

REGIONALE  
TOETSINGSCOMMISSIES  
EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2016

# INHOUD

## VOORWOORD

Inleiding	4
Bevindingen	5

## HOOFDSTUK I ONTWIKKELINGEN IN 2016

1 Jaarverslag 'nieuwe stijl'	9
2 Meldingen	
Aantal meldingen	11
Verhouding man - vrouw	11
Verhouding levensbeëindiging op verzoek - hulp bij zelfdoding	11
Aard van de aandoening	12
Dementie	13
Psychiatrische aandoeningen	13
Stapelning van ouderdomsaandoeningen, combinatie van aandoeningen en overige aandoeningen	13
Leeftijd	15
Meldende artsen	15
Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	17
Toetsingspraktijk	17
Locatie van de levensbeëindiging	19
3 Werkwijze RTE, ontwikkelingen	19
VO's en NVO's	19
Code of Practice	20
Reflectiekamer	20
Organisatie	21

## HOOFDSTUK II CASUÏSTIEK

1 Inleiding	23
2 Arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	26
2.1 Vier representatieve casus	26
Casus 2016-90 Kanker	27
Casus 2016-95 Aandoening van het zenuwstelsel	28
Casus 2016-92 Hart- en vaataandoening	29
Casus 2016-91 Longaandoening	30
2.2 Casus geordend naar vier zorgvuldigheidseisen van de WTL	31
Vrijwillig en weloverwogen verzoek	31
Casus 2016-03	31
Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	32
Casus 2016-34	32
Geen redelijke andere oplossing	33
Casus 2016-01	33
Onafhankelijke consultatie	35
Casus 2016-52	35

2.3 Casus betreffende mensen met een psychiatrische aandoening, dementie en een stapeling van ouderdomsaandoeningen	37
Psychiatrische aandoening	37
Casus 2016-41	37
Combinatie van psychiatrische en lichamelijke aandoeningen	39
Casus 2016-11	39
Dementie	41
Casus 2016-94	41
Casus 2016-62	42
Stapelning van ouderdomsaandoeningen	45
Casus 2016-96	45
Casus 2016-44	46
3 Arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	47
Niet gehandeld overeenkomstig het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering	47
Casus 2016-57	48
Niet gehandeld overeenkomstig het vereiste van de consultatie van één andere, onafhankelijke arts	50
Casus 2016-45	50
Niet gehandeld overeenkomstig het vereiste van uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing	52
Casus 2016-21	52
Niet gehandeld overeenkomstig de vereisten van het vrijwillig en weloverwogen verzoek én de medisch zorgvuldige uitvoering	54
Casus 2016-85	54

# VOORWOORD

## INLEIDING

Op 15 februari 2016 zond de NPO een televisiedocumentaire uit waarin drie mensen op de drempel van hun levensbeëindiging een gezicht kregen. Omdat het bovendien patiënten betrof bij wie lastige vragen speelden, heeft de uitzending in de verdere maatschappelijke discussie over euthanasie een grote rol gespeeld.

Wanneer is euthanasie mogelijk bij mensen met een psychiatrische aandoening of mensen met (vergevoerde) dementie? Wanneer is er sprake van 'voltooid leven' en wanneer is sprake van een stapeling van ouderdomsaandoeningen waarbij het lijden een medische grondslag heeft? Vertaald in de bewoordingen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) liggen dan onder meer de vragen voor of de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen is gedaan én of het lijden van de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was; is de arts met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat voor de situatie waarin de patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing bestond?

Iedere beslissing over het al dan niet meewerken aan een verzoek om euthanasie is ingrijpend, omdat het een kwestie van leven en dood betreft. Uit de meldingen die de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) in 2016 ontvingen blijkt opnieuw dat artsen die met een dergelijk verzoek geconfronteerd worden daar zorgvuldig mee omgaan. Slechts in een zeer gering aantal zaken zijn de RTE tot het oordeel gekomen dat de meldende arts op onderdelen niet aan alle wettelijk bepaalde zorgvuldigheidseisen had voldaan.

De belangrijkste cijfers over de meldingen uit 2016 luiden als volgt.\*

In 2016 hebben de RTE 6091 meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ontvangen. Het betreft 4% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2016 is overleden (148.973).

In 83% van de gemelde zaken (5077) was sprake van patiënten met niet of niet meer te genezen kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose, ALS), hart- en vaatziekten of longaandoeningen.

Bij circa 2% van de meldingen was de aard van de aandoening dementie, terwijl in circa 1% van de gevallen sprake was van een psychiatrische aandoening. In 4% van de meldingen was sprake van een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

Evenals in voorgaande jaren was het de huisarts die in het overgrote deel van de gemelde zaken de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding verleende (in 2016: 85%). Vier op de vijf patiënten overleed thuis.

De gemiddelde doorlooptijd - de tijd tussen de binnenkomst van een melding en het moment waarop het oordeel van de RTE aan een arts wordt verzonden - verminderde tot 37 dagen (in 2015 was dit 39 dagen).

In 10 van de 6091 in 2016 gemelde zaken werd geoordeeld dat niet voldaan was aan de in de WTL omschreven zorgvuldigheidseisen (0,16% van het totaal aantal meldingen).

## BEVINDINGEN

In vergelijking tot 2015 is (opnieuw) sprake van groei van het aantal meldingen. De groei bedroeg 575 zaken waarvan een aanzienlijk deel betrekking heeft op patiënten met kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel en hart- en vaatziekten. Daarnaast is onder meer sprake van groei van het aantal meldingen dat betrekking heeft op patiënten die lijden aan dementie (32), aan een psychiatrische aandoening (4) of aan een stapeling van ouderdomsaandoeningen (61).

De vraag naar de duiding van de groei is niet eenvoudig te beantwoorden. Is er sprake van een grotere meldingsbereidheid onder artsen? Zijn artsen minder terughoudend bij het inwilligen van het verzoek van patiënten tot levensbeëindiging? Richten patiënten zich over hun wens tot levensbeëindiging op meer gedediceerde wijze tot de arts? Is het veelal gelukkige feit dat mensen in Nederland langer leven/ouder worden een mogelijke verklaring voor de groei van het aantal meldingen? Of ligt aan die groei ook de demografische opbouw van de Nederlandse bevolking ten grondslag?

Medio 2017 zullen de resultaten van de derde vijfjaarlijkse evaluatie van de WTL worden gepubliceerd. Mogelijk zullen de vragen over de gestage groei van het aantal meldingen daarin beantwoord worden.

De kerncijfers en de toetsingspraktijk geven een goed beeld van de stand van zaken. Euthanasie en hulp bij zelfdoding vinden in bijna alle gevallen plaats binnen de grenzen die de wetgever via de wettelijke zorgvuldigheidseisen daaraan heeft gesteld. De door de uitvoerende artsen aangeleverde verslagen en bijbehorende stukken, waaronder de

\* Zie voor de volledige cijfers over 2016 Hoofdstuk 1.

verslagen van de consultants, zijn in het overgrote deel van de gevallen kwalitatief van een hoog niveau wat bijdraagt aan de transparantie en de controleerbaarheid van de euthanasiepraktijk.

Die constatering doet niet af aan het feit dat de maatschappelijke discussie over euthanasie levendig is. Dat bleek zoals gezegd begin 2016 naar aanleiding van bovengenoemde documentaire.

De discussie kwam opnieuw op naar aanleiding van de publicatie van twee oordelen van de RTE rond de jaarwisseling 2016/2017 over de levensbeëindiging bij patiënten in een vergevorderde fase van dementie.\*\*

In lijn met art. 2 lid 2 van de WTL kan de arts ook gevolg geven aan het verzoek tot levensbeëindiging als de patiënt deze eerder in een schriftelijke wilsverklaring heeft verzocht om zijn leven te beëindigen bij ondraaglijk lijden in een vergevorderd stadium van diens dementie. De in de wet genoemde zorgvuldigheidseisen zijn dan “van overeenkomstige toepassing”, aldus art. 2 lid 2 van de WTL. Het gevolg geven aan een verzoek dat wordt gedaan in een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring kan in de praktijk tot moeilijke situaties leiden. Hoe moet een arts bijvoorbeeld handelen indien een patiënt in een vergevorderde fase van dementie die – toen deze nog volledig wilsbekwaam was, schriftelijk in eenduidige bewoording heeft aangegeven in die situatie levensbeëindiging te willen – op het moment van de injectie zijn arm terugtrekt? Is die terugtrekkende beweging een teken van schrik en pijn door de injectie of moet die beweging uitgelegd worden als een signaal dat de patiënt zich dan verzet tegen de levensbeëindiging?

Ook over de vraag of het mogelijk moet worden om hulp bij zelfdoding te verkrijgen in het geval van ‘voltooid leven’ zonder dat er sprake is van een medische grondslag voor het lijden (hetgeen buiten het huidige wettelijke kader valt) lopen de opvattingen uiteen. In veel gevallen waarbij de patiënt lijdt aan een stapeling van ouderdomsaandoeningen, verwoorden de desbetreffende patiënten hun verzoek om levensbeëindiging vaak door te stellen dat zij “klaar met leven” zijn dan wel dat zij hun leven “voltooid” achten. Is er een voor artsen en patiënten werkbare grens te bepalen tussen “stapeling van ouderdomsaandoeningen” en “voltooid leven”? Leidt de onduidelijkheid over die grens er misschien toe dat artsen en consultants terughoudender zijn dan de WTL heeft beoogd, om in de situatie waarin sprake is van een stapeling van ouderdomsaandoeningen aan de wens van de patiënt tegemoet te komen?

Die vragen komen ook in de toetsing van de meldingen door de RTE indringend aan de orde, waarbij alle vaak zeer specifieke feiten en

omstandigheden uit de casus die voorligt worden gewikt en gewogen alvorens tot een oordeel te komen.

De RTE zijn echter deskundigencommissies en geen rechterlijke instantie. Daarmee kent de rechtsvormende functie van de commissies een belangrijke beperking terwijl patiënten en hun dierbaren, artsen, consultants en de samenleving baat kunnen hebben bij grotere rechtszekerheid over deze en andere vragen dan de RTE kunnen geven.

Als een commissie in een casus van oordeel is dat de arts in strijd met een van de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, hebben het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg de mogelijkheid om de (tucht)rechter te vragen daarover een uitspraak te doen. Dat is sinds de inwerkingtreding van de WTL overigens door het OM nog nooit gedaan en door de Inspectie slechts een aantal malen.

Een andere weg om rechtsvorming en grotere rechtszekerheid te bevorderen is om cassatie in het belang der wet mogelijk te maken, ook in het geval waarin een commissie tot het oordeel is gekomen dat wél overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld. Zo zouden juridisch relevante vragen over de interpretatie van de WTL aan de Hoge Raad voorgelegd kunnen worden, zonder dat de te goeder trouw handelende uitvoerend arts onderworpen wordt aan een langdurige en als pijnlijk ervaren rechtsgang.

mr. Jacob Kohnstamm

*Coördinerend voorzitter Regionale Toetsingscommissies Euthanasie*

Den Haag, maart 2017

\*\* Zie oordelen 2016-38 en 2016-85 op de website.

# HOOFDSTUK I

## ONTWIKKELINGEN IN 2016



8

### VERHOUDING MAN-VROUW

mannen	3130
vrouwen	2961

### 1 JAARVERSLAG 'NIEUWE STIJL'

*Voor nadere informatie over de hoofdlijnen van de wet, de werkwijze van de commissies etc. zie de Code of Practice p. 6 en verder.*

In het jaarverslag doen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE ) verslag van hun werkzaamheden over het afgelopen kalenderjaar en leggen daarmee verantwoording af aan samenleving en politiek 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 (hierna: WTL). In dit jaarverslag worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip euthanasie. Alleen waar dat nodig is, zal een onderscheid worden gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

*Voor informatie over de werkwijze van de RTE, zie tevens: <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies>*

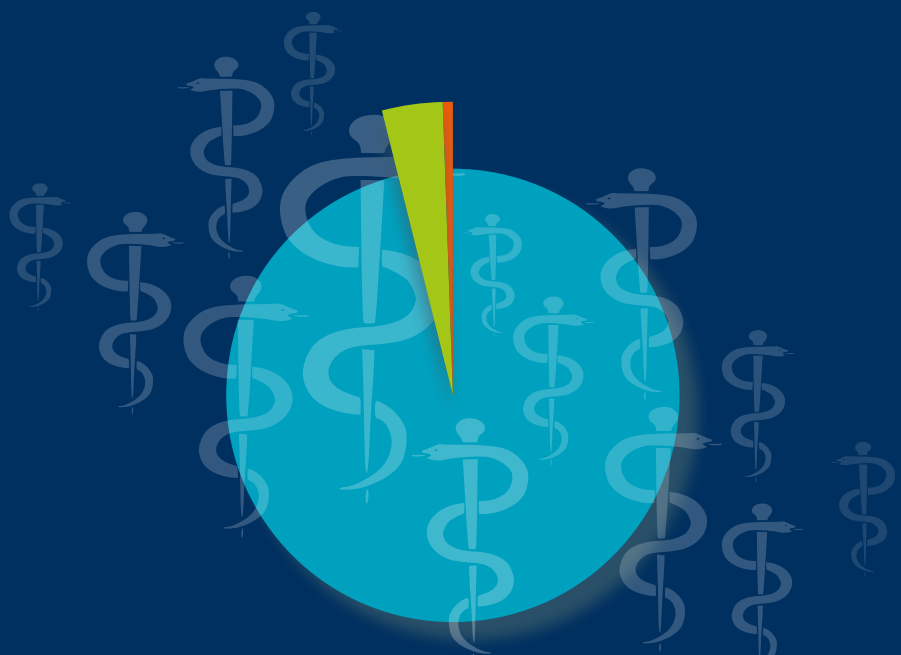
Het jaarverslag heeft daarnaast tot doel om (SCEN<sup>1</sup>-)artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de wijze waarop de commissies concrete meldingen hebben getoetst en beoordeeld. In het jaarverslag wordt dan ook uitgebreid stilgestaan bij de casuïstiek. Er is naar gestreefd om het jaarverslag voor een breder publiek toegankelijk te maken door zoveel mogelijk juridische of medische termen te vermijden of nader uit te leggen. Ook is dit jaar gekozen voor een handzamer formaat.

Begin 2016 is de geheel vernieuwde website ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)) in gebruik genomen. Door middel van het nieuwe zoek-systeem zijn de uitspraken van de RTE beter vindbaar en toegankelijk geworden. In dit jaarverslag is de beschrijving van de diverse casus om die reden teruggebracht tot de essentie onder verwijzing naar de integrale tekst van het oordeel op de website en relevante passages in de Code of Practice van de RTE. Deze Code of Practice is in april 2015 verschenen en wordt op dit moment geactualiseerd.

Ook zijn de overzichten met het aantal meldingen van euthanasie in de vijf afzonderlijke regio's niet langer in het jaarverslag zelf opgeno-

9

<sup>1</sup> SCEN betekent: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. De SCEN -organisatie en -opleiding is een onderdeel van de KNMG. De KNMG heeft in 2011 een richtlijn voor SCEN-artsen vastgesteld, met als titel Goede steun en consultatie bij euthanasie.



## VERHOUDING LEVENSBEEÏNIDING OP VERZOEK / HULP BIJ ZELFDODING

● Levensbeëindiging op verzoek	5856
● Hulp bij zelfdoding	216
● Combinatie van beide	19

*De tekst van de WTL en andere relevante wetsbepalingen uit het Wetboek van Strafrecht en de Wet op de Lijkbezorging zijn te raadplegen op: <https://www.euthanasiecommissie.nl/zorgvuldigheidseisen>*

men, maar te raadplegen op de website (zie: <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/p-2016>). Hetzelfde geldt voor algemene informatie over het wettelijk kader, de rol van de RTE en relevante wetsbepalingen.

Na overleg met het Openbaar Ministerie (hierna: OM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) is besloten om in het jaarverslag niet langer verslag te doen van de wijze waarop OM en IGZ meldingen hebben afgehandeld waarover door de RTE is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 WTL. Het is minder passend als de RTE gegevens verstrekken over de wijze waarop het OM en de IGZ deze meldingen afhandelen.

## 2 MELDINGEN

### Aantal meldingen

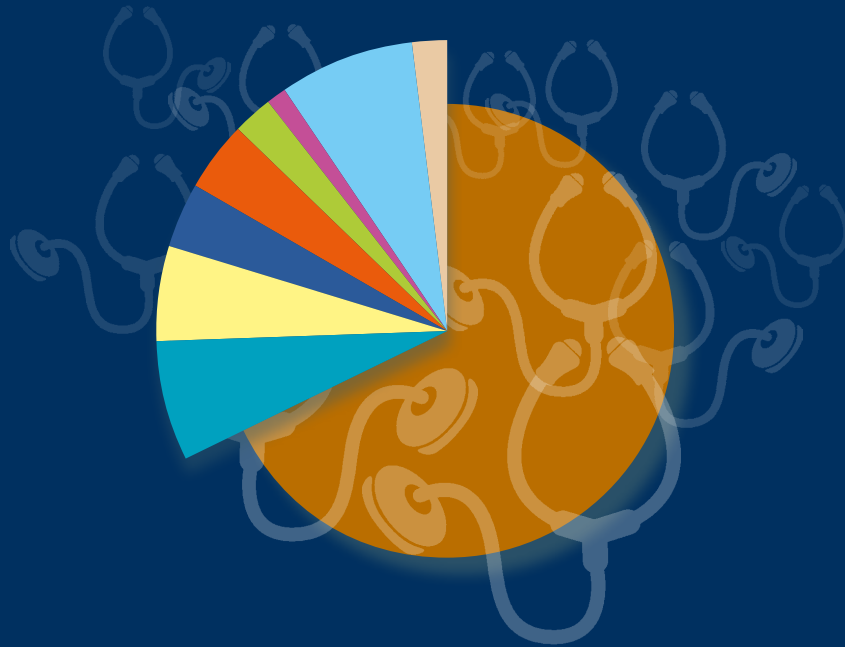
In 2016 hebben de RTE 6091 meldingen van euthanasie ontvangen. Het betreft 4% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2016 is overleden (148.973). In 2015 ontvingen de RTE 5516 meldingen ofwel 3,75% van het totale sterftcijfer (147.134). De stijging in absolute aantallen van het aantal meldingen van euthanasie in 2016 blijft dus relatief klein ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland. De RTE ontvingen in 2016 1 melding uit de BES-eilanden.

### Verhouding man-vrouw

De verhouding man/vrouw bij het aantal meldingen was nagenoeg gelijk: 3130 mannen (51%) en 2961 vrouwen (49%).

### Verhouding levensbeëindiging op verzoek / hulp bij zelfdoding

In 5856 gevallen (ruim 96%) was er sprake van levensbeëindiging op verzoek, in 216 (3,5%) van hulp bij zelfdoding en in 19 gevallen (0,3%) betrof het een combinatie van beide.



## AARD VAN DE AANDOENINGEN

● kanker	4137
● aandoeningen van het zenuwstelsel	411
● hart- en vaataandoeningen	315
● longaandoeningen	214
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	244
● dementie	141
● psychiatrische aandoeningen	60
● combinatie van aandoeningen	465
● overige aandoeningen	104

*Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden.*

*Zie in dit kader de Code of Practice p. 13, 31 en 32.*

## Aard van de aandoeningen

In ruim 83% van de gemelde zaken (5077) was sprake van mensen met niet of niet meer te genezen kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose, ALS), hart- en vaatziekten of longaandoeningen. De aantallen betreffen respectievelijk: 4137 (kanker), 411 (aandoeningen van het zenuwstelsel), 315 (hart- en vaataandoeningen) en 214 (longaandoeningen).

### Dementie

Bij 141 meldingen vormde dementie de grondslag van het lijden. In 2015 waren dit 109 meldingen. In verreweg de meeste gevallen ging het om mensen in de beginfase van een proces van dementering, 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 konden overzien. Casus 2016-94, opgenomen in hoofdstuk II, is hier een voorbeeld van. In enkele gevallen betrof het patiënten in een stadium met een ver(der) gevorderde dementie. Zie casus 2016-62 en casus 2016-85 (eveneens opgenomen in hoofdstuk II). In de laatst genoemde casus oordeelde de RTE dat de arts 'niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen' heeft gehandeld.

### Psychiatrische aandoeningen

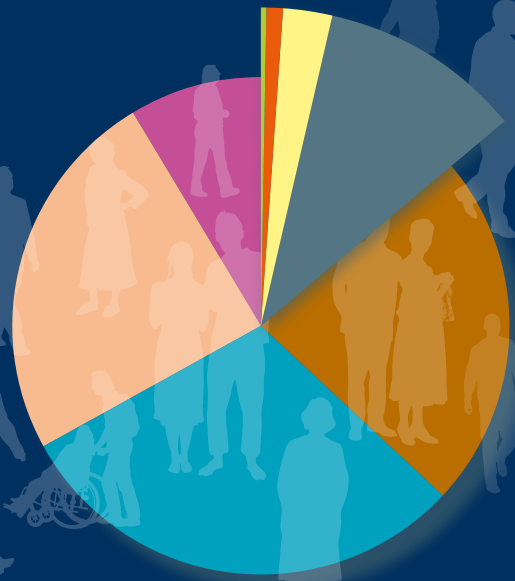
In 60 meldingen van euthanasie vond het lijden zijn grondslag in een psychiatrische aandoening. In 2015 waren dit 56 meldingen. Van deze 60 meldingen was in 28 gevallen de meldende arts een psychiater, in 20 gevallen een huisarts, in 1 geval een specialist ouderengeneeskunde en in 11 gevallen een andere arts (bijvoorbeeld een arts in opleiding tot psychiater). Casus 2016-41 (opgenomen in hoofdstuk II) is een voorbeeld van een dergelijke casus.

Bij sommige meldingen werd de grondslag van het lijden gevormd door een combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen. Zie casus 2016-11 in hoofdstuk II.

### Stapeling van ouderdomsaandoeningen, combinatie van aandoeningen en overige aandoeningen

In 244 gevallen was sprake van een 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' en in 465 gevallen van een zogenaamde 'combinatie van aandoeningen'. Onder de categorie 'combinatie van aandoeningen' worden alle meldingen geregistreerd waarbij sprake is van een combinatie van aandoeningen uit de hiervoor genoemde categorieën: bijvoorbeeld wanneer de grondslag van het lijden zowel gelegen is in de aandoening

## LEEFTIJD



● 30 jaar of jonger*	16
● 30-40 jaar	44
● 40-50 jaar	152
● 50-60 jaar	631
● 60-70 jaar	1408
● 70-80 jaar	1831
● 80-90 jaar	1487
● 90 jaar of ouder	522

\*waarvan 1 minderjarige

kanker als in een hart- en vaataandoening of wanneer het lijden zijn grondslag vindt in dementie of een psychiatrische aandoening in combinatie met COPD. Tot slot gebruiken de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie 'overige aandoeningen' waaronder aandoeningen worden geregistreerd die niet onder de voorgaande categorieën vallen, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom. Dit waren 104 gevallen.

### Leeftijd

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie heeft betrekking op de leeftijdscategorie 70-80 jaar, namelijk 1831 (30,1%), gevolgd door de leeftijdscategorie 80-90 jaar, namelijk 1487 (24,4%) en 60-70 jaar, namelijk 1408 (23,1%).

*Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten de Code of Practice p. 25.*

In 2016 ontvingen de RTE één melding van euthanasie bij een minderjarige (12 t/m 17 jaar). Zie in dit kader casus 2016-58, te raadplegen op de website. In de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn 59 meldingen ontvangen. In zeven van deze gevallen werd de grondslag van het lijden gevormd door een psychiatrische aandoening. Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' heeft het hoogste aantal meldingen betrekking op de leeftijdscategorie 90 jaar of ouder. Bij de categorieën dementie en psychiatrie is dit 80-90 jaar respectievelijk 50-60 jaar.

### Meldende artsen

In het overgrote deel van het aantal meldingen (5167) was de huisarts de meldende arts (85% van het totaal aantal meldingen). De overige meldende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (216), medisch specialisten (179) en artsen in opleiding tot specialist (43). Ten slotte is er nog een grote groep artsen met een andere achtergrond (486), bijvoorbeeld artsen verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek (hierna: SLK) of een basisarts.

De RTE hebben in 2016 het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan de SLK zien toenemen naar 487 (in 2015: 366). Een stijging van 33% ten opzichte van 2015. Zoals uit de meldingsgegevens blijkt, worden SLK artsen vaak bij complexe zaken ingeschakeld. Een groot deel van de meldingen waarbij sprake was van een psychiatrische aandoening was afkomstig van een SLK arts: 37 van de 60 meldingen (ofwel bijna 62%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 46 meldingen (dus bijna 33%) afkomstig van een SLK arts. Ten slotte ontvingen de RTE 66 meldingen (ofwel 27%) van SLK-artsen waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen. Uit de dossiers blijkt dat artsen deze zaken als complex kunnen ervaren of dat artsen om





## MELDENDE ARTSEN

● huisarts	5167
● specialist ouderengeneeskunde	216
● medisch specialist in ziekenhuis	179
● arts in opleiding tot specialist	43
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld artsen verbonden aan de Stichting Levensidekliniek of een basisarts)	486

principiële redenen doorverwijzen naar de SLK. Daarnaast zijn er artsen die alleen euthanasie willen verlenen in geval van een terminale aandoening. Ook zij verwijzen hun patiënten soms door naar de SLK.

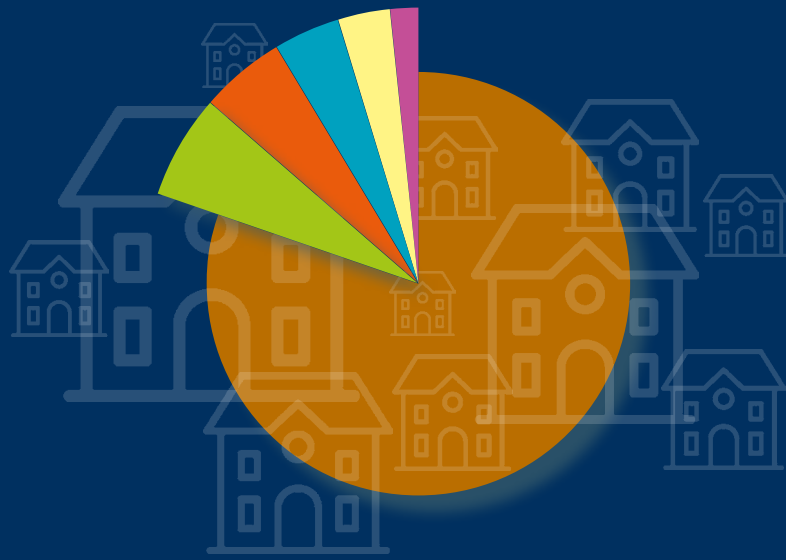
### Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

In 10 van de 6091 gemelde gevallen zijn de RTE tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 van de WTL heeft voldaan: dat is 0,16% van het totaal aantal meldingen. In vijf gevallen oordeelde de commissie dat niet voldaan was aan het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering. In drie zaken was niet voldaan aan het vereiste dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts moet hebben geraadpleegd. Bij één melding was de commissie van oordeel dat de arts niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij tot de overtuiging kon komen dat bij patiënt sprake was van uitzichtloos lijden en dat andere redelijke oplossingen om het lijden weg te nemen ontbraken. Bij de laatste melding oordeelde de commissie dat de arts niet ondubbelzinnig tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging en dat er niet voldaan was aan het vereiste van een medisch zorgvuldige uitvoering.

### Toetsingspraktijk

Aan de nuances van de toetsingspraktijk wordt onvoldoende recht gedaan als zou worden volstaan met het weergeven van de zaken waarbij de RTE tot het oordeel kwamen dat er door de arts niet was gehandeld overeenkomstig een of meer van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De toetsingspraktijk kent daarnaast vele 'grijstinten': inclusief de hierboven genoemde 10 zaken heeft de commissie in 77 zaken bij de meldende arts, en in een enkel geval bij de consulent, om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. In 40 zaken heeft de commissie de meldende arts, en in een enkel geval de consulent dan wel de voormalige huisarts van de patiënt, uitgenodigd om tijdens de commissievergadering een mondelinge toelichting te geven over bij de commissie gerezen vragen. Doorgaans waren deze mondelinge en schriftelijke toelichtingen van artsen en consulenten voor de commissie zeer verhelderend zodat zij tot het eindoordeel kon komen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dat neemt niet weg dat de commissies ook regelmatig aanwijzingen hebben gegeven aan artsen over de wijze waarop zij hun handelen in de toekomst kunnen verbeteren.

De commissies voeren verder onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het noodzakelijk wordt geacht dat alle 45 leden zich daarover kunnen uitspreken. Zo is het een vaste werkwijze



## LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING

Thuis	4904
Hospice	367
Verzorgingshuis	300
Verpleeghuis	233
Ziekenhuis	199
Anders	88

(bijvoorbeeld bij familie, in een woonzorgcentrum of een zorghotel)

dat de commissie die meent dat een melding niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, de zaak met het voorgenomen concept oordeel op het RTE intranet zet. Na kennisgeving van de reacties komt de betreffende commissie tot een definitief oordeel. Dat gebeurt ook in andere zaken waarin de behandelende commissie behoefte heeft aan een breed intern debat. Doel is om de kwaliteit van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en om in de oordelen zoveel mogelijk uniformiteit in de naar hun aard uiteenlopende zaken aan te brengen. In 2016 zijn 20 zaken op die manier in discussie gebracht.

### Locatie van de levensbeëindiging

In het overgrote deel van de meldingen (4904, d.w.z. 80,5%) vond de levensbeëindiging thuis plaats. In de overige gevallen was de plaats van overlijden een hospice (367, d.w.z. 6%), een verzorgingshuis (300, d.w.z. 4,9%), een verpleeghuis (233, d.w.z. 3,8%), een ziekenhuis (199, d.w.z. 3,3%) of een andere, bijvoorbeeld bij familie thuis, in een woonzorgcentrum of een zorghotel (88, d.w.z. 1,4%).

## 3 WERKWIJZE RTE, ONTWIKKELINGEN

### VO's en NVO's

Sedert 2012 maken de RTE direct na de ontvangst van de melding een onderscheid tussen zogenaemde 'niet vragen oproepende meldingen' (hierna: NVO-meldingen) en 'vragen oproepende meldingen' (hierna: VO-meldingen). NVO-meldingen en bijbehorende dossiers worden wekelijks digitaal aan de commissieleden voorgelegd en beoordeeld zodat deze meldingen binnen de gestelde termijn afgehandeld kunnen worden. In 2016 bestond 80% van het aantal ontvangen meldingen uit NVO-meldingen.

Meldingen worden als NVO geselecteerd wanneer de ervaren secretaris van de commissie, een jurist, de inschatting maakt dat de gegeven informatie zo volledig is en het zo waarschijnlijk is dat er door de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan dat de commissie in staat wordt geacht deze digitaal goed te kunnen beoordelen. Als voorbeeld van dergelijke NVO-meldingen zijn in hoofdstuk II opgenomen casus 2016-90, 2016-91, 2016-92 en 2016-95.

Een klein aantal van de als NVO geselecteerde meldingen (1%) werd alsnog als VO-melding in de commissievergadering besproken. De geldende afspraak is namelijk dat als één van de commissieleden van mening is dat een NVO-melding wel degelijk vragen oproept de melding wordt doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering.

De overige 20% van het aantal ontvangen meldingen, die wel – mondeling te bespreken – vragen opriepen (bijvoorbeeld in verband met complexe problematiek zoals psychiatrie en dementie of omdat het door de meldende arts aangeleverde dossier te summier was) werden door de RTE beoordeeld in de maandelijkse commissievergaderingen.

## Code of Practice

*De Code of Practice is te raadplegen op de website: <https://www.eutanasiacommissie.nl/de-toetsingscommissies/code-of-practice>*

De in april 2015 door de RTE gepubliceerde Code of Practice geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten die de RTE van belang achten bij de uitoefening van hun wettelijke taak: het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Doel van de Code of Practice is om - met name voor (uitvoerend) artsen en consultants - op een toegankelijke wijze inzichtelijk te maken hoe de RTE de wettelijke zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen.

Om inzicht te krijgen in de bekendheid en ervaringen van (SCEN-) artsen met de Code of Practice is in februari 2016 door de RTE een mini-enquête verricht. Er zijn meer dan 1000 korte vragenlijsten verstuurd aan artsen die een euthanasie hadden gemeld alsmede aan de in deze meldingen betrokken consultant(en). Op deze vragenlijsten is door 70% van de (SCEN-)artsen gereageerd, een ongekend hoge respons. Uitkomst van de enquête is dat de Code of Practice zeer positief wordt beoordeeld, maar ook dat deze bij een grote groep artsen niet bekend is: bijna 80 procent van de meldende artsen kende de Code niet. Een groot deel van de SCEN-artsen (89%) kende de Code wél. Gebleken is dat de Code of Practice vooral geraadpleegd wordt bij vragen over het lijden, over dementie, voltooid leven en psychiatrie. Een redactiecommissie brengt op dit moment in kaart op welke punten de Code of Practice verbeterd, herzien of anders geformuleerd zou kunnen worden. Hierbij zijn onder andere de KNMG en de SCEN-intervisiegroepen om hun inbreng gevraagd.

De Code of Practice is inmiddels ook verschenen in een Engelse vertaling om de Nederlandse toetsingspraktijk ook inzichtelijk te maken voor buitenlandse geïnteresseerden. De Engelse versie van de Code of Practice is te vinden op de RTE website.

## Reflectiekamer

De RTE hebben onlangs besloten om een zogenaamde interne reflectiekamer in te stellen, onder meer met het doel om de onderlinge afstemming en harmonisatie verder te bevorderen. De reflectiekamer bestaat uit twee juristen, twee ethici, twee artsen en een secretaris van de RTE. De reflectiekamer kan door een commissie geraadpleegd worden in geval van een complex vraagstuk. De reflectiekamer zal niet

zozeer een melding in zijn geheel beoordelen, maar zich buigen over een concrete door de adviesvragende commissie geformuleerde vraag of vragen. Gegeven de tijd die het werk van de reflectiekamer mogelijk vergt, zal de meldende arts worden geïnformeerd over de verlengde afhandeling.

De reflectiekamer zal in de loop van 2017 van start gaan. Na twee jaar zal een evaluatie plaatsvinden.

## Organisatie

De RTE, bestaande uit vijf regionale commissies, zijn zelfstandig en onafhankelijk. Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Uitgangspunt is dat een commissie voor iedere discipline twee plaatsvervaarders heeft. In totaal hebben de RTE dan ook 45 leden. Iedere commissie wordt bijgestaan door een secretaris (jurist) die een raadgevende stem heeft. De leden van de RTE worden benoemd door de Ministers van VWS en V&J voor een periode van vier jaar, nog eenmaal te verlengen met vier jaar.

De secretariaten van de RTE maken, met het oog op doelmatigheid, deel uit van het Ministerie van VWS. Zij zijn georganiseerd binnen de Eenheid secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (ESTT). De medewerkers van de secretariaten van de RTE werken alleen voor deze commissies.

Binnen de secretariaten van de RTE werken 27 medewerkers die gezamenlijk een personele organisatie vormen van 19,25 voltijds functies. De medewerkers van de secretariaten verzorgen de voorbereiding en afhandeling van de toetsing van meldingen door de commissies. Daarnaast ondersteunen de medewerkers van de secretariaten de commissies bij gezamenlijke vraagstukken zoals de totstandkoming en het actualiseren van de Code of Practice of het opstellen van het jaarverslag.

In het licht van de aanhoudende groei van het aantal gemelde gevallen van euthanasie is de organisatie van de RTE en de toekomstbestendigheid ervan tegen het licht gehouden. Een door de RTE ingestelde werkgroep heeft een extern adviesbureau in de arm genomen. In de loop van het proces zijn vier kernthema's geselecteerd die zijn uitgewerkt in oplossingen en voorstellen. Het gaat om: het optimaliseren van het werkproces van de toetsing, het verbeteren van interne overlegstructuren, het formuleren van een missie voor de RTE en het inrichten van de woordvoering. Op basis van die thema's zijn voorstellen geformuleerd die eind 2016 tijdens een plenaire bijeenkomst zijn besproken.

# HOOFDSTUK II

## CASUÏSTIEK

# II

### 1 INLEIDING

*De tekst van de WTL en andere relevante wetsbepalingen uit het Wetboek van Strafrecht en de Wet op de Lijkbezorging zijn te raadplegen op: <https://www.euthanasiemissie.nl/zorgvuldigheidseisen>*

In dit hoofdstuk laten we oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) zien. In de kern bestaat het werk van de RTE uit het beoordelen van dossiers van artsen betreffende levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: euthanasie<sup>1</sup>). Een arts die euthanasie heeft toegepast, heeft de wettelijke verplichting dit te melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. De gemeentelijke lijkschouwer stuurt de melding en de bijbehorende stukken vervolgens door naar de RTE. Het door de arts aangeleverde dossier bestaat in hoofdzaak uit een verslag van de meldende arts, een verslag van de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent (bijna altijd een SCEN-arts), delen van het medisch dossier van de patiënt, een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt als die aanwezig is (een schriftelijke verklaring is geen vereiste voor de uitvoering van euthanasie) en een verklaring van de gemeentelijke lijkschouwer. De commissie kijkt of de meldende arts voldaan heeft aan de zes zorgvuldigheidseisen die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) in art 2 lid 1 stelt:

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

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

<sup>1</sup> Zoals in hoofdstuk I is aangegeven, worden in dit jaarverslag beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip euthanasie. Alleen waar dat nodig is, zal een onderscheid worden gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Bij het toetsen kijken de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis en de relevante jurisprudentie. Verder houden zij rekening met eerdere beslissingen van de RTE en met beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De RTE oordelen of *vast is komen te staan* dat er voldaan is aan het vereiste van voorlichting (c), consultatie (e) en medisch zorgvuldige uitvoering (f). Wat betreft de andere drie zorgvuldigheidseisen (a), (b) en (d) moet de arts *aannemelijk maken* dat hij gelet op de omstandigheden van het geval, *in redelijkheid tot de overtuiging kon komen* dat daaraan was voldaan. Dit is wat juristen ‘marginale toetsing’ noemen. Het betekent dat de RTE deze zorgvuldigheidseisen niet ‘vol toetsen’ en dus niet opnieuw dezelfde vragen beoordelen als de arts die de eerdere beslissing heeft genomen. Dat kunnen de RTE ook niet omdat de patiënt is overleden. Daar staat tegenover dat dit bij uitstek de onderwerpen zijn waar de geconsulteerde arts naar kijkt.

De casus die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, zijn onderverdeeld in zaken die door de RTE als ‘voldaan aan de zorgvuldigheidseisen’ zijn beoordeeld (paragraaf 2) en zaken die beoordeeld zijn als ‘niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen’ (paragraaf 3). Dat laatste wil zeggen dat de betreffende commissie van oordeel is dat de arts aan een of meer van de zorgvuldigheidseisen niet heeft voldaan.

Paragraaf 2 is onderverdeeld in drie subparagrafen.

Eerst (paragraaf 2.1) tonen we vier oordelen die representatief zijn voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangen.

Casus waarin sprake is van kanker, een aandoening van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen of een longaandoening.

Daarna (paragraaf 2.2) richten we de aandacht op verschillende zorgvuldigheidseisen. Daarbij gaan we met name in op het vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b), het ontbreken van een redelijke andere oplossing (d) en de onafhankelijke consultatie (e).

Er zijn twee zorgvuldigheidseisen die op deze plaats niet expliciet aan de orde komen: de voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten (c) en de medisch zorgvuldige uitvoering van de euthanasie (f).

Het vereiste onder (c) is in het algemeen nauw verweven met andere zorgvuldigheidseisen waaronder de eis dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Daarvan kan alleen sprake zijn als de patiënt goed op de hoogte is van zijn gezondheidssituatie en zijn vooruitzichten (zie ook p. 14 Code of Practice). Deze informatie is ook van belang om te kunnen oordelen of er inderdaad sprake is van het ontbreken van een redelijke andere oplossing: een opvatting waartoe de arts en de patiënt gezamenlijk moeten komen (zie p. 15 en 16 Code of Practice). De zorgvuldigheidseis inzake de medisch zorgvuldige uitvoering (f) komt aan de orde bij de casus die als ‘niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen’ wordt beschreven.

Vervolgens (paragraaf 2.3) beschrijven we een aantal casus waarin euthanasie is toegepast bij iemand met een psychiatrische aandoening, bij iemand met dementie en bij ouderen met een stapeling van aandoeningen. Bij al deze zaken zijn de RTE tot de conclusie gekomen dat de arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

In paragraaf 3 beschrijven we vier zaken waarin de arts niet heeft voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen. Het gaat concreet om het zorgvuldigheidsvereiste van het vrijwillig en weloverwogen verzoek, het ontbreken van een redelijk andere oplossing, de onafhankelijke consultatie en de medisch zorgvuldige uitvoering.

Bij alle zaken staat een nummer. Onder dat nummer is op de website van de RTE ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)) het hele oordeel te lezen.

## 2 ARTS HEEFT GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

### 2.1 Vier representatieve casus

Zoals uit hoofdstuk 1 blijkt wordt euthanasie voor het overgrote deel verricht bij patiënten met kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen en longaandoeningen. Als voorbeelden daarvan dienen onderstaande vier casus (allemaal voorbeelden van NVO-dossiers).

In de eerste beschreven casus is bijna het complete oordeel opgenomen. Persoonidentificerende gegevens zijn weggelaten. Het geeft weer hoe een oordeel van de RTE eruit ziet. De vier casus samen geven een beeld van de problematiek die de RTE het meest tegenkomen.

## CASUS 2016-90 KANKER

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding

### FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

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

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

Patiënt, een man van 60-70 jaar, was sinds 2010 bekend met een naar de lever gemetastaseerd coloncarcinoom (uitgezaaide kwaadaardige dikke darm tumor). Vanaf 2013 ging zijn toestand, als gevolg van toename van de levermetastasen en het ontstaan van abdominale en longmetastasen (uitzaaiingen in de buik en longen), verder achteruit. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven) van aard.

Het lijden van patiënt bestond uit voortdurende misselijkheid, frequent overgeven, vermoeidheid, lusteloosheid en energie- en krachtsverlies. Hij was tot vrijwel niets meer in staat en kon nergens meer van genieten. Patiënt leed onder het vooruitzicht op verdere achteruitgang en ontluistering.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. 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.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

#### b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënt had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Ongeveer twee weken voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

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

#### c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt ruim een week voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziekte-geschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

#### d. Uitvoering

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.

#### BEOORDELING

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. 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 patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

#### BESLISSING

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

### CASUS 2016-95 AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding

Een vrouw, tussen 70 en 80 jaar, kreeg begin 2013 de diagnose Amyotrofische Lateraal Sclerose ofwel ALS (een ongeneeslijke aandoening waarbij zenuwen afsterven wat spierzwakte veroorzaakt). Gaandeweg was er sprake van paresen (krachtsvermindering) aan armen en benen,

slik- en spraakproblemen en ging de communicatie steeds moeilijker. In de laatste periode voor het overlijden ging de situatie van de vrouw fors achteruit. Genezing van ALS is niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven). De vrouw kampte met ernstige vermoeidheid, was toenemend benauwd en kon niet goed ademen. Zij ervoer dit als beangstigend en bedreigend. Praten ging bijna niet meer. De vrouw werd gevoed en kreeg medicatie via een PEG-sonde (een dun slangetje dat via een sneetje door de buikwand in de maag wordt geplaatst. Door deze sonde kunnen vloeibare voeding of vloeibare medicijnen worden toegediend). Zij was volledig afhankelijk geworden en tot niets meer in staat. De vrouw, die altijd actief en energiek was geweest, wist dat er geen verbetering van haar situatie mogelijk was en er alleen verslechtering in het verschiet lag. De grens was voor haar bereikt. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook had hij een onafhankelijke SCEN-arts als consulent geraadpleegd die tot de conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

De commissie heeft geoordeeld dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

### CASUS 2016- 92 HART- EN VAATAANDOENINGEN

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding

Een man, tussen 80 en 90 jaar oud, had al jaren last van hart- en vaat-aandoeningen. Twee maanden voor zijn overlijden ontwikkelde hij een aneurysma aorta abdominales (lekkende lichaamsslagader in de buik). Hij zag af van verdere behandeling. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven).

De man was verzwakt, had last van gebrek aan eetlust, gewichtsverlies en duizeligheid. Ook kampte hij met nachtelijke pijn vooral in zijn rug. De man, die altijd actief was geweest, was tot niets meer in staat en was bedlegerig geworden. Hij leed onder de zinloosheid en uitzichtloosheid van zijn situatie, het verlies aan regie en de verdere verslechtering. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen ver-

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-92 op de website.*

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-95 op de website.*

zoek. Ook had hij een onafhankelijke SCEN-arts als consulent geraadpleegd die tot de conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd. De commissie heeft geoordeeld dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

## CASUS 2016-91 LONGAANDOENING

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding

Een man, tussen 70 en 80 jaar oud, kampte al jaren met de longaandoening COPD ofwel Chronic Obstructive Pulmonary Disease (een ongeneeslijke longziekte waardoor de luchtwegen blijvend vernauwd zijn en steeds minder goed werken). Er was sprake van een progressief ziektebeeld met toenemende acute verslechtingen. De toestand van de man verslechterde snel in de laatste maand voor het overlijden als gevolg van een bloedstolsel in de longen. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven). De klachten van de man bestonden uit toenemende benauwdheid, hoesten, uitputting en een vermindering van bewegingsmogelijkheden. Verder had hij meermaals een verstikkingsgevoel. Hij was tot niets meer in staat en kon alleen nog maar in een stoel zitten. De man was volledig afhankelijk van de zorg van anderen geworden. Hij leed onder de angst te stikken en onder de uitzichtloosheid van zijn situatie. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook had hij een onafhankelijke SCEN-arts als consulent geraadpleegd die tot de conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

De commissie heeft geoordeeld dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-91 op de website.*

## 2.2 Casus geordend naar vier zorgvuldigheidseisen van de WTL

### VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

*Zie voor enkele algemene aspecten inzake vrijwillig en weloverwogen verzoek de Code of Practice p. 11 en verder.*

De onderstaande casus nemen we op om te laten zien dat het uitvoeren van euthanasie bij iemand met een verstandelijke beperking mogelijk is en tot het oordeel 'gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen' kan leiden wanneer de arts aannemelijk heeft kunnen maken dat hij in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat de betreffende patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van het verzoek om euthanasie.

## CASUS 2016-03

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNT:** man met verstandelijke beperking

Bij een man werd in zijn vroege jeugd tubereuze sclerose vastgesteld (een erfelijke aandoening waarbij in verschillende organen abnormale cellen voorkomen die functieverlies van het orgaan veroorzaken). In de loop van de jaren kreeg hij daardoor problemen met veel van zijn organen en epilepsie. Als gevolg van zijn aandoening was er na verloop van tijd ook sprake van een verstandelijke beperking. Later in zijn leven, enkele jaren voor zijn overlijden, werd geconstateerd dat hij kanker had. Er werden uitzaaiingen in de lever gevonden en er was sprake van toenemende tumorgroei in de buik. Genezing was niet meer mogelijk, de behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven).

De man, die inmiddels tussen de 30 en 40 jaar oud was, had al eerder met de arts over euthanasie gesproken. Hij vroeg twee maanden voor het overlijden om daadwerkelijke uitvoering ervan.

Op verzoek van de arts hebben een arts voor verstandelijk gehandicapten en een psycholoog onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van de man ten aanzien van zijn verzoek om euthanasie. Zij concludeerden dat de man inzicht had in zijn situatie en zijn perspectief. Verder meenden zij dat hij een zelfstandige keuze kon maken en de gevolgen daarvan begreep. Zij stelden daarmee vast dat de man wilsbekwaam was. Volgens de arts en de deskundigen was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Omdat de man een verstandelijke beperking had, heeft de commissie een extra overweging toegevoegd aan haar oordeel. De commissie overweegt dat in deze casus waarbij naast ernstig somatisch lijden als gevolg van de aandoening een verstandelijke beperking was vastgesteld, bijzondere aandacht moet uitgaan naar de wilsbekwaamheid van de man wat betreft zijn euthanasieverzoek. De commissie komt tot de conclusie dat de arts de nodige zorgvuldigheid in acht heeft genomen door een ter zake deskundig arts en een psycholoog te raadplegen die hebben vastgesteld dat de man wilsbekwaam was ten aanzien van het euthanasieverzoek. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-03 op de website.*

*Voor specifieke aandachtspunten bij patiënten met een verstandelijke beperking zie de Code of Practice p. 28.*



## UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

Zie voor enkele algemene aspecten inzake uitzichtloos en ondraaglijk lijden de Code of Practice p.13 en verder.

Euthanasie wordt ook toegepast bij mensen met klachten waarvan niet echt duidelijk is waar ze vandaan komen. Ook dergelijke klachten kunnen leiden tot ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Een voorbeeld daarvan is de volgende casus.

### CASUS 2016-34

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNT:** somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)

Een vrouw, tussen 60 en 70 jaar oud, had sedert zeven jaar aanhoudende buikklasten. In de loop van de jaren raadpleegde de vrouw tientallen specialisten zoals chirurgen, internisten, revalidatieartsen, neurologen, psychiaters en pijnspecialisten. Ook bezocht zij allerlei alternatieve behandelaars. Haar klachten bleven bestaan en het bleef onduidelijk waar ze vandaan kwamen. De klachten van de vrouw bestonden uit chronische (buik)pijn, misselijkheid met overgeven, spiertrekkingen door haar hele lichaam, vastzittende spieren, een opgezette buik, een scheve nek, slikstoornissen, incontinentie, moeizaam lopen, energieverlies en vermoeidheid. Haar klachten waren voor haar ernstig invaliderend en beperkten haar zodanig dat zij geen normaal leven kon leiden. De vrouw kwam haar huis niet meer uit, was toenemend bedlegerig geworden en in een sociaal isolement geraakt. Zij ervoer geen kwaliteit van leven meer en leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos was. Ook de consulent was die mening toegedaan. Naar aanleiding van haar verzoek om euthanasie werd nog een onafhankelijke psychiater geraadpleegd. Deze oordeelde dat de vrouw psychiatrisch niet behandelbaar was voor haar klachten.

De commissie meent dat de arts zorgvuldig te werk is gegaan. Hij heeft de vrouw geadviseerd meerdere langdurige behandeltrajecten te volgen om de oorzaak van haar klachten te ontdekken. Toen dat niet lukte is de arts na veel en intensief contact met de vrouw tot de overtuiging gekomen dat zij uitzichtloos en ondraaglijk leed. De commissie oordeelt dat de arts tot die overtuiging kon komen. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-34 op de website.

## GEEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Het ontbreken van een redelijke andere oplossing, een zorgvuldigheidseis die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, is nader toegelicht in de Code of Practice op p. 13 en p. 15 en verder.

Een arts moet samen met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Immers, als er minder ingrijpende manieren zijn om het lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven. In onderstaande casus was daar in eerste instantie twijfel over.

### CASUS 2016-01

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNT:** anorexia nervosa met depressieve klachten en een somatoforme- en persoonlijkheidsstoornis, ontbreken van aanvaardbare behandelingsmogelijkheden, grote behoedzaamheid in geval van een psychiatrische aandoening

Een vrouw, tussen 60 en 70 jaar oud, had al sinds haar jeugd anorexia nervosa. Daarnaast had zij in toenemende mate last van terugkerende depressies, had zij een persoonlijkheidsstoornis en een somatoforme pijnstoornis (bij een dergelijke stoornis heeft iemand talloze lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke verklaring te vinden is, behandeling is gericht op psychiatrische origine van de klachten). Zij was langdurig zowel buiten als binnen psychiatrische instellingen behandeld vanwege angsten, depressies en sterke doodswensen. De behandelingen die zij onderging waren onder andere elektroconvulsiotherapie (therapieën waarbij elektrische stroom door het brein wordt gestuurd), pijnbehandelingen met medicijnen, cognitieve gedragstherapie (een kortdurende psychologische therapievorm die op heden en toekomst is gericht in plaats van op het verwerken van het verleden) en behandelingen die gericht zijn op SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). Deze behandelingen brachten geen wezenlijke veranderingen. Uiteindelijk waren er geen behandelingen meer die zicht gaven op verbetering. In de laatste jaren voor haar overlijden ging haar toestand steeds verder achteruit. Genezing was niet meer mogelijk.

De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk en vroeg haar arts om euthanasie. De arts was er van overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. De arts raadpleegde een onafhankelijke psychiater om uit te sluiten dat er nog behandelingsmogelijkheden waren. De geraadpleegde psychiater was van mening dat behandeling theoretisch gesproken nog mogelijk was. Zij meende echter ook dat het zeer de vraag was of de vrouw de behandeling zou kunnen verdragen en of zij een gepaste behandelingsrelatie aan kon gaan en volhouden. Deze twijfel was onder andere ingegeven door het feit dat de vrouw zelf aangaf niet meer gemotiveerd te zijn voor behande-

Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-01 op de website.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de Code of Practice p. 26 en 27.

Andere door de RTE gepubliceerde oordelen inzake psychiatrische aandoeningen zijn te raadplegen op: <https://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten>

ling. De artsen kwamen zodoende tot de conclusie dat er geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer waren om het lijden te verlichten.

De commissie overweegt dat er in het geval van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in deze casus gedaan. De arts heeft immers, naast de onafhankelijke SCEN-arts, een onafhankelijke psychiater geconsulteerd. Deze concludeerde dat er mede gelet op de beperkte draagkracht en gebrekkige motivatie van de vrouw geen relevante behandelopties meer waren. Door de consulent werd de arts bevestigd in het oordeel dat verdere behandeling geen structurele verbetering meer zou brengen en dat er voor de vrouw geen reële alternatieven meer waren. De commissie is van oordeel dat de arts met de vrouw tot de overtuiging is kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond, geen redelijke andere oplossing was. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

## ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

*Zie voor aandachtpunten met betrekking tot de onafhankelijke consultatie de Code of Practice p. 16 en verder.*

De WTL vereist dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts consulteert die patiënt ziet en schriftelijk zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d. De onderstaande casus maakt duidelijk dat er gevallen zijn dat de consulent van mening is dat (nog) niet voldaan is aan die eisen. Deze overtuiging betekent niet per definitie dat de arts niet handelt conform de zorgvuldigheidseisen van de WTL als hij de euthanasie toch uitvoert. Wel is het meestal zo dat als deze situatie zich voordoet de commissie extra vragen stelt aan de arts.

## CASUS 2016-52

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNT:** arts voert euthanasie uit ondanks het feit dat consulent van oordeel is dat niet aan de zorgvuldigheidseisen (redelijke alternatieven) is voldaan. Arts heeft duidelijk onderbouwd waarom hij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven.

Bij een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oud, was sprake van een combinatie van aandoeningen: zij had polyartrose (slijtage aan meerdere gewrichten) – in haar geval aan haar rug, handen, schouders, knieën en voeten – neuropathie (een gevoelsstoornis) en was slechthorend. Daarnaast had zij haar leven lang last van depressies en had zij een obsessief-compulsieve stoornis (dwanggedachten/handelingen en angst dat er iets ernstigs gebeurt als die handelingen niet worden gedaan). Daarvoor was zij onder andere behandeld met medicijnen en elektroconvulsie-therapie (een therapie waarbij elektrische stroom door het brein wordt gestuurd). Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitende nog palliatief van aard (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven). Het lijden van de vrouw bestond uit pijn, vermoeidheid, duizeligheid, gehoorverlies, verlies van mobiliteit, toenemende afhankelijkheid van zorg van anderen, stemmingsklachten en obsessieve gedachten. Zij zakte soms plotseling door haar benen en liep met een rollator. Zij was bang om te vallen, een angst die – vanwege de vervorming van haar voeten – niet ondenkbaar was. In de laatste weken voor haar overlijden kwam zij bijna niet meer buiten en was haar sociale omgeving klein geworden. Een gesprek voeren in een groep was niet mogelijk. Zij was aan het einde van haar Latijn.

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

De door de arts geraadpleegde consulent vond het invoelbaar dat de vrouw door de pijn, de angst te vallen en de toenemende afhankelijkheid ondraaglijk leed. Maar hij was van mening dat niet alle behandelopties waren benut. Daarbij werd gedacht aan betere pijnstilling of fysiothera-

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-52 op de website.*

pie in de vorm van valpreventie. De consulent kwam daarom tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts voerde de euthanasie desalniettemin uit.

De commissie heeft vervolgens de arts uitgenodigd voor een gesprek. Zij vroeg hem waarom hij de suggesties van de consulent niet had gevolgd en waarom hij tot de overtuiging was gekomen dat er geen redelijke behandelalternatieven waren en dat het lijden daarmee uitzichtloos was. De arts antwoordde dat aanpassing van de pijnmedicatie vanuit het perspectief van de vrouw geen verandering in haar lijden zou hebben gebracht. Op dat terrein waren al pogingen gedaan die niet voldoende opleverden en wel veel bijwerkingen hadden. De enige mogelijkheid zou nog het gebruik van morfine tegen de pijn zijn maar dat zou het valrisico vergroten en de door haar al als zeer lastig ervaren verstopping verergeren. Een cursus valpreventie was volgens de arts een gepasseerd station. Het was geen redelijk alternatief, dit des te meer omdat de vrouw al maanden was begeleid door een fysiotherapeut. Overplaatsing naar een verpleeghuis zou het verzorgingsprobleem hebben kunnen oplossen maar niet haar lijden. Integendeel, het verlies van haar vertrouwde omgeving zou een extra dimensie aan het lijden hebben toegevoegd. De commissie overweegt dat de arts een negatief advies van de consulent naast zich neer kan leggen en de euthanasie kan uitvoeren. De arts is volgens de WTL verantwoordelijk maar zal goed moeten onderbouwen waarom hij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven. De commissie meent dat de arts in zijn verslagen en tijdens het gesprek dat de commissie met hem heeft gevoerd, zeer uitgebreid en overtuigend heeft onderbouwd waarom hij van mening was dat het lijden voor de vrouw uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere mogelijkheden waren om het lijden te verlichten. De commissie meent dat de arts tot die overtuiging is kunnen komen. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

## 2.3 Casus betreffende mensen met een psychiatrische aandoening, dementie en een stapeling van ouderdomsaandoeningen

### PSYCHIATRISCHE AANDOENING

*Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de Code of Practice p. 26 en 27.* Doorgaans is consultatie van een onafhankelijke psychiater of andere deskundige nodig wanneer de grondslag voor het lijden een psychiatrische aandoening is. Daarbij gaat het vooral om een oordeel met betrekking tot de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van het verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden.

### CASUS 2016-41

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNT:** beoordeling wilsbekwaamheid, grote behoedzaamheid in geval van een psychiatrische aandoening

*Andere door de RTE gepubliceerde oordelen inzake psychiatrische aandoeningen zijn te raadplegen op: <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten>*

Bij een vrouw, tussen 40 en 50 jaar, was vastgesteld dat ze een posttraumatische stressstoornis had (voortdurende herbeleving in gedachten of dromen van nare ervaringen) met psychotische kenmerken (bij psychoses ervaren mensen de wereld anders dan andere mensen: zo kunnen ze bijvoorbeeld stemmen horen, andere geuren waarnemen, speciale betekenissen toekennen aan gedachten). Zij had dagelijks last van herbelevingen van jeugdtrauma's met dissociaties (een toestand waarin gedachten, emoties, waarnemingen en herinneringen buiten het bewustzijn worden geplaatst) en ernstige slaapproblemen. Zij werd een aantal keren opgenomen in een gespecialiseerd ziekenhuis en kreeg meerdere behandelingen waaronder cognitieve gedragstherapie (een kortdurende therapievorm die op heden en toekomst is gericht in plaats van op het verwerken van het verleden), Eye Movement Desensitization and Reprocessing ofwel EMDR (een behandelmethodede die met name toegepast wordt bij mensen met een posttraumatische stressstoornis) en andere traumabehandelingen. Ook werd zij behandeld met medicijnen tegen depressies en psychoses en slikte zij slaapmiddelen. De behandelingen hadden alleen tijdelijk effect. De vrouw had zelf actief geprobeerd haar toekomstperspectief te verbeteren door een opleiding te beginnen. Dat lukte niet vanwege haar aanhoudende klachten en door blijvende uitputting.

Op verzoek van de arts onderzocht een klinisch psycholoog of er nog behandelingen mogelijk waren. Het opnieuw oppakken van een behandeling zou een sterke motivatie van de vrouw vragen omdat ondanks de uitgebreide behandelgeschiedenis er geen verbetering was gerealiseerd. De vrouw gaf aan dat niet meer op te kunnen brengen. De arts heeft ook een onafhankelijke psychiater gevraagd om te onderzoeken of er nog

andere oplossingen waren. Deze meende dat het maximaal haalbare was gedaan. De arts was er daarna van overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De commissie overweegt dat in het geval dat er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek om euthanasie. De arts, zelf huisarts, raadpleegde een klinisch psycholoog en een klinisch psychiater. De commissie oordeelt dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-11 op de website.*

*Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen de Code of Practice p. 26 en 27.*

## COMBINATIE VAN PSYCHIATRISCHE EN LICHAAMELIJKE AANDOENINGEN

### CASUS 2016-11

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNT:** verschil van inzicht tussen arts en consulent betreffende de weloverwogenheid van het verzoek en het lijden, de arts heeft een andere consulent geraadpleegd

Een man, tussen 70 en 80 jaar oud, had al meer dan 50 jaar frequent migraine. Een behandeling met medicijnen, voorgeschreven door een neuroloog, had geen effect. De man stopte toen met het gebruik van die middelen. Vanaf dat moment had de man, naar eigen zeggen, veel last van angsten. Dertig jaar voor het overlijden werd hij volledig afgekeurd voor zijn werk. De laatste tien tot veertien jaar voor zijn overlijden kreeg hij last van andere lichamelijke klachten zoals hoge bloeddruk, buikpijn, gewrichtspijn, duizeligheid en evenwichtsstoornissen. Deze klachten namen in de loop van de jaren in ernst toe. Vanaf vijftientig jaar voor het overlijden werd de man door verschillende psychiaters begeleid door middel van gesprekken en medicijnen tegen depressies. Vier jaar voor het overlijden werd hij kortdurend in een kliniek behandeld, en tweeëneenhalf jaar voor het overlijden verbleef hij een jaar in een kliniek na meerdere pogingen tot zelfdoding. Tijdens die laatste opname werd hij behandeld met medicijnen tegen depressies en heeft hij vijf keer elektroshocktherapie gehad. Omdat hij geen merkbare verbetering ervoer, weigerde hij nog meer elektroshocks te ondergaan. Twee jaar voor het overlijden werd de eerder gestelde diagnose (depressie) ingetrokken en werd de diagnose dysthyme stoornis (een lichtere vorm van depressie), persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anderszins omschreven) en een pijnstoornis gebonden aan psychische en lichamelijke factoren gesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven). Medicatie voor zijn psychische klachten wilde de man niet meer gebruiken vanwege de ervaren hinderlijke bijwerkingen. Als gevolg van de vele lichamelijke klachten kwam de man nooit meer buitenshuis en als gevolg van zijn persoonlijkheidsstoornis had hij geen sociaal netwerk meer. Televisie kijken of het uitoefenen van een hobby kon hij niet meer. Hij lag alleen nog maar op bed doelloos te wachten op de dood. Hij vond zijn leven op deze wijze zinloos en mensonwaardig en ervoer zijn lijden als ondraaglijk. Hij vroeg de arts hem te helpen met euthanasie. De uitvoerend arts verzocht een onafhankelijke psychiater te onderzoeken of de man wilsbekwaam was en of er nog reële behandelmogelijkheden bestonden om het lijden van de man te verlichten. De psychiater

meende dat de man wilsbekwaam was inzake het euthanasieverzoek en dat er wat de psychiatrische component van zijn lijden betreft geen behandelingen meer voor handen waren.

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts. Deze achtte de man wilsbekwaam wat betreft het euthanasieverzoek maar betwijfelde, gelet op de persoonlijkheid van de man, of de wens weloverwogen genoemd kon worden. Verder was deze arts niet overtuigd van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de man. De arts verzocht vervolgens een andere SCEN-arts een bezoek aan de man te brengen. Deze SCEN-arts nam niet alleen contact op met de uitvoerend arts en de geraadpleegde psychiater maar ook met de eerste consulent. Ook heeft hij met enkele SCEN-collega's overlegd. Daardoor kon hij gericht onderzoeken of er nog redelijke alternatieven waren om het lijden van de man te verlichten. De tweede consulent kwam tot de conclusie dat wél aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie merkt op dat het niet de bedoeling is dat een arts in geval van een voorgenomen levensbeëindiging een consulent gaat 'shoppen', dat wil zeggen net zo lang zoekt tot hij een consulent treft die met een oordeel komt dat hem welgevallig is. Wanneer een consulent meent dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan of enkele kritische kanttekeningen plaatst, is het aan de arts om extra goed te motiveren waarom hij desondanks ervan overtuigd is dat wél aan de gestelde eisen is voldaan. De commissie is verder van oordeel dat de arts zich heeft ingespannen om zijn eigen visie te motiveren en ter discussie te stellen. Het oordeel van de commissie is dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## DEMENTIE

*Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie de Code of Practice p. 27 en 28.*

*Voor aandachtspunten met betrekking tot de schriftelijke wilsverklaring zie de Code of Practice p. 23 en verder.*

Dementie en euthanasie is een thema dat afgelopen jaar veel aandacht in de media heeft gekregen. Bij dementie en euthanasie kan een onderscheid worden gemaakt tussen euthanasie bij een patiënt met beginnende dementie (dat wil zeggen de fase waarin een patiënt doorgaans nog inzicht heeft in zijn ziekte en in de symptomen, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid) en euthanasie bij een patiënt die zich in een latere fase van dementie bevindt en bij wie het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat deze zelf niet meer om euthanasie kan vragen. In een dergelijke situatie kan een schriftelijke wilsverklaring de plaats innemen van het actuele verzoek.

Artikel 2 lid 2 WTL maakt euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring mogelijk. Het artikel luidt: '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.'

## CASUS 2016-94 BEGINFASE VAN DEMENTIE

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** wilsbekwaamheid, ondraaglijk lijden

Een vrouw, tussen de 60 en 70 jaar, werd eind 2011, na een TIA (een tijdelijke afsluiting van een bloedvat in de hersenen) vergeetachtig. Begin 2013 werd bij haar de diagnose preseniele dementie (dementie op jongere leeftijd) gesteld. In de daarop volgende jaren ontwikkelde de ziekte zich progressief en moesten steeds meer taken van haar worden overgenomen. In het najaar van 2015 werd duidelijk dat zij binnen afzienbare tijd dagopvang nodig zou hebben. Het lijden van de vrouw bestond eruit dat zij niet meer zelfstandig kon functioneren en voor alles afhankelijk van anderen was geworden. Zij kon bijvoorbeeld niet meer lezen en schrijven, haar gesproken zinnen niet meer goed afmaken, niet meer zelfstandig autorijden of zichzelf aankleden. Zij voelde zich opgesloten in haar huis. De vrouw beseftte dat zij niet meer zelfstandig aan de maatschappij kon deelnemen en de regie over haar leven had verloren. De vrouw, die haar hele leven zeer zelfstandig had gehandeld, ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. De vrouw had vanaf midden 2013 met de arts besproken dat zij te zijner tijd euthanasie wenste. Daarbij had zij de arts een schriftelijke wilsverkla-

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-94 op de website.*

*Andere door de RTE gepubliceerde oordelen inzake dementie zijn te raadplegen op: <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/d/dementie/documenten>*

ring overhandigd. Daarna heeft zij die meerdere malen geactualiseerd en de dementiebepaling die daarin staat apart ondertekend. De vrouw heeft in 2015 met meer nadruk over haar wens gesproken en circa twee maanden voor haar overlijden verklaard dat zij wenste dat binnen drie maanden euthanasie zou worden uitgevoerd. Zij wilde absoluut niet naar de dagopvang buitenshuis en wilde evenmin in een verpleeghuis opgenomen worden. Zij heeft deze concrete wens in drie vervolgesprekken met de arts herhaald.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De consulent stelde dat de vrouw nog goed in staat was om duidelijk te maken waar de ondraaglijkheid van haar lijden uit bestond en dat zij euthanasie wenste. De commissie oordeelt dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## CASUS 2016-62 VERGEVORDERDE DEMENTIE

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** rol schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwame patiënt als gevolg van vergevorderde dementie

In 2005 werd bij een man de diagnose dementie (ziekte van Alzheimer) gesteld. Hij kon nog een aantal jaren redelijk functioneren maar vanaf 2009 ging zijn gezondheid steeds verder achteruit. Het laatste jaar voor het overlijden, hij was inmiddels tussen de 60 en 70 jaar oud, verslechterde zijn toestand aanzienlijk. Vanaf 2010 heeft de man met de arts over euthanasie gesproken. In dat jaar heeft hij ook een handgeschreven brief opgesteld waarin hij voor het eerst enkele wensen voor de toekomst vastlegde. In 2010 tekende hij een wilsverklaring die hij in 2012, na een aantal gesprekken met de arts, aanvulde met meer concrete omstandigheden waaronder hij niet meer verder wilde leven.

Die omstandigheden waren als volgt omschreven: wanneer hij als persoon zodanig veranderde dat hij zich blijvend ongelukkig voelde, hij agressief en lastig zou worden, hij zijn naasten niet meer zou herkennen, hij zou moeten eindigen wachtend op de dood net zoals een naast familielid dat ook de ziekte van Alzheimer had, hij zichzelf niet meer kon verzorgen en totaal afhankelijk zou worden, hij uitzichtloos zou lijden en er totaal geen verbetering te verwachten was. Toen dat nog mogelijk was, heeft de man zowel met de arts als met zijn familie verschillende keren zijn euthanasieverzoek op termijn besproken en zijn schriftelijke wilsverklaring geactualiseerd. Op een gegeven moment kon de man zijn verzoek niet meer verwoorden maar waren er nog wel mondelinge en

lichamelijke uitingen die de doodswens bevestigden. Zijn vrouw vroeg de arts om het schriftelijk vastgelegde euthanasieverzoek uit te voeren. Op dat moment bestond het lijden van de man uit cognitieve problemen, apathie, apraxie (handelingen niet goed kunnen uitvoeren), agnosie (niet meer kunnen herkennen/benoemen) en gedragsveranderingen. Hij was volledig afhankelijk van de zorg van zijn echtgenote. Wanneer hij 's morgens wakker werd, was hij volledig gedesoriënteerd en erg verdrietig. Hij wist niet meer hoe hij moest opstaan. Wanneer hij bij de zorg voor algemene dagelijkse verrichtingen geholpen werd, straalde zijn gezichtsuitdrukkingen verdriet en frustratie uit. Hij gaf dan bij herhaling aan niet meer verder te kunnen en niet meer verder te willen. Hij was in een situatie terechtgekomen waarin de hele dag dingen van hem verlangd werden die hij niet meer begreep. Hij raakte dan in paniek, schrok of werd boos. Hij sliep veel. Hij herkende zijn kinderen niet meer en realiseerde zich niet meer dat hij kleinkinderen had.

Op verzoek van zijn arts heeft een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde de man onderzocht ter beoordeling van de vraag of hij ondraaglijk leed. De specialist ouderengeneeskunde was ervan overtuigd dat dit het geval was. De man was, volgens de specialist, in de situatie terecht gekomen die hij eerder omschreven had als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Volgens de arts was de situatie van de man geheel conform de omstandigheden waarvan hij in de wilsverklaring had gesteld dat hij die niet wenste mee te maken.

De commissie overweegt ten aanzien van het verzoek dat uit het dossier duidelijk wordt dat de man ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging niet meer wilsbekwaam was. Verder is de commissie van oordeel dat de arts ervan overtuigd kon zijn dat de man op het moment van het opstellen van zijn schriftelijke wilsverklaring in staat was tot een redelijke waardering van zijn belangen. De schriftelijke wilsverklaring is zowel voor als na het opstellen en ondertekenen door de man nog regelmatig in samenspraak met de arts geactualiseerd. Ook daarna heeft hij mondeling zijn doodswens op termijn nog vele malen met familie en artsen besproken. Op het moment dat hij niet meer wilsbekwaam was, waren er verbale en non-verbale tekenen dat hij nog steeds wilde dat zijn leven beëindigd werd. Er waren daarbij geen signalen van het tegendeel. De arts heeft voor de commissie aannemelijk gemaakt dat hij in redelijkheid heeft kunnen vaststellen dat het verzoek zoals verwoord in de schriftelijke wilsverklaring een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de man betrof.

Verder meent de commissie dat het lijden, zoals beschreven in het dossier, ondanks het feit dat de man het zelf niet meer kon omschrijven evident was en volledig aansloot bij de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring. Bij het tot stand komen van de overtuiging van de arts dat de man ondraaglijk leed, speelden verschillende aspecten een rol: zijn eigen

Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-62 op de website

observatie van de man, het door hem zelf gedurende vele jaren zorgvuldig begeleid proces als voorbereiding op de eventuele euthanasie, de gesprekken met de familie, het verslag van de consulent en de rapportage van de onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde. De commissie stelt vast dat de arts, zoals aanbevolen bij een patiënt in een latere fase van dementie, extra behoedzaam te werk is gegaan. Dit blijkt onder andere uit het feit dat de arts naast de consulent, een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde heeft geraadpleegd die het lijden zodanig in kaart bracht dat de consulent mede daardoor in staat was te concluderen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie is van oordeel dat de arts aannemelijk heeft gemaakt dat hij overtuigd kon zijn van de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

## STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

*Zie in dit kader de Code of Practice p. 13 en p. 31 en 32.* Het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt dient zijn oorzaak te vinden in een medische aandoening, dat wil zeggen een medische grondslag te hebben. Dit vereiste vloeit voort uit een uitspraak van de Hoge Raad uit 2002 in de Brongersma-zaak. Die aandoening kan zowel somatisch als psychiatrisch van aard zijn. Uit eerdere oordelen van de RTE is duidelijk geworden dat ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen (en daarmee samenhangende klachten) oorzaak van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt kan zijn. Hieronder twee van deze casus.

## CASUS 2016-96

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** ondraaglijk lijden door een stapeling van ouderdomsaandoeningen

Een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oud, had in verband met artrose (slijtage van gewrichten) een totale heupprothese en tweemaal een knieprothese gekregen. Ook kampte zij met reumatoïde artritis (een auto-immuunziekte waarbij gewrichtsontstekingen ontstaan) en maculadegeneratie (afsterven van cellen in het midden van het netvlies). Het laatste jaar voor het overlijden ging de toestand van de vrouw sterk achteruit. Haar mobiliteit nam steeds meer af en zij had het altijd koud. De vrouw kampte met pijnen in de knie en was door haar zeer beperkte vermogen om te zien en verminderde mobiliteit stoelgebonden geraakt en tot steeds minder in staat. De vrouw werd hierdoor almaar afhankelijker van zorg van anderen en kon niet meer televisie kijken, lezen of schrijven. Het laatste jaar voor het overlijden was zij nauwelijks nog buiten geweest. Hoewel zij overdag hulp kreeg van familie en thuiszorg was zij veel alleen thuis. Ze was dan angstig en bang om te vallen. De vrouw wilde niet naar een verpleeghuis verhuizen, omdat zij daar eerder – na haar operaties – slechte ervaringen had opgedaan. Zij ervoer haar leven als doelloos en wist dat haar gezondheidstoestand alleen maar verder zou verslechteren. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

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

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-96 op de website.*

*Andere door de RTE gepubliceerde oordelen inzake een stapeling van ouderdomsaandoeningen zijn te raadplegen op: <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/s/stapeling-van-ouderdomsaandoeningen/documenten>*

## CASUS 2016-44

Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-44 op de website

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** ondraaglijk lijden door slechtheid bepaald

Een man, tussen de 80 en 90 jaar oud, leed sedert tien jaar aan maculadegeneratie (afsterven van cellen in het midden van het netvlies) aan beide ogen waardoor hij slechter ging zien. Ongeveer in die zelfde tijd verloor hij het zicht in het rechteroog ten gevolge van een bloedvatafsluiting van het netvlies. Een half jaar voor zijn overlijden verslechterde zijn linkeroog ondanks de ingezette behandeling zo erg dat hij niet meer in staat was om te lezen. Ook niet als hij daarvoor hulpmiddelen gebruikte. Naast deze visusklachten had de man last van onzekerheid bij het lopen hetgeen versterkt werd door het bijna blind zijn. Verder was hij de laatste jaren enkele malen onwel geworden en gevallen.

Doordat de man bijna helemaal blind geworden was, kon hij niet meer lezen (iets waar hij een grote behoefte aan had) of zijn andere hobby's uitoefenen. Hij leed onder dit wegvallen van voor hem essentiële activiteiten. Verder leed hij aan de door zijn slechte zicht veroorzaakte belemmering van zijn zelfredzaamheid en het feit dat hij wist dat er geen enkel uitzicht was op verbetering van zijn situatie. De man, die altijd breed geïnteresseerd was geweest en een grote intellectuele honger had gehad, ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De commissie oordeelt dat de arts aannemelijk heeft gemaakt dat hij ervan overtuigd was dat het lijden van de man uitzichtloos en voor hem ondraaglijk was en dat optische hulpmiddelen en een eventuele operatie geen wezenlijke bijdrage zouden leveren wat betreft de mogelijkheid tot lezen. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

### 3 ARTS HEEFT NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Zie voor de andere casus waarbij de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen en die niet in dit jaarverslag aan de orde komen oordelen 2016-23, 2016-24, 2016-37, 2016-53, 2016-86 en 2016-87 op de website

Oordelen waarbij de RTE tot de beslissing zijn gekomen dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, zijn altijd omvangrijker dan andere oordelen. Dat komt omdat een dergelijk oordeel niet gegeven wordt zonder dat de arts in de gelegenheid wordt gesteld om een mondelinge toelichting te geven. Het oordeel 'niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen' betreft vaak de zorgvuldigheidseis van de onafhankelijke consultatie en de eis van de medisch zorgvuldige uitvoering. In dit verslagjaar is er daarnaast door de RTE in één casus geoordeeld dat de arts niet ondubbelzinnig overtuigd kon zijn van de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van het verzoek én niet gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseis van de medisch zorgvuldige uitvoering. Ten slotte hebben de RTE in één casus geoordeeld dat de arts niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij overtuigd kon zijn van de uitzichtloosheid van het lijden en dat een redelijke andere oplossing ontbrak.

#### NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG HET VEREISTE VAN DE MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Zie voor de medisch zorgvuldige uitvoering de Code of Practice p. 20 en verder.

Het oordeel dat de arts niet gehandeld heeft overeenkomstig de eis van een medisch zorgvuldige uitvoering is in 2016 vijf keer voorgekomen. Euthanasie moet door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze voor de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het geïnduceerde coma. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis hanteren de commissies de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 2012 (hierna: de richtlijn) als leidraad. Met betrekking tot de uitvoering wordt een onderscheid gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek (de arts dient de middelen toe) en hulp bij zelfdoding (de patiënt neemt zelf de door de arts verstrekte middelen in). Levensbeëindiging op verzoek dient uitgevoerd te worden door eerst intraveneus een middel te injecteren dat de patiënt in coma brengt (bijvoorbeeld thiopental) en wanneer dat coma diep genoeg is, een spierverlapper toe te dienen (bijvoorbeeld rocuronium). In de hier genoemde casus is er steeds sprake van een afwijking van de in de richtlijn voorgeschreven hoeveelheden coma-indicerend middel en/of het niet voldoende vaststellen of het coma diep genoeg is. Het niet toedienen van de voorgeschreven hoeveelheid coma-inductor wordt als problematisch gezien omdat de patiënt dan mogelijk negatieve effecten van de spierverlapper ervaart. Wijkt de arts van de richtlijn af, dan zal hij dit afdoende moeten kunnen beargumenteren.



## CASUS 2016-57

Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-57 op de website.

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** afwijking van de in de richtlijn voorgeschreven middelen, geen adequate coma-check

In deze casus heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van 1500 mg van het coma-inducerende middel thiopental (in plaats van 2000 mg) en 100 mg van de spierverlapper rocuronium (in plaats van 150 mg).

De commissie heeft aan de arts gevraagd waarom hij is afgeweken van de richtlijn en op welke wijze hij de diepte van het coma bij de vrouw heeft vastgesteld alvorens hij is overgegaan tot de toediening van de spierverlapper. De arts is eerst schriftelijk en daarna mondeling gevraagd een toelichting te geven op zijn handelen.

In de mondelinge toelichting vertelde de arts dat hij in het algemeen de ervaring heeft dat na het toedienen van de thiopental een patiënt snel in een diepe slaap is. Na de helft van de dosering is een patiënt over het algemeen al ver heen. Normaliter dient de arts altijd de maximale dosering van de thiopental toe en daarna direct de rocuronium. Een specifieke coma-check doet hij niet. Wat betreft de diepte van het coma gaat hij meer af op zijn gevoel (geen ademhaling meer, totale ontspanning van de patiënt) en de wetenschap dat de dosering thiopental die toegediend moet worden al een behoorlijke overdosering is. De arts heeft ook nooit problemen ervaren na het toedienen van de rocuronium in die zin dat er een waarneembare reactie van de patiënt kwam. Ook niet in deze specifieke situatie waarbij hij niet de maximale dosering thiopental heeft toegediend.

Het plaatsen van het infuus was bij deze vrouw lastig vanwege moeilijk toegankelijke bloedvaten. Een verpleegkundige met anesthesie-ervaring heeft het infuus geplaatst en de arts het advies gegeven om de euthanatica niet in één spuit van 20 ml toe te dienen, maar te verdelen over vier spuiten van 5 ml. Om het kleine bloedvat behoedzaam te behandelen heeft de arts dit advies opgevolgd. Bij de uitvoering van de euthanasie heeft de arts eerst een pijnstiller (lidocaïne) ingespoten. Hij constateerde daarbij dat het infuus goed zat. Bij het inspuiten van de eerste spuit thiopental reageerde de vrouw met het woord 'au'. De arts spoot de thiopental langzaam in omdat hij bang was dat het bloedvat kapot zou gaan. Tijdens het inspuiten van de eerste spuit viel de vrouw in slaap. Bij de derde spuit thiopental voelde de arts meer weerstand bij het toedienen van de medicatie. Hij dacht dat de circulatie minder werd en dacht aan het advies van een collega om niet te lang te wachten met het toedienen van de spierverlapper omdat de spierverlapper niet meer door het lichaam wordt opgenomen als er geen circulatie meer is. Om

die reden besloot hij de spierverlapper snel toe te dienen. Daarop heeft de arts de eerste en de tweede spuit rocuronium gegeven. Het toedienen van de derde spuit rocuronium lukte niet goed meer. Daarom besloot de arts om te controleren of de vrouw inmiddels was overleden. Hij hoorde geen harttonen meer en hij constateerde dat er geen pupilreflex meer was.

De commissie oordeelt dat de arts een te lage dosering coma-inducerend middel heeft toegediend en dat hij geen adequate coma-check heeft uitgevoerd voorafgaand aan het toedienen van de rocuronium. Hierdoor staat in concreto niet vast, noch heeft hij de commissie anderszins kunnen overtuigen, dat er sprake was van een zodanig diep coma dat de vrouw geen enkele prikkel meer kon ervaren. Een correct uitgevoerde controle van de diepte van het coma is hier des te belangrijker omdat de arts minder dan de voorgeschreven hoeveelheid thiopental heeft gegeven. Volgens de commissie is het daarom niet met volledige zekerheid uit te sluiten dat de vrouw niet in een voldoende diep coma verkeerd heeft en zij om die reden mogelijk gevolgen van de spierverlapper heeft kunnen ervaren. De commissie kan daarom niet anders dan tot de conclusie komen dat de arts de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

## NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG HET VEREISTE VAN DE CONSULTATIE VAN ÉÉN ANDERE, ONAFHANKELIJKE ARTS

*Zie voor aandachtspunten met betrekking tot de onafhankelijke consultatie de Code of Practice p. 16 en verder.*

Artikel 2 lid 1 sub e WTL schrijft voor dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d. Onafhankelijk betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Zie voor andere oordelen waarbij de consultatie niet voldoet aan de gestelde eisen: casus 2016-53 en 2016-86, te raadplegen op de website.

### CASUS 2016-45

**ORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** geen onafhankelijke consultatie, gezagsverhouding en daarmee een afhankelijkheidsrelatie tussen arts en consulent

In deze casus heeft een medisch specialist een collega geraadpleegd die werkzaam is op dezelfde afdeling van het ziekenhuis als de arts. De meldende arts heeft desgevraagd op een vergadering van de commissie toelichting gegeven over de gang van zaken rond de consultatie. In een eerdere schriftelijke beantwoording had de arts al uiteen gezet dat hij een collega van zijn afdeling, die lid is van het palliatief team van het ziekenhuis, had gevraagd welke arts hij kon benaderen voor een onafhankelijke consultatie. De arts had in dit ziekenhuis nog nooit euthanasie uitgevoerd. Geen van de door de collega opgegeven personen was beschikbaar. Gezien de dringende wens van de man in kwestie om de procedure niet om logistieke redenen te vertragen had de collega zichzelf beschikbaar gesteld als consulent. De commissie merkt bij de bespreking op dat ook SCEN-artsen zeer snel aanwezig kunnen zijn en dat er wat dat betreft geen sprake hoefde te zijn van vertraging. De arts en zijn collega hadden nog stilgestaan bij de vraag of het feit dat zij beiden op dezelfde afdeling werken een consultatie in de weg zou staan. Zij verkeerden daarbij in de veronderstelling dat de collega enkel geen consulent kon zijn, als zij een behandelrelatie met de man zou hebben, hetgeen niet het geval was.

Wat betreft de verhouding tussen de arts en de als consulent geraadpleegde collega betreft, legt de arts uit dat hij weliswaar afdelingshoofd is en formeel gezien dus in een hiërarchische relatie staat ten opzichte van zijn collega, maar dat er binnen de afdeling sprake is van een heel 'platte' organisatie. Ieder 'managet' zijn/haar eigen patiëntengroep en draagt hiervoor eigen verantwoordelijkheid. Daarom was de arts van mening dat deze collega een onafhankelijk oordeel kon geven. De commissie overweegt dat de consulent een onafhankelijk en zelf-

standig oordeel moet geven. De onafhankelijke consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te waarborgen. Ook de schijn van niet-onafhankelijkheid moet worden voorkomen. De vereiste onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de arts houdt in dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een familielid of een arts die in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de consult vragende arts in principe niet in aanmerking komt om als consulent op te treden. De commissie meent dat er in dit geval sprake is van een gezagsverhouding en daarmee een afhankelijkheidsrelatie tussen de arts en de door de arts geraadpleegde consulent. Het feit dat er sprake is van een 'platte' organisatie waar ieder zijn/haar verantwoordelijkheid draagt voor de eigen patiëntgroep doet hier volgens de commissie niet aan af.

De commissie is van oordeel dat de arts weliswaar één andere arts heeft geraadpleegd die de man heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de wettelijke zorgvuldigheidseisen maar dat niet voldaan is aan het vereiste van onafhankelijkheid van de geraadpleegde consulent.

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-45 op de website.*

## NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG HET VEREISTE VAN UITZICHTLOOS LIJDEN ÉN HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

*Zie voor enkele algemene aspecten inzake uitzichtloos en ondraaglijk lijden de Code of Practice p. 13 en verder.*

*Het ontbreken van een redelijke andere oplossing is nader toegelicht in de Code of Practice op p.15.*

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. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat. De vraag of er sprake is van redelijke andere oplossingen moet worden beoordeeld in het licht van de actuele diagnose.

### CASUS 2016-21

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** geen voldoende gewogen oordeel over de uitzichtloosheid van het lijden en eventuele behandelalternatieven, arts heeft zonder nader onderzoek het advies van de neuroloog en het oordeel van de psychiater naast zich neergelegd

Bij een man, tussen 50 en 60 jaar oud, werd vier jaar voor het overlijden de ziekte van Parkinson vastgesteld. Hij werd behandeld met medicatie en kreeg in verband met zijn moeite om met de ziekte om te gaan in verschillende fasen van zijn ziekte psychotherapie en andere behandelingen. Hij onderging twee keer een 'deep brain stimulation' (een behandelmethodede waarbij elektroden in de hersenen worden geplaatst die elektrische signalen afgeven waarbij specifieke symptomen worden onderdrukt) waarvan de laatste ongeveer vijf maanden voor zijn overlijden. Dit alles zonder het beoogde resultaat. Na de laatste ingreep was er sprake van een toename van de klachten. Dat gaf bij de man spanningen en gevoelens van angst en onmacht. Hij ervoer zijn situatie als uitzichtloos en vroeg zijn arts om euthanasie.

Op verzoek van de arts werd de man gezien door een psychiater. De psychiater oordeelde dat de man wilsbekwaam was. Hij meende dat bij de man naast de ziekte van Parkinson een psychische component meespeelde die nog niet voldoende behandeld was. De psychiater adviseerde een proefbehandeling met een middel tegen depressies. De man stopte na enkele dagen met dat middel omdat het naar zijn mening verergering van de klachten gaf. Hij wilde geen psychotherapie meer ter verzachting van de niet te bestrijden en toenemende Parkinson-verschijnselen. De behandelende neuroloog oordeelde dat er bij de man sprake was van een milde vorm van de ziekte van Parkinson, waarbij de tremor (schud-

bewegingen in de ledematen) grotendeels werd bepaald door emotionele factoren. Ook was hij van oordeel dat voor de man de angst voor de toekomst allesbepalend was. De neuroloog vond dat een adequate behandeling van de angst van de man en onderliggende stemmingsstoornis de aangewezen weg zou zijn. Op basis van de ernst van de ziekte van Parkinson kon de neuroloog het euthanasieverzoek van de man niet ondersteunen. Hij overwoog verder dat nu hij het verzoek van de man neurologisch niet kon ondersteunen en de man zich verder niet psychiatrisch wilde laten behandelen, de uitzichtloosheid van het lijden niet goed te bepalen was.

De meldende arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk was en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos en voerde de euthanasie uit.

De commissie had vragen over het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Daarom werd de arts in eerste instantie schriftelijk en daarna ook mondeling gevraagd toelichting te geven. De arts was van mening dat men deze man, gelet op zijn ziektegeschiedenis, persoonlijkheid en levensloop, niets meer te bieden had. Op de vraag van de commissie of de arts de overtuiging had dat als er iets aan de stress gedaan kon worden de verschijnselen van de Parkinson milder zouden worden en daardoor tevens de tremoren zouden afnemen, antwoordde de arts dat hij die overtuiging niet had.

De commissie verwijst naar het oordeel van de psychiater (de psychische component is onvoldoende behandeld) en van de neuroloog (milde vorm van de ziekte van Parkinson waarbij psychische factoren een rol spelen die behandeld kunnen worden) en wijst erop dat de procedure zeer snel is verlopen (de arts heeft in acht dagen twee keer met de man gesproken). De commissie overweegt: in geval van een snel verloop van de procedure hecht de commissie groot belang aan intensieve communicatie, niet alleen tussen de arts en de man maar ook tussen de arts en andere betrokkenen. De arts dient in een dergelijk geval alles te doen wat redelijkerwijs mogelijk is om alle mogelijke relevante informatie te verkrijgen. De commissie meent dat de arts het advies van de neuroloog en het oordeel van de psychiater niet zonder nader onderzoek naast zich neer had mogen leggen. Hij had met hen in overleg moeten treden of met een andere ter zake deskundige specialist. Juist gezien het snelle tijdsverloop en gezien het feit dat de arts de man slechts tweemaal gesproken heeft, had de arts dit overleg moeten gebruiken om zijn eigen oordeel aan dat van de genoemde specialisten te toetsen. De commissie is daarom van oordeel dat de arts niet aannemelijk heeft kunnen maken dat hij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat bij de man sprake was van uitzichtloos lijden en evenmin dat andere redelijke oplossingen om het lijden weg te nemen, ontbraken.

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-21 op de website.*

## NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE VEREISTEN VAN HET VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK ÉN DE MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

*Zie voor enkele algemene aspecten inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek de Code of Practice p. 11 en verder.* De uitvoering van een euthanasieverzoek in de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren, of uitsluitend nog door eenvoudige uitingen of gebaren, is mogelijk in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Het moet gaan om een duidelijke verklaring die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie (zie casus 2016-62).

*Zie voor de medisch zorgvuldige uitvoering de Code of Practice p. 20 en verder.* De arts en de consulent zullen dan het gehele ziekteproces en alle overige specifieke omstandigheden bij hun overwegingen moeten betrekken. Het komt dan aan op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van de patiënt, zowel gedurende het ziekteproces als vlak voor de uitvoering van de euthanasie. Op dat moment moet aannemelijk zijn dat uitvoering van de euthanasie in de lijn ligt van de eerdere schriftelijke wilsverklaring en dat daarvoor geen contra-indicaties bestaan, zoals duidelijke tekenen dat de patiënt geen levensbeëindiging wil. Voorts dient aannemelijk te zijn dat de patiënt op dat moment ondraaglijk lijden ervaart. Zoals eerder opgemerkt speelt bij het beoordelen daarvan de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring een cruciale rol.

geplaatst te willen worden in een instelling voor demente bejaarden (dementiebepaling). Ze geeft aan tijdig een menswaardig afscheid te willen nemen van haar naasten en het proces zoals haar moeder dat in een instelling heeft meegemaakt, niet te willen. In de eerste wilsverklaring geeft ze aan euthanasie te willen ‘wanneer ze nog enigszins wilsbekwaam is en niet meer in staat is om thuis bij mijn man te wonen’. In de tweede schrijft ze dat ze gebruik wil maken van de mogelijkheid van euthanasie, ‘wanneer ik daar zelf de tijd voor rijp acht’. Zij sluit die af met de zin ‘Vertrouwende, tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven zodanig slecht is geworden, dat ... op mijn verzoek euthanasie wordt toegepast’.

Tegen het einde van het jaar van haar overlijden, ging het steeds slechter met de vrouw en zij gaf thuis regelmatig te kennen dood te willen. Even later zei zij dan vaak: ‘Maar niet nu.’ In die tijd hebben de vrouw en haar echtgenoot met de huisarts gesproken over euthanasie. In dat gesprek gaf zij aan dat zij euthanasie te ver vond gaan. Na verdere uitleg van de huisarts over een mogelijke opname in een verpleeghuis bij verslechtering van haar conditie, antwoordde ze: ‘OK, misschien dan.’

Tijdens het intakegesprek in verband met de opname in het verpleeghuis (zeven weken voor het overlijden) heeft de echtgenoot de arts verzocht om tot uitvoering van euthanasie over te gaan op basis van de schriftelijke wilsverklaring. De arts heeft de vrouw vervolgens vaak en langdurig geobserveerd en met haar gesproken. Volgens de arts begreep de vrouw de woorden ‘euthanasie’ en ‘dementie’ niet meer. De vrouw gaf bij verzorgenden in het verpleeghuis regelmatig aan dood te willen. Op basis van de observaties en gesprekken meende de arts dat de vrouw ‘tussen de regels door’ een doodswens uitte. Maar ook in deze tijd antwoordde de vrouw meermaals als over dood gaan gesproken werd: ‘Nu nog niet hoor, het is nog niet zo erg’.

De uitvoerende (verpleeghuis)arts raadpleegde tweemaal een onafhankelijke SCEN-arts. De eerste consulent – een psychiater – stelde vast dat de vrouw wilsbekwaam was en constateerde dat zij uitzichtloos en ondraaglijk leed. Het lijden bestond volgens de eerste consulent uit het volledig kwijt zijn van de controle over de situatie en het verkeren in een situatie die zij niet begreep en waarin zij niet wilde zijn. Haar leven leek een aaneenschakeling van incidenten met agressie, wanhoop, onrust en uitputting. Voor deze consulent kwam de schriftelijke wilsverklaring in plaats van het mondeling verzoek. Ook de tweede consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts heeft de euthanasie toegepast door eerst (als premedicatie) 15 mg Dormicum (opgelost in koffie) toe te dienen en vervolgens na drie kwartier nog eens 10 mg Dormicum met een onderhuidse injectie te geven. Ongeveer 40 minuten later diende de arts via een ader 2000 mg thiopental toe, enkele minuten later gevolgd door 150 mg rocuronium. De arts vermeldde in haar verslag dat de vrouw tijdens

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2016-85 op de website*

## CASUS 2016-85

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** wilsonbekwame patiënte zonder duidelijke schriftelijke wilsverklaring en géén medisch zorgvuldige uitvoering

Bij een vrouw, tussen 70 en 80 jaar oud, ontstonden negen jaar voor haar overlijden klachten van vergeetachtigheid. Vijf jaar daarna werd bij haar dementie (ziekte van Alzheimer) vastgesteld. Een jaar voor het overlijden was er sprake van een versnelling van het ziekteproces. De vrouw werd erg angstig, verdrietig en onrustig. Vanaf de middag was zij somber, emotioneel en huilerig en gaf ze aan dat ze dood wilde. Toen haar echtgenoot de zorg voor haar niet meer aan kon werd zij opgenomen in het verpleeghuis waar ze eerder al vijf dagen in de week naar de dagbesteding ging.

Kort voor ze de diagnose dementie te horen kreeg had de vrouw haar wensen betreffende euthanasie vastgelegd in een schriftelijke wilsverklaring en deze besproken met haar huisarts en haar geriater. Volgens de artsen was zij toen nog wilsbekwaam. Deze wilsverklaring heeft ze een jaar voor het overlijden vernieuwd. Ook deze tweede verklaring heeft ze met haar huisarts besproken en ook toen was ze, volgens deze huisarts, nog wilsbekwaam. In beide schriftelijke wilsverklaringen geeft ze aan niet

het inspuiten van de thiopental wakker werd en zich fysiek verzette. De commissie vroeg de arts om een mondelinge toelichting. Het was de commissie opgevallen dat de vrouw in een verpleeghuis was opgenomen terwijl zij dat altijd had afgewezen. Verder dat zij niet meer zelf om euthanasie kon verzoeken terwijl zij er – volgens de tekst van de verschillende wilsverklaringen – steeds vanuit was gegaan dat zijzelf om euthanasie zou kunnen vragen. Daarnaast had de commissie vragen over de uitvoering. (Ook over het lijden waren in eerste instantie vragen maar de arts heeft voor de commissie aannemelijk gemaakt dat zij er in redelijkheid van overtuigd kon zijn dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.)

Wat het verzoek betreft stelt de arts dat zij de vrouw voor het eerst ontmoet heeft bij opname in het verpleeghuis. De vrouw was toen wilsonbekwaam. De arts vond dat de vrouw recht had op euthanasie vanwege haar lijden en het feit dat uit de schriftelijke wilsverklaring bleek dat zij nooit in deze situatie, opgenomen zijn in een verpleeghuis, had willen belanden. De arts heeft gecontroleerd bij de behandelend geriater en de huisarts van de vrouw of de vrouw wilsbekwaam was op het moment van het opstellen van de schriftelijke wilsverklaring. Beiden gaven aan dat dit het geval was.

De reactie van de vrouw bij het toedienen van de thiopental heeft de arts niet opgevat als een teken dat de vrouw de euthanasie misschien niet wilde. De vrouw was niet wilsbekwaam, haar uiting was op dat moment voor de arts niet relevant. De arts vond het ook niet gepast om op dat moment de euthanasie af te breken.

De commissie heeft ook vragen gesteld aan de voormalige huisarts van de vrouw. Die vragen betreffen de gesprekken die gevoerd zijn over euthanasie en het moment waarop de vrouw wilsonbekwaam is geworden. De huisarts heeft meerdere gesprekken met de vrouw gevoerd toen zij nog wilsbekwaam was. Het was duidelijk dat zij niet naar het verpleeghuis wilde maar ook dat zij vond dat euthanasie nog niet aan de orde was. Later werd zij minder duidelijk in haar wensen ten aanzien van euthanasie. Toen een paar maanden voor het overlijden duidelijk werd dat opname noodzakelijk ging worden, heeft de huisarts de vrouw en haar echtgenoot op het spreekuur uitgenodigd. De vrouw was toen niet met euthanasie bezig en begreep ook niet meer wat dat inhield. Na uitleg van de huisarts over de betekenis van euthanasie gaf zij aan dat zij dat niet wilde. Toen zij werd herinnerd aan haar opvatting dat zij niet naar het verpleeghuis wilde, zei zij dat zij dan misschien wel euthanasie wilde. Toen de arts haar uitlegde hoe dat in zijn werk gaat, vond zij dat ‘weer te ver gaan’. Zij kon kortom niet meer aangeven wat haar wensen waren ten aanzien van euthanasie. Het moment waarop de vrouw wilsonbekwaam was geworden ter zake van haar euthanasieverzoek kon de arts niet precies aangeven. Het was ergens in het jaar vóór haar overlijden gebeurd. In het gesprek met de commissie legde de arts uit dat zij de Dormicum

in de koffie had toegediend omdat de vrouw geen medicijnen gebruikte en zij, wanneer haar gevraagd zou zijn om de Dormicum zelf in te nemen, zij waarschijnlijk geweigerd zou hebben dat in te nemen. Toen de Dormicum onvoldoende bleek te werken is de extra dosis gegeven. De vrouw vond de prik van de naald niet prettig. Nadat enige tijd verstreken was en duidelijk was dat de vrouw niets merkte van alles wat er om haar heen gebeurde – schuiven met meubilair en dergelijke – is een infuusnaald ingebracht. Dat ging moeilijk en duurde lang maar de vrouw leek er niets van te merken. Echter, toen de arts de thiopental probeerde toe te dienen, kwam de vrouw overeind, dit is wat de arts eerder aangeduid had als fysiek verzet. De familie heeft de vrouw vervolgens vastgehouden en de arts heeft snel de rest van de euthanatica toegediend.

De commissie stelt vast dat de dementiebepaling uit het jaar voorafgaand aan dat van het overlijden, behorende bij de schriftelijke wilsverklaring van de vrouw, op verschillende manieren kan worden gelezen. Uit de bewoordingen (‘wanneer ik daar zelf de tijd voor rijp acht’ en ‘op mijn verzoek’) gezien ook tegen de achtergrond van de bewoordingen van de eerste dementiebepaling (‘wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben’) kan worden afgeleid dat de vrouw bij het opstellen van de bepalingen ervan uit ging dat ze te zijner tijd zelf nog om euthanasie kon en zou verzoeken. Uit de tekst van de wilsverklaring gelezen in samenhang met de dementiebepaling, zoals in het jaar voor het overlijden herzien, volgt dan ook niet onverkort dat deze is opgesteld om in de plaats te treden van een mondeling verzoek wanneer zij als gevolg van de dementie niet meer in staat zou zijn haar wil te uiten of te bepalen. De commissie ziet weliswaar in dat ook een andere, ruimere lezing mogelijk is waarbij wordt aangenomen dat deze verklaring wél is opgesteld om in de plaats te treden van een mondeling verzoek. Maar naar het oordeel van de commissie biedt de laatste dementiebepaling voor een dergelijke ruimere lezing onvoldoende duidelijke aanknopingspunten. Als daarvan wél uit wordt gegaan is er sprake van twee, elkaar uitsluitende lezingen van de bepaling. Daarmee blijft twijfel bestaan over het antwoord op de vraag of de vrouw wilde dat de schriftelijke wilsverklaring in de plaats zou treden van een mondeling verzoek. Gegeven deze twijfel, en in aanmerking nemend dat het hier letterlijk om een vraagstuk van leven en dood gaat en de levensbeëindiging onomkeerbaar is, moet naar het oordeel van de commissie aan de veilige kant worden gebleven en aan de meer restrictieve lezing van de dementiebepaling worden vastgehouden. Hieruit volgt dat artikel 2, tweede lid van de WTL niet van toepassing was. Bij gebrek aan een mondeling verzoek van de vrouw aan de arts om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie en aan een duidelijke schriftelijke wilsverklaring ter vervanging daarvan, kon de arts naar het oordeel van de commissie niet ondubbelzinnig tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging.

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

## COLOFON

Uitgave:  
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie  
[www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

Ontwerp:  
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk:  
Xerox/OBT, Den Haag

april 2017

