nog steeds geen sprake was van een depressieve stoornis noch van een cognitieve stoornis. Patiënt was wilsbekwaam en consistent en weloverwogen in zijn verzoek om euthanasie, zo concludeerde de psychiater. Het lijden van de patiënt bestond uit zijn onvermogen om zelfstandig dingen te ondernemen en zinvolle contacten met andere mensen te leggen, dit als gevolg van zijn sterk verminderde zicht, gehoor en mobiliteit. Hij kon geen televisie meer kijken of de krant lezen en ervoer zijn dagen als erg leeg. Patiënt leed onder het vooruitzicht nog jaren zonder zingeving op de bank te zitten. Verder leed hij onder zijn slapeloosheid, zijn oorlogsherinneringen en angst voor verdere aftakeling en afhankelijkheid. Patiënt ervoer zijn lijden als

ondraaglijk. De arts en patiënt spraken meerdere malen uitgebreid over de situatie en zijn vooruitzichten. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Het verzoek van de patiënt om euthanasie was naar het inzicht van de arts vrijwillig en weloverwogen, mede gezien de beoordeling van de psychiater.

De door de arts geconsulteerde SCEN arts bezocht de patiënt drie dagen voor de levensbeëindiging. Ook de SCEN arts stelde vast dat het verzoek van de patiënt niet voortkwam uit een onderliggende depressie en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Dementie

Hiervoor werd in de paragraaf over het [vrijwillig en weloverwogen verzoek](#) al aangegeven dat in het algemeen veel aandacht van de arts is geboden bij een euthanasiewens van patiënten in een proces van dementering. Op het aspect van de *wilsbekwaamheid* is in het voorgaande reeds ingegaan.

Daarnaast is bij patiënten met dementie in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van *ondraaglijk lijden*. De ondraaglijkheid van hun lijden bestaat veelal uit hun beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in het besef dat dit proces alleen maar zal voortschrijden en op den duur zal leiden tot alomvattende afhankelijkheid en een totaal zelfverlies. Wanneer een patiënt (de gevolgen van) zijn ziekte ervaart en zich bewust is van de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. Daarnaast leidt de reële inschatting van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang tot “angst voor toekomstig lijden”. De specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt.

Omdat beide aspecten, namelijk *vrijwilligheid* en *weloverwogenheid van het verzoek* en *uitzichtloosheid* en *ondraaglijkheid* van het lijden, in geval van dementie nauw samenhangen zijn voorbeelden van dergelijke gevallen hiervoor als casus 5 en 6 opgenomen in paragraaf [Dementie](#) onder [a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek](#).

Psychiatrische aandoening

Dat bij een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van patiënten met een psychiatrische aandoening veel aandacht van de arts is geboden, is eerder in dit verslag reeds besproken. Naast het aspect van de wilsbekwaamheid, de vraag of de patiënt in staat kan worden geacht zijn verzoek *vrijwillig* en *weloverwogen* te doen, vormt de vraag of het door patiënt als ondraaglijk ervaren lijden als *uitzichtloos* kan worden aangemerkt een punt van aandacht. In de twee casus (11 en 12) hieronder wordt dit geïllustreerd.

Gezien de complexe problematiek en vereiste specifieke deskundigheid verdient het, ook gelet op de behoedzaamheid die moet worden betracht bij een doodswens van een psychiatrische patiënt, dringend aanbeveling om naast de onafhankelijke consulent een (of meer) onafhankelijk psychiater(s) te raadplegen; het advies van de laatstgenoemde(n) spitst zich toe op de wilsbekwaamheid van de patiënt en de uitzichtloosheid van diens lijden, terwijl het aan de onafhankelijke consulent is zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen te geven.⁸

⁸ Zie in dit kader de Richtlijn ‘Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis’, NVvP, 2009.

Samenvatting: vrouw tussen 30 en 40 met zeer ernstige psychiatrische problematiek vanwege jeugdtrauma's. Drie consulenten geraadpleegd (van wie twee psychiater). Uitvoering door huisarts.

Bij patiënte, een vrouw tussen de 30 en 40 jaar, werden sinds haar vroege jeugd meerdere psychiatrische en posttraumatische stoornissen vastgesteld. Patiënte was in haar jeugd seksueel misbruikt en gepest. Zij had al jaren een doodswens en heeft meerdere pogingen tot zelfdoding gedaan. Ook was sprake van veelvuldige levensbedreigende automutilaties. Het lijden van patiënte bestond uit de jarenlang bestaande recidiverende therapieresistente klachten. Patiënte leefde met de ernstige trauma's uit het verleden, die zich in het heden constant opdrongen in de vorm van herbelevingen, nachtmerries en angstdromen. Zij leed onder angsten, somberheid, dwanggedachten en onder dissociatie, waardoor de dagelijkse gang van zaken een continue strijd was. Het was altijd druk in haar hoofd en altijd was er het gevecht om te eten en te drinken, niet dik te worden, de neiging tot automutilatie en de angsten. Het leven was voor haar een lijden en zij had het gevoel dat zij niet geschikt was voor deze wereld. Zij snapte niet hoe mensen met elkaar omgingen en het lukte haar niet zich staande te houden in een werksituatie. Ook leed zij onder de eenzaamheid van haar lijden, dat door anderen niet begrepen werd, onder het geen rust kunnen vinden en onder het besef dat er geen perspectief op verbetering was en haar situatie uitzichtloos was. Patiënte ervoer geen kwaliteit van leven meer en vond haar lijden ondraaglijk.

Er vonden meerdere ambulante behandelingen plaats en patiënte is meermalen opgenomen geweest en intensief behandeld in meerdere derdelijns (academische) instellingen, waarbij de behandelingen vooral waren gericht op traumaverwerking. De laatste jaren was zij onder behandeling van een vaste psychiater, die haar ambulant intensief begeleidde en behandelde. In verband met automutilaties en zelfmoordpogingen vonden de laatste jaren regelmatig crisisinterventies plaats waarbij patiënte tijdelijk werd opgenomen in de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis in het kader van een bed op recept-regeling. Patiënte werd veelvuldig opgenomen vanwege anemie voor het ondergaan van bloedtransfusies en was onder behandeling van de arts, die haar in wekelijkse gesprekken steunde en haar behandelde in verband met haar anemie en wonden.

Patiënte woonde zelfstandig, maar werd daarbij begeleid door een instelling, die ondersteuning en begeleiding bood voor mensen met een psychiatrische problematiek, door de GGZ, een diëtiste en een werkproject.

In de loop van de jaren hebben ook uitgebreide medicamenteuze behandelingen plaatsgevonden. Deze hebben de allergenste klachten doen afnemen, maar geen blijvend effect gehad en niet bijgedragen tot het ervaren van kwaliteit van leven.

Patiënte bleef een, veelvuldig herhaalde, doodswens houden en een jaar voor het overlijden heeft zij met de arts en haar behandelend psychiater over euthanasie gesproken. De behandelend psychiater stelde voor een second opinion te vragen. De arts heeft toen een second opinion gevraagd van een hoogleraar psychiatrie, die het voorstel deed patiënte een intensieve individuele traumabehandeling te laten ondergaan en nog stappen te zetten in de antidepressieve medicatie.

Patiënte heeft vervolgens begin 2013 een intensieve traumabehandeling ondergaan in een kliniek. Deze behandeling heeft geen effect gehad op de klachten van patiënte en zij werd terugverwezen naar haar behandelend psychiater.

Alle therapeutische behandelingen zorgden wel voor een completer beeld van haar trauma's maar geenszins tot afname van klachten en lijdensdruk. Na deze laatste opname werd geconcludeerd dat patiënte psychotherapeutisch was uitbehandeld en dat het accent moest komen te liggen op acceptatie in plaats van op curatie.

Na de traumabehandeling gaf patiënte aan moegestreden te zijn: zij wilde dood en verzocht om hulp bij zelfdoding.

In het voorjaar van 2013 is een moreel beraad gehouden tussen de behandelend psychiater, de arts en andere deskundigen en behandelaars van patiënte om het verzoek om hulp bij zelfdoding te bespreken. Er is toen afgesproken dat de arts in overleg met de behandelend psychiater een SCEN-arts zou consulteren.

De arts raadpleegde als consulenten drie onafhankelijke SCEN-artsen, waarvan twee psychiaters. De consulenten waren door de arts over patiënte geïnformeerd en hadden inzage gekregen in de relevante medische documentatie.

De eerste consulent bezocht patiënte ruim vier maanden voor het overlijden.

In zijn verslag kwam de eerste consulent, huisarts, mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. De eerste consulent gaf aan twijfels over de uitzichtloosheid van het lijden te hebben. Met name gaf hij aan dat steeds ook een depressieve stemming een rol speelde en dat hij niet kon beoordelen of de depressie steeds met adequate medicatie behandeld was.

De tweede consulent (psychiater) bezocht patiënte ongeveer drie en een halve maand voor het overlijden. Volgens de tweede consulent was patiënte wilsbekwaam, was haar lijden invoelbaar ondraaglijk, was patiënte goed geïnformeerd over haar ziekte en de behandel-mogelijkheden en overzag zij de consequenties van haar verzoek. De consulent vroeg zich echter af of er redelijkerwijs nog behandelalternatieven aanwezig waren, wat ook maakte dat hij nog niet overtuigd was van de uitzichtloosheid van het lijden. De consulent zag op psychotherapeutisch gebied geen behandel-mogelijkheden meer, maar stelde voor nog medicamenteuze opties te proberen, die in de richtlijnen voor PTSS, angst en depressie werden benoemd en die mogelijk nog konden leiden tot een substantiële verbetering van de angst en depressieve klachten en/of vermindering van de ervaren lijdenslast.

De suggesties van de tweede consulent zijn door de behandelend psychiater overwogen en patiënte is daarover in gesprek geweest met de psychiater die eerder om een second opinion was gevraagd. De psychiater gaf aan dat nieuwe medicatie wellicht effect zou hebben (hij schetste een lage succeskans), maar dat daarvan de nodige bijwerkingen te verwachten waren en dat patiënte rekening moest houden met een tijdelijke toename van klachten door afbouwen van huidige medicatie en het switchen naar nieuwe medicatie. Patiënte zag af van verdere medicamenteuze behandeling en vroeg opnieuw om hulp bij zelfdoding. Daarop heeft de arts opnieuw een psychiater, tevens SCEN-arts, geraadpleegd.

De derde consulent, psychiater, werd ruim drie weken voor het overlijden door patiënte bezocht. Hij gaf in zijn verslag aan dat geen vitaal depressieve symptomen, passend bij een depressie, bij patiënte aanwezig waren. Patiënte was goed verzorgd, helder bewust, goed georiënteerd in tijd, plaats en persoon, haar denken was coherent en er waren geen formele denkstoornis, waan of waarnemingsstoornissen. Op basis van zijn onderzoek achtte de derde consulent patiënte volledig wilsbekwaam.

In zijn verslag kwam de derde consulent tot de conclusie dat er sprake was van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden, dat er geen reële behandelopties meer waren en dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt dat er in het geval dat er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek om euthanasie.

Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan.

De arts heeft immers in nauw overleg met de behandelend psychiater van patiënte een traject doorlopen waarin nauwkeurig is bekeken of er nog behandelingsmogelijkheden voor patiënte waren, psychotherapeutisch en/of medicamenteus. Daarbij is een second opinion gevraagd van een hoogleraar psychiatrie en heeft op diens voorstel nog een therapeutische

behandeling plaatsgevonden. Toen deze behandeling ook geen effect bleek te hebben, is er een moreel beraad met deskundigen en behandelaars van patiënte geweest en is besloten om de euthanasievraag van patiënte nader te exploreren. De arts heeft een drietal consultants geraadpleegd en is, naar aanleiding van hun bevindingen, tot de overtuiging gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met name ook dat er sprake was van een wilsbekwame patiënte, van een uitzichtloos lijden en van het ontbreken van reële behandel-mogelijkheden.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

CASUS 12

ORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: bij patiënte, 30-40 jaar, bestaat al sinds haar achttiende levensjaar uitgebreide psychiatrische problematiek, die de laatste jaren in ernst toeneemt. Ondanks uitgebreide behandeling gaat haar situatie alleen maar achteruit. Er ontstaan ook lichamelijke klachten. De arts, haar behandelend psychiater, raadpleegt op advies van een SCEN-arts, twee onafhankelijke psychiaters. Zij achten patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek en het lijden uitzichtloos.

De arts raadpleegt vervolgens een (andere) SCEN-arts die, na een gesprek met patiënte, gesteund door het oordeel van de beide onafhankelijke psychiaters, vaststelt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Bij patiënte, een vrouw tussen de 30 en 40 jaar, bestond al vanaf haar achttiende levensjaar ernstige psychiatrische problematiek. Patiënte leed onder een borderline persoonlijkheidsstoornis, een eetstoornis, een obsessief compulsieve stoornis, kleptomanie en verzamelwoede. Patiënte was een hoogopgeleide vrouw die zich ten volle bewust was van haar stoornissen. Haar leven bestond vanaf het moment dat zij opstond tot aan het moment dat zij ging slapen uit dwangklachten. Zij stal grote hoeveelheden voedsel om een voorraad aan te leggen die zij nodig had voor haar langdurige en uitgebreide eet- en braakrituelen. Zij was voortdurend en in hevigheid toenemend angstig.

In de laatste maanden voor het overlijden was zij erg afgevallen en fysiek volledig uitgeput. Er was sprake van ernstig ondergewicht. Patiënte liep toen nog een dubbele bekkenbreuk op omdat zij ondanks haar slechte gezondheid dwangmatig moest bewegen. Patiënte had alle denkbare psychotherapeutische en medicamenteuze behandelingen uitgeprobeerd. Patiënte leed ernstig onder bovenstaande klachten en ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts, haar behandelend psychiater, was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Ruim een half jaar voor het overlijden heeft patiënte de arts concreet gevraagd om te onderzoeken of haar verzoek aan de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie voldeed. De arts raadpleegde allereerst een SCEN-arts om zich te laten adviseren over de te volgen procedure. Op aanraden van deze SCEN-arts raadpleegde de arts twee onafhankelijk psychiaters om het psychiatrisch toestandsbeeld en de wilsbekwaamheid van patiënte te laten beoordelen. Beiden spraken afzonderlijk van elkaar met patiënte en kwamen onafhankelijk van elkaar tot de conclusie dat patiënte leed aan een ernstige persoonlijkheidsproblematiek met heftige angsten, een chronisch depressieve stemming en een zeer ingeperkt leven. Er bestond een zeer grote lijdensdruk die ondanks uitgebreide en langdurige behandelingen niet afnam. De geraadpleegde psychiaters constateerden dat er geen aanwijzingen waren die wezen op een gestoorde oordeelsvorming en dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Na hun rapportages raadpleegde de arts als consulent een onafhankelijke SCEN-arts, tevens specialist ouderengeneeskunde. De consulent vond de ondraaglijkheid van het lijden dat

bestond uit een combinatie van geestelijk en lichamelijk lijden, invoelbaar. De consulent stelde vast dat de uitgebreide psychiatrische problematiek therapieresistent was gebleken en dat daardoor het lijden uitzichtloos was. Patiënte had voldoende cognitieve vaardigheden om de reikwijdte van haar keuze te kunnen overzien. De consulent vond patiënte wilsbekwaam. De consulent refereerde daarbij ook nog aan het oordeel van de eerder geraadpleegde onafhankelijke psychiaters. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie heeft met waardering vastgesteld dat de arts in deze bijzondere casus met grote zorgvuldigheid en behoedzaamheid te werk is gegaan. Dit blijkt onder andere uit het feit dat hij zich eerst door een SCEN-arts heeft laten voorlichten over de te volgen euthanasieprocedure. Op diens advies heeft de arts vervolgens als deskundigen twee onafhankelijke psychiaters gevraagd om een second opinion te geven over het psychiatrisch toestandsbeeld en de wilsbekwaamheid van patiënte alvorens hij een (andere) SCEN-arts als consulent heeft gevraagd om te beoordelen of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Coma en verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma)

Lijden veronderstelt de aanwezigheid van bewustzijn.

Verkeert een patiënt in *coma*, dat wil zeggen een toestand waarin het bewustzijn geheel en al ontbreekt, dan kan hij geen lijden ervaren. In die situatie kan euthanasie niet plaatsvinden. Op dit uitgangspunt is de volgende uitzondering mogelijk. Anders dan een coma dat door ziekte of daarbij optredende complicaties (spontaan) is ontstaan kan een coma ook het gevolg zijn van medisch handelen (het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding); een dergelijk coma is daarom in principe omkeerbaar (*reversibel*). In deze laatstgenoemde situatie kan uitvoering van euthanasie wel gerechtvaardigd zijn. Het wordt dan inhumain geacht de patiënt uit dit reversibel coma te laten ontwaken met het doel hem zijn ondraaglijk lijden, ter bestrijding waarvan genoemde medicatie nu juist was toegediend, opnieuw te laten bevestigen.

Komt een patiënt spontaan of door het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding in een toestand van *verlaagd bewustzijn* (niet zijnde coma, waar bewustzijn geheel ontbreekt) te verkeren, dan is het niet uitgesloten dat hij (ondraaglijk) lijdt en is euthanasie mogelijk. De arts kan aan de hand van reacties van de patiënt tot de overtuiging komen dat dit het geval is.

De Glasgow Coma Scale kan een goed handvat bieden om de mate van bewustzijnsverlaging (en daarmee mogelijk lijden) te bepalen, respectievelijk om vast te stellen dat de patiënt in coma verkeert.

Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn

De door de KNMG in juni 2010 gepubliceerde Richtlijn “Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn” is bedoeld voor de zeer specifieke situatie dat de patiënt spontaan, dan wel *onbedoeld* t.g.v. medicatie ter bestrijding van pijn/benaauwdheid, in een toestand van verlaagd bewustzijn geraakt op het moment dat arts als het ware al geheel “in de startblokken staat” om tot uitvoering van de euthanasie over te gaan. De *consultatie* moet dan ook al hebben plaatsgevonden. Op grond van de Richtlijn mag de arts dan tot uitvoering overgaan indien de patiënt nog (mogelijk ondraaglijk) lijden kan ervaren, te bepalen aan de hand van de Glasgow Coma Scale (GCS). Ook als de patiënt *onbedoeld* in coma is geraakt ten gevolge van medicatie ter bestrijding van pijn/benaauwdheid mag de arts tot uitvoering overgaan; dit *reversibel coma* hoeft, ook al kan de patiënt op dat moment geen lijden ervaren, niet te worden opgeheven teneinde hem zijn ondraaglijk lijden te laten bevestigen.

In deze door de Richtlijn beoogde situaties is het opnieuw raadplegen van een consulent niet nodig en, hoewel de patiënt ten tijde van de uitvoering van de euthanasie niet meer in staat is zijn wil te uiten, is de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring niet vereist.

Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn niet van toepassing Euthanasie op basis van schriftelijke wilsverklaring

Ook in situaties waarop de Richtlijn niet van toepassing is kan een arts op grond van artikel 2, lid 2 WTL gevolg geven aan het - in een schriftelijke wilsverklaring gedaan - euthanasieverzoek van een patiënt die niet in staat is zijn wil te uiten, omdat hij zich in een toestand van *verlaagd bewustzijn* bevindt of in een *reversibel coma* is gebracht.

Het kan immers zijn dat de toestand van de patiënt plotseling verslechtert waardoor hij spontaan in een toestand van verlaagd bewustzijn geraakt, terwijl er nog *geen* onafhankelijke *consulent* is geraadpleegd. Ook kan de omstandigheid zich voordoen dat de toestand van de patiënt plotseling zodanig verslechtert dat de arts hem medicatie ter bestrijding van pijn en/of benauwdheid moet toedienen, waardoor hij in toestand van verlaagd bewustzijn, resp. een reversibel coma wordt gebracht, terwijl er nog *geen* onafhankelijke *consulent* is geraadpleegd. In beide gevallen is de zojuist genoemde Richtlijn “Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn” dus niet van toepassing.

In beide gevallen kan de consulent aan de hand van de schriftelijke wilsverklaring vaststellen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek van de patiënt. Op grond van eigen waarneming (de patiënt zien), informatie en het dossier van de arts en (eventueel) de informatie van de naasten van de patiënt kan de consulent zich een oordeel vormen over het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt (casus 13).

Ook dan kan de Glasgow Coma Scale een goed handvat bieden om de mate van bewustzijnsverlaging (en daarmee mogelijk lijden) te bepalen, respectievelijk het coma vast te stellen. Is het coma reversibel dan wordt het ook in deze situatie inhumaan geacht de patiënt eerst uit dit coma te laten ontwaken met het doel hem tegenover de consulent zijn ondraaglijk lijden te laten bevestigen (zie casus 14).

Euthanasie bij patiënten in een toestand van verlaagd bewustzijn leidt bij de commissies in het algemeen tot vragen. De commissies gaan dan de specifieke feiten en omstandigheden na. Op basis daarvan kan een commissie in een dergelijke casus tot het oordeel komen dat overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld.

CASUS 13

ORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: patiënte verkeert in een (niet medicamenteus geïnduceerde) toestand van verlaagd bewustzijn en vertoont tekenen van lijden. De SCEN-consulent bezoekt patiënte op de dag van overlijden en kan geen gesprek met haar voeren. Uitvoering op basis van artikel 2, tweede lid WTL.

Bij patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, werd ongeveer een maand voor het overlijden een kwaadaardige tumor in de hersenen vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. De laatste twee weken voor het overlijden ging de toestand van patiënte snel steeds verder achteruit; zij had de laatste vier dagen veel pijnklachten bij de verzorging en was bijna niet aan te raken; hiervoor kreeg zij pijnmedicatie. Drie dagen voor het overlijden, in de avond, kreeg patiënte in verband met ernstige pijn rescue morfine, waarna zij ‘wegzakte’. Vanaf dat moment was zij niet meer aanspreekbaar. Toen de arts patiënte een dag voor het overlijden bezocht was zij volgens hem in comateuze toestand, al gaf zij bij de verzorging nog wel veel pijn aan en was zij soms flink onrustig.

Het lijden van patiënte bestond volgens de arts uit het feit dat zij niet als een kasplantje in

bed wilde liggen vegeteren. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Patiënte had ruim drie weken voor het overlijden met de arts over euthanasie gesproken. Zij had daarbij aangegeven dat zij geen kasplantje wilde worden en waardig wilde overlijden. Patiënte wilde maximaal comfort-beleid en euthanasie als het niet meer ging of als zij in coma was. Palliatieve sedatie wees zij af.

Patiënte had toen ook aan de arts een schriftelijke euthanasieverklaring overgelegd. Hierin verzocht zij haar arts om, wanneer zij ondraaglijk en uitzichtloos leed of geen redelijk uitzicht bestond op terugkeer naar een voor haar levenswaardige staat of verdergaande ontluistering was te voorzien, haar de middelen toe te dienen of te verstrekken om haar leven te beëindigen. Patiënte had haar dochter aangewezen als gevolmachtigde inzake medische beslissingen. Na het eerste gesprek over euthanasie hebben arts en patiënte hier nog meermalen over gesproken. Daarbij heeft zij haar verzoek steeds herhaald.

Een dag voor het overlijden, toen patiënte niet meer aanspreekbaar was, heeft de dochter de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht, omdat haar moeder deze situatie niet gewild zou hebben. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De door de arts geraadpleegde SCEN-arts bezocht patiënte op de ochtend van de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De consulent stelde vast dat patiënte comateus was, een rochelende ademhaling had en niet reageerde op uitwendige prikkels. De consulent kwam tot de conclusie dat, gelet op de ziekte van patiënte en haar prognose, alsook haar schriftelijke euthanasieverklaring, het verzoek om euthanasie kon worden ingewilligd.

De commissie wilde weten of de arts de diepte van het coma had vastgesteld en of er tekenen van lijden waren.

De arts gaf door de commissie daartoe uitgenodigd de volgende mondelinge toelichting: De arts kende patiënte erg goed, al ruim 28 jaar; zij was een echte no-nonsense vrouw. Ruim een maand voor het overlijden kreeg ze verontrustende klachten, welke bleken te berusten op een kwaadaardige hersentumor. Opereren was te riskant. Ruim drie weken voor haar overlijden had de arts een uitgebreid gesprek met patiënte en haar familie, die de verzorging thuis voorbeeldig op zich had genomen op een manier die de arts niet vaak tegenkwam. Men was volledig op de hoogte van de infauste prognose en patiënte uitte uitdrukkelijk haar euthanasiewens in geval zij in een toestand zou komen te verkeren waarin zij ondraaglijk en uitzichtloos zou lijden of waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor haar waardige levensstaat of verdergaande ontluistering is te voorzien. De wetenschap misschien in een situatie te komen verkeren dat ze als een kasplant in bed kwam te liggen en geen contact meer zou kunnen hebben met haar kinderen, was voor haar onverdraaglijk. Haar verzoek aan de arts was om dan haar leven te beëindigen.

Tevens gaf patiënte aan dat de door haar gevolmachtigde dochter ook precies wist wat zij wilde, in geval zij zelf niet meer in staat zou zijn om haar wil te uiten. De arts had geen enkele reden daaraan te twijfelen. Een aantal dagen voor het overlijden was er sprake van een snelle verslechtering van de toestand van patiënte en vroeg de dochter de arts om euthanasie.

Toen hij patiënte op de dag voor het overlijden bezocht, was haar toestand heel hard achteruit gegaan. Hij kon haar echter op dat moment niet meer naar haar wensen vragen, omdat zij niet meer aanspreekbaar was. Ze leek plotseling in een terminaal stadium van haar ziekte aangekomen en haar dochter sprak de wens uit om de euthanasieprocedure, conform het uitdrukkelijk verzoek van patiënte, in gang te zetten. De arts gaf aan dat hij toch enige twijfel had om de euthanasieprocedure in gang te zetten, omdat hij haar niet meer kon vragen of ze de euthanasie nu echt zou willen. Weliswaar had ze een dergelijke situatie als nu beschreven, maar toch ...

Dat de situatie uitzichtloos en onomkeerbaar was, was zonneklaar. Tijdens het gesprek

met de dochter van patiënte is de arts er toch van overtuigd geraakt dat hij kon meegaan in het euthanasieverzoek op dat moment, mede omdat de familie die patiënte 24 uur per dag verzorgde, veel signalen had dat ze ernstig leed. Patiënte was volgens hen erg onrustig, kreunde regelmatig en had naar hun overtuiging pijn; zij kwam dan zelfs over-eind.

Andere door de arts aangedragen mogelijkheden om het lijden in dit stadium te verlichten (infuuspomp met morfine en/of Dormicum), werden van de hand gewezen. Patiënte had immers duidelijk te kennen gegeven niets te willen rekken, maar in de huidige situatie liefst zo snel mogelijk middelen toegediend te willen krijgen om haar leven te beëindigen.

De arts heeft diezelfde middag de dienstdoende SCEN-arts ingelicht, de situatie uitgelegd en de noodzakelijke bescheiden persoonlijk bij hem afgegeven. De consulent zegde toe de volgende ochtend bij patiënte langs te zullen gaan. In de loop van die volgende dag (de dag van het overlijden) deelde de SCEN-arts de arts mee dat hij patiënte had bezocht en van oordeel was dat het euthanasieverzoek inderdaad kon worden ingewilligd. De consulent stuurde zijn conclusie per mail. Hij gaf hierin aan dat patiënte niet reageerde op pijnprikkels. Zijn volledige verslag kon hij niet meteen aan de arts doen toekomen, de arts zou dit na het tijdstip waarop de euthanasie was gepland ontvangen. De arts twijfelde toen of hij de levensbeëindiging niet met een dag moest uitstellen, maar heeft daar van afgezien.

Vlak voor de uitvoering stelde de arts zelf vast dat patiënte erg oncomfortabel leek en bij het verleggen erg veel pijn had. Er was toen sprake van lijden. Vervolgens is hij - conform haar uitdrukkelijk verzoek - tot levensbeëindiging overgegaan. De arts gaf aan de diepte van het coma niet te hebben getest. Hij schat in dat patiënte een EMV-score van 6 á 7 had, op de grens van coma dus.

De commissie wilde ook door de consulent nader worden geïnformeerd over de toestand waarin patiënte voorafgaand aan de levensbeëindiging verkeerde. De commissie wilde weten of de consulent de diepte van het coma had vastgesteld en of er tekenen van lijden waren. De consulent lichtte toe dat hij, na op de dag voor het overlijden laat in de middag door de arts te zijn gebeld, de volgende ochtend vroeg bij patiënte op bezoek is gegaan. Hij trof haar aan liggend in bed met een sterk rochelende ademhaling. Dit was typisch voor een patiënt met een end-stage hersentumor.

De consulent heeft toen een pijnprikkel toegediend. Hij meende een grimas te zien, maar twijfelde of patiënte op de prikkel had gereageerd. Patiënte kreeg bij de verzorging extra morfine. Dit middel was kort tevoren nog toegediend, waardoor de pijn mogelijk was onderdrukt en de patiënte niet op de toegediende pijnprikkel reageerde. De consulent heeft geen EMV-score bepaald. Er was sprake van een uitzichtloos ziektebeeld met een begin van inklemming. Ook was er het risico van verstikking. De vraag of er tekenen van lijden waren is moeilijk te beantwoorden. Patiënte kreeg bij de verzorging extra morfine. Dat duidt op lijden. Vanuit neurologisch oogpunt kun je zeggen: onder een bepaalde waarde op de Glasgow-scale is geen sprake van lijden. Het gaat echter ook om de waardigheid van patiënte. De consulent had haar euthanasieverzoek gelezen. Patiënte wilde in een situatie van volledige hulpbehoefendheid niet verder. Zij had duidelijk aangegeven dat zij haar waardigheid wilde behouden en niet als een kasplantje verder wilde leven. De consulent heeft ook naar de ethische kant van de zaak gekeken. Deze patiënte leed, hoewel ze dat niet bewust kon aangeven. Niets doen zou onethisch zijn geweest.

De commissie overweegt ten aanzien van de eis dat de arts in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed als volgt. Patiënte was als gevolg van een snelle verslechtering van haar lichamelijke toestand vanaf drie dagen voor het overlijden ('s avonds) tot aan haar overlijden niet meer aanspreekbaar. Voor de beantwoording van de vraag of aan de zorgvuldigheidseis betreffende het lijden is voldaan, is van belang of patiënte in een coma verkeerde dan wel in een toestand van verlaagd bewustzijn, niet zijnde coma en – hiermee samenhangend – of patiënte tekenen van lijden vertoonde. In het algemeen wordt

aangenomen dat een patiënt in comateuze toestand niet lijdt. De commissie is dan ook van oordeel dat geen levensbeëindiging dient te worden toegepast bij een patiënt die in een irreversibel coma verkeert.

Bij een patiënt die spontaan dan wel door het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding in een toestand van verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma, waar bewustzijn geheel ontbreekt) is komen te verkeren, is niet uitgesloten dat deze ondraaglijk lijdt. De arts kan op grond van eigen waarneming en eventueel de informatie van de naasten van patiënt tot de overtuiging komen dat dit het geval is. De Glasgow Coma Scale kan daarbij een goed handvat bieden om de mate van bewustzijnsverlaging (en daarmee mogelijk lijden) te bepalen. Wanneer inderdaad sprake is van tekenen van lijden, kan een arts -mits ook aan de andere zorgvuldigheidseisen, zoals die ten aanzien van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, is voldaan - tot levensbeëindiging overgaan.

De arts had in zijn verslag aangegeven dat patiënte comateus was en dat haar lijden bestond uit het feit dat zij niet als een kasplantje in bed wilde liggen vegeteren. De consulent, die patiënte op de ochtend van de dag van haar overlijden zag, constateerde eveneens dat zij comateus was. Patiënte reageerde volgens hem niet op uitwendige prikkels. Gelet hierop, leek het de commissie aannemelijk dat patiënte in een coma verkeerde en bestonden bij haar (ernstige) twijfels over de vraag of de arts in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënte. De commissie merkt daarbij nog op dat het 'niet willen vegeteren als een kasplantje' een invoelbare reden kan zijn om niet verder te willen leven, maar dat het verkeren in een dergelijke toestand op zichzelf geen ondraaglijk lijden in de zin van de WTL oplevert.

In zijn latere mondelinge toelichting heeft de arts echter verklaard dat hij geen comacheck heeft gedaan en derhalve geen zogenoemde EMV-score heeft bepaald. Volgens de commissie was dat wel beter geweest, omdat de arts zelf aanvankelijk twijfelde over de aanwezigheid van lijden.

In het gesprek met de commissie schatte de arts dat patiënte een EMV-score van 6 of 7 had en derhalve op de grens van coma en een toestand van verlaagd bewustzijn, niet zijnde coma, verkeerde. De arts gaf bij die gelegenheid voorts nadrukkelijk aan dat de familie van patiënte (waaronder de gevolmachtigde dochter), die haar 24 uur per dag verzorgde, aan hem te kennen had gegeven dat patiënte (zo nu en dan) ernstig leed. Zij was volgens hen erg onrustig en kreunde regelmatig en men was ervan overtuigd dat zij pijn had. Volgens de arts is hij er toen, na aanvankelijk te hebben getwijfeld, van overtuigd geraakt dat hij tot levensbeëindiging kon overgaan. Daarbij heeft de arts in zijn mondelinge toelichting ook aangegeven dat hij kort voor de uitvoering zelf had waargenomen dat patiënte erg oncomfortabel leek en bij het verleggen veel pijn had. Op grond van deze nadere toelichting van de arts komt de commissie na ampele overweging tot de conclusie dat de arts in deze omstandigheden tot de overtuiging kon komen dat patiënte niet (steeds) in een coma verkeerde, maar in een toestand van verlaagd bewustzijn, niet zijnde coma, en dat zij daarbij herhaaldelijk tekenen van lijden vertoonde. Deze conclusie vindt ook steun in het patiëntjournaal, waaruit blijkt dat patiënte ook in de laatste dagen voor het overlijden tegen pijn die zij bij de verzorging ondervond extra pijnmedicatie kreeg toegediend en dat zij ook op de laatste dag voor het overlijden -toen zij al niet meer aanspreekbaar was - nog pijn aangaf bij de verzorging. Dat patiënte op de ochtend van de levensbeëindiging niet reageerde op de door de consulent toegediende pijnprikkels, kan mogelijk worden verklaard door het feit dat zij kort tevoren nog extra morfine had gekregen.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Ten aanzien van de eis dat sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte overweegt de commissie dat - in aanvulling op hetgeen de arts naar voren heeft gebracht over de gesprekken die hij met patiënte hierover heeft gevoerd - patiënte ruim drie weken voor haar overlijden aan hem een schriftelijke wilsverklaring, als bedoeld in artikel 2, tweede

lid, van de WTL heeft overgelegd. Gelet op deze verklaring en de gevoerde gesprekken, is de commissie van oordeel dat aan deze zorgvuldigheidseis is voldaan.

De arts is tenslotte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Het was duidelijk dat patiënte in de situatie waarin zij de dagen voor haar overlijden was komen te verkeren geen verdergaande pijnbestrijding wenste, maar euthanasie. Dat was ook nog eens door de gevolmachtigde dochter, die wist dat patiënte eerder nadrukkelijk had aangegeven dat zij in geval van verlaagd bewustzijn niet verder wilde leven, bevestigd.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

CASUS 14

ORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: patiënte wordt door haar eigen huisarts, die twee dagen voor het overlijden kenbaar maakt om principiële redenen niet bereid te zijn tot uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan, overgedragen aan de arts.

Patiënte is palliatief gesedeerd, maar tijdens de bezoeken van de arts aan patiënte is zij nog eenmaal aanspreekbaar. Bij het bezoek van de consulent verkeert patiënte in een reversibel coma. Haar daaruit te laten ontwaken ten behoeve van (communicatie met) de SCEN-consulent wordt inhumain geacht.

Het had op de weg van de eigen huisarts gelegen om patiënte eerder dan nu is gebeurd over te dragen.

Bij patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, werd anderhalf jaar voor het overlijden een urothelcarcinoom van de blaas vastgesteld met doorgroei en metastasen in het bekken, naar later bleek. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Twee maanden voor het overlijden werd patiënte bestraald om de door de metastasen veroorzaakte pijnklachten te verminderen, echter zonder bevredigend resultaat. In de daarop volgende weken namen de pijnklachten geleidelijk toe, ondanks oplopende doseringen pijnmedicatie. Drie dagen voor het overlijden waren de pijnklachten zodanig verergerd dat werd gestart met toediening van morfine en Dormicum middels een pomp. Ook dit gaf onvoldoende soelaas.

Het lijden van patiënte bestond uit de niet goed te bestrijden pijn. De laatste dagen voor het overlijden was patiënte (deels) gesedeerd. Zij wisselde rustige periodes af met periodes van huilen, kreunen en onrust. Bij aanrakingen gilte patiënte het uit, waardoor wassen en verzorgen van patiënte bijna onmogelijk was. Patiënte, die bovendien veel moest braken, niet meer kon eten en nauwelijks nog kon drinken, ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Patiënte had ruim een maand voor het overlijden met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken. Zij had toen ook een schriftelijke euthanasieverklaring aan hem overgelegd. Vanaf vijf dagen voor het overlijden heeft patiënte aan familie en de thuiszorg veelvuldig aangegeven dat zij het niet meer volhield en euthanasie wenste. Patiënte had steeds gevraagd wanneer “de dokter” kwam om haar uit haar lijden te verlossen. Toen haar eigen huisarts twee dagen voor het overlijden het euthanasieverzoek van patiënte kreeg, was hij om principiële redenen niet bereid dit uit te voeren, maar wist dat het verzoek van patiënte reëel en duurzaam was. Hij heeft vervolgens de arts verzocht om de uitvoering van de euthanasie over te nemen. De arts heeft patiënte op de dag van het overlijden, evenals op de dag ervoor, bezocht. Op de dag van het overlijden heeft patiënte, toen zij bij bewustzijn was, op ondubbelzinnige wijze aan de arts aangegeven dat zij dood wilde en daartoe door hem geholpen wilde worden.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De door de arts raadpleegde SCEN-arts bezocht patiënte op de dag van de levensbeëindiging, nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Hij wist ook dat er een schriftelijke wilsverklaring voorhanden was.

Tijdens het bezoek van de consulent was patiënte gesedeerd en niet wekbaar. Zij had een snelle, oppervlakkige ademhaling en kreunde af en toe. Patiënte maakte op die momenten geen comfortabele indruk. De consulent achtte het inhumain om de sedatie ten behoeve van de consultatie te onderbreken. Hij heeft derhalve niet met patiënte kunnen communiceren. De consulent heeft zich op grond van zijn eigen waarnemingen, de gesprekken met de aanwezige familie, de verzorgende van de thuiszorg en de arts, de aantekeningen van de eigen huisarts en het zorgdossier een beeld gevormd van het lijden en het verzoek van patiënte. De consulent kwam mede op basis van deze bronnen tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt dat voor een zorgvuldige consultatie als uitgangspunt geldt dat de consulent een patiënt kan spreken, bij voorkeur onder vier ogen. Indien de consulent patiënt niet meer kan spreken, omdat deze in een toestand van verlaagd bewustzijn verkeert, dient de consulent patiënt te zien en zich aan de hand van de feiten en omstandigheden een oordeel te vormen over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De consulent heeft in casu patiënte bezocht en gezien, maar niet met haar kunnen communiceren, omdat zij door toediening van medicatie in een toestand van verlaagd bewustzijn was geraakt. De consulent heeft zich niettemin op grond van de gesprekken met de arts, de familie en de verzorgende van de thuiszorg, alsook op grond van het medisch dossier, het zorgdossier en de schriftelijke euthanasieverklaring een goed oordeel kunnen vormen over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het euthanasieverzoek van patiënt en over de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van haar lijden. De consulent heeft daarbij ook zelf vastgesteld dat patiënte, ondanks de sedatie, geen comfortabele indruk maakte. Naar het oordeel van de commissie zou het inhumain zijn geweest om patiënte te laten ontwaken met als enig doel om de consulent in staat te stellen met patiënte te communiceren.

De commissie merkt nog op dat een consultatie waarbij de consulent de patiënt niet meer kan spreken zo veel mogelijk moet worden voorkomen. Naar het oordeel van de commissie had het - mede hierom - in de rede gelegen dat de eigen huisarts van patiënte, die op de hoogte was van haar wensen, eerder dan nu is gebeurd patiënte aan de arts had overgedragen.

Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie wordt beschouwd als normaal medisch handelen, waarop de WTL dan ook niet van toepassing is. Bij palliatieve sedatie wordt het bewustzijn van een patiënt opzettelijk verlaagd om zo in de laatste levensfase het onbehandelbare lijden weg te nemen. Palliatieve sedatie kan alleen worden toegepast als het overlijden binnen twee weken is te verwachten en er niet op andere wijze te bestrijden, zogenaamde refractaire, symptomen bestaan.⁹

De beslissing om tot palliatieve sedatie over te gaan ligt in principe bij de arts, waarmee de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) moet instemmen.

Er zijn patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het einde toe bij bewustzijn te willen blijven. In dat geval kunnen arts en patiënt dan ook tot de overtuiging komen dat palliatieve sedatie geen redelijke alternatief is voor de door de patiënt gewenste euthanasie. De mogelijkheid van palliatieve sedatie betekent dus niet dat de vraag om euthanasie daarmee altijd wordt weggenomen.

Ook komt het voor dat een patiënt een conditioneel euthanasieverzoek doet. Hierbij wordt in eerste instantie palliatieve sedatie ingezet, maar wordt afgesproken dat euthanasie alsnog

9 KNMG-richtlijn palliatieve sedatie, 2009.

wordt uitgevoerd als zich bepaalde omstandigheden voordoen. Bij deze omstandigheden valt te denken aan de situatie dat het overlijden langer dan door patiënt gewenst op zich laat wachten en/of de patiënt, ondanks het verlagen van zijn bewustzijn, nog tekenen van lijden vertoont, hetgeen deze zijn naasten wil besparen, dan wel door hem in strijd wordt geacht met zijn wens waardig te mogen sterven.

De commissies achten het van groot belang dat de patiënt zelf van tevoren aan de arts uitdrukkelijk de omstandigheden aangeeft waaronder zijn instemming met de palliatieve sedatie niet langer geldt en hij wenst dat zijn euthanasieverzoek alsnog wordt ingewilligd.

c. Voorlichting aan de patiënt

De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.

In het kader van deze zorgvuldigheidseis beoordelen de commissies of de arts of andere behandelende artsen de patiënt hebben voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten en op welke manier dat is gebeurd.

Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij voldoende inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, behandelmogelijkheden en prognoses.

Het is de verantwoordelijkheid van de arts erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd. Hij moet dat ook actief verifiëren. Deze zorgvuldigheidseis leidde in 2013 in geen van de meldingen tot discussie bij de commissies.

d. Geen redelijke andere oplossing

De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Het moet duidelijk zijn dat er voor het lijden van de patiënt geen andere reële uitweg meer is en dat levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij deze patiënt als enige oplossing is overgebleven om het lijden weg te nemen. Voorop staat de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zoveel mogelijk wegnemen van het lijden, ook als blijkt dat er geen genezing meer mogelijk is of de patiënt geen (verdere) therapie wenst.

Het bieden van goede (palliatieve) zorg staat centraal bij beslissingen rond het levenseinde. Dat wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet benutten. Ook een patiënt die verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden mag (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren.

Bij een dergelijke weigering kan onder andere een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor deze patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld patiënten die niet suf willen worden en het bewustzijn niet willen verliezen en daarom geen hogere doses (morfine) willen. De arts moet de patiënt dan goede voorlichting geven en met hem bespreken of deze angst terecht is. Ook kan het geven van (sommige vormen van) verdere zorg voor een patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn.

Het positieve effect van de behandeling of zorg weegt dan voor hem niet op tegen de nadelen ervan.

Het weigeren van (palliatieve) behandeling of van verdere verzorging of verpleging is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt.

Van de arts wordt verwacht dat hij in de verslaglegging ten behoeve van de beoordeling door de commissie, aangeeft waarom voor deze patiënt eventuele andere oplossingen niet redelijk of niet aanvaardbaar waren. Casus 4, 7 en 11 zijn voorbeelden van een meldingen, waarin de arts tot de overtuiging kon komen dat voor de patiënt redelijke andere oplossingen ontbraken.

e. Consultatie

De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d.

Vereist is dat een door de arts geraadpleegde consulent, voorafgaande aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, de patiënt ziet om te beoordelen of de arts die de levensbeëindiging wil gaan uitvoeren niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen. De consulent geeft zelfstandig en onafhankelijk een deskundig oordeel over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. en doet daarvan schriftelijk verslag. Deze eis geldt ook voor een eventueel tweede of volgende door de arts geraadpleegde consulent.

Het gaat bij de consultatie om een formeel raadplegen van een tweede arts met een gerichte vraagstelling. Daarbij verstaat de commissie onder 'raadplegen' het kennisnemen van de bevindingen van de consulent en het hiermee samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging. Een dergelijke raadpleging door de arts van een consulent is dus bedoeld om een zorgvuldig besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het door de consulent gegeven consult (advies) helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en helpt hem te reflecteren alvorens hij besluit tot het inwilligen van het verzoek.

De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. Ten onrechte wordt echter soms verondersteld dat de arts voor het uitvoeren van de euthanasie de "toestemming" behoeft van de consulent.

Bij verschil van mening tussen arts en consulent(en) is het de arts die uiteindelijk zijn eigen beslissing moet nemen. Het is ook het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld. Is hij, anders dan de door hem geraadpleegde consulent(en), van mening dat hij aan de zorgvuldigheidseisen voldoet dan zal hij dit voor de commissie aannemelijk moeten maken.

Onafhankelijkheid consulent

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Ook in het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 (blz.15) wordt expliciet aangegeven dat de onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts moet zijn gewaarborgd.

Onafhankelijkheid ten opzichte van *de arts* betekent dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent van de arts, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de consult vragende arts in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Ook de schijn van niet-onafhankelijkheid dient te worden vermeden (zie casus 15 en 16).

De schijn van niet-onafhankelijkheid kan ook ontstaan wanneer dezelfde artsen regelmatig over en weer als uitvoerend arts, dan wel als consulent optreden en op die manier als het ware een vast duo vormen. Daarmee kan een ongewenste situatie ontstaan, omdat er dan terecht twijfel kan bestaan over de onafhankelijkheid. De commissies zijn van mening dat bij de raadpleging door een arts van steeds dezelfde consulent al snel de onafhankelijkheid van het oordeel van de consulent onder druk kan komen te staan.

Het kan voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen vanuit een privé-situatie of uit een intervisiegroep.

Kennis vanuit een privé-situatie betekent niet per definitie dat de consulent niet in staat zou zijn om tot een onafhankelijk oordeel te komen, maar kan wel degelijk de schijn van

niet-onafhankelijkheid wekken. Bij kennis vanuit een intervisiegroep, een professionele activiteit, hangt het van de omstandigheden in de intervisiegroep af of dit de onafhankelijke beoordeling door de consulent in de weg staat. Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun mening daarover aan de commissie laten weten.

In verband met de onafhankelijkheid van de consulent is het gebruikelijk en tevens raadzaam om in contact te komen met een SCEN arts via het SCEN- telefoonnummer in de regio.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van *de patiënt* houdt onder meer in dat geen onderlinge (familie)relatie of vriendschap bestaat en dat de consulent geen (mede) behandelaar is (geweest).

Wanneer is het opnieuw raadplegen van een consulent noodzakelijk?

De vraag wordt wel gesteld naar de “houdbaarheid” van het consult, d.w.z. de maximaal toegestane periode tussen het bezoek van de consulent aan de patiënt en de uitvoering van de euthanasie. Die vraag laat zich niet in absolute zin eenduidig beantwoorden. Hoewel eerder moet worden gedacht aan een houdbaarheid van enkele weken dan maanden, zal veel afhangen van de bevindingen van de consulent en de al dan niet voorspelbare ontwikkelingen in de toestand van de patiënt na zijn bezoek.

Gedacht kan daarbij worden aan verschillende situaties.

- Indien de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de aldus geraadpleegde consulent bij zijn bezoek aan de patiënt vaststelt dat er nog geen sprake is van ondraaglijk of uitzichtloos lijden en/of een concreet verzoek om uitvoering, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede bezoek nodig is (zie casus 18).
- Komt de consulent tot de conclusie dat wel aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, maar blijkt er vervolgens sprake van minder voorspelbare ontwikkelingen en/of van een langere tijdsduur tussen zijn bezoek aan de patiënt en het moment van de voorgenomen uitvoering van de euthanasie, dan zal een tweede bezoek van consulent aan de patiënt in beginsel wel nodig zijn.
- Wordt een reeds eerder geconsulteerde consulent opnieuw geraadpleegd dan kan deze consultatie, afhankelijk van de hiervoor beschreven omstandigheden, ook bestaan uit een telefonisch contact tussen arts en consulent (zie casus 17).
- Als de consulent heeft aangegeven te verwachten dat er waarschijnlijk op korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit naar zijn mening dat lijden voor de patiënt zal bestaan, dan is een tweede bezoek aan de patiënt niet noodzakelijk, evenmin als het door de arts (telefonisch) raadplegen van de consulent, indien dit ondraaglijk lijden zich inderdaad op korte termijn voordoet.
- Als de ondraaglijkheid van het lijden voor de consulent wel invoelbaar is, maar de patiënt nog geen concreet verzoek om uitvoering van de euthanasie heeft gedaan, bijvoorbeeld in verband met afscheid van familie, dan is, als het concrete verzoek vervolgens wél wordt gedaan, een tweede bezoek of een (telefonische) raadpleging evenmin noodzakelijk.

Als er vervolgcontact is geweest tussen de arts en de consulent of als de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, dan moet de arts dat in zijn melding aangeven.

Het komt voor dat een consulent tijdens het bezoek aan de patiënt constateert dat aan één of meer van de eisen (nog) niet wordt voldaan. Voor de commissies is niet altijd duidelijk wat zich in een dergelijk geval na dit consult heeft afgespeeld en zij stellen in dat geval nadere vragen aan de meldend arts.

De commissies ontvangen ook meldingen, waarin de consultatie (d.w.z. het raadplegen van de consulent, het bezoek van deze aan de patiënt en het door hem gegeven consult) zeer kort voor het overlijden, soms op de dag zelf, heeft plaatsgevonden. Het is dan raadzaam dat de arts duidelijk aangeeft wanneer en op welke wijze hij van het verslag van de consulent heeft kennisgenomen.

Consultatie bij wilsonbekwame patiënt

De arts dient een onafhankelijke consulent te raadplegen die zijn oordeel moet geven. De consulent dient daartoe de patiënt te zien (artikel 2, lid 1 onder e., WTL). De RTE's menen dat onder "normale" omstandigheden de consulent de patiënt niet alleen ziet, maar ook zal spreken.

Er kunnen echter omstandigheden zijn waarin de arts tot uitvoering van de euthanasie wil overgaan bij een patiënt, die niet meer in staat is zijn wil te uiten. Artikel 2, lid 2 WTL, waarin de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring wettelijk is verankerd, biedt hem die mogelijkheid.

Indien de consulent de patiënt gedurende het besluitvormingsproces, dat de arts samen met de patiënt heeft doorlopen, nog niet eerder heeft kunnen bezoeken zal hij zich geconfronteerd zien met een patiënt met wie hij (in het geheel) niet of nauwelijks kan communiceren. In de eerder in dit verslag opgenomen passages is reeds stilgestaan bij deze situaties. In de paragrafen die handelen over de [Betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwaamheid](#) en [Coma en verlaagd bewustzijn \(niet zijnde coma\)](#) is ook de positie van de consulent beschreven. (zie ook casus 13 en 14).

Niet alleen bij verlaagd bewustzijn, respectievelijk coma, ook in een situatie waarin een wilsonbekwame patiënt alleen nog non-verbaal communiceert kan uitvoering van euthanasie zeer wel gerechtvaardigd zijn.

De consulent zal in een dergelijke situatie niet meer met de patiënt kunnen spreken. Hij kan aan de hand van de schriftelijke wilsverklaring vaststellen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek van de patiënt en op basis van deze verklaring, informatie en het dossier van de arts en (eventueel) de informatie van de naasten van de patiënt vaststellen dat dit schriftelijk euthanasieverzoek betrekking heeft op de actuele toestand (van uitzichtloos en ondraaglijk lijden) waarin de patiënt zich – inmiddels - bevindt (zie ook casus 6 waar de wilsbekwaamheid ter discussie stond).

Schriftelijke verslaglegging consulent

Voor de beoordeling van de melding is de schriftelijke verslaglegging door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de toestand waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich - voor zover mogelijk - uit over zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissie.

De consulent geeft zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot de arts en tot de patiënt wat betreft zijn onafhankelijkheid.

De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging. Dit neemt niet weg dat het de meldend arts is die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de levensbeëindiging en voor het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen.

De arts moet daarom nagaan of het verslag van de consulent van voldoende kwaliteit is en of de consulent daarin zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Zo nodig moet hij de consulent daarop nader bevragen. Het komt met enige regelmaat voor dat de commissies de consulent verzoeken zijn verslag alsnog schriftelijk en/of mondeling toe te lichten.

CASUS 15

oordeel: ONZORGVULDIG

Samenvatting: de arts en de consulent zijn werkzaam in dezelfde maatschap zodat geen sprake is geweest van het raadplegen van een onafhankelijke arts. Niet gebleken is dat sprake was van een noodsituatie, die het de arts onmogelijk maakte tijdig een andere consulent te raadplegen.

Op verzoek van de huisarts van de patiënte tot wie zij een verzoek om euthanasie had gericht, heeft de consulent de patiënte in haar thuissituatie bezocht en kwam hij tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Vervolgens is patiënte enkele keren in het ziekenhuis opgenomen en na haar laatste opname wilde zij daar blijven en verzocht zij de arts, die in het ziekenhuis werkzaam was, om euthanasie. De consulent, die eveneens in dat ziekenhuis werkzaam was, is noch voor noch tijdens de opname van de patiënte bij haar behandeling betrokken geweest. De arts was er van op de hoogte dat de consulent zich tegenover de huisarts van de patiënte bereid had verklaard zo nodig een tweede consultatie te verrichten. Mede op die grond heeft de arts de consulent om een tweede consultatie verzocht. De consulent meende voldoende onafhankelijk ten opzichte van arts en patiënte te zijn. De arts was zich er, evenzeer als de overige leden van zijn maatschap, onvoldoende van bewust dat deze consulent niet in aanmerking kwam om voor de tweede keer als consulent te fungeren.

De commissie heeft gewezen op het Standpunt van het Federatiebestuur van de KNMG inzake euthanasie uit 2003, waarin expliciet wordt aangegeven dat de onafhankelijkheid van de consulent gewaarborgd moet zijn, wat met zich brengt dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent van de arts, een familielid van de arts of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de om een consultatie vragende arts, in principe niet in aanmerking komt om als consulent op te treden.

Een standpunt van gelijke strekking staat in de in december 2011 uitgegeven KNMG-richtlijn "Goede steun en consultatie bij euthanasie".

De commissie is overtuigd geraakt van het feit dat de arts gemeend heeft in het belang van de patiënt te handelen. De arts heeft te kennen gegeven zijn handelwijze in de toekomst aan de regels te zullen aanpassen en die regels binnen zijn maatschap te zullen bespreken.

De commissie kwam niettemin tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseis van een onafhankelijke consultatie.

CASUS 16

oordeel: ONZORGVULDIG

Samenvatting: de arts en de consulent zijn werkzaam in dezelfde maatschap zodat geen sprake is geweest van het raadplegen van een onafhankelijke arts.

De arts had in het kader van een voorgenomen euthanasie telefonisch contact opgenomen met het landelijke SCEN-nummer en de naam doorgerekregen van de consulent, die op dat moment in de betreffende regio dienst had. Deze consulent en de arts maakten deel uit van dezelfde maatschap, doch waren er beiden van overtuigd dat de consulent voldoende onafhankelijk was om een oordeel over de zorgvuldigheidseisen te geven, mede omdat de consulent nooit bij de behandeling van de patiënt betrokken was geweest. Arts en consulent waren zich er van bewust dat er geen belangenverstrengeling behoort te zijn tussen arts en consulent. Zij hadden daarbij echter gedacht aan twee collega's in dezelfde huisartsenpraktijk en niet aan twee collega specialisten binnen eenzelfde maatschap in een ziekenhuis, zoals in hun geval.

De commissie heeft vastgesteld dat de arts (evenals de consulent) is uitgegaan van een te beperkte interpretatie van het begrip 'onafhankelijkheid' door enkel te letten op het

ontbreken van een behandelrelatie tussen consulent en patiënt en door onvoldoende aandacht te besteden aan het aspect belangenverstrengeling dat de onafhankelijkheid in gevaar kan brengen. De arts heeft te kennen gegeven dat binnen de maatschap maatregelen zijn getroffen en regels zijn vastgesteld waardoor in de toekomst de onafhankelijkheid van de consulent zal zijn gegarandeerd.

De commissie kwam niettemin tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseis van een onafhankelijke consultatie.

CASUS 17

ORDEEL: ZORGVULDIG

Samenvatting: na het verstrijken van bijna twee jaar na het bezoek van de consulent aan patiënt was een -desnoods kort- tweede bezoek noodzakelijk geweest. Echter, arts en consulent hebben de commissie ervan kunnen overtuigen dat de kans dat de consulent bij een tweede bezoek aan patiënt tot een andere conclusie zou komen dan bij zijn eerste bezoek, nihil was.

Bij patiënt werd een progressieve spieratrofie vastgesteld. Er was geen genezing meer mogelijk. De door de arts geraadpleegde consulent, die patiënt bijna twee jaar voor het overlijden bezocht, was van oordeel dat er grotendeels aan de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie was voldaan. Patiënt uitte toen echter nog geen concreet verzoek en leed nog niet ondraaglijk. Toen patiënt enkele dagen voor het overlijden om euthanasie vroeg nam de arts telefonisch contact op met de consulent aan wie hij uitlegde hoe patiënt er inmiddels aan toe was. Patiënt was doodmoe en kon niet meer spreken. Hij was puur op wilskracht heel ver gegaan in zijn lijden. Zijn situatie was zo schrijnend dat er voor de arts absoluut geen vraagtekens bestonden of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Voor de consulent was de situatie van patiënt tijdens het consultatiebezoek al helemaal duidelijk geweest. Hij wilde patiënt niet belasten met een tweede bezoek, althans hem dat besparen. De consulent gaf tegenover de arts te kennen dat de telefonische raadpleging voldoende was en dat een tweede bezoek van hem aan patiënt niet nodig was. De arts, die nog niet eerder euthanasie had uitgevoerd, meende op de inschatting van de ervaren consulent te mogen afgaan. Volgens de commissie had de ervaren consulent er beter aan gedaan de – in het kader van euthanasie – onervaren arts te adviseren tot een tweede consultatiebezoek.

CASUS 18

ORDEEL: ONZORGVULDIG

Samenvatting: de houdbaarheidsdatum van een consultatie is beperkt, zeker in het kader van een ingewikkelde casus. Na vier maanden had een tweede bezoek van een consulent aan de patiënt moeten plaatsvinden.

Een patiënt, tussen 80 en 90 jaar, leed aan verschillende aandoeningen, waaronder COPD Gold 3, hartfalen met angina pectoris, nierfunctiestoornissen, diabetes mellitus, artrose en een inoperabel aneurysma. Sedert het overlijden van zijn echtgenote voelde hij zich eenzaam en had hij geen doel meer in het leven. Volgens de arts was er sprake van een depressie. Vier maanden voor het overlijden van de patiënt schakelde de arts een consulent in, die van mening was dat aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan als een depressie of een verstoord rouwproces, waarvoor nog een behandeling mogelijk zou zijn, was uitgesloten. In dat geval was volgens de consulent sprake van een voltooid leven, met inbegrip van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zowel op geestelijk als lichamelijk vlak. Daarop heeft de arts een onafhankelijke psychiater ingeschakeld, die een depressie constateerde en tevens vaststelde dat de patiënt niet open stond voor behandeling. Iedere kans op genezing ontbrak daardoor volgens de psychiater. Zowel arts als consulent als psychiater twijfelde niet aan de

wilsbekwaamheid van de patiënt. De psychiater was van mening dat de depressie niet van invloed was op het cognitieve functioneren van de patiënt.

Na het onderzoek van de psychiater heeft de arts gedurende enige maanden vele gesprekken met de patiënt gevoerd, zowel om zekerheid te krijgen dat de wens tot euthanasie de enige mogelijkheid was om hem uit zijn ondraaglijk lijden te verlossen als om de patiënt de kans te geven zich alsnog voor zijn depressie te laten behandelen. De patiënt wilde echter onder geen beding een behandeling en werd uiteindelijk ongeduldig. De arts was met de patiënt van mening dat, als de depressie door medicatie zou opklaren, nog steeds sprake zou zijn van ondraaglijk lijden als gevolg van de lichamelijke klachten. De arts heeft de conclusie van de consulent van vier maanden voor het overlijden beschouwd als een voorwaardelijke conclusie. Hij meende dat aan de voorwaarde zou zijn voldaan zodra patiënt door een psychiater zou zijn gezien en deze zou hebben verklaard dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek. De arts heeft daarom niet tot een tweede consultatie besloten.

De commissie is na lezing van het dossier, correspondentie met de consulent en een gesprek met de arts tot de conclusie gekomen dat een tweede bezoek van een consulent had moeten plaatsvinden.

Tevens merkt de commissie op dat de arts er, tijdens de vele met patiënt gevoerde gesprekken, bij hem op had kunnen aandringen dat hij toch een proefbehandeling had kunnen beginnen met een antidepressivum. Een tweede consultatie was in deze complexe casus een belangrijke waarborg geweest voor een zorgvuldige en zo volledig mogelijke afweging van de arts. De kans op een foute beoordeling zou daardoor zijn verkleind en een tweede consultatie had kunnen bijdragen tot een evenwichtiger oordeel omdat de consulent nu eenmaal meer afstand tot de patiënt heeft dan de behandelend arts. Dat gold volgens de commissie zeker in dit geval, waarin de patiënt zich weinig liet gezeggen, terwijl in beginsel nog een behandeling met antidepressiva mogelijk was geweest.

De commissie kwam tot het oordeel dat na vier maanden een tweede bezoek van een consulent had moeten plaatsvinden.

CASUS 19

ORDEEL: ONZORGVULDIG

Samenvatting: de arts kan zich niet onttrekken aan een uitgebreide en gemotiveerde beantwoording van vragen in het verslagmodel met een beroep op een geheimhoudingsafpraak met de patiënt en een beroep op zijn beroepsgeheim. Evenmin kan de arts volstaan met een enkel citaat uit en een algemene verwijzing naar het verslag van de consulent.

De arts heeft op vragen, die van wezenlijk belang zijn voor de beoordeling van de vraag of hij overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van de wet heeft gehandeld, geen antwoord willen geven, ook niet nadat hij daartoe schriftelijk en mondeling werd uitgenodigd.

De vraag waaruit de arts heeft afgeleid dat de patiënt zich bewust was van de strekking van het euthanasieverzoek en zijn situatie, werd niet of onvoldoende beantwoord. Dat gold ook voor de vraag welke therapeutische en palliatieve alternatieven met de patiënt waren besproken en welke van deze maatregelen waren ingezet en wat daarvan het resultaat was. Voorts de onbeantwoorde vraag waaruit het lijden van de patiënt bestond en wat dat lijden ondraaglijk maakte en de vraag waarom de arts er van overtuigd was dat het lijden naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was en wat maakte dat het ondraaglijk lijden voor de arts invoelbaar was.

Ten slotte bleven onbeantwoord de vragen hoe de arts de patiënt had voorgelicht over diens situatie en vooruitzichten en of de arts met de patiënt tot de overtuiging kon komen dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin de patiënt zich bevond.

De arts volstond met een enkel citaat uit en algemene verwijzing naar het verslag van de consulent. Tot een eigen antwoord op een aantal gestelde vragen was hij niet bereid.

De commissie kwam na lezing van het onvolledige dossier en na een gesprek met de arts, waarin deze volhardde in zijn weigerachtige standpunt, tot de conclusie dat zij, als gevolg van een gebrek aan noodzakelijke informatie, niet in de gelegenheid was zich een gegrond beeld te vormen of de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van de wet had gehandeld.

De commissie kon geen genoegen nemen met een enkel citaat en een algemene verwijzing naar het verslag van de consulent. In het licht van de wettelijke meld- en verslagplicht van de arts kan er naar het oordeel van de commissie geen sprake zijn van een schending van het beroepsgeheim indien de arts een melding vergezeld doet gaan van een beredeneerd verslag. Op grond daarvan kwam de commissie tot de conclusie dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

SCEN

‘Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)’ leidt artsen op tot consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als consulent een SCEN-arts benaderd via het SCEN telefoonnummer in de regio. De commissies zijn verheugd dat dit tegenwoordig (bijna altijd) ook het geval is wanneer de euthanasie door een specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd. Ook zijn steeds meer specialisten SCEN-artsen.

SCEN-artsen hebben ook een rol als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies (zie casus 7 en 12).

De commissies hebben geconstateerd dat nog lang niet alle artsen met de consult verlenende SCEN-arts overleggen over de (wijze van) uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Hoewel op grond van artikel 2, lid 1, onderdeel e. WTL van de als consulent geraadpleegde arts slechts een oordeel over de onderdelen a. tot en met d. wordt gevraagd, staat niets de meldend arts in de weg met deze consulent de voorgenomen wijze van uitvoering te bespreken.

Het is de commissies opgevallen dat sommige SCEN-artsen zelf de consult vragende arts aanbieden over de uitvoering te adviseren.

Aldus geven zij op een goede manier uitvoering aan de S (Steun).

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Bij euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek, is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica, meestal intraveneus, toedient aan de patiënt. Bij zelfdoding overhandigt de arts het euthanaticum aan de patiënt en neemt de patiënt dit middel zelf in.

KNMG/KNMP Richtlijn “Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding” van augustus 2012

Bij het toetsen of de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft plaatsgevonden hanteren de commissies voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel als leidraad de door de KNMG en KNMP gezamenlijk uitgebrachte Richtlijn “Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding”.¹⁰ De Richtlijn geeft artsen (en apothekers) advies over een ‘in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding’.

¹⁰ KNMG/KNMP Richtlijn “Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding” van augustus 2012.

In de Richtlijn wordt aangegeven welke middelen, doseringen en/of methoden moeten worden gebruikt. Daarnaast worden in de Richtlijn een aantal niet te gebruiken middelen, doseringen en methoden nadrukkelijk genoemd.

Wanneer een arts geen gebruik maakt van de middelen genoemd in bijlagen V en VI van de Richtlijn en het gebruik van het andere middel in zijn verslag niet afdoende motiveert, stellen de commissies de arts nadere vragen. De commissies stellen zeker vragen wanneer middelen zijn gebruikt die worden afgeraden.

Ook doen de commissies navraag bij de arts als de dosering niet wordt genoemd of afwijkt van de in de Richtlijn geadviseerde dosering.

De arts mag de euthanatica niet door een ander laten toedienen, respectievelijk laten aanreiken en de euthanatica niet bij de patiënt achter laten. Dat kan een gevaarlijke situatie opleveren.

De arts dient de euthanatica persoonlijk en rechtstreeks van de apotheker in ontvangst te nemen.

Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Het is van belang dat, met inachtneming van de Richtlijn, individuele wensen van de patiënt zoveel als mogelijk worden vervuld.

Levensbeëindiging op verzoek

De Richtlijn gaat bij levensbeëindiging op verzoek uit van intraveneuze toediening van een coma inducerend middel, gevolgd door intraveneuze toediening van een spierverslappend middel. Gegarandeerd moet zijn dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverslapper. Het gebruik van een in de Richtlijn geadviseerd coma-inducerend middel, alsmede de juiste dosering hiervan is van groot belang om ervoor te zorgen dat de patiënt de gevolgen van de spierverslapper niet kan ervaren. Het gebruik van niet geadviseerde coma-inducerende middelen kan voor de patiënt negatieve gevolgen hebben, die te voorkomen zijn door de geëigende middelen te gebruiken.

De commissies zullen dan ook bij twijfel navraag doen over de diepte van het coma en de wijze waarop dit door de arts is vastgesteld.

Een middel als midazolam kan als pre-medicatie worden toegediend, voorafgaand aan het gebruik van een geadviseerd middel voor de inductie van het coma (zie casus 20).

Hulp bij zelfdoding

Bij hulp bij zelfdoding moet de arts, totdat de patiënt is overleden, bij hem aanwezig blijven, dan wel in een zo directe nabijheid dat hij onmiddellijk kan ingrijpen wanneer zich complicaties voordoen. Mogelijk is immers bijvoorbeeld dat patiënt de drank weer uitbraakt of het overlijden lang op zich laat wachten.

De arts moet deze mogelijke gebeurtenissen van te voren met patiënt en familie bespreken.¹¹ Indien de patiënt niet binnen de afgesproken tijd is overleden, moet de arts alsnog euthanasie toepassen. Omdat niet op voorhand in te schatten is hoe de hulp bij zelfdoding aan patiënt zal verlopen, dient standaard bij elke patiënt van tevoren een infuusnaald te worden ingebracht. Ook moet een arts er voor zorgen dat hij alle materialen en middelen beschikbaar heeft voor intraveneuze toediening.¹²

11 In de KNMG/KNMP Richtlijn "Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding" van augustus 2012 wordt geadviseerd om met de patiënt en eventuele nabestaande(n) een maximale tijdsduur van 2 uur tot overlijden af te spreken.

12 Zie in dit kader de KNMG/KNMP Richtlijn "Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding" van augustus 2012, p. 18, 32 en 33.

OORDEEL: ONZORGVULDIG

Samenvatting: gebruik van het middel midazolam als coma-inductor wordt afgeraden omdat dit middel in sommige gevallen onbetrouwbaar is gebleken en de mogelijkheid aanwezig is dat de patiënt iets gemerkt heeft van de werking van de spierrelaxans.

Bij de patiënt, een man tussen de 70 en 80 jaar, werd in 2010 een mesothelioom vastgesteld.

Genezing was niet meer mogelijk. Patiënt kreeg toenemende klachten, raakte uitgeput en verzocht om euthanasie. De arts en de geraadpleegde consultant waren van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Omdat de arts bij een eerdere euthanasie een slechte ervaring had gehad met de toediening van Thiopental (de vloeistof vlokte uit omdat het afscheid van de familie toen vrij lang duurde) koos hij bewust voor coma-inductie met 20 mg midazolam.

Hij had hierover overleg gevoerd met een bevriende SCEN-arts; die zag geen bezwaar temeer omdat midazolam ook in ziekenhuizen en bij de palliatieve sedatie met ongeveer hetzelfde doel wordt gebruikt. De arts heeft dit ook besproken met de apotheker, die geen bezwaren had.

De arts was op de hoogte van de vigerende Standaard Euthanatica uit 2007 en had zelfs de Thiopental in opgeloste vorm bij zich.

Het verbaasde de arts dat Thiopental als eerste keus in de Standaard wordt genoemd, terwijl er in het buitenland veel ervaring is opgedaan met midazolam als middel voor bewustzijnsverlaging.

Na toediening van de midazolam en het vaststellen van de diepte van het coma d.m.v. aanspreken en het toedienen van een pijnprikkel in de monnikskapspier heeft de arts 30 mg Pavulon toegediend waarop de patiënt overleed.

In voorkomende gevallen zal de arts Thiopental gaan gebruiken, al was het alleen al om een gesprek bij de commissie te voorkomen.

De commissie stelt voorop dat de arts de eerstverantwoordelijke blijft voor de middelen waarmee en de wijze waarop hij een levensbeëindiging uitvoert.

De commissie hanteert bij de beoordeling van een uitvoering van levensbeëindiging de door de beroepsorganisaties KNMP en KNMG in augustus 2012 opgestelde richtlijn als leidraad.

De commissie geeft er sterk de voorkeur aan dat bij de uitvoering van een levensbeëindiging geen gebruik wordt gemaakt van een in de richtlijn opgenomen afgeraden middel, zoals het middel midazolam, aangezien dit middel in sommige gevallen onbetrouwbaar is gebleken.

Ten aanzien van de verwijzing van de arts naar het gebruik van midazolam in ziekenhuizen merkt de commissie op dat bij euthanasie andere eisen aan de diepte van een coma worden gesteld dan wanneer het coma ingeleid wordt voorafgaand aan een operatie. Wanneer een coma wordt geïnduceerd in verband met een euthanasie, geeft een barbituraat een hoge mate van zekerheid dat een patiënt niets merkt van de werking van de daarop toegediende spierrelaxans. Bij gebruik van benzodiazepines (waaronder midazolam) loopt de arts het risico dat een patiënt wel iets merkt van de werking van de spierrelaxans.

In dit verband wijst de commissie op het feit dat ook volgens de door de KNMP en KNMG in augustus 2012 uitgebrachte nieuwe richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' benzodiazepines niet behoren te worden toegepast als coma-inductor.

De commissie stelt vast dat het middel thiopental beschikbaar was en dat de arts dit middel zelfs al had opgelost om dit aan patiënt te kunnen toedienen wanneer hij onvoldoende diep in coma zou zijn. Het middel was niet uitgevlokt, zodat de situatie waarvoor de arts bang was geweest zich in casu niet voordeed. Onder deze omstandigheden was er naar het oordeel van de commissie geen enkele noodzaak voor de arts om, in afwijking van bovengenoemde richtlijn, een ander middel dan thiopental te gebruiken. Indien de arts al een ander middel

had willen gebruiken, had het in de rede gelegen dat hij gekozen had voor een in de richtlijn genoemde noodoplossing. Daarmee had de arts het risico dat patiënt iets zou merken van de toediening van de spierrelaxans zoveel mogelijk uitgesloten.

Gelet op het bovenstaande kan de commissie niet anders dan tot het oordeel komen dat de arts de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd, ook al heeft de arts voorafgaand aan de toediening van het spierverslappend middel de diepte van het coma op de juiste wijze gecheckt en ook al heeft de arts verklaard in toekomstige gevallen niet meer gebruik te zullen maken van midazolam als coma-inductor.

WERKZAAMHEDEN VAN DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE (RTE'S)

WETTELIJK KADER

In Nederland en op de BES-eilanden Bonaire, Saba en St. Eustatius zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in beginsel strafbaar volgens de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht (WvSr).

Van een strafbaar feit is geen sprake indien de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding plaatsvindt door een arts, die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen én zijn handelen heeft gemeld aan de gemeentelijke lijkschouwer. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als *bijzondere strafuitsluitingsgrond* opgenomen (artikelen 293, tweede lid en 294, tweede lid WvSr).

De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), terwijl de meldingsplicht is uitgewerkt in de Wet op de lijkbezorging.

Bij de melding aan de lijkschouwer voegt de arts een beredeneerd verslag waarin hij moet motiveren waarom hij naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Voor het opstellen van een dergelijk verslag is een model beschikbaar (www.euthanasiecommissie.nl) dat -bij voorkeur digitaal- door de arts wordt ingevuld.

De lijkschouwer schouwt het stoffelijk overschot (uitwendig) en gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd. Hij controleert of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en doet deze melding vergezeld gaan van het verslag van de arts, het oordeel over de zorgvuldigheidseisen van de geconsulteerde arts en -indien aanwezig- een schriftelijke wilsverklaring van de overledene. Ook legt hij aan de commissie de overige door de arts verstrekte relevante stukken over, zoals patiëntjournaal en specialistenbrieven.

ROL VAN DE RTE'S

Wettelijke taken, bevoegdheden en werkwijze

In artikel 3 van de WTL hebben de regionale toetsingscommissies een wettelijke basis gekregen. Ze krijgen tot taak om -achteraf- te beoordelen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van het verslag van de arts en alle bij de melding gevoegde stukken. De arts wordt geacht voor de commissie aannemelijk te maken dat hij conform deze eisen heeft gehandeld.

Meteen na de ontvangst van de melding en eerste lezing van de bij de melding ontvangen stukken wordt door een ervaren secretaris van de RTE een inschatting gemaakt of de melding bij de commissie vragen zal oproepen of niet.

Bij niet vragen oproepende meldingen (NVO's) wordt de inschatting gemaakt dat de zorgvuldigheidseisen van de wet in acht zijn genomen én de verstrekte informatie zo volledig is, dat deze ook voor het overige geen vragen oproept.

NVO's worden ter gezamenlijke beoordeling aan de uit drie leden (een jurist, arts en ethicus) bestaande toetsingscommissie digitaal voorgelegd en in beginsel door de betreffende commissie digitaal beoordeeld en daarmee zonder verdere vertraging afgehandeld. Als één van de commissieleden van mening is dat de melding wél vragen oproept wordt de melding alsnog doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering, waar alle vragen oproepende meldingen (VO's) worden behandeld.

VO's zijn meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding ten aanzien waarvan bij de hiervoor besproken eerste selectie of tijdens het verdere toetsingsproces vragen zijn gerezen ten aanzien van een of meer zorgvuldigheidseisen. VO's kunnen ook meldingen betreffen waarvan al tevoren door de commissies is afgesproken dat die nadere discussie behoeven, zoals het geval kan zijn bij meldingen van euthanasie bij patiënten met dementie, psychiatrische aandoeningen of een stapeling van ouderdomsklachten.

Wanneer de commissie naar aanleiding van een melding vragen of behoefte aan informatie of toelichting heeft, wordt de arts en/of de geconsulteerde arts daarover benaderd. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk. Is de aldus ingewonnen informatie niet voldoende om tot een goede beoordeling van het handelen van de arts te komen, dan kunnen arts en/of consultant worden uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting en het beantwoorden van vragen van de commissie (art. 8 WTL jo. art. 5, lid 2 onder c, Besluit d.d. 06-03-2002 (Stb. 2002, nr.141) en Richtlijnen betreffende de werkwijze RTE's, d.d. 21-11-2006).

Indien de commissie op basis van alle verstrekte stukken en eventueel overige ingewonnen informatie voornemens is tot het oordeel te komen dat de arts *niet* conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, wordt de arts als regel voor een gesprek met de commissie uitgenodigd. Bij die gelegenheid zullen vragen door de commissie worden gesteld en zal door de arts een nadere mondelinge toelichting kunnen worden gegeven, alvorens de commissie tot een definitief oordeel komt. Van deze mondelinge toelichting wordt een verslag gemaakt. Voordat het verslag wordt vastgesteld wordt het concept ervan aan de arts voorgelegd met de vraag of de inhoud de door de arts gegeven toelichting correct weergeeft.

De RTE's geven over de meldingen die zij toetsen een schriftelijk oordeel.

De arts ontvangt het oordeel van de commissie in beginsel binnen de wettelijke termijn van zes weken. Deze termijn kan één keer met zes weken worden verlengd. Deze termijnen kunnen worden opgeschort in het geval de commissies behoefte hebben aan nadere schriftelijke en/of mondelinge toelichting of informatie van de meldend arts of de consultant.

Ook nader intern overleg in het kader van de hierna besproken harmonisatie brengt soms onvermijdelijk enige opschorting van eerdergenoemde termijnen met zich mee. In de ontvangstbevestiging van de melding, waarin opgenomen dat deze *in beginsel* binnen de wettelijke termijn van (twee maal) zes weken zal worden behandeld, wordt de meldend arts op die mogelijkheid geattendeerd.

Een oordeel 'zorgvuldig' van de toetsingscommissie houdt in dat de arts bij het inwilligen van het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding in overeenstemming met de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Dit is een eindoordeel. De zaak is hiermee de facto afgedaan.

Een oordeel van de commissie dat een arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt niet alleen aan de arts gestuurd, doch wordt ingevolge de WTL met bijbehorend dossier ook naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gezonden.

Het College bepaalt -al dan niet na een gesprek met de arts- of tot strafvervolgning wordt overgegaan.

De Inspectie beslist -al dan niet na een gesprek met de arts- of tot het aanhangig maken van een tuchtzaak wordt overgegaan of andere maatregelen worden getroffen.

De coördinerend voorzitter, plaatsvervangend coördinerend voorzitter en algemeen secretaris van de RTE's voeren jaarlijks overleg met het College en de Inspectie.

Harmonisatie

Indien een commissie voornemens is het oordeel uit te spreken dat de arts *niet* heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen dan legt zij het voorgenomen oordeel plus het bijbehorende dossier -digitaal- voor advies en commentaar voor aan alle leden en plaatsvervangende leden van de commissies. Ook worden regelmatig concept-oordelen "zorgvuldig" hiertoe aan alle leden en plaatsvervangende leden van de commissies voorgelegd als meldingen een gecompliceerde casus betreffen. Bij hoge uitzondering wordt een concept-oordeel n.a.v. alle gewisselde argumenten voorgelegd aan het voorzittersoverleg voor een zwaarwegend advies. De beslissing hoe het oordeel uiteindelijk zal luiden berust bij de uit drie leden bestaande oorspronkelijk bevoegde commissie.

Jaarlijks wordt over een complex en actueel onderwerp voor alle leden en secretarissen een themabijeenkomst gehouden, waarbij ook externe deskundigen worden uitgenodigd.

De arts-leden houden daarnaast jaarlijks een eigen bijeenkomst, evenals de ethici van de commissies.

Ten minste vier maal per jaar vindt het voorzittersoverleg plaats. Bij dit voorzittersoverleg zijn ook steeds de algemeen secretaris en secretarissen van commissies aanwezig.

Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar harmonisatie en eenheid bij het toetsen en de besluitvorming.

Samenstelling en organisatie RTE's

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden van de patiënt bepaalt welke commissie bevoegd is.

Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus.

Uitgangspunt is dat de commissies voor iedere deskundigheid twee plaatsvervangers hebben. Aldus fungeren per regio totaal negen commissieleden. Dezen kunnen allen als plaatsvervangend lid optreden in de andere commissies, zowel bij de digitale beoordeling van meldingen als bij de behandeling en beoordeling van meldingen in de maandelijkse commissievergadering.

Iedere commissie wordt bijgestaan door een secretaris, jurist, die met betrekking tot de toetsing een voorbereidende rol heeft en een raadgevende stem in de maandelijkse commissievergadering.

De secretariaten ondersteunen de commissies in hun werkzaamheden. De secretariaten zijn organisatorisch ondergebracht bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), een in den Haag gevestigde uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze organisatiestructuur zal in 2014 worden gewijzigd.

De secretariaten zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en den Haag, alwaar ook de vergaderingen van de commissies plaatshebben.

Transparantie en voorlichting

Om artsen en andere betrokkenen een goed en actueel beeld te kunnen bieden van de opvattingen van de commissies en om hun interpretatie van de kernbegrippen uit de zorgvuldigheidseisen beter toegankelijk en kenbaar te maken, hebben de commissies een Publicatiecommissie (PC) ingesteld. Deze heeft tot taak om die oordelen, die van belang zijn voor de normontwikkeling, op een inzichtelijke manier te publiceren op de website van de RTE's (www.euthanasiecommissie.nl).

Daartoe behoren in ieder geval alle oordelen “onzorgvuldig”.

De commissies hebben ook een voorlichtende taak. In het kader daarvan geven commissieleden en secretarissen ook voordrachten voor GGD's, huisartsenverenigingen, buitenlandse delegaties etc. Daarbij wordt veelal aan de hand van praktijksituaties aandacht besteed aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en de geldende toetsingsprocedure.

De commissies verlenen ook hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door “Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland” (SCEN) van de KNMG. Ook bezoeken commissieleden - op verzoek - intervisiebijeenkomsten van SCEN-artsen, meestal in hun regio.

De kwaliteit van consultatieverslagen neemt jaarlijks toe. De inspanningen die hieraan vooraf zijn gegaan worden door de commissies zeer op prijs gesteld.

Bevindingen omtrent consultatieverslagen worden in beginsel rechtstreeks door de commissies teruggekoppeld naar de consulenten die het betreft.

In algemene termen wordt de kwaliteit van deze verslaglegging besproken met de SCEN-organisatie.

BIJLAGE 1

OVERZICHT VAN MELDINGEN



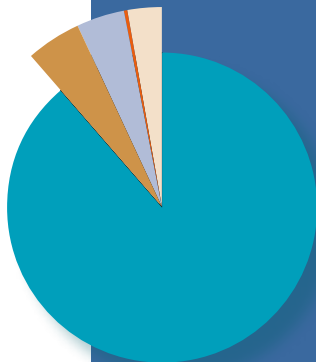
OVERZICHT VAN MELDINGEN TOTAAL

Overzicht van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013

MELDINGEN De commissies ontvingen in dit verslagjaar 4829 meldingen.

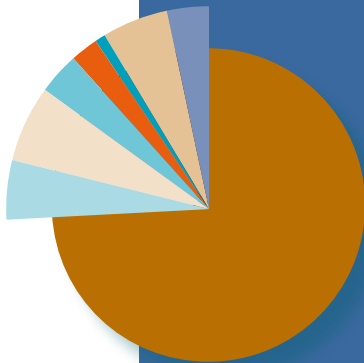
EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 4501 gevallen was er sprake van euthanasie (d.w.z. actieve levensbeëindiging op verzoek van patiënt), in 286 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 42 gevallen betrof het een combinatie van beide.

MELDENDE ARTSEN



● huisarts	4281
● medisch specialist in ziekenhuis	213
● specialist ouderengeneeskunde	193
● arts in opleiding tot specialist	13
● arts met een andere achtergrond (bijv. een arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts)	129

AARD VAN DE AANDOENINGEN



● kanker	3588
● hart- en vaataandoeningen	223
● aandoeningen van het zenuwstelsel	294
● longaandoeningen	174
● dementie	97
● psychiatrische aandoeningen	42
● multipale ouderdomsklachten	251
● overige aandoeningen	160

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 3800 gevallen thuis plaats, in 240 gevallen in een ziekenhuis, in 160 gevallen in een verpleeghuis, in 268 gevallen in een verzorgingshuis, in 295 gevallen in een hospice en in 66 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

STICHTING LEVENSEINDEKLINIEK De commissies ontvingen in dit verslagjaar 107 meldingen van de Stichting Levensinde Kliniek (SLK).

BES-EILANDEN De commissies ontvingen in dit verslagjaar geen melding uit de BES-eilanden.

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissies achtten zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies 5 maal tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissies was 59 dagen.

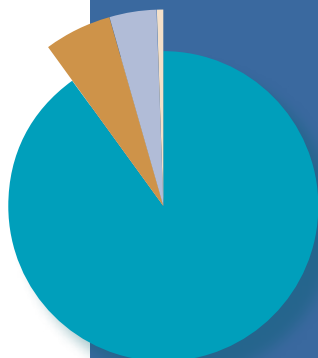
OVERZICHT VAN MELDINGEN PER REGIO

GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE EN BES

Overzicht van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013

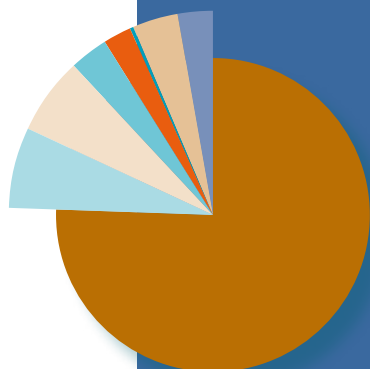
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 487 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 433 gevallen was er sprake van euthanasie, in 45 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 9 gevallen betrof het een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	439
medisch specialist in ziekenhuis	27
specialist ouderengeneeskunde	19
arts in opleiding tot specialist	0
arts met een andere achtergrond (bijv. een arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts)	2



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	368
hart- en vaataandoeningen	32
aandoeningen van het zenuwstelsel	30
longaandoeningen	14
dementie	11
psychiatrische aandoeningen	1
multipele ouderdomsklachten	18
overige aandoeningen	13

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 387 gevallen thuis plaats, in 16 gevallen in een ziekenhuis, in 22 gevallen in een verpleeghuis, in 25 gevallen in een verzorgingshuis, in 30 gevallen in een hospice en 7 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

LEVENSEINDEKLINIEK De commissie ontving in dit verslagjaar 14 meldingen van de Stichting Levensinde Kliniek.

BES-EILANDEN De commissie ontving in dit verslagjaar geen melding uit de BES-eilanden.

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 9 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

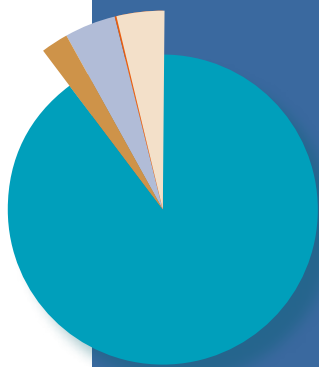
DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 34 dagen.

OVERIJSEL, GELDERLAND, UTRECHT EN FLEVOLAND

Overzicht van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013

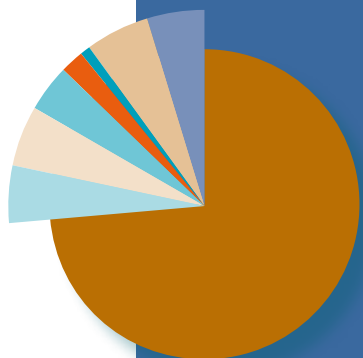
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 1200 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 1133 gevallen was er sprake van euthanasie, in 62 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

● huisarts	1078
● medisch specialist in ziekenhuis	26
● specialist ouderengeneeskunde	51
● arts in opleiding tot specialist	1
● arts met een andere achtergrond (bijv. een arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts)	44



AARD VAN DE AANDOENINGEN

● kanker	886
● hart- en vaataandoeningen	54
● aandoeningen van het zenuwstelsel	62
● longaandoeningen	46
● dementie	22
● psychiatrische aandoeningen	12
● multiple ouderdomsklachten	63
● overige aandoeningen	55

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 966 gevallen thuis plaats, in 35 gevallen in een ziekenhuis, in 41 gevallen in een verpleeghuis, in 70 gevallen in een verzorgingshuis, in 73 gevallen in een hospice en in 15 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

LEVENSEINDEKLINIEK De commissie ontving in dit verslagjaar 32 meldingen van de Stichting Levensinde Kliniek.

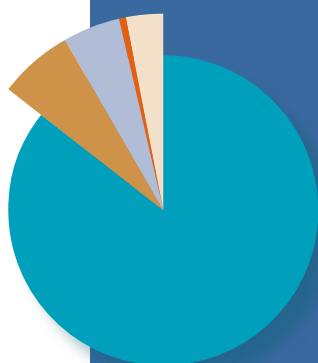
BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 13 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 56 dagen.

Overzicht van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013

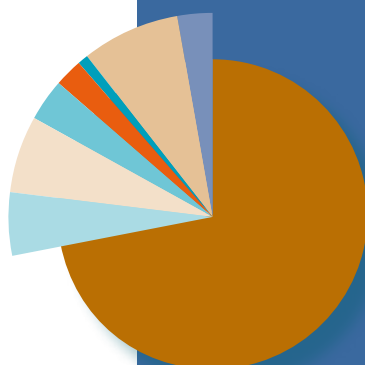
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 1210 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 1101 gevallen was er sprake van euthanasie, in 93 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 16 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	1037
medisch specialist in ziekenhuis	75
specialist ouderengeneeskunde	57
arts in opleiding tot specialist	6
arts met een andere achtergrond (bijv. een arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts)	35



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	873
hart- en vaataandoeningen	61
aandoeningen van het zenuwstelsel	73
longaandoeningen	41
dementie	25
psychiatrische aandoeningen	12
multipele ouderdomsklachten	92
overige aandoeningen	33

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 915 gevallen thuis plaats, in 85 gevallen in een ziekenhuis, in 41 gevallen in een verpleeghuis, in 79 gevallen in een verzorgingshuis, in 70 gevallen in een hospice en in 20 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

LEVENSEINDEKLINIEK De commissie ontving in dit verslagjaar 12 meldingen van de Stichting Levensinde Kliniek.

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

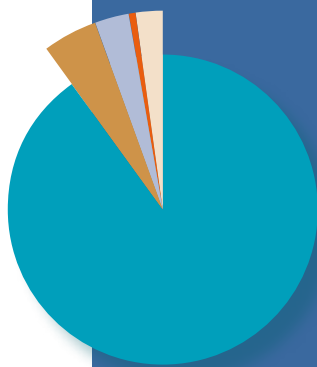
DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 89 dagen.

ZUID-HOLLAND EN ZEELAND

Overzicht van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013

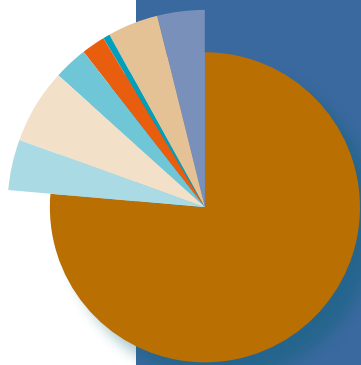
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 994 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 930 gevallen was er sprake van euthanasie, in 53 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 11 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	896
medisch specialist in ziekenhuis	45
specialist ouderengeneeskunde	28
arts in opleiding tot specialist	4
arts met een andere achtergrond (bijv. een arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts)	21



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	761
hart- en vaataandoeningen	41
aandoeningen van het zenuwstelsel	62
longaandoeningen	27
dementie	18
psychiatrische aandoeningen	6
multipele ouderdomsklachten	43
overige aandoeningen	36

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 780 gevallen thuis plaats, in 51 gevallen in een ziekenhuis, in 34 gevallen in een verpleeghuis, in 50 gevallen in een verzorgingshuis, in 65 gevallen in een hospice en in 14 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

LEVENSEINDEKLINIEK De commissie ontving in dit verslagjaar 34 meldingen van de Stichting Levensinde Kliniek.

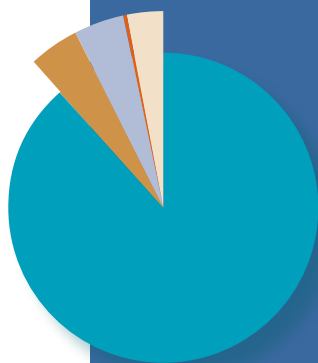
BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 63 dagen.

Overzicht van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013

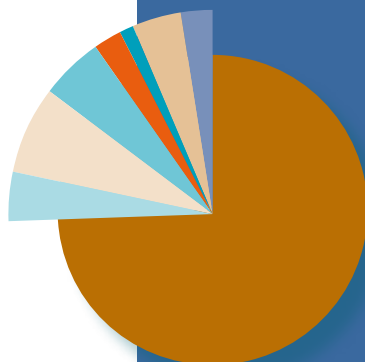
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 938 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 904 gevallen was er sprake van euthanasie en in 33 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 1 geval was er sprake van een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	831
medisch specialist in ziekenhuis	40
specialist ouderengeneeskunde	38
arts in opleiding tot specialist	2
arts met een andere achtergrond (bijv. een arts, verbonden aan de Stichting Levensindekliniek, een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts)	27



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	700
hart- en vaat-aandoeningen	35
aandoeningen van het zenuwstelsel	67
longaandoeningen	46
dementie	21
psychiatrische aandoeningen	11
multipele ouderdomsklachten	35
overige aandoeningen	23

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 752 gevallen thuis plaats, in 53 gevallen in een ziekenhuis, in 22 gevallen in een verpleeghuis, in 44 gevallen in een verzorgingshuis, in 57 gevallen in een hospice en in 10 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

LEVENSEINDEKLINIEK De commissie ontving in dit verslagjaar 15 meldingen van de Stichting Levensinde Kliniek.

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 52 dagen.

BIJLAGE 2

OVERZICHT AFHANDELING
DOOR OM EN IGZ
VAN ALS ONZORGVULDIG
BEOORDEELDE MELDINGEN



Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen, waarover door de commissies is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In dit overzicht zijn alleen meldingen opgenomen waarover al een bericht van afhandeling van zowel het Openbaar Ministerie als de Inspectie voor de Gezondheidszorg is ontvangen.

Jaarverslag 2013

CASUS 15

Onzorgvuldig met betrekking tot de consultatie. De arts en de consulent waren werkzaam in dezelfde maatschap zodat er geen sprake is geweest van het raadplegen van een onafhankelijke arts. Niet gebleken is dat sprake was van een noodsituatie, die het de arts onmogelijk maakte tijdig een andere consulent te raadplegen.

College van procureurs-generaal:

Het College is tot het oordeel gekomen dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en dat de medische uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek zorgvuldig is geweest.

Het betreft alleen een gebrek in de consultatie. De consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces te waarborgen. Van het raadplegen van een onafhankelijke arts door de euthanaserend arts is geen sprake geweest. De consulent kan niet als een onafhankelijke arts worden beschouwd, gezien het feit dat zij een collega van de arts is, werkzaam in dezelfde maatschap.

Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (zie paragraaf 5.4) bestaat er geen reden voor vervolging.

Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. De kans op herhaling lijkt niet groot. De euthanaserend arts heeft op verzoek van de regionale toetsingscommissie mondeling een toelichting gegeven en hij heeft aangegeven in het vervolg te zullen handelen volgens de geldende regels en deze regels ook binnen de maatschap te bespreken.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft het oordeel van de regionale toetsingscommissie besproken in het Landelijk Meldingen Overleg van de inspectie. De inspectie heeft evenals de toetsingscommissie geconstateerd dat de arts niet tenminste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien. De arts en de consulent hebben verklaard dat zij beiden in dezelfde maatschap werkzaam zijn en dat zij van mening waren dat de consulent voldoende onafhankelijk was omdat zij niet bij het behandelbeleid van de patiënt betrokken is geweest. De arts heeft te kennen gegeven zijn handelwijze in de toekomst op dit punt aan de daarvoor geldende regels aan te passen. De inspectie is tevreden met de reflectie van de arts. Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

CASUS 16

Onzorgvuldig met betrekking tot consultatie. De arts en de consulent zijn werkzaam in dezelfde maatschap zodat geen sprake is geweest van het raadplegen van een onafhankelijke arts.

College van procureurs-generaal:

Het College is tot het oordeel gekomen dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, en geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en dat de medische uitvoering van de levensbeëindiging

op verzoek zorgvuldig is geweest. Het betreft hier slechts een gebrek in de consultatie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (zie paragraaf 5.4) bestaat er daarom in dit geval geen reden voor vervolging, zodat het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

De consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces te waarborgen. Van het raadplegen van een onafhankelijk arts door de euthanaserend arts is geen sprake geweest. De consulent kan niet als een onafhankelijke arts worden gezien gelet op het feit dat zij een collega van de arts is, werkzaam in dezelfde maatschap.

De kans op herhaling lijkt niet groot. De euthanaserend arts heeft op verzoek van de toetsingscommissie mondeling een toelichting gegeven en zij heeft aangegeven in het vervolg te zullen handelen volgens de geldende regels, welke regels inmiddels ook binnen de maatschap zijn besproken.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft het oordeel van de regionale toetsingscommissie besproken in het Landelijk Meldingen Overleg van de inspectie. Het is de inspectie uit het dossier van de toetsingscommissie gebleken dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden en het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek. De medische uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek is zorgvuldig geweest. Het betreft hier een gebrek in de consultatie. De arts en de consulent hebben verklaard dat zij in dezelfde maatschap werkzaam zijn en dat zij ten tijde van de consultatie van mening waren dat de consulent voldoende onafhankelijk was omdat zij niet bij het behandelbeleid van de patiënte betrokken is geweest. Binnen de maatschap en de SCEN-groep is het gesprek op gang gekomen over de vraag welke acties ondernomen moeten worden opdat in voorkomende gevallen in de toekomst de onafhankelijkheid van een consulent gegarandeerd kan worden. Zowel de arts als de consulent hebben van deze casus geleerd. De arts heeft te kennen gegeven zijn handelwijze in de toekomst op dit punt aan de daarvoor geldende regels aan te passen. De inspectie is tevreden met de reflectie van de arts. Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nader onderzoek te doen c.q. nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

CASUS 18

Onzorgvuldig met betrekking tot de consultatie. De houdbaarheidsdatum van een consultatie is beperkt, zeker in het kader van een ingewikkelde casus. Na vier maanden had een tweede bezoek van een consulent aan patiënt moeten plaatsvinden.

College van procureurs-generaal:

Het College is tot het oordeel gekomen dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden en het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek. Daarnaast is de medische uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek zorgvuldig geweest. Het betreft alleen een gebrek in de consultatie.

Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (zie paragraaf 5.4) bestaat er daarom in dit geval geen reden voor vervolging, zodat het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. De kans op herhaling lijkt niet groot. De euthanaserend arts heeft in het gesprek met de inspecteur voor de gezondheidszorg al aangegeven dat hij in een volgende situatie attent zal zijn op de noodzaak of mogelijkheid om een tweede consultatie te laten verrichten, zeker wanneer er sprake is van een zeker tijdsverloop maar met name ook ten behoeve van een (tweede) inhoudelijke toetsing.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft met de arts een (telefoon)gesprek gevoerd. In dit gesprek heeft de arts een nadere toelichting gegeven op de wijze waarop het voorbereidende traject, zowel ten aanzien van de patiënt als wat betreft de consultatie, tot stand is gekomen. Hoewel de arts zich het oordeel

van de toetsingscommissie kan voorstellen had hij in deze casus niet direct behoefte aan een tweede consultatie. Het eerste consult van de SCEN-arts, het advies van de geconsulteerde psychiater en de vele gesprekken die hij met de patiënt, ook na deze consulten, heeft gevoerd hebben hem het gevoel gegeven dat het zo goed was. Een extra tweede consult zou naar zijn inschatting, ook niet meer hebben kunnen toevoegen. De arts heeft verklaard in een volgende situatie zeker attent te zijn op de noodzaak of mogelijkheid van een tweede consultatie wanneer er sprake is van een zeker tijdsverloop, maar met name ten behoeve van een (tweede) inhoudelijke toetsing. Gelet op de reflectie van de arts heeft de inspectie er vertrouwen in dat de arts in mogelijke toekomstige situaties de (hulp bij) levensbeëindiging op alle aspecten zorgvuldig zal uitvoeren. Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

CASUS 20

Onzorgvuldig met betrekking tot de medische uitvoering van de levensbeëindiging. De arts heeft, in afwijking van de Standaard Euthanatica van de KNMP/WINAp, Dormicum gebruikt als comaindicerend middel in plaats van thiopental, gezien een eerdere slechte ervaring met dit laatste middel. Er is echter niet gebleken van enige noodzaak om een ander middel dan thiopental te gebruiken.

College van procureurs-generaal:

Het College is tot het oordeel gekomen dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie.

Het betreft alleen een gebrek in de uitvoering van de euthanasie. De euthanaserend arts is verantwoordelijk voor die uitvoering en in dit geval heeft de arts niet conform de toen geldende richtlijn gehandeld, zonder de afwijking van de richtlijn voldoende te hebben gemotiveerd. De arts heeft een middel gebruikt dat in de Standaard wordt afgeraden.

Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (zie paragraaf 5.5) bestaat er geen reden voor vervolging. Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

De arts heeft zowel in het gesprek met de regionale toetsingscommissie als in het gesprek met de Inspectie voor de Gezondheidszorg gezegd in toekomstige gevallen te zullen handelen conform de geldende richtlijn voor de medische uitvoering van de euthanasie. De arts is zich bewust van zijn eigen verantwoordelijkheid en de gebreken in zijn handelen en zal in het vervolg handelen conform d geldende richtlijn.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft met de arts een (telefoon) gesprek gevoerd. De arts heeft daarbij een nadere toelichting gegeven bij de voorbereiding en de uitvoering van de levensbeëindiging en zijn overwegingen dienaangaande. Over de keuze voor midazolam heeft de arts gesproken met een bevriende SCEN-arts en met de leverende apotheker. Beiden hadden tegen het gebruik van midazolam geen bezwaren. De arts was zich er niet van bewust, (en, zo constateert de inspectie blijkbaar de bevriende arts en de apotheker ook niet) dat benzodiazepinen, als coma inducerend middel, door de Standaard wordt aangemerkt als een van de niet te gebruiken middelen.

In het gesprek heeft de arts tevens aangegeven dat hij:

- zich kan vinden in het standpunt en het oordeel van de toetsingscommissie, maar het niet eenvoudig is te moeten ervaren dat de door hem goed voorbereide en nauwgezet uitgevoerde levensbeëindiging als onzorgvuldig is beoordeeld;
- in voorkomende situaties zich zonder meer zal conformeren aan de geldende KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (2012);
- veel geleerd heeft van deze casus.

Gelet op deze reflectie heeft de inspectie er vertrouwen in dat de arts in mogelijke toekomstige situaties de levensbeëindiging, ook wat de keuze van het coma inducerend middel betreft, zorgvuldig en volgens de Richtlijn zal uitvoeren.

Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

Overzicht van afhandeling RTE oordelen 'onzorgvuldig' 2012 door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarvan bij het ter perse gaan van het Jaarverslag 2012 nog geen afloopbericht was ontvangen.

CASUS 18 JAARVERSLAG 2012

Onzorgvuldig met betrekking tot de medische uitvoering van de levensbeëindiging. De arts heeft de euthanasie uitgevoerd volgens het ziekenhuisprotocol waarbij coma-inducerend middel en spierverslapper via één infuuszak i.v. werden toegediend.

College van procureurs-generaal:

Het College is tot het oordeel gekomen dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie.

Het betreft alleen een gebrek in de uitvoering van de euthanasie. De euthanaserend arts is verantwoordelijk voor die uitvoering en in dit geval heeft de arts niet conform de toen geldende richtlijn gehandeld, zonder de afwijking van de richtlijn voldoende te hebben gemotiveerd. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake de levensbeëindiging op verzoek (zie paragraaf 5.5) bestaat er geen reden voor vervolging. Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

Uit de toelichting van de arts blijkt dat hij zich bewust is van zijn eigen verantwoordelijkheid en de gebreken in zijn handelen. Naar aanleiding van deze zaak heeft hij de noodzaak van wijziging van de toedieningswijze van de euthanatica en van de wijziging van het ziekenhuisprotocol binnen het ziekenhuis aangekaart en hebben de apothekers de geldende richtlijn doorgevoerd.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft met de arts en de betrokken apotheker afzonderlijke gesprekken gevoerd en heeft daarnaast documentatie bestudeerd. Tijdens het onderzoek is de inspectie in kennis gesteld van een oordeel van de regionale toetsingscommissie inzake een casus in 2011 waarbij de regionale toetsingscommissie het gebruik van exact dezelfde formulering niet als 'onzorgvuldig' heeft bestempeld. De inspectie heeft deze casus met de regionale toetsingscommissie besproken. Het oordeel van de regionale toetsingscommissie in 2011 heeft bijgedragen aan het in stand houden van het afwijkende euthanaticumbeleid in het ziekenhuis tot het van kracht worden van de KNMG/KNMP richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding 2012.

Uit de gesprekken met de arts en de apotheker en de daaropvolgende correspondentie is voor de inspectie vast komen te staan dat

- zij zich het gebeurde aantrekken;
- zij zich allebei verantwoordelijk getoond hebben;
- zij zich beiden hebben ingespannen om naar aanleiding van het oordeel van de regionale toetsingscommissie uit 2012 het euthanaticumbeleid conform de nu geldende professionele standaard ziekenhuisbreed in te richten, actueel te houden en hun handelingen daarop te blijven baseren.

Voor de inspectie is er geen aanleiding om nadere maatregelen jegens de arts en de apotheker te nemen.

BIJLAGE 3

WET TOETSING
LEVENSBEEÏNDIGING
OP VERZOEK EN
HULP BIJ ZELFDODING



Staatsblad 2001, nr. 194

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)¹

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

- a. Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
- c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
- d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
- e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
- f. de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3;
- g. regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;

HOOFDSTUK II. ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, 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.

2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK III. REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES VOOR LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

1. Er zijn regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidenlijk 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht.
2. Een commissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in elk geval één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.

Artikel 4

1. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door Onze Ministers benoemd voor de tijd van zes jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van zes jaar.
2. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door Onze Ministers worden benoemd. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem.
3. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie.

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.

¹ Zie voor de behandeling in de Staten-Generaal: Kamerstukken II 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Handelingen II 2000/2001, blz. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375. Kamerstukken I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (herdr.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Handelingen I 2000/2001, zie vergadering d.d. 10 april 2001.

Artikel 6

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

De voorzitter en de leden alsmede de plaatsvervangende leden ontvangen vacatiegeld alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

1. De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.
2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:
 - a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
 - b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10

De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:

- 1°. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of
- 2°. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.
Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Bij ministeriële regeling van Onze Ministers kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld.

Artikel 12

1. Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen.
2. Een oordeel kan slechts door de commissie worden vastgesteld indien alle leden van de commissie aan de stemming hebben deelgenomen.

Artikel 13

De voorzitters van de regionale toetsingscommissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies. Bij het overleg worden uitgenodigd een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15

Een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Artikel 16

Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

1. De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.
2. Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
 - a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
 - b. de aard van deze gevallen;
 - c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

Artikel 19

1. Op voordracht van Onze Ministers worden bij algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de commissies regels gesteld betreffende
 - a. hun aantal en relatieve bevoegdheid;
 - b. hun vestigingsplaats.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen Onze Ministers met betrekking tot de commissies nadere regels stellen betreffende
 - a. hun omvang en samenstelling;
 - b. hun werkwijze en verslaglegging.

HOOFDSTUK IIIA. BONAIRE, SINT EUSTATIUS EN SABA

Artikel 19a

Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van het in dit hoofdstuk bepaalde.

Artikel 19b

1. Voor de toepassing van:
 - artikel 1, onderdeel b, wordt in plaats van «artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES.
 - artikel 1, onderdeel f, wordt in plaats van «een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3» gelezen: een commissie als bedoeld in artikel 19c.
 - artikel 2, eerste lid, aanhef, wordt in plaats van «artikel 293, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 306, tweede lid, tweede volzin van het Wetboek van Strafrecht BES.
 - artikel 8, eerste lid, wordt in plaats van «artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging» gelezen: artikel 1, derde lid, van de Wet verklaringen van overlijden BES.
 - artikel 8, derde lid, vervalt: of de betrokken hulpverleners.
 - artikel 9, tweede lid, aanhef, wordt in plaats van «het College van procureurs-generaal» gelezen: de procureur-generaal.
2. Artikel 1, onder e, is niet van toepassing.

Artikel 19c

In afwijking van artikel 3, eerste lid, is er een door Onze Ministers aan te wijzen commissie, die bevoegd is de meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 306, tweede lid, onderscheidenlijk 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES te toetsen.

Artikel 19d

Bij het overleg, bedoeld in artikel 13, is de voorzitter van de commissie, bedoeld in artikel 19c, betrokken. Tevens zijn betrokken de procureur-generaal of een door hem aan te wijzen vertegenwoordiger en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Volksgezondheid.

2 Laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 januari 2001, Stb. 70.

HOOFDSTUK IV. WIJZIGINGEN IN ANDERE WETTEN

Artikel 20

Het Wetboek van Strafrecht² wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

Artikel 293

1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.
2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

B

Artikel 294 komt te luiden:

Artikel 294

1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.
2. Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

C

In artikel 295 wordt na «293» toegevoegd: , eerste lid,.

D

In artikel 422 wordt na «293» toegevoegd: , eerste lid,.

Artikel 21

De Wet op de lijkbezorging³ wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 7 komt te luiden:

Artikel 7

1. Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.
2. Indien het overlijden het gevolg was van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede, onderscheidenlijk artikel 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht, geeft de behandelende arts geen verklaring

³ Stb. 1991, 133, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 1 juli 1998, Stb. 466.

van overlijden af en doet hij van de oorzaak van dit overlijden onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers. Bij de mededeling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

3. Indien de behandelende arts in andere gevallen dan die bedoeld in het tweede lid meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, doet hij hiervan onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers.

B

Artikel 9 komt te luiden:

Artikel 9

1. De vorm en de inrichting van de modellen van de verklaring van overlijden, af te geven door de behandelende arts en door de gemeentelijke lijkschouwer, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur.
2. De vorm en de inrichting van de modellen van de mededeling en het verslag, bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de mededeling bedoeld in artikel 7, derde lid en van de formulieren bedoeld in artikel 10, eerste en tweede lid, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur op voordracht van Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

C

Artikel 10 komt te luiden:

Artikel 10

1. Indien de gemeentelijke lijkschouwer meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, brengt hij door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de officier van justitie en waarschuwt hij onverwijld de ambtenaar van de burgerlijke stand.
2. Onverminderd het eerste lid brengt de gemeentelijke lijkschouwer, indien sprake is van een mededeling als bedoeld in artikel 7, tweede lid, door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hij zendt het beredeneerd verslag als bedoeld in artikel 7, tweede lid, mee.

D

Aan artikel 12 wordt een volzin toegevoegd, luidende: Indien de officier van justitie in de gevallen als bedoeld in artikel 7, tweede lid, meent niet tot de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding te kunnen overgaan, stelt hij de gemeentelijke lijkschouwer en de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, hiervan onverwijld in kennis.

E

In artikel 81, eerste onderdeel, wordt «7, eerste lid» vervangen door: 7, eerste en tweede lid.

Artikel 22

De Algemene wet bestuursrecht⁴ wordt als volgt gewijzigd. In artikel 1:6 wordt aan het slot van onderdeel d de punt vervangen door een puntkomma en wordt een vijfde onderdeel toegevoegd, luidende: e. besluiten en handelingen ter uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

HOOFDSTUK V. SLOTBEPALINGEN

Artikel 23

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 24

Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001

Beatrix

De Minister van Justitie,

A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,

A.H. Korthals

⁴ Stb. 1998, 1, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 januari 2001, Stb. 71.

COLOFON

Uitgave:
Regionale toetsingscommissies euthanasie
www.euthanasiecommissie.nl

Ontwerp:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk:
Tuijtel, Hardinxveld-Giessendam

september 2014

LEDEN REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE IN 2013

Coördinerend voorzitter: mw. mr W.J.C. Swildens-Rozendaal

Plv. coördinerend voorzitter: dhr. mr P.J.M. van Wersch

REGIO 1 GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE EN BES-EILANDEN

Voorzitter: dhr. mr A.R.O. Mooy

Plv. voorzitters: dhr. mr W. van Nierop
mw. mr H. Mollema-de Jong
(tot 1 januari 2014)

Arts: dhr. dr. E.F.M. Veldhuis

Plv. artsen: dhr. drs. W.G.P. Mulder
mw. drs. T. Toemen (tot 1 juli 2013)

Ethicus: mw. prof. mr dr. A.R. Mackor

Plv. ethici: mw. dr. E.L.M. Maeckelberghe
dhr. dr. D.G. van Tol

REGIO 2 OVERIJSEL, GELDERLAND, UTRECHT EN FLEVOLAND

Voorzitter: mw. mr R.S.T. van Rossem-Broos

Plv. voorzitters: dhr. mr F.Th. Boerwinkel
(tot 1 januari 2014)
dhr. prof. dr. mr L.H.J. Adams
mw. mr H. Mollema-de Jong
(vanaf 1 januari 2014)

Arts: dhr. drs. G.J. van Ravenswaaij
(tot 1 juli 2013)

Plv. artsen: dhr. drs. V.G.G. Vanneste
dhr. drs. L.P. van Bavel
mw. drs. T. Toemen (vanaf 1 juli 2013)

Ethicus: dhr. dr. Th.A. Boer

Plv. ethicus: mw. dr. B. van Baarsen
mw. drs. A.N. Raat

REGIO 3 NOORD-HOLLAND

Voorzitter: mw. mr W.J.C. Swildens-Rozendaal

Plv. voorzitters: dhr. mr H.J. Bunjes
mw. mr W.R. Kastelein

Arts: dhr. drs. P. van Hasselt
(+ 3 april 2013)

Plv. artsen: dhr. drs. W.J. Jabroer
dhr. dr. R.A. Verweij

Ethicus: mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Plv. ethici: mw. prof. dr. S. van de Vathorst
(tot 1 juli 2013)
mw. dr. D.P. Touwen

REGIO 4 ZUID-HOLLAND EN ZEELAND

Voorzitter: dhr. prof. mr J.K.M. Gevers

Plv. voorzitters: mw. mr A.D.R.M. Boumans
dhr. mr F. van der Hoek

Arts: mw. drs. J.A. Schulkes-van de Pol

Plv. artsen: mw. drs. M.E.Y. Koster
dhr. drs. M. te Paske

Ethicus: dhr. drs. G. van Dijk

Plv. ethici: dhr. drs. B.J. Roosjen
dhr. dr. A. Krom

REGIO 5 NOORD-BRABANT EN LIMBURG

Voorzitter: dhr. mr P.J.M. van Wersch

Plv. voorzitters: dhr. prof. mr dr. J.C.J. Dute
mw. mr Ch.L. van den Puttelaar

Arts: dhr. drs. B.R. Schudel

Plv. artsen: dhr. drs. O.I.M. Gerats
dhr. drs. J.H.M. Peerden

Ethicus: dhr. dr. H.J.W.M. Wijsbek

Plv. ethicus: dhr. dr. R. Houtepen

