



**Regionale  
toetsingscommissies  
euthanasie**

—  
Jaarverslag 2009

# Inhoud

---

Voorwoord	3
<b>Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2009</b>	
Meldingen	5
Medisch zorgvuldige uitvoering	5
Psychiatrische problematiek	6
Dementie	6
Combinatie factoren bepaalt lijden	6
Meldend arts	7
Verantwoording aan commissie	7
<b>Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen</b>	
Zorgvuldigheidseisen algemeen	8
Zorgvuldigheidseisen specifiek	8
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	8
Schriftelijke wilsverklaring	9
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	20
Ondraaglijk lijden in bijzondere situaties	23
Palliatieve sedatie	24
c. Voorlichting aan de patiënt	24
d. Geen redelijke andere oplossing	24
e. Consultatie	26
f. Medisch zorgvuldige uitvoering	38
<b>Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies</b>	
Wettelijk kader	47
Rol van de commissies	47
<b>Bijlagen</b>	
<b>I Overzicht van meldingen</b>	
Overzicht van meldingen totaal	50
Overzicht van meldingen per regio:	
A. regio Groningen, Friesland en Drenthe	52
B. regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	53
C. regio Noord-Holland	54
D. regio Zuid-Holland en Zeeland	55
E. regio Noord-Brabant en Limburg	56
<b>II Overzicht van afhandeling van meldingen door Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg</b>	
waarover door de commissies is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	
- 2009	58
- 2008 waarvan de afhandeling in het jaarverslag 2008 nog niet bekend was	59
<b>III Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL)</b>	62

# Voorwoord

## Zeer geachte lezer,

Voor u ligt het jaarverslag 2009 van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie.

In onze jaarverslagen leggen wij verantwoording af over de wijze van toetsing op grond van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL).

In 2009 is het aantal meldingen ingevolge de WTL opnieuw sterk gestegen: van 2331 in 2008 naar 2636 in 2009, een stijging van ruim 13 procent. Sinds 2006 stijgt het aantal meldingen per jaar met dubbelcijferige percentages. Deze stand van zaken heeft een aantal verschillende implicaties.

Ten eerste heeft de capaciteit van de vijf regionale toetsingscommissies en hun secretariaten haar grenzen bereikt. De secretarissen zijn te zwaar belast. Er wordt maximaal efficiënt gewerkt.

Doordat de secretarissen zich noodgedwongen geheel moesten richten op de kerntaak – de commissies ondersteunen bij de beoordeling van de gemelde gevallen van levensbeëindiging –, zijn andere taken er bij ingeschoten.

Zo is bijvoorbeeld een achterstand ontstaan in de geanonimiseerde publicatie van onze oordelen op de website [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl). Dat betreuren wij. De WTL zou haar doel voorbij schieten als de wijze van toetsen niet zo ruim mogelijk kenbaar is. Kenbaar voor artsen en gezondheidsrechtjuristen in de eerste plaats, maar ook voor elke belangstellende. De commissies hechten daarom zeer aan openbare verantwoording. Wij doen dat in hoofdzaak op drie manieren: door middel van het jaarverslag, door publicatie van in beginsel alle oordelen op de website en door het geven van lezingen, participeren in discussies of het deelnemen aan SCEN- en andere artsenbijeenkomsten.

De leiding van het ministerie van VWS heeft onderkend dat alleen uitbreiding van de personele formatie oplossing zou brengen. Deze is in maart 2010 toegestaan. Wetende dat uitbreiding van het aantal ‘ambtenaren’ in dit tijdgewricht allesbehalve populair is, waarden wij dit besluit van VWS eens te meer.

Telkenjare rijst weer de vraag naar de oorzaken van de stijging van de meldingen. Precieze oorzaken zijn niet aan te wijzen. In het voorwoord bij het jaarverslag over 2008 heb ik er aandacht aan geschonken. Wij hadden een quick scan laten uitvoeren naar mogelijke oorzaken. Hieruit bleek dat aannemelijke verklaringen weliswaar voorhanden zijn (zoals toenemende meldingsbereidheid), maar hoe het echt nauwkeurig zit lijkt slechts met een diepgaander onderzoek te achterhalen. Wij zijn daarom blij dat oud-staatssecretaris Jet Bussemaker heeft besloten in 2010 wederom, evenals in 2005, een grondig evaluatieonderzoek te laten instellen naar de uitvoering van de WTL. Deze evaluatie omvat mede onderzoek naar het aantal keren dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voorkomt en naar de oorzaken van de stijging van het aantal meldingen. De demissionaire staat van het kabinet heeft gelukkig geen invloed op dit onderzoek, al zullen eventuele beleidsconsequenties natuurlijk pas in een nieuw kabinet aan de orde kunnen komen.

In negen gevallen (van de 2636) oordeelde de commissie het handelen van de arts niet zorgvuldig. U vindt de essentiële passages van deze oordelen, geanonimiseerd, in dit verslag. Zoals ook in vorige jaarverslagen staan wij stil bij euthanasie in bijzondere situaties, zoals bij dementie. Ook besteden wij extra aandacht aan de wijze van uitvoering van de levensbeëindiging door de arts.

De commissies vernemen graag uw eventuele feedback.

**Mr. J.J.H. Suyver**

Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie

Den Haag, mei 2010



# Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2009

In 2009 zijn de volgende ontwikkelingen relevant.

## Meldingen

In 2009 hebben de regionale toetsingscommissies euthanasie (hierna: de commissies) 2636 meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ontvangen<sup>1</sup>. In 2008 waren dat er 2331; een stijging van 13,1%. In 2010 zal de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) opnieuw worden geëvalueerd; het evaluatieonderzoek zal ook de sterke toename van meldingen onderzoeken<sup>2</sup>.

De commissies hebben in deze zaken getoetst of de uitvoerend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan als bedoeld in de WTL. In 9 gevallen kwamen de commissies tot de conclusie dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan. De essentiële gedeelten van deze oordelen zijn in Hoofdstuk II, Zorgvuldigheidseisen Specifiek, onder de desbetreffende zorgvuldigheidseis als casus beschreven. De oordelen zelf worden, evenals alle oordelen waarbij de commissies tot de conclusie kwamen dat de arts conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld, integraal gepubliceerd via de website van de commissies: [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl). Alleen die oordelen, waarbij door publicatie de anonimiteit van de patiënt in gevaar kan komen, worden niet gepubliceerd.

Nota bene: door de toename van het aantal meldingen gedurende de afgelopen jaren konden, omdat de capaciteit van de ondersteuning van de commissies niet navenant toenam, in 2009 helaas geen oordelen voor publicatie worden bewerkt en daardoor niet worden gepubliceerd.

## Medisch zorgvuldige uitvoering

De commissies gaan bij het beoordelen van de medisch zorgvuldige uitvoering te rade bij wat in de medische en farmacologische wetenschap en praktijk de geldende standaard is.

Voor de commissies is in beginsel het advies van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij te bevordering van der

Pharmacie (KNMP) voor de methode, gebruik van middelen en dosering leidraad. De KNMP heeft in deze Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding 2007 (verder te noemen de Standaard Euthanatica) opgenomen welke middelen zij adviseert of juist afraadt bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp), verbonden aan de KNMP, bevestigt dat de KNMP voor de coma-inductie onderscheid maakt tussen middelen die eerste of tweede keus zijn. De middelen die tweede keus zijn staan opgenomen in de Standaard Euthanatica in de paragraaf 'Noodoplossingen'. Dit zijn middelen waarmee minder ervaring ('evidence') is opgedaan, maar die zo nodig als alternatief voor het eerste keus middel kunnen dienen. Daarnaast worden in de Standaard Euthanatica nog middelen genoemd die geen alternatief zijn voor het eerste keus middel; voorts wordt daarin beschreven welke middelen worden afgeraden.

Wanneer een arts geen gebruik maakt van een eerste keus middel zullen de commissies de arts nadere vragen stellen. Bij de toetsing van de medisch zorgvuldige uitvoering is uitgangspunt dat noodoplossingen (tweede keus middelen) toegelaten zijn, mits de arts het gebruik ervan voldoende motiveert. De commissies zullen dan ook vragen stellen als het gebruik van de noodoplossingen niet of niet afdoende is gemotiveerd of wanneer de arts middelen gebruikte die niet als alternatief zijn genoemd of die worden afgeraden. Wanneer de dosering van de middelen niet is vermeld zal daarnaar ook navraag worden gedaan. Bij een dosering die afwijkt van het advies in de Standaard Euthanatica zal de arts om een motivering worden gevraagd. Indien dit niet wordt vermeld zullen de commissies tevens vragen naar de wijze van toediening.

Ook in 2009 zijn de commissies geconfronteerd met het gebruik van middelen die niet als eerste keus middel in de Standaard Euthanatica zijn opgenomen en met meldingen

<sup>1</sup> De cijfers – zowel algemeen als uitgesplitst per regio – zijn opgenomen als bijlage I

<sup>2</sup> Antwoorden staatssecretaris VWS, d.d. 21-01-2010 op schriftelijke vragen Tweede Kamer jaarverslag 2008 RTE's, TK 32 123 XVI nr. 114

waarin de dosering van de gebruikte euthanatica niet is vermeld of niet overeenstemt met het advies van de KNMP.

De commissies constateren echter dat in 2009 het gebruik door de meldend artsen van euthanatica conform de *Standaard Euthanatica* (aanzienlijk) is toegenomen. Dit lijkt mede te zijn ingegeven door de aandacht die in *Medisch Contact* van november 2008 nummer 4 aan dit onderwerp is besteed.

Niettemin kwamen de commissies ook in dit verslagjaar in vier gevallen op basis van de dosering van euthanatica tot het oordeel dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

In 2009 is voorts een melding van hulp bij zelfdoding ontvangen van een arts die op het moment van de zelfdoding niet bij de patiënt aanwezig was (casus 18). De commissie heeft geoordeeld dat de arts niet conform de in art 2 lid 1 sub f. WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen, de medisch zorgvuldige uitvoering, heeft gehandeld.

Ook werd in dit verslagjaar een melding ontvangen van levensbeëindiging op verzoek, waarbij de gekozen, bijzondere vorm van levensbeëindiging elementen bevatte van zowel levensbeëindiging op verzoek als hulp bij zelfdoding, als gevolg waarvan gesproken kan worden van een bijzondere situatie binnen de grenzen van de WTL, aldus een zelfstandige vorm (*sui generis*).

Deze melding is als casus 19 opgenomen.

Zoals in laatstgenoemde casus pregnant naar voren komt zou het raadzaam zijn geweest indien de arts over de voorgenomen uitvoering de geconsulteerde SCEN-arts had geraadpleegd. Meer in het algemeen hebben de commissies geconstateerd dat het door de arts met de SCEN-arts overleg plegen over de op handen zijnde uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding weinig vanzelfsprekend is. Hoewel op grond van artikel 2 lid 1 onderdeel e. WTL van de als onafhankelijke consultant geraadpleegde arts slechts een oordeel over de onderdelen a. tot en met d. wordt gevraagd, staat niets de meldend arts in de weg met deze consultant, veelal een SCEN-arts, de voorgenomen wijze van uitvoering te bespreken. Het is de commissies opgevallen dat een aantal SCEN-artsen eigener beweging de consultend arts aanbiedt om, indien gewenst, met betrekking tot de uitvoering te adviseren. Aldus geven zij op een goede manier uitvoering aan de S (Steun) van SCEN.

## Psychiatrische problematiek

De commissies ontvingen in 2009 geen meldingen van hulp bij zelfdoding bij patiënten vanwege psychiatrische problematiek. In het algemeen geldt dat in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding vanwege lijden waaraan een psychiatrische ziekte of stoornis ten grondslag ligt de arts zeer behoedzaam moet optreden. Wanneer er sprake is van een psychiatrisch ziektebeeld zijn het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging moeilijker te beoordelen. Er wordt dan nog meer aandacht van de arts verlangd.

## Dementie

De commissies hebben kennis genomen van de door de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer gedane toezegging het aantal in het kader van de WTL gemelde gevallen van dementie in het jaarverslag van de commissies expliciet te noemen<sup>3</sup>. In 2009 hebben de commissies 12 meldingen beoordeeld van levensbeëindiging op verzoek van patiënten, die in een beginfase van dementie verkeerden. In alle gevallen kwam de commissie tot het oordeel dat de arts conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Een aantal casus is ter illustratie in dit verslag opgenomen (casus 4, 5 en 6)

## Combinatie factoren bepaalt lijden

Bij de beantwoording van eerdergenoemde vragen van de Tweede Kamer heeft de staatssecretaris eveneens de toezegging gedaan dat in het jaarverslag van de RTE's van 2009 expliciet aandacht zal worden besteed aan meldingen van euthanasie waarbij sprake is van een combinatie van aandoeningen en waarbij meerdere factoren het lijden en met name de ondraaglijkheid daarvan bepalen.

Zoals hieronder in Hoofdstuk II onder b is beschreven bestaat, ingeval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, het lijden vrijwel altijd uit een combinatie van elementen/factoren die de draagkracht van de betreffende patiënt dusdanig te boven gaan dat dit lijden als ondraaglijk wordt ervaren; voor de arts moet de ondraaglijkheid van dit lijden invoelbaar zijn.

## Meldend arts

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding vinden vrijwel altijd plaats door de behandelend arts van de patiënt, in de praktijk veelal diens huisarts. Het komt voor dat een andere arts dan de reguliere behandelaar tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding overgaat, bijvoorbeeld als waarnemer bij afwezigheid van de behandelaar, omdat de situatie van de patiënt snel verslechtert of omdat de behandelaar op grond van zijn levensbeschouwing de levensbeëindiging op verzoek niet zelf wil uitvoeren. Het is zaak dat de uitvoerend, dus meldend, arts zich tevoren gedegen informeert over de situatie van patiënt en persoonlijk vaststelt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

In de als casus 14 in dit verslag opgenomen melding, waarbij op een zeer laat moment duidelijkheid ontstond over de vraag wie de levensbeëindiging op verzoek zou uitvoeren, kon de uitvoerend arts (de huisarts) in de hectiek van het moment niet aan het wettelijk vereiste van onafhankelijke consultatie voldoen. Hoewel hij, gegeven de omstandigheden, vanuit medisch en ethisch perspectief zorgvuldig was opgetreden, kon de commissie dan ook niet anders oordelen dan dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen van art. 2 WTL had gehandeld.

In dit verslagjaar is een melding ontvangen van levensbeëindiging op verzoek, uitgevoerd door een bedrijfsarts. Na een nadere toelichting van de arts aangaande zijn behandelrelatie met de patiënt te hebben ontvangen concludeerde de commissie dat hij conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

In de praktijk komt het een enkele maal voor dat er bij artsen onduidelijkheid bestaat over hun rol bij de (uitvoering van de) levensbeëindiging.

Indien bijvoorbeeld een euthanasie wordt gemeld door een arts die deze niet zelf heeft uitgevoerd, zal de uitvoerend arts de melding alsnog moeten ondertekenen en wordt hij door de commissies als meldend arts beschouwd.<sup>4</sup>

## Verantwoording aan commissie

De commissies worden soms geconfronteerd met meldende artsen die, daartoe door de commissie uitgenodigd, weigeren om nadere informatie aangaande de melding in een gesprek met de commissie te verschaffen. De commissies realiseren zich goed dat een gesprek met de commissie voor de arts, gezien het tijdsbeslag, het organiseren van waarneming en dergelijke een belasting betekent. Toch zijn er situaties waarin de commissies de voorkeur geven aan het in persoon verschijnen van de arts om de toedracht met betrekking tot zaken als het besluitvormingsproces rond het levenseinde van de patiënt of de gang van zaken bij de uitvoering te vernemen. Van de arts mag worden verwacht dat deze zich toetsbaar opstelt.

De commissies hechten er aan te beklemtonen dat een gesprek met de commissie tot doel heeft de arts in de gelegenheid te stellen de melding, waarover ook na door de arts schriftelijk verstrekte nadere informatie bij de commissie onduidelijkheid is blijven bestaan, nader toe te lichten. Een dergelijke verantwoording aan de commissie is noodzakelijk in situaties waarin het voor de commissie zonder deze toelichting niet mogelijk is tot het oordeel te komen dat de arts conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

De casus 13 en 17 zijn als voorbeeld in dit jaarverslag opgenomen.

<sup>4</sup> Zie artikel 3, eerste lid van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de RTE's, vastgesteld op 21 september 2006

# Hoofdstuk II **Zorgvuldigheidseisen**

## **Zorgvuldigheidseisen algemeen**

De commissies toetsen het handelen van de meldend arts aan alle in de wet genoemde zorgvuldigheidseisen en oordelen of de arts al dan niet overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Deze zorgvuldigheidseisen, zoals vastgesteld in de WTL, houden in dat de arts:

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

Voor de beoordeling door de commissies is de door de meldend arts verstrekte informatie van cruciaal belang. Door direct bij de melding ook inzicht te geven in het gehele besluitvormingsproces kunnen latere vragen van de commissies worden voorkomen.

Het afgelopen jaar is er een nieuw modelverslag geïntroduceerd dat, door de wijze waarop de daarin opgenomen vragen zijn geformuleerd, de meldend arts – meer dan voorheen – een handvat biedt voor de commissie inzichtelijk te maken dat en waarom aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Ook in 2009 gaven de meeste meldingen tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie of vragen. In die gevallen konden de commissies snel tot het oordeel komen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In een aantal gevallen heeft de melding aanleiding gegeven tot diepgaande en langdurige discussie in de commissie; zonodig is de arts gevraagd om schriftelijk of mondeling nadere informatie te verstrekken. In dit hoofdstuk zijn voorbeelden opgenomen van casuïstiek die aanleiding heeft gegeven tot discussie en het stellen van vragen.

## **Zorgvuldigheidseisen specifiek**

### *a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek*

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

Het is noodzakelijk dat de arts tot de overtuiging komt dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. In het contact tussen de patiënt en de arts zijn het bespreekbaar maken van het (naderende) levenseinde, het inventariseren van de wensen van patiënt en het bepalen van mogelijkheden om daar wel of niet aan tegemoet te komen belangrijke elementen. Het verzoek van de patiënt moet concreet aan de arts worden gedaan.

Een aantal elementen staat centraal.

In de eerste plaats moet een verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding door de patiënt zelf zijn gedaan.

In de tweede plaats behoort een verzoek vrijwillig te zijn.

Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten. De patiënt moet in het bezit zijn van het geestelijk vermogen om zijn wil vrij te bepalen (interne vrijwilligheid) en hij moet zijn wil hebben geuit zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid).

Ten derde behoort een verzoek weloverwogen te zijn. Dat betekent dat er een zorgvuldige afweging heeft plaatsgevonden op basis van volledige informatie en een helder ziekte-inzicht.

De patiënt is wilsbekwaam indien hij in staat kan worden geacht het verzoek intern vrijwillig en weloverwogen te doen.

### *Psychiatrische ziekte of stoornis*

In het algemeen geldt dat in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding vanwege lijden waaraan een psychiatrische ziekte of stoornis ten grondslag ligt de arts zeer behoedzaam moet optreden. In het geval van een verzoek om levensbeëindiging van een psychiatrische patiënt is extra aandacht nodig voor de vraag of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Een psychiatrische ziekte of stoornis kan ertoe leiden dat de patiënt zijn wil niet vrij kan bepalen. De arts moet in geval van een psychiatrische ziekte of stoornis nagaan of de patiënt wilsbekwaam is. Hij moet er dan onder meer op letten of de patiënt ervan blijk geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistente overwegingen te gebrui-



ken. In een dergelijk geval is het van groot belang om naast de onafhankelijke consulent een of meer deskundigen, onder wie een psychiater, te raadplegen die op dit punt hun deskundig oordeel kunnen geven.

Wanneer deskundigheid van andere artsen is ingeroepen is het van belang hun oordeel aan de commissie kenbaar te maken.

### Depressieve klachten

Zoals al aangegeven is er in 2009 geen melding binnengekomen van een euthanasie uitsluitend op basis van een psychiatrische problematiek. Dit neemt niet weg dat er wel meldingen zijn binnengekomen, waarbij een patiënt tevens depressieve klachten had.

Vaak dragen die klachten bij aan de lijdensdruk, maar het is niet uitgesloten dat door diezelfde klachten tevens de wilsbekwaamheid wordt beïnvloed. In geval van twijfel wordt in de praktijk doorgaans het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consulent benaderde onafhankelijke arts. Een arts moet dus (laten) vaststellen dat een patiënt wilsbekwaam is. Wanneer deskundigheid van andere artsen is ingeroepen is het van belang dit aan de commissie kenbaar te maken. Het komt voor dat een arts na een wegingsproces besluit geen extra deskundigheid in te roepen of een eerder betrokken deskundige er niet nogmaals bij te betrekken. Een dergelijke afweging is voor de commissie relevante informatie (zie bijvoorbeeld casus 8).

Overigens zij opgemerkt dat een gedrukte stemming onder de omstandigheden waarin het euthanasieverzoek wordt gedaan normaal is en dus in het algemeen geen teken van depressie is.

### Dementie

Alle in 2009 afgedane gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten die leden aan een dementieel syndroom, 12 in totaal, zijn door de commissies als zorgvuldig beoordeeld. Het ging daarbij om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, maar die nog inzicht hadden in hun ziekte en de symptomen van verlies van oriëntatie en persoonlijkheid en die wilsbekwaam werden geacht omdat zij de gevolgen van hun verzoek goed konden overzien. Casus 4, 5 en 6 zijn daar illustraties van.

De commissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces van dementie bevinden in het algemeen met extra prudentie moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging.

Een arts zal de fase van het ziekteproces en de overige specifieke omstandigheden van de situatie bij zijn overwegingen moeten betrekken. Naarmate het ziekteproces voortschrijdt is het onwaarschijnlijker dat een patiënt nog over voldoende wilsbekwaamheid beschikt.

Wanneer een arts van mening is dat een patiënt in de beginfase van dementie verkeert, is het raadzaam dat naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld nog één of meer deskundigen worden geraadpleegd, waaronder bij voorkeur een geriater. In dergelijke gevallen vormen, behalve de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid en – met name – de ondraaglijkheid van het lijden, belangrijke aspecten van de besluitvorming door de arts. Het advies van de commissies luidt dat de arts zijn beoordelingsproces in dergelijke situaties met extra aandacht omgeeft en dit voor de commissie inzichtelijk maakt.

### Schriftelijke wilsverklaring

Het uitgangspunt van de WTL is dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek vindt vrijwel altijd plaats in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dan dus mondeling gedaan. Het gaat er primair om dat er tussen arts en patiënt duidelijkheid bestaat over het verzoek van de patiënt.

De schriftelijke wilsverklaring is in de WTL wettelijk verankerd. Deze vervangt het mondelinge verzoek van patiënten die op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is niet meer in staat zijn hun wil te uiten, maar voordien wel wilsbekwaam waren.

De zorgvuldigheidseisen zijn van overeenkomstige toepassing; daarom is duidelijkheid van deze verklaring voor de arts aan wie het verzoek in een concrete situatie wordt gericht van het grootste belang. Het is dan ook raadzaam deze verklaring tijdig op te stellen, op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven waaronder men wenst dat levenbeëindiging wordt uitgevoerd. Hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring, des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts. Deze laatste zal, evenals de consulent, immers aan de hand van het beschrevene én de actuele situatie, waarin de patiënt zich bevindt, moeten afwegen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een voor de patiënt redelijk alternatief.

In casus 3 speelde de schriftelijke wilsverklaring een belangrijke rol bij de beoordeling van het vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt die niet meer in staat was zijn wil te uiten.

Wanneer de patiënt daarentegen wel in staat is zijn wil te uiten en om levensbeëindiging kan verzoeken, dan kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan meer duidelijk-

heid en het mondelinge verzoek ondersteunen. Een handgeschreven verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, levert doorgaans een persoonlijke, aanvullende onderbouwing op en heeft daarom meer betekenis dan een ondertekend formulier, zeker als dit in conditionele bewoordingen is gesteld.

In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld eist de WTL geen schriftelijke wilsverklaring. In de praktijk maakt de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring het beoordelingsproces achteraf weliswaar gemakkelijker, maar de commissies willen benadrukken dat het niet de bedoe-

ling is om, soms nog kort voor het overlijden, zo een verklaring te laten opstellen en daardoor onnodig druk op de betrokkenen te leggen.

Door het in het journaal documenteren van het (in algemene zin) bespreken van een wens tot levensbeëindiging van de patiënt en van het besluitvormingsproces van de arts met de patiënt met betrekking tot diens levenseinde, kan de arts ook zelf bijdragen aan de duidelijkheid, van belang ook bijvoorbeeld voor eventuele waarnemers en andere bij de besluitvorming betrokkenen.

## Casus 1

### Vrijwillig en weloverwogen verzoek

#### Extra aandacht voor wilsbekwaamheid

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 60 tot 70 jaar, werd een half jaar voor het overlijden een oesofaguscarcinoom vastgesteld. In principe was behandeling van dit carcinoom goed mogelijk maar patiënt wees iedere behandeling af. Patiënt zag zijn aandoening als een zegen omdat hij zijn leven al twee jaar als zinloos beschouwde. Hij had al gedurende lange tijd een doodswens. Patiënt leefde al enkele jaren sociaal totaal geïsoleerd. Behalve met de arts had hij met niemand contact, ook niet met familie of burens. Vijftientig jaar eerder werd hij naar aanleiding van een psychose opgenomen in een psychiatrische inrichting, waar hij enkele jaren verbleef in verband met schizofrenie. Daarna werkte hij op de sociale werkplaats. Hij deed daar, zonder veel animo, voornamelijk lopende band werk. Ruim tien jaar later werd hij gereanimeerd wegens ventrikel fibrilleren bij een dilaterende cardiomyopathie. Hierdoor werd hij arbeidsongeschikt. Nadat de diagnose van het oesofaguscarcinoom was gesteld, ging de toestand van patiënt geleidelijk achteruit. De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënt uit vrijwel volledige bedlegerigheid, algehele verzwakking, bloedverlies, anemie, braken en niet meer kunnen eten in combinatie met psycho-organische klachten die werden ingegeven door de uitgebluste schizofrenie met negatieve symptomen. Patiënt leed ook ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van zijn situatie.

Volgens de door de arts geraadpleegde consulent was patiënt een in zijn eigen wereld geïsoleerd levende contactarme schizofreen die in alle opzichten zorg meed. Naar het oordeel van de consulent was patiënt niet depressief. De wens van patiënt om te sterven was duidelijk en zijn gevoel hierover droeg hij goed uit. Voor de consulent waren de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt invoelbaar. Het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat het hier een patiënt betrof die schizofreen was en een uitgebreide psychiatrische ziektegeschiedenis had. De commissie vroeg zich af in hoeverre de patiënt onder de omstandigheden als voormeld in staat is geweest om in vrijheid zijn wil te bepalen en of de arts in deze casus nog heeft overwogen om een psychiater te raadplegen met betrekking tot de wilsbekwaamheid van patiënt. Daartoe uitgenodigd gaf de arts de volgende mondelinge toelichting:

Patiënt had zich bijna een jaar voor het overlijden, na een verhuizing, ingeschreven in de praktijk van haar collega. Het eerste contact van patiënt vond enkele maanden later plaats met de collega van de arts. In die tijd speelde de psychiatrische ziektegeschiedenis van patiënt geen rol. Nadat de diagnose van het oesofaguscarcinoom was gesteld had patiënt

twee of drie keer met de collega van de arts gesproken over zijn beslissing geen (palliatieve) behandeling te willen ondergaan.

Daarna had patiënt voor het eerst met de arts gesproken, waarbij hij de arts een euthanasieverklaring van de NVVE had overhandigd. Twee maanden voor het overlijden had de arts van patiënt een uitgebreide brief ontvangen met een verzoek om euthanasie. Patiënt vond bij de arts voor het eerst gehoor voor zijn wens om levensbeëindiging. Hij wilde al jaren dood en had in het verleden tot zijn grote verdriet een reanimatie overleefd. Meteen nadat de diagnose oesofaguscarcinoom was gesteld had patiënt tegen de collega van de arts en de MDL-arts gezegd dat hij deze ziekte ging aangrijpen om dood te gaan. Patiënt kon als gevolg van zijn psychiatrische voorgeschiedenis niet nuanceren. Hij was affectarm maar beslist niet psychotisch, verward of depressief.

Hij was wel zwaar op de hand en totaal vereenzaamd. De vraag van de arts of hij nog last had van stemmen in zijn hoofd of obsessieve gedachten beantwoordde hij ontkennend.

Zowel de arts als de collega van de arts en de consulent waren ervan overtuigd dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek om levensbeëindiging. Ook waren zij er alle drie van overtuigd dat het euthanasie verzoek van patiënt niet werd beïnvloed door factoren van psychische aard. Om die reden had de arts nooit overwogen om een psychiater te raadplegen over de wilsbekwaamheid van patiënt. Patiënt slikte nog wel steeds anti-psychotica. De arts had patiënt wel zelf nog een paar keer bezocht.

De commissie heeft kennisgenomen van de mondelinge toelichting van de arts, waardoor is komen vast te staan dat niet alleen zij maar ook de consulent ervan overtuigd was dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënt en dat in het bijzonder het verzoek om levensbeëindiging van patiënt niet beïnvloed werd door factoren van psychische aard.

De commissie kwam daardoor tot het oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

## Casus 2

### *Vrijwillig en weloverwogen verzoek*

**Ondanks beperkingen in de verbale communicatie (afasie) kon patiënt zijn verzoek duidelijk maken; hij was wilsbekwaam; geen schriftelijke wilsverklaring aanwezig**

Een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar kreeg anderhalf jaar voor het overlijden een infarct in de linker hemisfeer met als gevolg een hemiparese rechts en een motorische afasie, alsmede slikproblemen. Patiënt had na veel inspanning en met enorme motivatie, zowel geestelijk als lichamelijk, weer een acceptabel leven in het verpleeghuis kunnen opbouwen.

Een jaar later ontstond een heupfractuur. Patiënt kreeg last van progressieve slikklachten waardoor recidiverende pneumonieën ontstonden. Hij had ook last van urineretentie waardoor een suprapubische katheter nodig was. Patiënt werd behandeld vanwege infecties. Zijn voeding werd aangepast in consistentie. Hij kreeg fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. Ook werd een psycholoog ingeschakeld om patiënt te begeleiden in het ziekteproces. Patiënt kreeg een proefbehandeling met antidepressiva hoewel een depressie niet werd vastgesteld. Hij kreeg de behandeling toen zijn motivatie daalde door het uitblijven van een verbetering van zijn situatie. Patiënt had getracht zichzelf opnieuw terug te vechten tot een acceptabel niveau, maar hij werd hierin belemmerd door benauwdheid ten gevolge van de pneumonieën en andere klachten. Zijn conditie ging, ondanks al zijn inspanningen, alleen maar achteruit. Uiteindelijk kon hij alleen nog maar liggen. Patiënt wees alle levensverlengende hulp af en at minimaal. Patiënt werd een schim van wat hij ooit was. Het feit dat hij zich niet kon uiten was

voor deze altijd zeer sociale man zeer zwaar. Voor patiënt was het lijden ondraaglijk. Patiënt en zijn lichaam waren 'op'.

Anderhalve maand voor het overlijden had patiënt de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. Patiënt maakte dit met handgebaren duidelijk. Een paar dagen later had patiënt zijn concrete verzoek herhaald onder meer ten overstaan van zijn dochter. Er was geen schriftelijke wilsverklaring aanwezig als gevolg van de afasie. De arts gaf aan dat zij bijzondere aandacht had geschonken aan de wilsbekwaamheid van patiënt.

Patiënt kon steeds duidelijk aangeven wat hij wel en niet wilde.

De door de arts geraadpleegde consulent bezocht patiënt in een drietal sessies tussen de drie en de vier weken voor de levensbeëindiging. De consulent gaf in zijn verslag een uitgebreide samenvatting van de ziektegeschiedenis.

Volgens het verslag van de consulent had de consulent met de kinderen van patiënt gesproken. Uit deze gesprekken was het de consulent gebleken dat patiënt het laatste jaar erg achteruit was gegaan en dat patiënt sinds drie maanden aangaf niet verder meer te willen leven. Patiënt had al eerder papieren opgevraagd bij de NVVE, omdat hij euthanasie uit voorzorg met de huisarts had willen regelen. Daarvan was het door de optredende afasie niet gekomen.

De consulent bezocht patiënt driemaal. Verbale communicatie was steeds beperkt. Hij kon op vragen wel ja of nee antwoorden. Verder sprak patiënt in een onverstaanbare brij van woorden. Non-verbaal wist patiënt zijn emoties goed over te brengen op de consulent. Hij gaf duidelijk aan een streep te willen trekken onder dit leven. Patiënt reageerde adequaat in oogopslag en gebaar. Volgens de consulent leed patiënt niet aan een depressie. Hij was wilsbekwaam en werd niet door naasten onder druk gezet. De consulent kwam tot de conclusie dat, ondanks de beperkingen in de verbale communicatie, die werden gecompenseerd door de genuanceerde aanvullingen van hen die hem dagelijks hadden begeleid, aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

### Casus 3

#### *Vrijwillig en weloverwogen verzoek*

##### **Patiënt met afasie is niet in staat te communiceren; belang van schriftelijke wilsverklaring**

Patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, had in de negen jaar voorafgaand aan het overlijden meerdere vormen van kanker gehad, waarvoor hij uiteenlopende behandelingen had ondergaan. Enkele maanden voor zijn overlijden maakte patiënt een herseninfarct in de linker hemisfeer door met tot gevolg rechtszijdige verlamming, gepaard gaande met totale afhankelijkheid en afasie. Elke vorm van communicatie ontbrak. Hij werd behandeld met thrombolyse, waarna een ernstige nabloeding plaatsvond. Ter palliatie kreeg patiënt fysiotherapie en logopedie. Deze behandelingen leidden niet tot een gunstig resultaat en werden na verloop van tijd gestaakt. Er was geen kans op enig herstel. Patiënt had al meermalen tijdens zijn verschillende perioden van ziekte aangegeven niet gedwongen te willen worden om in een ontluisterende en mensonterende situatie, zoals die waarin hij nu verkeerde, tegen zijn wil te moeten voortleven. Het lijden was uitzichtloos en mede hierdoor voor patiënt ondraaglijk, hetgeen voor de arts zeer invoelbaar was.

Nadat het eerste carcinoom was vastgesteld, had patiënt diverse gesprekken met de arts over euthanasie gevoerd. In alle gesprekken wilde hij zich er steeds opnieuw van vergewissen dat de arts achter een mogelijk concreet verzoek van hem om levensbeëindiging zou staan. Naar aanleiding van het vaststellen van de andere carcinomen, ruim zes jaar respectievelijk

drie jaar voor het overlijden, had patiënt vele malen opnieuw met de arts over levensbeëindiging gesproken. Ruim tweeënhalf jaar voor het overlijden had hij een schriftelijke wilsverklaring ondertekend.

Nadat patiënt het herseninfarct had doorgemaakt hield de arts gedurende het verblijf van patiënt in het ziekenhuis contact met de behandelend specialist en de echtgenote en zonen van patiënt.

Laatstgenoemden verzochten de arts de procedure voor levensbeëindiging te starten. De arts had hierop overleg gevoerd met een adviseur van de NVVE. Dit overleg, alsmede later overleg met de KNMG en de SCEN-arts had hem gaandeweg gesterkt in zijn mening dat er zeker mogelijkheden waren voor een euthanasie waarbij aan alle zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan.

Op grond van de gesprekken die hij eerder met patiënt had gevoerd en de ingewonnen informatie besloot de arts de door patiënt ondertekende schriftelijke wilsverklaring op te vatten als een verzoek om levensbeëindiging, zoals bedoeld in artikel 2, tweede lid van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Als consulent werd benaderd een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts. Deze bezocht patiënt ongeveer anderhalve week voor het overlijden. Voorafgaand had hij vele malen overleg met de arts gehad en gesprekken gevoerd met de specialisten die patiënt bij opname in het ziekenhuis hadden behandeld en met de huidige behandelaars van patiënt. Tevens had de consulent het medisch dossier van patiënt geraadpleegd en had hij bij het secretariaat van een toetsingscommissie in algemene zin informatie ingewonnen over de status van de schriftelijke wilsverklaring.

Toen de consulent zich voorstelde probeerde patiënt tegen hem te praten. Verder dan het uiten van onverstaanbare klanken kwam hij echter niet. Patiënt raakte zichtbaar gefrustreerd en herhaalde de klanken steeds luider. Uiteindelijk barstte hij in huilen uit. Dit herhaalde zich enkele malen tijdens het gesprek dat de consulent hierna met de echtgenote en zonen van patiënt voerde. Dezen zagen hem gevangen in zijn lichaam met een totaal onvermogen om zich te uiten. Zij zagen hem voortdurend lijden. De voorheen zo sportieve en actieve man, die op zijn vrijheid was gesteld, was nu bedlegerig en volledig hulpbehoevend. Hij was zelfs niet meer in staat aan te geven dat hij naar het toilet moest, zodat hij incontinent raakte. Hij verkeerde in een situatie die hij voorheen zo vaak als mensonterend had bestempeld. De behandelend specialisten hadden de uitzichtloosheid van de situatie van patiënt onderschreven. In zijn verslag bevestigde de consulent het uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk lijden. Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten. Patiënt was tijdens het bezoek van de consulent niet in staat zijn wil mondeling te uiten. Hij had echter eerder, volledig wilsbekwaam, een schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Daarnaast had hij intensief en vele malen gedurende de verschillende perioden van ziekte met zijn familie en de arts gesproken over de omstandigheden waaronder hij zijn lijden als ondraaglijk zou ervaren en levensbeëindiging wenste. Volgens de consulent was het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Naar zijn mening was aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

Op verzoek van de commissie haar nader te informeren over het gehele besluitvormingsproces en over het proces rondom de uitvoering verklaarde de arts dat hij patiënt al heel erg lang kende. In het verleden had patiënt driemaal een carcinoom overleefd. De confrontatie met deze carcinomen was voor patiënt telkens aanleiding om met de arts over de mogelijkheid van euthanasie te spreken en om zijn verschillende schriftelijke wilsverklaringen opnieuw te actualiseren.

De arts merkte op dat hij – kijkend naar zijn totale patiëntenbestand – juist met deze patiënt de meeste gesprekken over eventuele toekomstige euthanasie had gevoerd. In deze gesprekken kwam uitgebreid aan de orde in welke omstandigheden patiënt euthanasie zou wensen. Hij had dit ook in een schriftelijke wilsverklaring vastgelegd.

Zo'n drie en een halve maand voor zijn overlijden was de situatie van patiënt dramatisch veranderd.

Patiënt had plotseling een ernstig CVA gekregen en na thrombolysie een zeer massale bloeding in de linker hemisfeer. Als gevolg daarvan was hij afatisch geworden en was een ernstige parese rechts ontstaan. Neurologen en naasten van patiënt hadden de hoop en de verwachting dat patiënt spoedig zou overlijden. Dit bleek echter niet het geval. In de daarop volgende periode trad weinig verbetering in zijn situatie op.

De arts had zich afgevraagd of hij tot uitvoering van euthanasie zou kunnen overgaan.

Hij leefde in de veronderstelling dat het juridisch niet mogelijk was euthanasie uit te voeren wanneer een patiënt zijn wil niet meer kenbaar kon maken.

In dit geval kon patiënt op geen enkele wijze communiceren: patiënt kon niet door een ooglid op te trekken reageren op vragen en ook niet meer in een vinger knijpen om zijn verzoek te bevestigen wanneer hem daarom gevraagd werd.

Gelet op de eerdere gesprekken met patiënt was diens euthanasiewens voor de arts echter zeer invoelbaar.

De arts had nadere informatie ingewonnen bij de KNMG en bij een juridisch adviseur van de NVVE; deze had hem er in enkele gesprekken op gewezen dat het feit dat patiënt niet kon communiceren niet hoefde te betekenen dat er geen euthanasie zou kunnen worden uitgevoerd.

Vanuit de KNMG werd hem eveneens verteld dat euthanasie in dit geval niet uitgesloten was, mits het hele proces goed zou worden gedocumenteerd.

De arts lichtte desgevraagd toe dat hij tijdens zijn diverse bezoeken patiënt altijd in bed trof en dat patiënt hem dan aankeek. Hij had patiënt op allerlei manieren vragen gesteld om te achterhalen wat hij wilde. Als reactie daarop slaakte patiënt iedere keer onduidelijke kreten. Hij herhaalde die en keek dan steeds meer vertwijfeld. Uiteindelijk barstte hij in huilen uit en maakte een zeer gefrustreerde indruk. De arts vertelde dat hij uit het gedrag van patiënt had opgemaakt dat deze zich erg ongelukkig voelde. Uit zijn houding en uit zijn blik sprak wanhoop.

De arts verklaarde desgevraagd dat hij zich had afgevraagd of de door patiënt geuite frustratie te interpreteren was als een uiting van een euthanasiewens of als een uiting dat hij juist geen euthanasie wenste. Hij had zich bij zijn beslissing om tot uitvoering van euthanasie over te gaan laten leiden door de vele gesprekken die hij met patiënt over diens euthanasiewens had gevoerd, waarin patiënt ook altijd beschreef in welke situatie hij euthanasie zou wensen. Op de dag van de uitvoering had de arts eerst nog even met de familie van patiënt gesproken.

Patiënt onderging de voorbereidende en uitvoerende handeling rustig en gelaten. Er was zeker geen sprake van afweer.

De arts merkte desgevraagd op dat hij niet wist wat er op dat moment in het hoofd van patiënt omging.

Het besluitvormingsproces rondom deze levensbeëindiging had enkele maanden in beslag genomen. In die periode trad geen enkele verbetering van de situatie van patiënt op. Die situatie zou nog tijden zo kunnen doorgaan en was echt uitzichtloos.

De arts verklaarde dat het nog maar de vraag was of hij tot uitvoering van euthanasie had durven overgaan wanneer hij alleen de beschikking had gehad over een schriftelijke wilsverklaring. In dit geval kende hij patiënt echter goed en had hij vaak met hem besproken onder welke omstandigheden hij euthanasie wenste.

De commissie overwoog met betrekking tot het vereiste van een vrijwillig en weloverwogen verzoek het volgende.

Op grond van artikel 2, lid 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, kan een ondertekende schriftelijke wilsverklaring inhoudende een verzoek tot levensbeëindiging een mondeling verzoek vervangen van een patiënt die niet meer in staat is om zijn wil te uiten op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is, maar die voordien wel wilsbekwaam was.

In het onderhavige geval had patiënt al vanaf negen jaar voor het overlijden vele malen en



uitgebreid naar aanleiding van zijn verschillende, elkaar opvolgende perioden van ziekte met zijn familie en de arts over levensbeëindiging gesproken.

Patiënt had hierbij telkens aangegeven onder welke omstandigheden hij zijn lijden als ondraaglijk lijden zou ervaren en levensbeëindiging wenste. Patiënt had dit standpunt en het euthanasieverzoek vastgelegd in een door hem ondertekende, regelmatig geactualiseerde, schriftelijke wilsverklaring, terwijl hij wilsbekwaam was.

De arts had naar het oordeel van de commissie aannemelijk kunnen maken dat het in de schriftelijke wilsverklaring verwoord verzoek door patiënt vrijwillig en weloverwogen was gedaan.

Met betrekking tot het vereiste van uitzichtloos lijden merkte de commissie op dat er in de maanden voorafgaand aan het overlijden in de situatie van patiënt geen enkele verbetering was opgetreden. Deze situatie had, zoals ook door de behandelend specialisten was bevestigd, zonder enig perspectief op verbetering nog tijden kunnen voortduren en kon derhalve als uitzichtloos lijden worden aangemerkt.

De commissie overwoog dat de patiënt tijdens de vele gesprekken, die hij met de arts over zijn euthanasiewens had gevoerd, uitvoerig had besproken wat voor hem ondraaglijkheid van lijden inhield. Zijn schrikbeeld was altijd om in een volledig afhankelijke, in zijn ogen mensonterende, positie te geraken.

Omdat de situatie waarin patiënt inmiddels was komen te verkeren precies deze was waarvoor hij in het verleden had gevreesd en die hij blijkens zijn schriftelijke wilsverklaring uitdrukkelijk niet had gewild, was de arts overtuigd van het ondraaglijk lijden van patiënt. De arts was in deze overtuiging nog gesterkt door de wanhoop bij patiënt als gevolg van het niet kunnen communiceren.

Hoewel patiënt vlak voor de levensbeëindiging de ondraaglijkheid van zijn lijden niet meer zelf onder woorden kon brengen, had de arts uit de houding en de reacties van patiënt zeer sterk de indruk gekregen dat patiënt de toestand waarin hij nu verkeerde – die hij voordien altijd als ondraaglijk lijden had omschreven – ook als zodanig ervoer. De arts had zich hierin gesterkt gevoeld nu patiënt noch tijdens de voorbereidende handelingen voor de euthanasie, noch tijdens de daadwerkelijke uitvoerende handeling ook maar enig afwerend gedrag had vertoond.

In tegenstelling tot het op heftige wijze uiten van zijn frustraties op de eerdere momenten dat hij had geprobeerd te communiceren en dit mislukte, onderging patiënt deze handelingen juist kalm en gelaten.

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

Al was het voor de arts onmogelijk om, gezien het onvermogen van patiënt te communiceren, diens doodswens vlak voor de uitvoering van de euthanasie nogmaals bevestigd te krijgen, hij was er op grond van de schriftelijke wilsverklaring van patiënt, de met patiënt eerder gevoerde gesprekken én het hiervoor genoemde rustige gedrag tijdens de voorbereiding en uitvoering van de euthanasie, van overtuigd volgens de wens van patiënt te handelen. Hij had daarbij nog het volgende overwogen. Met het niet honoreren van de wens van patiënt en het laten voortbestaan van een situatie, waarvan patiënt in de gesprekken uitdrukkelijk had aangegeven en ook in zijn schriftelijke wilsverklaring had bevestigd deze niet te willen, zou hij bovendien het risico creëren patiënt – nog langer – te laten lijden tegen diens uitdrukkelijk wil in.

De commissie was van oordeel dat de arts voldoende had aangetoond terzake de juiste afweging te hebben gemaakt.

Concluderend kwam de commissie tot het oordeel dat de arts aannemelijk had kunnen maken dat hij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

## Dementie

De casus 4, 5 en 6 zijn voorbeelden van meldingen die betrekking hebben op patiënten lijdend aan dementie. In dergelijke gevallen blijkt de arts extra aandacht te schenken aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en aan de ondraaglijkheid van het lijden.

### Casus 4

#### **Dementie; voor het vaststellen van de wilsbekwaamheid, de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging heeft de arts meerdere deskundigen geraadpleegd**

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, was de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Aan de hand van herhaald neurologisch en neuropsychologisch onderzoek was sprake gebleken van een sinds 2004 langzaam progressief dementieel syndroom met klinische verschijnselen van de ziekte van Alzheimer.

Patiënt leed ondraaglijk onder het feit dat hij grip op de dingen en het leven begon te verliezen en onder het besef steeds verder af te takelen. De ontluistering, het ontbreken van een toekomstperspectief en het verlies van controle waren ondraaglijk voor hem.

Vier en een halve maand vóór het overlijden had patiënt de arts voor het eerst concreet om euthanasie verzocht. Hij had het verzoek sindsdien vele malen herhaald. Al eerder, toen duidelijk was geworden dat patiënt leed aan dementie, had hij met de arts gesproken over de mogelijkheid van euthanasie. Hij had vaak met zijn echtgenote en kinderen over zijn euthanasiewens gesproken. Patiënt had sinds ongeveer een jaar serieus over euthanasie nagedacht. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

Voorafgaande aan de wettelijk vereiste onafhankelijke consultatie had de arts de behandelend neuroloog, alsmede een psychiater als deskundigen benaderd. Als consulent werd een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts geraadpleegd. De psychiater zag patiënt voor het eerst vijf maanden voor het overlijden. Daarna had nog verschillende keren contact plaats gevonden.

De neuroloog beschreef in zijn verslag dat patiënt uitzichtloos en ondraaglijk leed onder de geestelijke aftakeling. Hij vocht tegen het verlies van grip op zaken, maar merkte dat het niet baatte. Patiënt wilde zijn waardigheid behouden. Hij kon het niet meer opbrengen door te leven. Hij was overgeplaatst naar een verzorgingshuis met andere in meerdere of mindere mate demente personen, waardoor de aftakeling voor hem alleen maar duidelijker was geworden. Hij was tot steeds minder in staat en “wist steeds minder van minder”. Patiënt had reeds in jongere jaren aangegeven geen geestelijke aftakeling te willen doormaken. Volgens de dochter van patiënt paste dit ook bij zijn nuchtere en rationele aard. Ook eerder in het ziekteproces had patiënt kenbaar gemaakt euthanasie te wensen wanneer het lijden ondraaglijk zou worden. In 2008 was een schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Hij verzocht uiteindelijk concreet om euthanasie.

Volgens de psychiater bleek bij onderzoek bij zijn eerste contact met patiënt het volgende: de oriëntatie bij patiënt was gestoord in tijd en plaats. Aandacht en concentratie waren goed maar (hetero)anamnetisch verminderd. Denken in vorm en beloop imponeerden coherent maar enigszins leeg alsof de patiënt moeite had om enerzijds de goede woorden te vinden en anderzijds veel moeite moest doen om bij de les te blijven. Er waren geen aanwijzingen voor hallucinaties of wanen. De stemming was somber en het affect was enigszins vlak en mat. Er was sprake van een matig ernstige depressie en matige tot ernstige cognitieve stoornissen.



In de verschillende contacten met de patiënt was het de psychiater duidelijk geworden dat patiënt zich bewust was van zijn cognitieve achteruitgang. Patiënt was bang voor wat de toekomst zou brengen en wilde geen totale ontluistering doormaken. Hij had altijd een hoog streefniveau in zijn werk en in zijn omgang met anderen gehad. Hij leed erg onder het feit dat hij iets mankeerde en voortdurend tekort schoot en niet meer de touwtjes in handen had. Hij was bang dat als hij zijn euthanasiewens niet meer kenbaar kon maken hij niet meer geholpen zou worden om zijn leven te beëindigen. Hij raakte langzaam zijn capaciteiten kwijt. Soms was hij de weg kwijt. Op een gegeven moment had hij zijn rijbewijs moeten inleveren en zo ging het door. Hij was bang voor de progressie van de ziekte en voor het feit niet te weten waar hij terecht zou komen. Hij voelde zich somber, maar gaf aan te begrijpen dat somberheid een onderdeel was van Alzheimer. Hij trok zich steeds meer terug uit sociale activiteiten en begon de belangstelling voor zijn omgeving te verliezen. De energie was weg. Hij had het gevoel dat zijn leven leeg was, verveelde zich vaak en was innerlijk niet meer tevreden. Het liefst bleef hij thuis. Hij had het gevoel dat zijn situatie hopeloos was. Hij voelde dat het steeds slechter met hem ging. Hij realiseerde zich dat zijn geheugen minder werd en dat hij meer en meer werd behandeld als iemand met een cognitieve stoornis, hetgeen hij als zeer pijnlijk ervoer. Hij had geen toekomst meer. Hij wilde zijn waardigheid niet verliezen en het onomkeerbare verlies van de grip op het leven niet meemaken. Hij wilde sterven voordat hij zijn naasten niet meer zou herkennen. Hij wilde niet volledig hulpbehoevend worden. Zijn wens om voortijdig dood te gaan en te ontsnappen aan de ontluistering van dementering was groter dan de wens zijn kleinkinderen te zien opgroeien. Hij wilde zo snel mogelijk sterven. Zijn euthanasiewens bleef de keren dat de psychiater met de patiënt sprak onverkort aanwezig.

De psychiater concludeerde dat patiënt wilsbekwaam was en een duurzaam verzoek had om zijn leven menswaardig te mogen beëindigen voordat de demencie hem de mogelijkheid ontnam zijn naasten te herkennen en zij hem op een voor hem mensonwaardige manier zouden zien aftakelen. Naar de verwachting van de psychiater zou patiënt niet terugkomen op zijn wens. Hij had volgens de psychiater een meer dan gemiddeld besef van en inzicht in zijn toenemende cognitieve stoornissen en afnemende adequate functioneren. Vanwege zijn persoonlijkheidsstructuur leed hij hier onder op een meer dan gebruikelijke wijze. De psychiater constateerde dat de stemmingsstoornis voortkwam uit het besef van patiënt dat hij een progressieve ontluisterende aandoening had waaraan hij niet kon ontsnappen. Patiënt leed steeds meer onder de angst dat hij op een bepaald moment zijn euthanasiewens niet meer kenbaar zou kunnen maken en zijn wens daarom niet meer gehonoreerd zou worden. Zijn wens om het hele dementeringsproces niet volledig mee te hoeven maken had hij al kenbaar gemaakt voordat hij ziek werd. Deze wens had hij tot op heden gehandhaafd. Patiënt had zijn euthanasieverzoek onafhankelijk genomen, vrij van dwingende invloed door anderen.

De onafhankelijke consulent was van mening dat de arts het euthanasietraject zorgvuldig had doorlopen. De arts kende de patiënt al zeer lang. Hij had een psychiater in consult gevraagd om de wilsbekwaamheid te beoordelen en deze psychiater en ook de neuroloog gevraagd om te beoordelen of er nog behandelopties aanwezig waren in de vorm van gesprekken, antidepressiva of anderszins. Er waren verschillende antidepressiva uitgeprobeerd, maar deze hadden geen duidelijk effect gehad.

De consulent concludeerde dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek. De euthanasiewens was consistent en niet door dwang tot stand gekomen. De psychiater had patiënt wilsbekwaam bevonden. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overwoog bij de beoordeling van deze casus dat bij patiënten die zich in een proces van demencie bevinden met grotere behoedzaamheid moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging. Twijfel kan immers bestaan over de vraag of een patiënt die aan demencie lijdt wilsbekwaam is en of het verzoek van een dergelijke patiënt, gezien de aard van de aandoening, vrijwillig en weloverwogen is. Ook is de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden. De commissie was van mening dat de arts in dit geval zeer

behoedzaam te werk was gegaan. Hij had naast de onafhankelijke consulent de behandelend neuroloog en een psychiater als deskundigen geraadpleegd, die vanuit hun kennisgebied hun visie ten aanzien van onder meer het euthanasieverzoek en het lijden met argumenten hadden onderbouwd.

De commissie oordeelde dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 5

### Dementie; uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Bij een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar werd in 2008 een vorm van dementie vastgesteld. Er was geen behandeling voorhanden en geen genezing mogelijk. Ter palliatie werd patiënt begeleid met ergotherapie en fysiotherapie. Wegens slaapproblemen kreeg hij slaapmedicatie. Binnenshuis werden aanpassingen aangebracht.

Patiënt ontwikkelde klachten zoals die voorkomen bij de ziekte van Parkinson. Hij kreeg problemen met de fijne motoriek, had moeite met ruimtelijk inzicht, verloor het overzicht en had moeite met plannen. Als gevolg hiervan ging de zelfredzaamheid van patiënt achteruit. Het feit dat hij bij zijn toiletgang geholpen moest worden ervoer hij daarnaast als een inbreuk op zijn zelfstandigheid. Deze achteruitgang frustreerde hem en maakte hem angstig voor verdere aftakeling vanwege progressie van de ziekte. Soms leidden zijn angst en zijn schuldgevoelens tot suïcidale gedachten. Volgens een geraadpleegd psychiater moesten deze gevoelens en gedachten gezien worden in het kader van een aanpassingsstoornis bij een ernstige somatische ziekte en was er geen sprake van een ernstige depressieve stoornis. Patiënt leed onder zijn lichamelijke en geestelijke achteruitgang die zou leiden tot volledige afhankelijkheid, verlies van eigenwaarde en zelfstandigheid. Patiënt leed voorts onder het besef dat zijn achteruitgang onomkeerbaar was en dat uiteindelijk een vegetatief bestaan in het verschiet lag. Het lijden was uitzichtloos en mede hierdoor voor patiënt ondraaglijk.

Als consulent werd benaderd een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts. Blijkens het verslag van de consulent trof hij patiënt in een stoel. Patiënt was geestelijk lichtelijk traag maar wist zijn gedachten rustig uit te spreken waarbij hij soms last had van woordvindstoornissen. Hij lichtte toe dat zijn neurologische ziektebeeld begon met het onvermogen knopen te leggen in de touwen van zijn zeilboot. Daarna volgde een geleidelijke, maar onverbiddelijke achteruitgang. Zijn ruimtelijke beleving raakte aangetast en hij kon niet meer goed plannen. Zijn lichaamsbeheersing faalde. Zo werd hij incontinent voor urine en kon hij niet meer traplopen. Het volgen van een plot van een film lukte niet meer en de film werd een verzameling van losse fragmenten.

Een voorgelezen verhaal werd na een halve bladzijde een woordenbrij. Schilderen had hij moeten opgeven: hij was het stuur over zijn handen kwijt. De ziekte had hem al zijn liefhebberijen ontnomen. Eten en drinken lukten moeizaam. Met moeite kon hij met hulp op een verhoogd toilet. Hij kon niet goed meer staan, lopen ging nauwelijks en hij had een rolstoel. Hij had volledige hulp nodig bij opstaan, wassen en aankleden. Patiënt vertelde vooral te lijden onder zijn verlies van zelfstandigheid. Hij voelde zich langzaam wegzakken in wat hij ervoer als een minderwaardige vorm van bestaan waarin hij alle regie kwijt was. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overwoog bij de beoordeling van deze casus dat bij patiënten die zich in een proces van dementie bevinden met grotere behoedzaamheid moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging. Twijfel kan immers bestaan over de vraag of een patiënt die aan dementie lijdt wilsbekwaam is en of het verzoek van een dergelijke patiënt, gezien de

aard van de aandoening, vrijwillig en weloverwogen is. Ook kan de vraag aan de orde zijn of er sprake is van ondraaglijk lijden.

De door de arts bij de melding gevoegde brieven van een behandelend neuroloog en een behandelend psychiater en het uitvoerige consultatieverslag van de SCEN consulent hadden de commissie extra inzicht gegeven in het lichamelijk en geestelijk lijden van patiënt en in de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek.

De commissie oordeelde dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 6

### Dementie; ondraaglijk lijden

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar, werd in 2004, naar aanleiding van klachten van moeite met functioneren op het werk, concentratieproblemen, passiviteit en achteruitgang van het korte termijn geheugen sinds 2001, de ziekte van Alzheimer vastgesteld van het preseniele type. Genezing was niet meer mogelijk. Palliatief werd er gestart met drie keer per week een dagbehandeling en een experimentele behandeling met Ebixa om de cognitieve achteruitgang tegen te gaan. In de jaren die volgden ging de toestand van patiënt geleidelijk steeds verder achteruit. Patiënt werd ook thuis begeleid en was steeds bezig met bewust afstand en afscheid nemen van de dingen die hij niet meer kon. Daarbij probeerde hij ook te genieten van de dingen waartoe hij nog wel in staat was. Begin 2009 moest patiënt stoppen met de dagbehandeling omdat hij tot de slechtste groep begon te horen. Sindsdien werden hij en zijn partner thuis begeleid. Een maand later gaf patiënt aan geen zin meer in het leven te hebben en van steeds minder dingen te kunnen genieten. Hij besloot een euthanasieverklaring in te vullen en er een in te spreken op een bandje. Dit leek patiënt wat rust te geven en daarna maakte hij het naar omstandigheden nog een tijd redelijk. Hij vertelde nog te kunnen genieten van wandelen, gezelligheid en eten met vrienden, maar gaf ook aan dat hij niet langer wilde leven als dit hem door zijn ziekte zou worden ontnomen. Enkele maanden voor het overlijden ging de toestand van patiënt verder achteruit. Hij was continu onrustig, liep steeds naar het toilet en werd vaak boos omdat hij werd geconfronteerd met dingen die hij niet meer kon. Het wandelen lukte niet meer omdat hij dan onrustig werd en steeds naar huis wilde en ook eten met vrienden lukte niet meer. Daarnaast schrok patiënt vaak van zijn eigen boosheid. Volgens zijn partner was hij altijd een zacht-aardige man geweest. Uiteindelijk gaf patiënt vrijwel dagelijks aan niet verder te willen leven omdat hij zijn lijden als ondraaglijk ervoer.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke specialist, tevens SCEN-arts. Volgens het verslag van de consulent trof ze een goed verzorgd en aangeklede man, zittend in de woonkamer. Nadat de consulent zichzelf had voorgesteld wist patiënt in grote lijnen wat ze kwam doen. Hij beseftte dat hij de consulent moest overtuigen van zijn verlangen naar de dood en het lijden dat het leven voor hem betekende, maar slaagde er niet in de consulent zijn levensverhaal te vertellen. Zijn zinnen waren slechts een enkele keer coherent. Wel was hij zeer consistent in zijn doodswens. Hij vertelde de consulent meerdere malen dat hij geen plezier meer in het leven had, dat hij niets meer kon, dat hij zo niet verder kon, dat hij dit leven niet wilde en dat het zo genoeg was. Naar de inschatting van de consulent had patiënt een goed ziektebesef en een goed inzicht in zijn ziekte. Ondanks zijn cognitieve beperkingen was patiënt wilsbekwaam en zijn verzoek vrijwillig en weloverwogen. Volgens de consulent was patiënt ook niet depressief. De ondraaglijkheid van het lijden van patiënt was voor de consulent invoelbaar en zijn verlangen naar de dood haast tastbaar. Het lijden van patiënt was uitzichtloos en actueel; het ging hier niet om vrees voor toekomstig lijden.

De commissie kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

## b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

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

Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en ook een gedeeltelijk 'herstel', waarbij de symptomen in die mate worden verzacht dat er geen sprake meer is van ondraaglijk lijden, niet mogelijk is. De uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose en wordt door de arts vastgesteld. Bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van een reëel uitzicht op verzachting van de symptomen moet rekening worden gehouden met zowel de verbetering die door een (palliatieve) behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in die betekenis slaat op de ziekte of aandoening en de symptomen. Patiënten gebruiken de term uitzichtloos ook om aan te geven dat het feit dat er geen verbetering meer mogelijk is voor hen onaanvaardbaar is en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

De ondraaglijkheid van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het in beginsel een meer aan de persoon gebonden begrip is. De ondraaglijkheid van het lijden wordt bepaald door het door de patiënt ervaren toekomstperspectief, zijn

fysieke en psychische draagkracht en zijn eigen persoonlijkheid. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart is voor een andere patiënt ondraaglijk.

Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak toegelicht met lichamelijke symptomen als pijn, misselijkheid, benauwdheid, alle gebaseerd op wat een patiënt aangeeft, en ervaringen als uitputting, toenemende ontluistering, toenemende afhankelijkheid en verlies van waardigheid. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden die tezamen de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De ernst van het lijden kan niet alleen worden vastgesteld door naar de symptomen op zichzelf te kijken, maar wordt uiteindelijk bepaald door de betekenis die deze symptomen voor deze patiënt hebben, gezien diens levensgeschiedenis en waardepatroon. Er is per definitie een verschil in beleving van deze symptomen en omstandigheden omdat zij gebonden zijn aan een persoon.

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

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

## Casus 7

### Ondraaglijkheid van het lijden wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren

Een vrouw in de leeftijdscategorie van 80 tot 90 jaar leed sinds 2004 aan ernstige artrose van de wervelkolom met onder andere bij herhaling inzakkingfracturen. Zij onderging diverse behandelingen. Genezing was niet meer mogelijk. Door de pijnstilling middels opiaten en de optredende bijwerkingen verslechterde de algehele conditie van patiënte de laatste weken snel. Zij werd geheel bedlegerig; ondanks ophoging van de pijnstilling, morfine, hield patiënte pijn. Tevens ontstonden er bijwerkingen van de morfine in de vorm van sufheid, verminderde eetlust en woordvind-problemen.

De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit volledige bedlegerigheid en afhankelijkheid van anderen voor de dagelijkse verzorging, niet meer op de benen kunnen staan, veel pijn in de rug, obstipatie, moeite met slapen, droge mond, verminderde eetlust en woordvind-problemen.

Ook leed patiënte ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie, de volledige afhankelijkheid, de immobiliteit en de angst voor ontluistering en verlies van waardigheid. Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De arts was er van overtuigd dat dit lijden voor de patiënte ondraaglijk was.

De onafhankelijke consulent gaf aan dat de ondraaglijkheid van het lijden voor haar vooral werd bepaald door volledige immobiliteit en afhankelijkheid zonder enig zicht op verbetering in de toekomst. Voor de consulent was dit invoelbaar. De commissie oordeelde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

## Casus 8

### Een nieuwe, levensbedreigende ziekte tezamen met reeds bekende ziektes ging de draagkracht van patiënte ver te boven; het lijden werd daardoor ondraaglijk

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 60 tot 70 jaar, was in de zomer van 2008 een mammacarcinoom vastgesteld. Ze wilde zich hiervoor niet laten behandelen. De verwachting was dat de tumor op korte termijn veel klachten zou gaan geven. Patiënte had een uitgebreide medische geschiedenis. Er was onder meer sprake van chronische depressies op grond van een posttraumatische stressstoornis, bijna volledige blindheid en loopstoornissen. Genezing was niet mogelijk.

Het lijden van patiënte bestond uit het besef een kwaadaardige ziekte te hebben, die tot de dood zou leiden in combinatie met de therapieresistente chronische depressies. Het lijden was voor patiënte ondraaglijk. Patiënte was niet in staat om geestelijk met haar traumatische verleden af te rekenen en dit te verwerken. Ze kon daarnaast een behandeling van de borstkanker geestelijk niet aan. Het lijden was uitzichtloos aangezien er slechts progressie van het maligne proces in het verschiet lag.

Sinds de diagnose mammacarcinoom was gesteld had patiënte zeer regelmatig om euthanasie verzocht. Jaren geleden had patiënte al een schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Er waren verschillende schriftelijke wilsverklaringen in het dossier gevoegd.

Een onafhankelijke psychiater werd gevraagd de psychiatrische toestand en met name de wilsbekwaamheid van patiënte te beoordelen. Als consulent werd voorts geraadpleegd een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts.

Eerstgenoemde consulent zag patiënte in het kader van zijn beoordeling vijf maal in een tijdsbestek van ongeveer drie maanden. Hij kwam tot de conclusie dat het beeld dat patiënte vertoonde op dat moment niet onder de noemer evidente depressie was te vatten. Wel was er nu en dan sprake van dysforie, die zich ook leek te uiten in labiliteit van stemming en affect. Volgens deze consulent leek de wilsbekwaamheid van betrokkene hierdoor niet te zijn aangetast.

Tijdens het gesprek met de tweede consulent vertelde patiënte over haar jeugd en verdere leven. Patiënte leed ondraaglijk onder vele angsten en depressies. Het leven was voor haar geen leven meer en sleepte zich van dag naar dag voort. Ze was vele malen opgenomen geweest in het ziekenhuis en GGZ-instellingen en was zeer uitgebreid behandeld. Er waren geen behandelingen meer die haar van haar angsten en depressies konden bevrijden. Ze wilde zo spoedig mogelijk sterven.

Volgens de consulent leed patiënte uitzichtloos en ondraaglijk onder de depressies en angsten zonder behandelopties. Ze was helder van geest en consistent in haar wens tot euthanasie. De ziektelast zou op korte termijn met progressie van de borsttumor verder toenemen. Patiënte had volgens de consulent het verzoek om levensbeëindiging vrijwillig genomen. Deze consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij de behandeling van de melding was het de commissie niet geheel duidelijk geworden welke klachten patiënte had als gevolg van het mammacarcinoom. De commissie heeft de arts verzocht de lichamelijke klachten en het verloop van de ziekte te verduidelijken.

Uit het antwoord van de arts bleek dat de klachten ten tijde van de diagnosestelling bestonden uit een matig pijnlijke zwelling in de borst. Ruim een maand na de diagnosestelling werd

door de chirurg aangedrongen op behandeling van het proces omdat op korte termijn een 'onverpleegbare' situatie dreigde te ontstaan. Patiënte werd toen behandeld om te trachten groei van het proces te remmen, maar na korte tijd staakte ze de behandeling. Ze wilde niet verder behandeld worden.

Patiënte was ongeveer een maand voor het overlijden nog wegens een collaps opgenomen geweest in het ziekenhuis, alwaar een neurologische evaluatie plaatsvond. Er werd toen geen oncologische verklaring gevonden. Wel was de specialist van mening dat patiënte in een slechte conditie was geraakt door het hebben van meerdere ziektes tegelijkertijd, te weten een therapieresistent depressief syndroom, maar ook blindheid en een slechte lichamelijke conditie gepaard gaande met valneiging. De nieuwe levensbedreigende ziekte bovenop de andere reeds bekende ziektes ging de draagkracht van patiënte ver te boven, waardoor waarschijnlijk het depressieve syndroom ook was verergerd.

De arts had patiënte regelmatig bezocht. Ze had van het mammacarcinoom, behoudens pijnklachten, weinig last. Haar geestelijke situatie verslechterde echter. Ze bleef bij haar weigering zich te laten behandelen omdat ze een operatieve ingreep of bestraling niet aankon en toenemende angst vanwege het maligne proces had. Bij ieder bezoek van de arts gaf patiënte aan niet verder meer te willen.

De commissie overwoog dat de arts voldoende aannemelijk had gemaakt dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van een uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk lijden. De arts had een psychiater geraadpleegd die tot de conclusie was gekomen dat er geen sprake was van een evidente depressie, alhoewel er sprake was van dysforie, waardoor de wilsbekwaamheid van patiënte echter niet leek te worden aangetast. De SCEN-consulent was van mening dat patiënte helder van geest was en consistent in haar euthanasieverzoek.

Voor wat betreft het uitzichtloos en ondraaglijk lijden was het de commissie gebleken dat patiënte vele malen opgenomen was geweest en uitvoerig was behandeld. Van het mammacarcinoom had ze, behoudens pijnklachten, nog weinig last. Echter het besef een kwaadaardige ziekte te hebben tezamen met de andere reeds bekende ziektes was de draagkracht van patiënte ver te boven gegaan, waardoor het lijden ondraaglijk was geworden. Ze kon een behandeling van het mammacarcinoom geestelijk ook niet meer aan. De uitzichtloosheid was evident. Er waren geen behandelingen meer die haar van haar angsten en depressies konden bevrijden. Zonder behandeling zou voorts het mammacarcinoom tot de dood leiden. De commissie oordeelde dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 9

### *Uitzichtloos en ondraaglijk lijden*

#### **Combinatie van factoren bepaalt ondraaglijkheid van het lijden**

Patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 80 tot 90 jaar, had sinds 1993 glaucoom aan beide ogen. In 2009 was hij vrijwel blind. Ook hoorde hij bijna niets. Door discusdegeneratie had hij ernstige rugklachten. Er was geen genezing mogelijk en het lijden was uitzichtloos. Patiënt leed onder het feit dat hij tot niets meer in staat was als gevolg van zijn slechte gezichtsvermogen en noodgedwongen de hele dag in zijn stoel zat, wachtend op niets. Slechts onder begeleiding van verzorgend personeel van het verzorgingshuis waar patiënt woonde kon hij zich met behulp van een rollator nog enigszins verplaatsen; hij was enkele malen gevallen. Patiënt, die altijd een zelfstandige man was geweest, leed onder zijn afhankelijkheid en de wetenschap dat er geen verandering in zijn situatie zou komen. Voor patiënt was dit uitzichtloos lijden ondraaglijk.

Er waren geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Als consulent werden een onafhankelijke psychiater en een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts benaderd.

Volgens het verslag van de eerste consulent trof zij een verzorgde, magere man zittend in een stoel. Patiënt was blind. Vanwege zijn hardhorendheid moest de consulent haar vragen enkele malen herhalen. Gedurende het gesprek was het bewustzijn van patiënt helder en was zijn aandacht goed te trekken en te houden. Duidelijk werd hoe patiënt de laatste jaren vrijwel geheel blind was geworden en alleen licht en donker kon onderscheiden. Televisie kijken lukte hem al lang niet meer en het werd ook steeds lastiger voor hem om apparaten aan te zetten en te bedienen. Hij zat maar te zitten, te wachten en te 'niksen'.

De eerste consulent concludeerde dat er bij patiënt geen sprake was van een psychiatrische ziekte in engere zin.

De tweede consulent bezocht patiënt tweemaal om het vertrouwen van patiënt te winnen.

De tweede consulent bevestigde in haar verslag allereerst de ziektegeschiedenis van patiënt en stelde vast dat de eerste consulent geconcludeerd had dat er geen sprake was van psychiatrische problematiek.

Blijkens het verslag van haar beide bezoeken trof de tweede consulent patiënt steeds zittend in zijn stoel. Patiënt was helder en reageerde adequaat. Hij kon niets meer zien en hoorde nauwelijks. Hij was volledig afhankelijk. Tot voor kort kon hij nog naar de verslaglegging van voetbalwedstrijden luisteren, maar daarvoor was zijn gehoor inmiddels te slecht geworden. Voordat zijn vrouw, met wie hij achtenzestig jaar was gehuwd en die veel voor hem deed, hem enkele jaren eerder was ontvallen ging het allemaal nog wel. Nu lukte dat niet meer en bracht hij de dag door met niets doen. Hij zag niets. Reeds een jaar lang had hij aangegeven dat het leven voor hem niet verder hoefde te gaan. "Je moet je maar eens voorstellen wat het is om dag in dag uit in een stoel te zitten zonder iets te kunnen zien en maar te wachten op niets. Dit is geen kwaliteit van leven. Er is ook geen zicht op verbetering. Dit is ondraaglijk". Volgens de tweede consulent kon de patiënt goed verwoorden en motiveren waarom zijn leven en lijden uitzichtloos en ondraaglijk voor hem waren geworden. Volgens de consulent was dit zeer invoelbaar. De tweede consulent stelde vast dat patiënt wilsbekwaam was en niet somber.

De tweede consulent vatte samen dat er bij patiënt sprake was van een uitzichtloos en voor hem ondraaglijk lijden. Er waren geen omstandigheden die de wilsbekwaamheid beïnvloedden. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

## Ondraaglijk lijden in bijzondere situaties

### Dementie

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

Daarnaast is bij patiënten met dementie in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden. De ondraaglijkheid van hun lijden bestaat veelal uit hun beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in het besef dat dit proces alleen maar zal toenemen en op den duur zal leiden tot fundamentele afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf. Wanneer een patiënt zijn ziekte

reeds ervaart en zich bewust is van de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. Van belang is daarnaast dat 'angst voor toekomstig lijden' een reële inschatting is van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang. Ook hier geldt weer dat de specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt. (De casus 4,5 en 6 dienen als voorbeeld)

### Coma

Een belangrijk vraagstuk met betrekking tot het aspect van ondraaglijk lijden betreft voorts het thema van patiënten in coma. Omdat een patiënt in coma – vanwege de afwezigheid van bewustzijn – niet lijdt, kan er dus ook geen sprake zijn van ondraaglijk lijden. Euthanasie kan dan niet plaatsvinden.



Anders dan in geval van coma die (spontaan) is ontstaan als gevolg van ziekte of daarbij optredende complicaties, kan uitvoering van euthanasie wel gerechtvaardigd zijn als het coma een gevolg is van medisch handelen (het toedienen van medicatie voor symptoombestrijding) en daarom in principe omkeerbaar is.

Als een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn (maar nog niet in coma) verkeert kan een arts aan de hand van reacties van de patiënt tot de overtuiging komen dat de betrokken patiënt wel degelijk ondraaglijk lijdt. Om artsen bij het bepalen van de mate waarin het bewustzijn is verlaagd – en daarmee ook het beantwoorden van de vraag of er sprake is van een coma – van dienst te zijn en interpretatieproblemen zoveel mogelijk te voorkomen heeft de KNMG, op verzoek van het College van Procureurs Generaal, de KNMG-richtlijn Euthanasie bij verlaagd bewustzijn opgesteld, die naar verwachting medio juni 2010 zal worden gepubliceerd.

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

Het komt voor dat artsen overgaan tot uitvoering van levensbeëindiging bij niet meer aanspreekbare patiënten omdat zij zich gehouden achten aan hun belofte aan de patiënt diens euthanasieverzoek te honoreren, waarbij met het ontstaan van een coma geen rekening is gehouden. Een arts moet zich er echter terdege van bewust zijn dat een dergelijke, onvoorziene situatie zich kan voordoen. Voor elke belofte bestaan er uitzonderingsclausules, waardoor een belofte niet meer kan en hoeft te worden nagekomen. Zo ook voor de belofte de euthanasie te zullen uitvoeren; daarvoor geldt altijd de uitzonderingsclausule dat er niet meer tot euthanasie kan worden overgegaan als de patiënt in een toestand is geraakt waarin niet meer kan worden gesproken van ondraaglijk lijden.

De commissies, evenals de KNMG, adviseren dan ook aan artsen zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten en hun naasten, die niet kunnen worden waargemaakt

### Palliatieve sedatie

Bij palliatieve sedatie wordt het bewustzijn van een patiënt opzettelijk verlaagd om in de laatste levensfase het onbehandelbare lijden weg te nemen. Palliatieve sedatie kan dan

ook alleen worden toegepast als het overlijden spoedig is te verwachten<sup>5</sup>. De mogelijkheid palliatieve sedatie toe te passen betekent niet altijd dat de vraag om euthanasie verdwijnt. Er zijn patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het einde toe bij bewustzijn te willen blijven. In dat geval kunnen arts en patiënt tot de overtuiging komen dat er geen redelijke andere oplossing is.

### c. Voorlichting aan de patiënt

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

In het kader van deze zorgvuldigheidseis beoordelen de commissies of de arts de patiënt heeft voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten en op welke manier de arts dat heeft gedaan. Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, behandelmogelijkheden en prognoses.

Het is de verantwoordelijkheid van de arts erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd. Hij moet dat ook actief verifiëren. Deze zorgvuldigheidseis leidde in geen van de gemelde gevallen tot opmerkingen van de commissies.

### d. Geen redelijke andere oplossing

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

Het moet duidelijk zijn dat er voor het lijden van de patiënt geen andere reële uitweg meer is en dat levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als enige oplossing is overgebleven om het lijden weg te nemen. Voorop staat de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zoveel mogelijk wegnemen van het lijden, ook als blijkt dat er geen genezing meer mogelijk is of de patiënt geen (verdere) therapie wenst. Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal bij beslissingen rond het levenseinde. Dat wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet benutten. Ook een patiënt die verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden mag (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren. Het weigeren van een behandeling is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt.

Bij een dergelijke weigering kan bijvoorbeeld een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor een patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn; het effect van de behandeling weegt dan voor hem niet op tegen de nadelen ervan.

<sup>5</sup> Zie KNMG-richtlijn palliatieve sedatie, herzien in 2009.



Ook zijn er patiënten die bang zijn suf te worden of het bewustzijn te verliezen en daarom geen hogere doses (morphine) willen. De arts moet de patiënt dan goede voorlichting geven en met hem bespreken of deze angst terecht is, omdat de sufheid en verwarring nogal eens van korte duur zijn. Als arts en patiënt dan tot een gemeenschappelijke conclusie komen, wordt van de arts verwacht dat hij in de verslaglegging ten behoeve van de beoordeling door de commissie,

aangeeft waarom eventuele andere oplossingen voor deze patiënt niet redelijk of onaanvaardbaar werden geacht.

In dit verslagjaar heeft de commissie eenmaal geoordeeld dat de arts niet samen met de patiënt tot de overtuiging was gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing bestond (casus 10).

## Casus 10

### Redelijke andere oplossing

#### **De arts was niet samen met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat deze ontbrak Oordeel: onzorgvuldig**

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, werd in begin 2009 een gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom gediagnosticeerd. Er was sprake van metastasering in het para-cardiale vet en er was een peritonitis carcinomatosa. Genezing was niet mogelijk. Patiënt wees palliatieve chemotherapie af.

Het lijden van patiënt werd bepaald door pijn, dyspnoe, vermoeidheid, misselijkheid en braken.

Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk.

Volgens de arts waren er naast de reeds genomen maatregelen geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijk verpleeghuisarts tevens SCEN-arts, die vaststelde dat er sprake was van uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk lijden. Zij gaf aan dat het lijden (tijdelijk) nog iets verlicht zou kunnen worden door wijziging van de medicatie, maar verwachtte daarbij ook dat het pleuravocht en daarmee de kortademigheid weer snel zouden toenemen.

De arts had een zeer summier verslag opgesteld, waardoor onduidelijk was hoe de situatie van patiënt zich de laatste twee maanden voor zijn overlijden had ontwikkeld, wat door de arts in die periode was gedaan en wat door de arts met patiënt was besproken. De arts gaf een uitgebreide mondelinge samenvatting van de ziektegeschiedenis van patiënt vanaf december 2008.

De arts verklaarde dat patiënt over zijn diagnose en prognose in eerste instantie was ingelicht door de longarts. Later had de arts hierover met patiënt gesproken in het bijzijn van zijn zoon en dochter. Patiënt wilde geen verdere behandeling.

Patiënt bracht euthanasie meermalen ter sprake. Hij vroeg de arts: "als het zover is dat het niet meer gaat dan helpt u mij...".

Volgens de arts uitte patiënt zijn verzoek weloverwogen. Hij was zich bewust van zijn situatie. Ook met de longarts had patiënt gesproken over euthanasie.

Een week voor het overlijden uitte patiënt een concreet verzoek om euthanasie.

Desgevraagd gaf de arts aan dat hij kennis had genomen van het verslag van de consulent en de daarin opgenomen aantekening van de consulent dat er nog wel iets aan de medicatie te wijzigen zou zijn. De arts gaf aan dit niet verder met patiënt besproken te hebben, omdat patiënt hevig benauwd was en omdat hij alleen woonde. De arts was van mening dat patiënt geen mantelzorg, nachtzorg of thuiszorg of iets dergelijks wilde. De arts heeft deze opties daarom niet met patiënt besproken. Patiënt ging er, evenals de meeste mensen die in deze streek wonen, van uit dat: "de arts weet wat goed voor hem is".

De arts had patiënt morfine op een pomp kunnen geven maar patiënt gaf aan dat het voor hem afgelopen was. De arts had wel meer medicatie kunnen geven, maar hij zou patiënt niet hebben kunnen garanderen dat het dan beter zou gaan. Patiënt gaf ook aan dat hij niet meer wilde. Hij was erg benauwd en misselijk en moest braken.

De arts zei dat als pijn de hoofdklacht zou zijn geweest hij wel iets daartegen had kunnen doen. Nu de benauwdheid voor patiënt zeer hevig was kon hij hem niets bieden. Alleen het in coma brengen van patiënt zou een mogelijkheid zijn geweest. De arts wilde niet experimenteren met middelen. Hij wilde ook geen verwachtingen wekken die hij niet kon waarmaken.

De commissie overwoog ten aanzien van de vraag of de arts met patiënt tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was het volgende.

Uit de verslaglegging van de consulent bleek dat de consulent nog (tijdelijke) andere mogelijkheden zag om het lijden van patiënt te verlichten, namelijk wijzigen van de medicatie.

De arts had tijdens het gesprek aangegeven dat hij deze mogelijkheid niet met de patiënt had besproken en ook mogelijkheden zoals mantelzorg, nacht zorg of thuiszorg niet met de patiënt had besproken.

De arts was er op voorhand, op basis van een eigen inschatting, van uit gegaan dat patiënt niets meer zou willen.

Het besluitvormingsproces met betrekking tot het toepassen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding is een zaak van arts en patiënt samen. Het moet duidelijk zijn dat er voor het lijden van de patiënt geen andere reële uitweg meer is en dat levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als enige oplossing is overgebleven om het lijden weg te nemen.

Alle ter beschikking staande mogelijkheden in het kader van palliatieve zorg moeten door de arts worden onderzocht, maar ook met patiënt worden besproken.

De commissie was van oordeel dat de arts met de patiënt had moeten bespreken, welke alternatieven ter beschikking stonden om het lijden van de patiënt te verlichten. Pas na afwijzing door patiënt had de arts samen met de patiënt tot de conclusie kunnen komen dat er geen andere mogelijkheden waren om het lijden te verlichten.

De commissie kwam derhalve tot het oordeel dat de arts had verzuimd te toetsen of hij samen met de patiënt tot de overtuiging heeft kunnen komen dat voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

De commissie oordeelde dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

## e. Consultatie

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

Vereist is dat een tweede, onafhankelijke arts de patiënt ziet en zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen zoals voornoemd onder a. tot en met d. Deze consulent zal een zelfstandig en onafhankelijk oordeel moeten geven en daarvan schriftelijk verslag moeten doen.

Het raadplegen door de arts van een collega, die, voorafgaande aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zelfstandig een deskundig en

onafhankelijk oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. is wettelijk verplicht. Een dergelijke consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te waarborgen. De consultatie helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan én te reflecteren alvorens hij besluit tot het inwilligen van het verzoek. De consulent ziet de patiënt om te beoordelen of de arts die de levensbeëindiging wil gaan uitvoeren niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen. Het gaat om een formeel raadplegen van een tweede arts met een gerichte vraagstelling. Daarbij verstaat de commissie onder 'raadplegen' het kennismaken van de bevindingen van de consulent en het hiermee samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging.

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de arts als de patiënt.

Dat betekent onder meer dat er geen familieband of zakelijke relatie mag bestaan tussen arts en consulent en in beginsel ook geen samenwerkingsrelatie in bredere zin. Zij mogen dus ook niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn. In de praktijk worden de commissies geconfronteerd met diverse vormen van zogeheten HOED (huisartsen onder een dak) constructies. Binnen die constructie werken de artsen niet in een maatschap samen met gemeenschappelijke zorg voor hun patiënten, maar maken zij wel gebruik van gezamenlijke faciliteiten. Zij huren dan bijvoorbeeld gezamenlijk praktijkruimte, gebruiken gezamenlijk computersystemen of delen hun patiëntenbestanden. Het blijft op voorhand lastig aan te geven welke verschijningsvorm van een HOED constructie wel de onafhankelijkheid in het geding brengt en welke niet, omdat deze informatie doorgaans niet wordt gegeven. De commissies zullen daarom bij twijfel altijd nadere vragen stellen als de arts en de consulent samen in een dergelijke constructie werkzaam zijn.

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

Ook kan het voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen vanuit een privésituatie of uit een intervisiegroep. Kennis vanuit een privésituatie betekent niet per definitie dat de consulent niet in staat zou zijn te komen tot een onafhankelijk oordeel, maar heeft wel degelijk de schijn van niet-onafhankelijkheid tegen. Kennis vanuit een intervisiegroep, een professionele activiteit, hoeft niet een schijn van niet-onafhankelijkheid op te leveren. Maar dan hangt het van de omstandigheden in de intervisiegroep af of dit de onafhankelijke beoordeling door de consulent in de weg staat. Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun mening daarover inzichtelijk maken aan de commissie.

In het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 (blz.15) wordt expliciet aangegeven dat de onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts gewaarborgd moet zijn. Volgens het Federatiebestuur impliceert een en ander dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de arts die het consult inroept, in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Ook de schijn

van afhankelijkheid dient volgens dit Standpunt te worden vermeden.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt onder meer in dat geen onderlinge familiebetrekking of vriendschap bestaat, dat de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en dat hij patiënt ook niet uit de waarneming kent (in casus 11 is de palliatief consulent niet als zodanig opgetreden, waardoor hij als onafhankelijk consulent in het kader van de euthanasieprocedure kon optreden).

Voor de beoordeling van de melding is de schriftelijke verslaglegging<sup>6</sup> door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de toestand waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich uit over zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissie.

De consulent geeft zijn oordeel ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot de arts en de patiënt.

De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging. Dit neemt niet weg dat het de meldend arts is die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de levensbeëindiging en voor het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen. De arts moet daarom nagaan of het verslag van de consulent van voldoende kwaliteit is en of de consulent daarin zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Zo nodig moet hij de consulent daarop nader bevragen.

Het komt wel voor dat een consulent tijdens het bezoek aan de patiënt constateert dat aan één van de eisen (nog) niet wordt voldaan. Voor de commissies is niet altijd duidelijk wat zich in een dergelijk geval na de consultatie heeft afgespeeld. De commissies stellen in die gevallen nadere vragen aan de meldend arts. Gedacht kan daarbij worden aan verschillende situaties.

Indien de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de consulent bij zijn bezoek aan de patiënt vaststelt dat er nog geen sprake is van ondraaglijk lijden of van een concreet verzoek om uitvoering, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede bezoek nodig is.

Als de consulent heeft aangegeven te verwachten dat er waarschijnlijk op korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit dat lijden naar zijn mening zal bestaan is, indien dit ondraaglijk lijden zich daadwerkelijk op korte termijn voordoet, noch een tweede consultatie noch een bezoek aan de patiënt in beginsel noodzakelijk. Toch is het ook in een dergelijke situatie raadzaam dat de arts de consulent (telefonisch) consulteert.

6 De checklist consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding kan als leidraad dienen en is te vinden op [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)

Als de ondraaglijkheid van het lijden voor de consulent wel degelijk reeds invoelbaar is, maar de patiënt nog geen concreet verzoek om uitvoering van de euthanasie heeft gedaan, bijvoorbeeld i.v.m. afscheid van familie, is een tweede consultatie in beginsel niet noodzakelijk.

Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede bezoek van consulent aan patiënt in beginsel nodig zijn.

Als er vervolcontact is geweest tussen de arts en de consulent en/of de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, is het belangrijk dat de arts dat bij de melding aangeeft.

De arts zal het oordeel van de consulent zwaar laten wegen; bij verschil van mening tussen arts en consulent moet de arts uiteindelijk zijn eigen beslissing nemen. Het is immers het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld (voorbeeld casus 12).

‘Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)’ leidt artsen op tot consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als andere, onafhankelijke arts een zogeheten SCEN-arts benaderd. SCEN-artsen hebben ook een rol als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies.

## Casus 11

### Consultatie

**Aanvankelijk als palliatief consulent benaderde arts kan in casu niet worden beschouwd als medebehandelaar; hij trad direct op als onafhankelijk consulent in het kader van het euthanasieverzoek**

Het lijden van patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, bestond uit ernstige vermoeidheid, niet te beheersen pijn, misselijkheid en braken. Patiënt voelde zich uitgeput en ervoer zijn lijden als ondraaglijk. Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Als consulent werd benaderd een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. Deze consulent werd aanvankelijk door de arts benaderd met de vraag hem van advies te dienen vanwege moeilijk te bestrijden misselijkheid bij een ernstig zieke patiënt die een euthanasiewens had. Omdat de problematiek complex klonk bood de consulent de arts een consult bij patiënt thuis aan en vertelde hij dat hij ook als SCEN-arts werkzaam was. Indien gewenst of nodig zou zijn bezoek aan de patiënt ook het begin van een SCEN-consultatie kunnen worden. De arts ging op het aanbod in om samen met de consulent bij patiënt op bezoek te gaan en ter plekke te bezien welke palliatieve mogelijkheden er nog waren. Dit bezoek vond enkele dagen voor het overlijden plaats. Omdat het de consulent tijdens het contact met patiënt duidelijk werd dat deze een zeer concrete euthanasiewens had en het geven van adviezen met betrekking tot de misselijkheid daarmee achterhaald bleek, hebben de arts en hij besloten dat de consulent niet als palliatief consulent maar als onafhankelijke consulent in het kader van een euthanasieprocedure zou optreden. De consulent sprak alleen verder met patiënt. Vervolgens heeft de arts een uitgebreid medisch dossier betreffende patiënt aan de consulent gefaxt.

De consulent bevestigde op basis van zijn gesprek met de patiënt, de informatie van de arts en de door deze verstrekte medische gegevens, in zijn verslag de ziektegeschiedenis van patiënt.

Blijkens het verslag trof de consulent een licht dyspnoeische man, zittend op de bank. Hij maakte een vermoeide en wanhopige indruk. Het bleek dat hij al dagen niet meer had gegeten en nog slechts kleine beetjes water dronk. Patiënt vertelde zijn situatie al zo lang volgehouden te hebben, maar nu niet meer verder te kunnen en euthanasie te wensen. Volgens de consulent was patiënt ‘helemaal op’. In zijn verslag bevestigde de consulent het uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk lijden onder lichamelijke en geestelijke uitputting als gevolg van een complex van aandoeningen. Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overwoog met betrekking tot de zorgvuldigheidseis van consultatie het volgende.

Door, zodra duidelijk was dat er sprake was van een concreet verzoek om uitvoering van euthanasie, als SCEN-arts een onafhankelijke consultatie in het kader van de euthanasieprocedure uit te voeren, heeft de palliatief consulent adequaat en in het belang van de patiënt gehandeld.

De commissie oordeelde dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 12

### **De arts mag afwijken van oordeel consulent; kwaliteit besluitvormingsproces arts Oordeel: onzorgvuldig (i.v.m. uitvoering, niet adequaat vaststellen van coma)**

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, werd in 1965 systemische lupus erythematosus (SLE) vastgesteld. Daarnaast had patiënte de laatste tien jaar talloze andere aandoeningen gehad waaronder een chronisch pijnsyndroom met aangetoonde polyarthrose, gewrichtsluxaties en osteoporose. Als gevolg van deze laatste drie aandoeningen had patiënte veel pijn in de spieren en de gewrichten. De laatste jaren ging de lichamelijke conditie van patiënte sterk achteruit. De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit de pijnen, de uitzichtloosheid, het verlies van lichamelijke conditie en daardoor steeds minder mogelijkheden om de door haar gewenste activiteiten te ondernemen. De toenemende afhankelijkheid van medicijnen, de hogere doseringen en de bijwerkingen ervan waren haar ernstig tot last.

Ook leed patiënte onder de zinloosheid van haar leven.

De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte ondraaglijk was.

De arts raadpleegde als consulent twee collega-huisartsen, tevens SCEN-arts. De eerste consulent bezocht patiënte tweemaal. De eerste keer vijf maanden voor de levensbeëindiging en de tweede keer een maand voor de levensbeëindiging.

Bij het eerste bezoek van de eerste consulent deed patiënte zelf de deur van haar flat open. Ze liep moeilijk en moest zichzelf tijdens het lopen een paar maal ondersteunen. Tijdens het gesprek zat patiënte op de bank. Ze was twee jaar weduwe en woonde sindsdien alleen. Patiënte vertelde de consulent dat ze sinds twee jaar een wens had tot levensbeëindiging. Ze ervoer haar leven als ondraaglijk vanwege de moeilijk te behandelen pijnklachten die veroorzaakt werden door de gewrichtsproblemen (artrose) en de toenemende visusproblemen ten gevolge van diabetische retinopathie. Patiënte had veel moeite om een doel te vinden in haar leven. Haar man was overleden en haar kinderen leidden een zelfstandig leven. Door de pijnklachten lag ze veel op bed. Door de visusproblemen kon ze haar grootste hobby, tekenen en schilderen, niet meer uitoefenen. Patiënte vertelde dat ze werd behandeld voor een depressie. Ook vertelde ze over haar slaapprobleem en de verminderde eetlust. Ze gaf aan dat haar wens tot levensbeëindiging niet voortkwam uit het somber zijn maar uit het feit dat ze geen doel meer had in dit leven. Ondanks de depressie achtte de consulent patiënte wilsbekwaam. Volgens de consulent werd de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte sterk beïnvloed door de zingevingproblematiek. Daardoor was het niet goed mogelijk om een uitspraak te doen over de uitzichtloosheid van het lijden.

De eerste consulent kwam in zijn eerste verslag tot de conclusie dat er nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De tweede consulent bezocht patiënte vier maanden voor de levensbeëindiging.

Hij trof een zelfstandige, goed verzorgd uitziende, mobiele vrouw. Patiënte vertelde de consulent dat ze hulp had bij de verzorging van haar woning en bij de boodschappen, maar dat

ze verder geheel ADL-zelfstandig was. Ze was wel erg beperkt in het uitoefenen van haar hobby's. Door haar pijn was ze steeds meer aan huis gebonden en daardoor afhankelijk van bezoek. Ze had drie kinderen, maar die sprak ze slechts beperkt. Tijdens het gesprek werd het thema eenzaamheid een paar keer zichtbaar en ook benoemd. Na het overlijden van haar echtgenoot had patiënte zich aangemeld voor een leefomgeving met ouderen. Tot haar diepe teleurstelling was onlangs gebleken dat die aanmelding niet goed was uitgevoerd waardoor de wachttijd nog twee jaar zou zijn. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënte enerzijds bepaald door de pijn en de teleurstellende interventies op dat gebied tot dan toe, maar anderzijds vooral door het gevoel dat het leven zinloos geworden was.

Patiënte beseftte dat ze duidelijk depressieve klachten had en ze gaf aan dat ze de tot dan toe ingezette psychofarmaca als weinig succesvol had ervaren. Volgens de tweede consulent waren er nog meerdere therapeutische mogelijkheden onvoldoende benut. De pijnbeleving van patiënte en de invoelbaarheid van de pijn voor de consulent stonden volgens hem op gespannen voet met elkaar. De tweede consulent raadde de arts ten eerste aan om door een palliatief consulent de pijnmedicatie te laten herzien.

Ten tweede was hij van mening dat het traject dat was afgelegd rondom de depressieve klachten van patiënte door de arts inzichtelijker gemaakt diende te worden. Ten derde was hij van mening dat er aandacht zou moeten worden besteed aan de leefomgeving van patiënt.

De tweede consulent kwam in zijn verslag tot de conclusie dat er nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zijns inziens was er bij patiënte nog geen sprake van een concreet verzoek om euthanasie. De tweede consulent kon de levensmoeheid van patiënte goed invoelen. Ook kon hij begrijpen dat de lijdensdruk door patiënte werd ervaren als uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daar stond tegenover dat er voor de consulent in redelijkheid nog een drietal alternatieve opties waren, waaronder het aanvragen van een psychiatrisch rapport, die aan de mogelijke conclusie van zorgvuldigheid in de weg stonden.

Op verzoek van de arts bezocht de eerste consulent patiënte een maand voor de levensbeëindiging opnieuw. Patiënte deed zelf de deur open. Ze liep erg wankel met een stok. Ze was wanhopig dat haar verzoek om levensbeëindiging nog niet was gehonoreerd. Het slapen ging steeds moeilijker en patiënte voelde zich toenemend depressief. De evenwichtsproblemen waren toegenomen en ze kwam de deur niet meer uit. Voor haar verzorging was ze afhankelijk van haar dochter en kleindochter. Patiënte gaf aan het gevoel te hebben dat alles haar werd ontnomen. Ze voelde zich machteloos en nutteloos.

Volgens de consulent was de depressie van patiënte toegenomen ten opzichte van de vorige keer. Om die reden voelde hij zich niet langer in staat om een uitspraak te doen over de wilsbekwaamheid van patiënte. De ondraaglijkheid van het lijden werd volgens hem nog steeds sterk beïnvloed door de zingevingproblematiek, waardoor er volgens de consulent evenmin een uitspraak was te doen over de uitzichtloosheid.

De eerste consulent kwam opnieuw tot de conclusie dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Omdat de commissie bij de behandeling van de melding constateerde dat niet een ondubbelzinnig antwoord kon worden gegeven op de vraag of de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen had voldaan, heeft de arts – daartoe uitgenodigd – de volgende mondelinge toelichting gegeven.

De arts kende patiënte al voor zij in zijn praktijk kwam als patiënte omdat zij lid was van een patiëntenvereniging. In de loop der jaren had patiënte ook diverse aandoeningen gekregen, waardoor zij steeds meer pijn leed. De pijn was nooit weg. Patiënte kreeg jarenlang in toenemende mate medicatie, ook allerlei antidepressiva, maar zij voelde zich niet beter.

Patiënte probeerde zich toch steeds op te peppen en dingen te ondernemen, zich goed te verzorgen en mooi te kleden. Vooral in haar laatste halfjaar leed zij veel pijn en kon zij steeds minder. Zij ging fysiek erg achteruit. Langzaam kwam, twee jaar na het overlijden van haar man, bij haar de overtuiging dat het genoeg was en gaf zij aan: "ik wil niet meer".

Patiënte had al jaren eerder een doodswens geuit ten overstaan van de arts.



De arts besloot met haar het euthanasietraject in te gaan. Hij zag haar lijden. Hij besprak met haar wel alternatieven, zoals versterven. Ook heeft de arts geprobeerd haar van de mediceafhankelijkheid af te helpen, wat niet lukte.

Uiteindelijk heeft de arts een SCEN-arts ingeschakeld. Deze SCEN-arts gaf (tot twee keer toe) een negatief advies. Hij meende dat zingevingproblematiek een deel van het lijden bepaalde.

De arts vond toch dat hij patiënte moest helpen.

De arts schakelde een tweede SCEN-arts in. Deze raadde onder meer aan de wilsbekwaamheid van patiënte te laten toetsen door een psychiater. De tweede consulent wilde een depressie, en daardoor beïnvloeding van de wil, uitsluiten. Patiënte gebruikte al heel lang antidepressiva. Zij nam die in omdat zij dan naar eigen zeggen wat vriendelijker was voor haar kinderen, niet omdat ze zich depressief voelde. De arts schakelde het Geriatrisch Steunpunt in om dementie uit te sluiten, omdat patiënte af en toe wel eens vergeetachtig was. Patiënte werd onderzocht en een psycholoog oordeelde dat zij wilsbekwaam was.

Patiënte was in het verleden door een psychiater gezien; de arts wilde die niet opnieuw inschakelen. De mening van een psychiater zou voor de arts geen meerwaarde opleveren. De arts gaf aan ook slechte ervaringen te hebben met psychiaters in het kader van de procedure voor levensbeëindiging. Volgens hem willen de psychiaters te vaak de behandeling overnemen, terwijl zij als consulent worden gevraagd.

Het was duidelijk voor de arts dat patiënte niet verder wilde leven. Daarbij kwam dat als de arts niet zou ingaan op haar verzoek zij binnen een paar jaar zou sterven als gevolg van de medische aandoeningen waaraan zij leed. Patiënte wilde haar waardigheid behouden, dat gaf zij vaak aan. Het lijden van patiënte was met name een fysiek lijden. Zij kon uiteindelijk niets meer ondernemen, iets wat ze nog wel lang had geprobeerd.

Haar wil werd volgens de arts niet door een depressie beïnvloed. Zij wist precies wat zij wilde. Zij was persistierend in haar euthanasiewens.

De tweede SCEN-consulent had ook in overweging gegeven een andere woonvorm voor patiënte te kiezen. Aanvankelijk leek haar dat wel wat. Maar toen zij zich wilde inschrijven bleek de wachttijd 4 tot 6 jaar te zijn, dat vond patiënte veel te lang.

Dezelfde consulent raadde ook aan een palliatief consulent in te schakelen. Patiënte is daar geweest. Dit bezoek heeft parallel aan het bezoek aan een psycholoog van het Geriatrisch Steunpunt plaatsgevonden. Zij is op aanraden van de pijnspecialist met methadon gestart. De beide SCEN-consulenten vonden haar positief overkomen en uiterlijk goed verzorgd. Zo deed zij zich ook voor, dat was haar attitude. Zij deed zich beter voor dan zij was.

De arts was ervan overtuigd dat er geen andere oplossing dan euthanasie was voor patiënte. Twee jaar eerder was dat misschien nog wel het geval geweest, maar nu was de toestand van patiënte erg verslechterd. In de tussentijd had patiënte zich nog laten opereren aan een oog, maar haar zicht was niet echt verbeterd, zodat zij ook niet meer kon lezen.

De arts had haar bewust de regie over het te nemen besluit gegeven, zij moest er zelf voor kiezen. De arts voelde zich wel vrij om nee te zeggen. Als hij het niet had gewild had hij het ook niet gedaan. Hij wilde haar echter wel de keuze geven menswaardig te sterven. De arts heeft haar daarom bewust zelf het drankje met pentobarbital laten drinken. Zo legde hij ook de verantwoordelijkheid bij haar neer. Toen het besluit was genomen om over te gaan tot levensbeëindiging heeft de arts haar nog een weekend laten nadenken over haar keuze. Toen hij na dat weekend bij haar kwam zat zij klaar. Zij nam zelf de drank.

De commissie overwoog ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek het volgende.

Het was de commissie gebleken dat patiënte en de arts sinds 2004 het onderwerp euthanasie meermalen hadden besproken. In 2006 had patiënte de arts voor het eerst concreet om euthanasie verzocht en haar verzoek regelmatig herhaald. Er was een schriftelijke wilsverklaring. De arts had tijd nodig gehad om het verzoek om levensbeëindiging te honoreren. De arts besloot uiteindelijk mee te gaan in het verzoek en startte de procedure.

Dat patiënte antidepressiva gebruikte, wil volgens de commissie niet zeggen dat zij ten aanzien van haar verzoek om levensbeëindiging wilsonbekwaam zou zijn. Uit hetgeen de arts de commissie schriftelijk en mondeling heeft uitgelegd (bijvoorbeeld dat patiënte nog lange tijd probeerde zich netjes te kleden en er op uit te gaan en sociale contacten had) kan de commissie opmaken dat patiënte niet in die mate depressief was dat zij haar wil ten aanzien van haar verzoek niet meer kenbaar kon maken.

Ook de beide consulenten waren niet van oordeel dat patiënte wilsonbekwaam was, al vond de consulent die patiënte het laatste bezocht, dat patiënte wel toenemend depressief was. De tweede consulent gaf het advies een psychiater in te schakelen. Dit heeft de arts om hem moverende redenen niet gedaan. Wél schakelde hij het Geriatrisch Steunpunt in om dementie uit te sluiten, aangezien patiënte af en toe wel eens vergeetachtig was. Hem werd als conclusie door de daaraan verbonden verpleeghuisarts mede namens de psycholoog meegedeeld dat er geen cognitieve stoornissen waren bij patiënte.

Het ware beter geweest, aldus de commissie, als de arts zich, gezien de complexiteit van deze situatie had laten adviseren door een psychiater. Gezien de voorgeschiedenis van patiënte en het feit dat zij al gedurende lange tijd antidepressiva slikte en een consistente doodswens had, alsmede gezien de conclusies van beide consulenten en het Geriatrisch steunpunt, was de commissie echter van mening dat de arts niet onzorgvuldig heeft gehandeld door dit na te laten.

De uitspraak van de arts dat patiënte precies wist wat zij wilde en dat zij persisteerde in haar euthanasiewens had de commissie ervan overtuigd dat patiënte haar verzoek wilsbekwaam had geuit. Er was bovendien de genoemde schriftelijke wilsverklaring.

Het feit dat de arts patiënte nog een weekend had laten nadenken over haar verzoek, alvorens tot de levensbeëindiging over te gaan, had de commissie gesterkt in haar oordeel. Patiënte had volgens de arts alle vrijheid om af te zien van haar verzoek, maar zij keek uit naar zijn komst.

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

Ten aanzien van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden overwoog de commissie dat zij met de arts had gesproken over de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte. De arts had aangegeven dat patiënte al jaren last had van een scala van aandoeningen. Met name de aandoeningen aan de gewrichten veroorzaakten veel pijn en beperkten patiënte in haar mobiliteit. De commissie was overtuigd van de aandacht en zorg die de arts in dit kader aan patiënte had besteed. Van het feit dat het fysieke lijden op de voorgrond stond, had de arts de commissie met name tijdens het gesprek kunnen overtuigen. Ook had de arts duidelijk kunnen maken dat het voor patiënte door de visusproblemen en de fysieke pijn en beperking, moeilijk was nog zinvolle activiteiten te ontplooiën.

De commissie had zich afgevraagd of er voor patiënte nog reële alternatieven waren om haar lijden te verlichten; dit naar aanleiding van de verslagen van de consulenten en het Geriatrisch steunpunt. In de beleving van patiënte waren de genoemde mogelijkheden geen redelijke (behandel)alternatieven die haar lijden zouden kunnen verlichten.

Hoewel beide consulenten aangaven dat het lijden huns inziens voor patiënte nog niet uitzichtloos was omdat er – de bovengenoemde – andere mogelijkheden zouden zijn, kwam de commissie tot het oordeel dat, gezien de vele inspanningen die patiënte zich op dit vlak in samenspraak met de arts had getroost, er voor haar geen redelijke andere oplossing meer was en dat de arts samen met de patiënte tot deze overtuiging heeft kunnen komen. De commissie was derhalve van oordeel dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat het lijden uitzichtloos en ondraaglijk was.

Ten aanzien van de consultatie overwoog de commissie het volgende.

In het onderhavige geval had de arts twee consulenten ingeschakeld.

Het feit dat de eerste consulent van mening was dat er nog niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen omdat hij meende dat niet aan het vereiste van uitzichtloosheid was voldaan,



bracht de arts ertoe een tweede consulent te raadplegen. Deze handelwijze keurt de commissie in beginsel niet af.

Nadat de tweede consulent tot de conclusie was gekomen dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat deze nog behandelmogelijkheden zag, heeft de arts besloten de voorgestelde mogelijkheden aan patiënte voor te leggen. Het voorstel, het bezoeken van een pijnteam, heeft patiënte ingewilligd. Ook heeft de arts de wilsbekwaamheid van patiënte laten onderzoeken door een psycholoog.

Toen de arts van mening was dat de toestand van patiënte desondanks verslechterde, heeft hij niet zonder meer de levensbeëindiging op verzoek willen uitvoeren maar hij heeft de eerste consulent nogmaals verzocht patiënte te bezoeken.

De arts heeft voldaan aan het vereiste van consultatie, zelfs diverse malen. De consulenten hebben patiënte gezien en hebben een schriftelijk oordeel gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

Het afwijken van een negatief oordeel van (een of meer van) de consulenten zal, indien het verzoek niettemin wordt ingewilligd, aan de arts een zwaardere verantwoordingsplicht opleggen en leiden tot extra aandacht bij de toetsing achteraf. De arts heeft in zijn verslaglegging en de mondelinge toelichting aan de commissie voldoende duidelijk gemaakt hoe hij tot zijn afwegingen en vervolgens beslissing is gekomen.

Nu de arts blijkt heeft gegeven van een zorgvuldig besluitvormingsproces en van een zorgvuldige reflectie op zijn eigen afwegingen is de commissie van oordeel dat aan het vereiste van consultatie is voldaan.

Nota bene: de arts had, na orale inname van euthanatica door patiënte, de diepte van het coma niet vastgesteld alvorens een spierverslappend middel toe te dienen; de commissie oordeelde dat hij daarom niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

## Casus 13

### **Consultatie bij patiënte, verkerend in toestand van verlaagd bewustzijn, zonder schriftelijke wilsverklaring**

#### **Arts weigert mondelinge toelichting**

#### **Oordeel: onzorgvuldig**

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, werd ruim een half jaar voor het overlijden een in longen, skelet en lever gemetastaseerd mammacarcinoom vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. Ruim een week voor het overlijden kreeg patiënte ernstige, therapieresistente jeuk. Zij werd ook onrustig. De toestand van patiënte verslechterde enkele dagen voor het overlijden dramatisch. De onrust bij patiënte nam zodanig toe dat zij zelfs uit bed viel. Zij kreeg hiervoor Haldol en werd gefixeerd in bed. Dit veroorzaakte een menonwaardige situatie.

Het lijden van patiënte werd bepaald door pijn, de niet te bestrijden jeuk, onrust, cachexie en anorexie. Ook de uitzichtloosheid van de situatie droeg bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

Patiënte had eerder met de arts over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek gesproken en omstreeks drie weken voor het overlijden concreet om levensbeëindiging verzocht. Zij had het verzoek diverse malen herhaald. Er was geen schriftelijke wilsverklaring aanwezig, omdat patiënte bij opname in het ziekenhuis, waar zij verbleef, niet meer in staat was om te schrijven.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, die patiënte een dag voor de levensbeëindiging bezocht. Blijkens het verslag van de consulent trof hij patiënte slapend aan. Er werd geprobeerd patiënte te wekken. Na wat aandringen opende zij kort haar ogen zonder dat er contact ontstond. Ondanks herhaalde pogingen om patiënte te

wekken, was geen gesprek meer mogelijk. Patiënte kon sinds kort, waarschijnlijk onder invloed van Haldol, niet meer communiceren.

De consulent kon zijn consultatie niet uitvoeren zoals hij zich had voorgesteld. Hoewel de consulent een somnolente patiënte zag die niet meer in staat was haar verzoek duidelijk te maken, kwam hij op grond van de toelichting van de arts, een aanwezige neef en een verpleegkundige van patiënte en de in de status vastgelegde gesprekken met haar tot de conclusie dat patiënte euthanasie wenste.

De neef en de verpleegkundige getuigden dat patiënte de afgelopen 24 uur weer verder fors achteruit was gegaan; beiden waren zij er van overtuigd dat patiënte euthanasie wenste. Het was de consulent helder geworden dat patiënte jeuk had, onrustig was en ondraaglijk en uitzichtloos leed. In hoeverre het lijden van patiënte door het verminderde bewustzijn nog actueel was, was moeilijk te beoordelen. Het staken van toediening van Haldol om daar achter te komen, achtte de consulent onmenselijk. De consulent was, ondanks het feit dat hij niet op basis van een gesprek met patiënte over alle zorgvuldigheidseisen zijn oordeel kon geven, overtuigd dat aan deze eisen voldaan was.

Het was de commissie opgevallen dat het verslag van de consulent inconsistent was. De consulent vermeldde enerzijds in zijn verslag dat patiënte ten tijde van zijn bezoek, vermoedelijk als gevolg van de behandeling met Haldol, niet meer aanspreekbaar was en dat er daardoor naar alle waarschijnlijkheid geen sprake meer was geweest van ondraaglijk lijden. Anderzijds concludeerde hij ervan overtuigd te zijn dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Op grond van klinisch onderzoek wordt aangenomen dat een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn niet (meer) lijdt, tenzij tekenen van ernstig lijden waarneembaar zijn. In zijn algemeenheid zijn de commissies daarom van oordeel dat geen levensbeëindiging dient te worden toegepast bij patiënten in een dergelijke toestand, waarbij geen tekenen meer waarneembaar zijn die op een zeker lijden zouden kunnen wijzen of waarbij geen of nauwelijks kans bestaat op een – al dan niet gedeeltelijk – ontwaken. Dit uitgangspunt geldt eens te meer indien er geen consultatie heeft plaatsgevonden waarbij de consulent uit eigen waarneming een oordeel heeft kunnen geven over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.

In het licht van het bovenstaande heeft de commissie de arts verzocht toe te lichten op welke wijze het verzoek van patiënte tot levensbeëindiging tot stand was gekomen en in hoeverre er ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek zijns inziens bij patiënte nog sprake is geweest van ondraaglijk lijden.

De arts schreef in zijn toelichting dat patiënte tijdens het bezoek van de consulent inderdaad in (sub)comateuze toestand verkeerde. De arts verklaarde dat hij er zich terdege van bewust was dat euthanasie bij een (sub)comateuze patiënt niet geïndiceerd is. Patiënte was de dag na het consult, toen de arts haar bezocht, echter helder van geest en compos mentis. De arts had uitvoering met haar van gedachten gewisseld. Patiënte had veel last van haar botpijnklachten als gevolg van de metastasering en zij gaf uitdrukkelijk in aanwezigheid van familieleden aan dat zij op dat moment euthanasie wenste. De arts had daarop de euthanasie uitgevoerd. Als reactie op de uitnodiging van de commissie voor een gesprek schreef de arts dat hij van mening was dat hij aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan en dat hij op grond daarvan een gesprek niet meer noodzakelijk achtte.

Omdat naar aanleiding van het verslag van de consulent bij de commissie enkele vragen waren gerezen wilde de commissie graag van de consulent vernemen hoe hij tot de conclusie kon komen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan terwijl patiënte somnolent en niet meer aanspreekbaar was. Enerzijds concludeerde de consulent dat voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen terwijl hij anderzijds constateerde dat het ondraaglijk lijden bij een verminderd bewustzijn moeilijk te beoordelen was. Daarbij was patiënte niet meer in staat haar wens aan de consulent kenbaar te maken, terwijl geen schriftelijke wilsverklaring aanwezig was.

De commissie deelde het oordeel van de arts niet dat hij bij de toepassing van levensbeëindiging op verzoek bij patiënte, nadat zij weer was bijgekomen uit haar comateuze toestand en volstrekt compos mentis uitdrukkelijk en herhaaldelijk om euthanasie verzocht, aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan. De arts had een consulent geraadpleegd op een moment dat patiënte, waarschijnlijk als gevolg van toediening van medicatie, (sub)comateus was. Patiënte was om die reden tijdens het bezoek van de consulent somnolent en niet wekbaar. De consulent had patiënte weliswaar gezien maar hij had niet met haar kunnen communiceren. De consulent heeft geen oordeel uit eigen waarneming gebaseerd op het gesprek met patiënte kunnen geven over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het is onduidelijk gebleven in hoeverre de consulent zich, op basis van waarneembare tekenen van ernstig lijden, een oordeel heeft kunnen vormen over de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte. De consulent heeft ook niet uit eigen waarneming kunnen vaststellen dat patiënte voordat zij in comateuze toestand kwam te verkeren ondraaglijk leed en dus na afbouw van de medicatie weer in een toestand van ondraaglijk lijden zou terugkeren. De consulent schreef in zijn verslag dat hij desondanks overtuigd was dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts verkeerde blijkbaar in de veronderstelling dat dit voldoende was. De commissie overwoog dat deze veronderstelling blijk gaf van een te beperkte opvatting van het begrip “raadplegen van een andere onafhankelijke arts, die de patiënt heeft gezien”. De arts had geen bevindingen van de consulent, gebaseerd op een gesprek van deze laatste met patiënte, kunnen meewegen in zijn besluitvorming. De commissie wijst erop dat een tweede bezoek van de consulent op het moment dat de situatie van patiënte was gewijzigd en zij weer helder en tot communiceren in staat was, noodzakelijk zou zijn geweest. De commissie was van oordeel dat, gezien het feit dat de consulent niet met patiënte heeft kunnen spreken, er in casu materieel gezien geen of een gebrekkige consultatie had plaatsgevonden. Dit klemde temeer gezien het ontbreken van een schriftelijke wilsverklaring van patiënte. De arts had op gebrekkige wijze vorm gegeven aan het begrip raadplegen en zodoende afbreuk gedaan aan de kwaliteit van de besluitvorming die tot de euthanasie heeft geleid.

Ten aanzien van informatievoorziening door de arts aan de toetsingscommissie was de commissie van oordeel dat het een professionele plicht van de arts is om in te gaan op de uitnodiging van de commissie om een mondelinge toelichting te komen geven. Wanneer een arts daartoe niet bereid is, kan dat er toe leiden dat de commissie niet kan vaststellen of de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, De arts was niet ingegaan op de tot tweemaal toe herhaalde uitnodiging van de commissie om een nadere mondelinge toelichting te geven. Een aantal relevante vragen was onbeantwoord gebleven. De commissie had mede hierdoor niet kunnen vaststellen of de arts aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan. De commissie moest dan ook concluderen dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 14

**Gezien de tijdsdruk was geen onafhankelijke consultatie mogelijk  
Arts heeft in ethisch opzicht zeer zorgvuldig gehandeld  
Oordeel: onzorgvuldig**

Een patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, kreeg in 1989 diabetes mellitus. In 2002 werd zij zowel links- als rechtszijdig gedotterd vanwege perifere vaatlijden. Deze ingreep lukte gedeeltelijk. In de daarop volgende jaren ontstond hartfalen wegens

coronair ischemie. Patiënte werd hiervoor gedotterd, waarbij een stent werd geplaatst. Het laatste jaar bleek sprake van een matige mitraalklepinsufficiëntie, van nierinsufficiëntie en ernstig hartfalen. De laatste twee jaar was in toenemende mate pijn aan de benen ontstaan vanwege ernstig vaatlijden. De pijn werd bij liggen ondraaglijk. De laatste twee weken waren necrotische plekken op het linkerbeen dusdanig toegenomen dat patiënte in het ziekenhuis werd opgenomen. Genezing was niet meer mogelijk en het lijden was uitzichtloos. Besloten werd een abtinerend beleid te voeren. Medicatie voor het hart en de diabetes werd gestopt. Het lijden van patiënte bestond uit enorme pijnen, zowel aan het linker- als aan het rechterbeen, ondanks toediening van een zeer hoge dosering morfine via een pomp en toediening van Dormicum. Ook in subcomateuze toestand kreunde patiënte steeds hard met een van pijn vertrokken gezicht en had zij nog voortdurend aanvallen van pijscheuten. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk.

Vanaf het moment dat in het ziekenhuis een abtinerend beleid was ingezet had patiënte ten overstaan van de behandelend chirurg en ten overstaan van de arts – haar huisarts –, die haar in het ziekenhuis bezocht, verklaard dat zij ervan uitging dat binnen enkele uren tot dagen de dood zou intreden. Een dag voor haar overlijden, toen patiënte had vastgesteld dat de dood nog steeds niet was ingetreden en zij nog steeds pijn had en daarbij zelfs uren doormaakte met ondraaglijke pijn, verzocht zij concreet om uitvoering van levensbeëindiging. Zij herhaalde haar verzoek ten overstaan van de arts in het bijzijn van de familie en de verpleging. Een schriftelijke wilsverklaring was aanwezig.

Met betrekking tot de consultatie werd door de arts vermeld dat wegens tijdsdruk geen onafhankelijk consulent meer kon worden benaderd.

Over de levensbeëindiging was overleg gevoerd met alle behandelende specialisten en met de directie van het ziekenhuis. Allen stemden in met de voorgenomen euthanasie.

Op verzoek van de commissie gaf de arts omtrent de gang van zaken tijdens de gehele euthanasieprocedure, schriftelijk en mondeling, de volgende toelichting.

Patiënte zat de laatste twee jaar 'in een fuik'. Haar perifere vaatlijden was dusdanig dat zij alleen nog maar zittend in een stoel kon slapen. Twee jaar voor haar overlijden had zij de arts al om euthanasie verzocht wanneer de pijn constant zou worden. De laatste weken was de pijn sterk toegenomen; er werd – tegen beter weten in – bij een cardioloog nagevraagd of zij met haar terminale hartfalen nog een dotterprocedure zou kunnen ondergaan. Toen patiënte wegens helse en constante pijnen in het ziekenhuis werd opgenomen, bleek al snel dat dotteren technisch niet meer mogelijk was en dat er evenmin andere behandelingen mogelijk waren. Aan patiënte werd pijnstilling geboden bij een abtinerend beleid. Daarbij werd haar gezegd dat zij binnen enkele dagen zou komen te overlijden.

Ten aanzien van de geboden pijnstilling stelde de arts dat patiënte voorafgaande aan de ziekenhuisopname 80 mg morfine per dag toegediend had gekregen. In het ziekenhuis kreeg zij aanvankelijk echter slechts 20 mg morfine per dag; volgens de IC verpleegkundige had de morfiepomp niet te snel omhoog gemogen. Hoewel de dosering daarna geleidelijk werd opgehoogd tot 120 mg per uur bleef patiënte echter met zeer ernstige pijnen kampen. Achteraf bleek dat het infuus waarmee de morfine was toegediend slecht en subcutaan had gelopen. De suggestie van de arts om een epiduraal katheter aan te brengen was niet door het ziekenhuis overgenomen.

Een paar dagen na de ziekenhuisopname belde de echtgenoot van patiënte de arts om te melden dat de volgende dag (zaterdag) vanuit het ziekenhuis een overplaatsing naar het hospice zou worden geregeld, zodat in het hospice tot uitvoering van euthanasie zou kunnen worden overgaan, en wel door de arts. Vanwege slechte communicatie door het ziekenhuis werd de arts er als allerlaatste persoon van op de hoogte gesteld dat hij geacht werd de levensbeëindiging, waar patiënte dringend om had verzocht, uit te voeren.

De arts lichtte toe dat het ziekenhuis niet graag ingaat op verzoeken om levensbeëindiging. Volgens het ziekenhuisprotocol moet een patiënt gedurende een week een verzoek om levensbeëindiging hebben geuit voordat de procedure voor euthanasie kan worden gestart.

Omdat de behandelend specialisten van het ziekenhuis in de veronderstelling verkeerden dat de toestand van patiënte dermate slecht was dat zij op korte termijn een natuurlijke dood zou sterven, was deze procedure niet gestart. Toen bleek dat patiënte haar lijden, vooral door de pijn, niet langer kon dragen, was het te laat om de procedure nog te starten. Nadat de arts had begrepen dat hij geacht werd de levensbeëindiging uit te voeren had hij met bijna iedereen, die bij de behandeling van patiënte was betrokken, gesproken. Zo had hij verpleegkundigen, de dienstdoende aios en de behandelend specialisten geraadpleegd.

Daarbij was het hem duidelijk geworden dat de pijn – ondanks het ophogen van de morfine tot gigantische hoeveelheden – zelfs was toegenomen. Verpleegkundigen stelden dat zij het niet meer konden aanzien en tekenden uit volle overtuiging als getuigen de euthanasieverklaring om zo uitdrukking te geven aan hun onmacht. De arts-assistent vond het onbegrijpelijk dat er in het ziekenhuis niemand was die de verantwoordelijkheid wilde nemen om adequaat te handelen. Familieleden voelden zich ‘belazerd’ omdat er uitdrukkelijk was beloofd dat het beleid op een goede pijnstilling en op een spoedig overlijden was gericht. Daarentegen leek de pijn juist erger te worden en toen er sprake was van een uitblijvende dood werd vanuit het ziekenhuis een overplaatsing naar het hospice aangeboden.

Gedurende de zaterdag was de arts in het totaal vijfmaal naar het ziekenhuis gegaan. In die tijd was patiënte subcomateus geweest, waarbij zij steeds hard kreunde met een van pijn vertrokken gezicht. Toen dit ondanks het weer ophogen van de morfine en de Dormicum niet verminderde was hij tot de conclusie gekomen dat zij aan de criteria voor de door haar gevraagde euthanasie voldeed. Haar steeds uitgesproken wens om euthanasie vond hij zeer goed invoelbaar. Hij had het als zijn verantwoordelijkheid gevoeld om tot uitvoering van euthanasie over te gaan, omdat het hem onmenselijk leek om patiënte daartoe eerst nog naar een hospice over te brengen. De raad van bestuur ging ermee akkoord dat de levensbeëindiging in het ziekenhuis werd uitgevoerd mits de arts de verantwoordelijkheid hiervoor zou dragen.

Volgens de arts was hij door grote tijdsdruk niet in de gelegenheid geweest om naast genoemde consultaties ook een onafhankelijke consulent te raadplegen. Hij ging er vanuit dat de eis van een onafhankelijke consulent in een dergelijke extreme situatie niet een van de meest belangrijke zorgvuldigheidseisen was. De arts meende dat zijn handelen voldoende toetsbaar was en dat een onafhankelijk consulent niet anders zou hebben kunnen concluderen dan dat was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

De commissie merkt op dat de eis in het ziekenhuisprotocol dat een patiënt gedurende een periode van een week een verzoek om levensbeëindiging moet hebben gedaan niet in overeenstemming kan worden geacht met het in artikel 2 eerste lid onder a van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bepaalde.

Met betrekking tot de consultatie merkt de commissie het volgende op.

De arts heeft toegelicht dat hij behalve het raadplegen van diverse verpleegkundigen alle bij de behandeling van patiënte betrokken artsen heeft geconsulteerd. Dezen kunnen echter niet worden aangemerkt als onafhankelijk consulent als bedoeld in artikel 2, eerste lid sub e van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De commissie is van mening dat de arts, door in het belang van patiënte ‘zijn nek uit te steken’ in een niet door hem zelf gecreëerde ernstige situatie, in ethisch opzicht buitengewoon zorgvuldig heeft gehandeld.

Nu de arts geen onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die patiënte heeft gezien en die schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, kan de commissie echter niet anders dan tot het oordeel komen dat de arts daardoor niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen ex artikel 2, eerste lid sub e. van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

## f. Medisch zorgvuldige uitvoering

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

Bij de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding wordt voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel het advies<sup>7</sup> van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in de Standaard Euthanatica (2007) gevolgd. De Standaard Euthanatica gaat bij levensbeëindiging op verzoek uit van intraveneuze toediening van een coma inducerend middel, gevolgd door intraveneuze toediening van een spierslappend middel. De KNMP geeft in de Standaard Euthanatica aan welke middelen voor de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek moeten worden gebruikt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen ‘eerste keus middelen’<sup>8</sup> en ‘tweede keus middelen’<sup>9</sup>. Met de laatste categorie middelen is minder ervaring (‘evidence’) opgedaan en bovendien zijn deze middelen minder onderscheidend. Daarnaast worden in de Standaard Euthanatica nog middelen genoemd die geen alternatief zijn voor het eerste keus middel. Zij beschrijft daarin voorts welke middelen worden afgeraden.

Wanneer een arts geen gebruik maakt van een eerste keus middel dan zullen de commissies de arts nadere vragen stellen. Bij de toetsing van de medisch zorgvuldige uitvoering is uitgangspunt dat noodoplossingen (tweede keus middelen) toegelaten zijn, mits de arts het gebruik ervan voldoende (of afdoende) motiveert. De commissies zullen dan ook vragen stellen als het gebruik van de noodoplossingen niet voldoende is gemotiveerd of wanneer middelen gebruikt zijn die niet als alternatief zijn genoemd of die worden afgeraden.

Het gebruik van niet geadviseerde middelen kan voor patiënt negatieve gevolgen hebben die te voorkomen zijn door de geëigende middelen te gebruiken.

De commissies zien dat in sommige gevallen Dormicum wordt gebruikt als pre-medicatie, alvorens tot levensbeëindiging wordt overgegaan. Voor coma-inductie worden vervolgens wel de voorgeschreven middelen gebruikt. Gebruik van een middel als Dormicum als pre-medicatie is dan geen bezwaar. Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Met inachtneming

van de Standaard Euthanatica is van belang dat individuele wensen van de patiënt worden vervuld.

De KNMP heeft in de Standaard Euthanatica ook vermeld welke doseringen zij adviseert bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissies doen navraag bij de arts als de dosering niet wordt genoemd of afwijkt van de Standaard Euthanatica. Indien dit niet wordt vermeld zullen de commissies vragen naar de wijze van toediening.

Gegarandeerd moet zijn dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierslapper. De dosering van het coma inducerend middel is van groot belang om ervoor te zorgen dat de patiënt de gevolgen van de spierslapper niet kan ervaren. In casus 15 en 16 gebruikten de artsen een lagere dosering coma inducerend middel dan in de Standaard Euthanatica wordt geadviseerd. In beide gevallen had de arts zich laten adviseren door een apotheker. De commissie overwoog dat de arts verantwoordelijk is voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging. In beide gevallen werd geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld nu niet kon worden gegarandeerd dat de patiënten door de gebruikte lage dosering van het coma inducerend middel op het moment van toediening van de spierslapper in diep coma waren.

Bij euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek, is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica intraveneus toedient aan de patiënt. Van hulp bij zelfdoding is sprake als de arts het euthanaticum aan de patiënt overhandigt en de patiënt dit middel zelf inneemt. De arts moet bij de patiënt aanwezig blijven totdat deze is overleden. Mogelijk is immers dat zich complicaties voordoen, bijvoorbeeld dat patiënt de drank weer uitbraakt. De arts kan dan – alsnog – euthanasie toepassen. De arts mag de euthanatica ook niet bij de patiënt achter laten. Dat kan gevaar opleveren, ook voor anderen dan de patiënt. Casus 18 is daarvan een voorbeeld.

7 Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)

8 Opgenomen in de tabel op pagina 22 van de Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)

9 Opgenomen op pagina 26 van de Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)

## Casus 15

### Uitvoering met van KPMP advies afwijkende dosering coma inductiemiddel

#### Diepte coma niet adequaat vastgesteld

#### Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, werd in 1993 diabetes mellitus vastgesteld. Door de ziekte ontstond macrovasculaire schade. Vanaf 1995 onderging zij diverse vaatoperaties aan haar linkeronderbeen, dat acht jaar later werd geamputeerd. De revalidatie van patiënte verliep daarna goed en zij was lange tijd in staat met een prothese te lopen. De stomp van het geamputeerde (linker) onderbeen raakte echter na verloop van tijd zodanig gezwollen en ontstoken dat er geen prothese meer op paste. Begin 2009 ontstonden niet-genezende wonden aan de rechtersoet. Er was sprake van necrose. Na voorlichting door de behandelend specialist besloot patiënte af te zien van verdere chirurgische behandeling. Er was geen genezing mogelijk.

Patiënte was geheel afhankelijk van haar rolstoel, waar zij niet zonder hulp in of uit kon komen. Zij was volledig invalide en afhankelijk geraakt. Zij at nauwelijks, zij dronk wel water. Het lukte haar slecht om te slapen. Zij raakte hierdoor erg vermoeid. Patiënte leed onder verregaande aftakeling, onder de totale afhankelijkheid en de steeds verdere inperking van haar actieradius. Patiënte, die altijd zelfstandig was geweest, leed onder het verlies van regie. Zij ervoer geen kwaliteit van leven meer. De ondraaglijkheid van het lijden werd vooral bepaald door de toenemende achteruitgang van haar conditie, het besef dat er geen zicht was op verbetering van haar situatie en de wetenschap dat er alleen verslechtering in het verschiet lag. De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van 1000 mg Pentothal en 20 mg Pavulon.

Het was de commissie opgevallen dat de door de arts gebruikte dosering voor de coma inductie afweek van de dosering zoals wordt geadviseerd in de standaard. De commissie verzocht de arts dit nader te motiveren.

De arts lichtte toe dat deze dosering was aangeraden door de apotheker van patiënte. De apotheker had bij het vaststellen van de dosering rekening gehouden met de lengte en het gewicht van patiënte. De arts verklaarde ervan te zijn uitgegaan dat het advies van de apotheker juist was en had dit advies vervolgens opgevolgd.

De arts verklaarde dat het haar inmiddels duidelijk was geworden dat de door haar gebruikte dosering van 1000 mg Pentothal te laag was. Ze begreep niet dat de apotheker haar daar niet op had gewezen.

Zij had juist contact met de vaste apotheker van patiënte opgenomen omdat die op de hoogte was van alle medicatie die aan patiënte gedurende de maanden voor de levensbeëindiging was voorgeschreven. De arts merkte verder op dat het enige belang dat zij wilde dienen het belang van haar patiënten is. Zij beseftte dat zij de relevante literatuur beter moest bijhouden. Zij stond open voor advies en kondigde aan dat zij haar ervaring met betrekking tot de onderhavige melding met haar collega's in de FTO en in de HAGRO zou bespreken. Op de vraag hoe zij had vastgesteld dat patiënte voldoende diep in coma was, antwoordde de arts dat zij geen pijnprikkels had gegeven, maar goed naar patiënte had gekeken. Haar was bij bespreking met haar collega's gebleken dat niet alle collega's de diepte van het coma vaststellen voordat zij de spierverslapper toedienen.

De commissie overwoog met betrekking tot de uitvoering van de levensbeëindiging het volgende.

Bij de beoordeling van de vraag of de levensbeëindiging naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht is uitgevoerd hanteert de commissie in beginsel de Standaard Euthanatica als leidraad. Hierin wordt als coma inducerend middel thiopental in een dosering van 2000 mg geadviseerd; deze dosering is gewijzigd ten opzichte van de vorige versie (1998) van dit KNMP advies, omdat de daarin aanbevolen dosering van 1500 mg in sommige gevallen te laag is gebleken.



De commissie onderschrijft het uitgangspunt dat moet zijn gegarandeerd dat een patiënt niet uit zijn coma ontwaakt en dat hij de gevolgen van het nadien toegediende spierverslappend middel niet kan ervaren, reden waarom zij de dosering van het coma inducerend middel van groot belang acht.

De commissie benadrukte dat de arts verantwoordelijk was voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging, ook al meende deze te mogen afgaan op het advies van een deskundige, in casu een apotheker. Uit de meldingsgegevens bleek dat de arts de spierverslapper twee minuten na toediening van het coma inducerend middel aan patiënte had toegediend. Dertien minuten later had de arts de dood vastgesteld. Door toediening van de Pavulon waren de spieren van patiënte verlamd geraakt, waardoor deze tot niets meer in staat was. Mocht patiënte op dat moment nog niet volledig in coma zijn geweest dan kon zij dat vanwege de verlamming van de spieren niet meer kenbaar maken. Gezien de lage dosering Pentothal bestond er geen garantie dat patiënte gedurende de gehele uitvoering van de levensbeëindiging daadwerkelijk diep in coma was. Dit klemde temeer nu de arts had aangegeven dat zij slechts door goed naar patiënte te kijken had vastgesteld dat deze in coma was, maar de diepte van het coma niet had vastgesteld door het geven van een prikkel of door na te gaan of een wimperreflex nog aanwezig was.

De commissie was overtuigd geraakt van de goede bedoelingen van de arts, die meende te mogen afgaan op de deskundigheid van de door haar geraadpleegde apotheker. De commissie stelde de coöperatieve houding van de arts tijdens het traject, waarin de commissie tot een oordeel moest komen, zeer op prijs evenals haar voornemen de thans verkregen kennis in de toekomst toe te passen en uit te dragen.

De commissie kon echter niet tot een ander oordeel komen dan dat de arts de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig had uitgevoerd en daarmee niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 16

**De arts heeft door toediening van een lage dosering thiopental het risico genomen dat patiënt op enig moment gedurende de levensbeëindiging niet in een voldoende diep coma verkeerde**

**Oordeel: onzorgvuldig**

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 60 tot 70 jaar, werd in maart 2009 een pancreas-staartcarcinoom met uitgebreide metastasering onder andere in milt, lymfeklieren, longen en lever gediagnosticeerd. Genezing was niet mogelijk. Patiënt kreeg palliatieve chemotherapie. Patiënt ging desondanks zeer snel achteruit.

Hij was erg kortademig en had ondanks uitgebreide pijnmedicatie ondraaglijke pijn. Er werd nog een coeliacusblokkade uitgevoerd. Dit hielp onvoldoende.

Het lijden van patiënt werd bepaald door algehele aftakeling, pijn en benauwdheid.

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

Blijkens het verslag van de geraadpleegde onafhankelijke consulent was patiënt helder en reageerde hij adequaat op vragen. Patiënt kon, terwijl hij bij zijn volle verstand was, zijn euthanasiewens aangeven. Patiënt wilde niet wegteren maar waardig sterven.

De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van 660 mg thiopental en 20 mg Pavulon.



Het was de commissie opgevallen dat de arts een sterk afwijkende dosering thiopental als coma-inductor had gebruikt. De commissie maakte zich zorgen over de diepte van het coma bij patiënt op het moment dat de spierverslapper werd toegediend en wilde daarom weten hoe de levensbeëindiging feitelijk was verlopen.

De arts vertelde dat hij weinig verstand had van euthanatica en dat hij zich had laten adviseren door de apotheker. De arts had twee injectiespuiten met thiopental meegekregen en hij had begrepen dat de tweede spuit als reserve was bedoeld. Al snel na aanvang van het intraveneus toedienen van de thiopental raakte patiënt in een diepe slaap en begon luid te snurken. De arts hield daarom op met de toediening van de thiopental. Hij wilde deze fase niet te lang laten duren. Vervolgens had de arts patiënt pijnprikkels toegediend om te controleren hoe diep het coma was. Patiënt reageerde niet meer. Vervolgens injecteerde hij de Pavulon. Het duurde even voordat patiënt stopte met ademen. Daarop constateerde de arts dat patiënt was overleden.

De arts schatte in dat de hele procedure 10 á 15 minuten in beslag heeft genomen. De arts benadrukte nogmaals dat hij overtuigd was dat patiënt in coma was. Patiënt had geen beweging meer gemaakt. De arts had serieus naar de pijngevoelens van patiënt gekeken.

De commissie overwoog dat de arts in het onderhavige geval de levensbeëindiging had uitgevoerd door intraveneuze toediening van 660 mg thiopental en 20 mg Pavulon. De arts had zich laten adviseren door een apotheker. De arts had weliswaar twee injectiespuiten met ieder 1000 mg thiopental meegekregen maar hij had begrepen dat de tweede spuit als reserve diende.

De arts had aangegeven dat hij alvorens de Pavulon toe te dienen, de diepte van het coma middels het toedienen van pijnprikkels had gecontroleerd. De arts was overtuigd dat patiënt in coma was.

De commissie benadrukte dat de arts verantwoordelijk is voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging, ook al heeft hij tevoren overleg gepleegd met een apotheker over de toe te dienen dosering.

De commissie overwoog dat na de toediening van pancuronium de spieren van patiënt verlamd waren waardoor hij nergens meer toe in staat was. Mocht patiënt niet in een voldoende diep coma hebben verkeer na toediening van het spierverslappend middel, dan kon dat niet meer worden herkend vanwege verlamming van de spieren van patiënt.

De commissie was van oordeel dat de arts, door het coma te induceren door middel van thiopental in de dosering van 660 mg, het risico had genomen dat patiënt op enig moment gedurende de levensbeëindiging niet in een diep genoeg coma verkeerde.

De commissie merkte daarbij op dat zij niet twijfelde aan de goede bedoelingen van de arts, die meende te mogen afgaan op de deskundigheid van de door hem geraadpleegde apotheker, maar kon niet tot een ander oordeel komen dan dat de arts de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd, waardoor niet voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 17

### De arts weigert duidelijkheid te verschaffen over de gebruikte dosering euthanatica

#### Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 60 tot 70 jaar, was in het najaar van 2006 een longcarcinoom vastgesteld. In de laatste maanden voor het overlijden ging de conditie van patiënte fors achteruit.

Het lijden van patiënte bestond uit zeer heftige pijn aanvallen die nauwelijks te couperen waren en zeer forse benauwdheid. Dit lijden was voor patiënte ondraaglijk. Het lijden was ook uitzichtloos. Genezing was niet mogelijk en het overlijden was op korte termijn te verwachten.

De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van Nesdonal en Pavulon.

Direct na de ontvangst van de melding heeft de commissie de arts verzocht om haar te berichten welke hoeveelheden Nesdonal en Pavulon hij had gebruikt bij de uitvoering van de levensbeëindiging. Omdat de commissie bij de bespreking van de melding nog geen antwoord van de arts had ontvangen, heeft de secretaris na de vergadering telefonisch contact met de arts opgenomen om de hoeveelheden van hem te vernemen. In dit telefoongesprek deelde de arts mede dat de doseringen voldoende waren geweest en dat hij niet van plan was de exacte doseringen kenbaar te maken. In aansluiting hierop heeft het arts-lid van de commissie telefonisch contact met de arts opgenomen. Het arts-lid heeft in het telefoongesprek geprobeerd de achtergronden van de vraag en de mogelijke gevolgen van het niet verstrekken van de gevraagde informatie uit te leggen. Ook tijdens dit telefoongesprek bleef de arts onduidelijk over de doseringen van de euthanatica die hij had gebruikt bij de uitvoering van de levensbeëindiging. Een maand daarop heeft de arts de commissie per brief meegedeeld geen antwoord te zullen geven op de vraag met betrekking tot de exacte hoeveelheid van de euthanatica, aangezien zijns inziens de vraag buiten de taakstelling van de commissie zou vallen. De commissie heeft per kerende post de taken en bevoegdheden van de commissie op grond van de Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding duidelijk gemaakt aan de arts en hem uitgenodigd voor een gesprek. Hierbij heeft de commissie de arts in de gelegenheid gesteld alsnog schriftelijk te reageren, zo hij daaraan de voorkeur mocht geven. In antwoord hierop heeft de arts bij brief meegedeeld dat de hoeveelheid van de gebruikte medicatie niets zegt aangezien de reactie afhankelijk is van de klinische conditie en gewicht van de patiënt. Hij deelde mede dat het vragen hiernaar zonder inzicht in deze situatie dus weinig over de zorgvuldigheid zegt. Hij gaf aan dat hij, er van uitgaande dat de schriftelijke toelichting zou volstaan, geen gebruik zou maken van de mogelijkheid tot een gesprek. Hierop heeft de commissie de arts in deze brief verzocht haar spoedig te berichten over de door hem gebruikte doseringen en, zonodig, over zijn beweegredenen om van het advies van de KNMP in de Standaard Euthanatica (2007) af te wijken, zodat de commissie tot een beoordeling van de melding zou kunnen komen. Voor een aanvullende toelichting is de arts niet verschenen in genoemde commissievergadering en tijdens deze vergadering was nog geen schriftelijk bericht van de arts ontvangen.

Voor wat betreft de vraag of de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd merkt de commissie het volgende op. De arts heeft de commissie bericht Nesdonal en Pavulon te hebben gebruikt bij de uitvoering van de levensbeëindiging. Hij heeft, ondanks herhaald verzoek van de commissie, niet meegedeeld welke hoeveelheden hij had gebruikt. De arts heeft derhalve niet alle benodigde informatie aan de commissie verstrekt en heeft de commissie niet in de gelegenheid gesteld zich een gegrond beeld te vormen over de al dan niet zorgvuldige medische uitvoering van de levensbeëindiging.

De commissie is hierdoor niet tot de overtuiging kunnen komen dat de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd en oordeelde dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 18

### Hulp bij zelfdoding

**Patiënt heeft de door de arts bij hem achtergelaten euthanatica ingenomen buiten diens aanwezigheid**

**Oordeel: onzorgvuldig**

Bij de behandeling van een melding van hulp bij zelfdoding was het de commissie gebleken dat de arts het euthanaticum bij patiënt had achtergelaten en dat patiënt in strijd met de gemaakte afspraak zelf het euthanaticum had ingenomen zonder dat de arts daarbij aanwezig was. De commissie heeft de arts uitgenodigd om een mondelinge nadere informatie te geven. De arts deelde mee meerdere malen met patiënt de procedure van hulp bij zelfdoding te hebben doorgesproken. Patiënt wist dat de arts bij de inname van de drank aanwezig moest zijn in verband met eventuele complicaties in de vorm van braken en dergelijke. Hij wist dat bij complicaties mogelijk levensbeëindiging zou plaatsvinden via intraveneuze toediening van euthanatica door de arts.

Op de dag van de levensbeëindiging was de arts om 10:30 uur bij patiënt geweest en had hij een venflon ingebracht voor het geval problemen zouden optreden bij de inname van het euthanaticum. Afgesproken was dat de levensbeëindiging zou plaatsvinden om 13:30 uur. Op dat tijdstip was de arts teruggegaan naar patiënt om de drank met daarin het euthanaticum klaar te maken en aan te reiken. Op dat moment waren de kinderen van patiënt aanwezig, die afscheid van hem kwamen nemen. Patiënt had toen aangegeven de levensbeëindiging tot een later tijdstip te willen uitstellen. Hij zou de arts laten weten wanneer hij zover was om de drank in te nemen. De arts was weggegaan na de procedure weer volledig te hebben doorgesproken met patiënt en had het euthanaticum in goed vertrouwen achtergelaten bij patiënt. Hij had uitdrukkelijk met patiënt afgesproken dat hij aanwezig moest zijn bij de levensbeëindiging. Patiënt en zijn partner hadden het 06-nummer van de arts. Aan het einde van de middag, c.q. begin van de avond had de arts patiënt nog aan de telefoon gehad. Patiënt had ook tijdens dit telefoongesprek aangegeven de levensbeëindiging nog even te willen uitstellen. De arts was na dit gesprek gerust geweest.

De volgende ochtend belde de partner van patiënt de praktijk met de mededeling dat hij was overleden. De arts was hierdoor zeer verrast. Het contact met patiënt en de relatie tussen hen beiden waren goed geweest. Ze hadden goede afspraken met elkaar gemaakt. Hij had met patiënt ook al eerder de afspraak gehad dat hij 's avonds of in het weekend gebeld kon worden. De arts had deze gang van zaken absoluut niet voorzien. De partner van patiënt had de arts verteld dat patiënt om ongeveer middernacht haar en zijn zus, die op dat moment bij hen logeerde, wakker had gemaakt en had verteld dat hij al een gedeelte van de drank met het euthanaticum had ingenomen. Het restant van de drank had hij daarop in het bijzijn van zijn partner en zijn zus ingenomen. Volgens de partner van patiënt was hij ongeveer 3 uur later overleden. Zij had de arts toen niet gebeld. Iedereen was rustig onder de gang van zaken. De partner van patiënt was niet alleen geweest en had zich gesteund gevoeld door de zus van patiënt. Naar haar zeggen was alles rustig en vredig verlopen en had ze daarom gewacht tot het spreekuur zou beginnen. 's Ochtends vroeg kreeg de arts te horen dat patiënt was overleden. De partner van patiënt had de arts verteld dat de gang van zaken ook haar had overvallen. De hele procedure was in haar aanwezigheid door de arts met patiënt besproken. De arts deelde mee nooit meer te zullen handelen zoals hij in casu had gedaan. Hij zou nooit meer euthanatica achterlaten bij een patiënt. Hij realiseerde zich dat door het euthanaticum bij patiënt achter te laten hij hem in de gelegenheid had gesteld het euthanaticum in te nemen buiten zijn aanwezigheid. Hij gaf aan dat het euthanaticum was achtergelaten in de context van de arts/patiënt relatie. In casu betrof het een relatie, waarin de arts en patiënt al een paar jaar bezig waren geweest met de behandeling van diens ziekte. Er was al zoveel besproken en de arts had vertrouwd op de onderlinge communicatie. Hij was van

mening dat in dit geval de arts/patiënt relatie het gevoel van vertrouwen rechtvaardigde dat patiënt hem zou bellen wanneer hij tot levensbeëindiging had willen overgaan. De arts was van mening dat achteraf gezien patiënt erg eigenzinnig en egocentrisch had gehandeld. De arts had hiervan geleerd dat hij ondanks een gevoel van vertrouwen nooit of te nimmer euthanatica mag achterlaten bij een patiënt.

De commissie overwoog dat de arts, op grond van de medisch-professionele standaard, bij hulp bij zelfdoding zelf het euthanaticum aan de patiënt dient aan te reiken, aanwezig dient te zijn bij de inname daarvan door de patiënt en bij de patiënt moet blijven totdat hij de dood heeft geconstateerd. Op deze wijze kan de arts direct corrigerend optreden indien het euthanaticum op enigerlei wijze niet mocht werken zoals verwacht en kan voorts worden voorkomen dat het euthanaticum op een verkeerd tijdstip of door iemand voor wie het niet was bestemd wordt gebruikt. De arts en patiënt moeten vooraf met elkaar de gang van zaken bij de hulp bij zelfdoding en de te maken keuzes bij complicaties bespreken. De arts had dit uitvoerig met de patiënt besproken, maar het euthanaticum echter bij de patiënt achtergelaten; patiënt had dit, weliswaar tegen de afspraak met de arts in, zelf ingenomen zonder hem daarvan van tevoren in kennis te stellen en dus zonder dat de arts daarbij aanwezig was. De arts had door het euthanaticum bij de patiënt achter te laten een situatie gecreëerd waarin hij zelf de controle niet meer had over de gang van zaken en waarin patiënt de gelegenheid had om zelf het euthanaticum in te nemen zonder dat de arts daarbij aanwezig was met alle mogelijke gevolgen van dien. De commissie kwam op grond hiervan tot het oordeel dat de arts de hulp bij zelfdoding niet medisch zorgvuldig had verleend. De commissie tekende hierbij aan dat zij geen enkele twijfel had over de integriteit van de arts. De commissie oordeelde dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## Casus 19

### Levensbeëindiging op verzoek/hulp bij zelfdoding met behulp van partner van patiënt Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar, werd in de zomer van 2008 een tongbasiscarcinoom gediagnosticeerd. Patiënt werd chemotherapeutisch en radiotherapeutisch behandeld. Patiënt kreeg een PEG-sonde voor het toedienen van voeding en vocht. Het lijden van patiënt werd bepaald door verzwakking, nauwelijks kunnen slikken en spreken en de dreiging van een heftige bloeding in het tumorgebied. Een bloeding zou de dood als gevolg hebben. Patiënt leed ook pijn. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk. Patiënt beleefde geen positieve momenten meer. Zijn toestand zou ook alleen maar verslechteren.

Volgens de geraadpleegde onafhankelijke consulent moest patiënt zijn hoofd ondersteunen omdat hij zijn hoofd niet meer spontaan recht kon houden als gevolg van de bestraling en zwakte. De pijn in de mond nam alleen maar toe. Als hij probeerde wat te drinken lukte dat niet. Hij had de afgelopen dagen tweemaal een bloeding gehad en de kans op het ontstaan van een dodelijke bloeding was reëel. Patiënt gaf aan dat hij zijn leven als voltooid zag en niet langer wilde lijden.

De consulent heeft vastgesteld dat er sprake was van uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk lijden, met name door de kans op een fatale bloeding en het feit dat patiënt nagenoeg niet in staat was te spreken. Patiënt wilde een verdere ontluistering voorkomen.

De consulent heeft geconcludeerd dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De partner van patiënt diende hem 9 gram Pentobarbitaldrank via de PEG sonde toe, waarbij patiënt zelf zijn hand op die van zijn partner hield. De arts was hierbij aanwezig. Dit gebeurde op uitdrukkelijk verzoek van patiënt en zijn partner.

Omdat het de commissie was opgevallen dat de partner van patiënt de feitelijke uitvoerende, op het overlijden van patiënte gerichte, handeling had verricht in aanwezigheid van de arts, besloot zij de arts uit te nodigen om mondeling toe te lichten waarom zij voor deze handelwijze had gekozen en hoe het daadwerkelijke verloop van de uitvoering was geweest. De arts lichtte toe dat patiënt en zijn vrouw, als echtpaar zonder kinderen, heel 'close' hadden samengeleefd en eigenlijk alles samen hadden gedaan. Toen patiënt voor het eerst zijn euthanasieverzoek tegenover de arts had geuit waren diverse mogelijkheden besproken. Daarbij had de arts onder andere gezegd, nu patiënt uitdrukkelijk koos voor hulp bij zelfdoding, dat zijzelf een drankje zou aanreiken en dat dit dan door patiënt ingenomen zou moeten worden. Omdat patiënt een PEG sonde had en niet in staat was zelf het drankje in te nemen, zou het drankje in dit geval door de arts via de PEG sonde worden toegediend. Op de vraag van patiënt of zijn partner deze handeling ook zou kunnen verrichten, had de arts verklaard dat dit niet verstandig was. Dit zou namelijk een te grote emotionele belasting voor haar kunnen zijn.

Patiënt en zijn partner hadden in de daarop volgende periode bij herhaling te kennen gegeven dat zij deze laatste handeling ook graag samen wilden doen.

Uiteindelijk had de arts daarmee ingestemd onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat zij er zelf 'bovenop' zou staan om te kunnen ingrijpen wanneer er iets mis zou gaan. Volgens de arts zou het immers kunnen zijn dat de partner van patiënt er uiteindelijk niet toe in staat zou blijken te zijn.

De arts memoreerde dat de partner van patiënt gewend was aan deze handeling omdat ze gewend was om patiënt voeding via de spuit toe te dienen. Bij de daadwerkelijke uitvoering had patiënt de hele tijd zijn hand op die van zijn partner gehouden. De arts had er bij gestaan. De arts verklaarde dat de partner van patiënt in een nagesprek had aangegeven dat ze erg blij was dat ze de levensbeëindiging op deze wijze samen met haar partner had kunnen uitvoeren.

De arts wees er op dat patiënt de kracht er niet voor had om de handeling zelf uit te voeren. Daarvoor had hij hulp nodig. In dit geval was de partner van patiënt zijn spierkracht geweest die hij zelf ontbeerde. Als arts had zijzelf ook die hulp kunnen bieden. In dit geval had zij de spuit met de drank klaar gemaakt en op de sonde gezet.

In de week voorafgaand aan het overlijden werd een SCEN-arts geconsulteerd. De SCEN-arts was ervan op de hoogte geweest dat de uitvoering via de PEG sonde zou plaats vinden. De arts had niet tevoren met de SCEN-arts besproken dat zij bereid was om in te gaan op het verzoek van patiënt en zijn partner om samen de uitvoerende handeling te verrichten.

De arts verklaarde dat zij zich niet onder druk had voelen staan. Zij had evenmin het gevoel dat ze een beroepsmatige handeling totaal uit handen had gegeven. Voor haar was het een soort verlengde arm constructie. In dit geval had zijzelf de spuit op de sonde gedaan. Vervolgens had patiënt zijn hand op die van zijn partner gelegd terwijl zij het middel via de spuit in de PEG sonde toediende.

Volgens de arts had de partner van patiënt niet het gevoel dat zij het overlijden van patiënt had veroorzaakt, maar daarentegen had gefaciliteerd. De arts had nog apart met de partner van patiënt gesproken om te verifiëren of zij zich onder druk had voelen staan. Dit bleek niet het geval geweest te zijn. De partner van patiënt had haar eigen afweging gemaakt of zij op het verzoek van patiënt zou ingaan om behulpzaam te zijn bij de laatste handeling.

De arts verklaarde dat zij beseftte dat de gang van zaken niet gebruikelijk was en dat zij dat ook tevoren aan betrokkenen had gezegd. Zij had zich gerealiseerd dat ze zich misschien voor haar beslissing en handelwijze zou moeten verantwoorden. Zij stond nog steeds achter hetgeen gebeurd was en zou het in deze gegeven situatie op een zelfde wijze weer doen.

De commissie concludeerde uit de stukken en de mondelinge toelichting van de arts dat in deze casus sprake was van een verzoek om euthanasie gericht tot de arts. De commissie stelde vast dat de gekozen vorm van levensbeëindiging elementen bevatte van zowel levensbeëindiging op verzoek als hulp bij zelfdoding, als gevolg waarvan in dit geval kon worden gesproken van een bijzondere situatie binnen de grenzen van de Wet toetsing levensbeëindi-

ging op verzoek en hulp bij zelfdoding, aldus een zelfstandige vorm (sui generis).

De gekozen wijze van levensbeëindiging en de uitvoering daarvan voldeed naar het oordeel van de commissie niet aan de zorgvuldigheidseisen zoals genoemd in artikel 2 lid 1 onder f. van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De arts had, ondanks de beperkte strekking van artikel 2 lid 1 onder e van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding – in die zin dat de onafhankelijke consulent slechts zijn oordeel dient te geven met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen onder a. tot en met d. van genoemd artikellid –, er goed aan gedaan het overleg over de voorgenomen wijze van levensbeëindiging van patiënt niet te beperken tot de kleine kring waarbinnen dit nu heeft plaatsgevonden. De consulent was er bij uitstek voor in aanmerking gekomen aan dat overleg, in welke vorm dan ook, deel te nemen. De rol van de SCEN-arts, waarvan ook in casu sprake was, beperkt zich immers niet tot het als onafhankelijke consulent geven van voornoemd oordeel, maar houdt ook in het geven van steun en advies aan de arts die voornemens is aan een verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding te voldoen. In dit specifieke geval had die steun en dat advies zich ook kunnen uitstrekken tot de wijze van uitvoeren.

De arts had verzuimd de consulent bij dat overleg te betrekken en zich in die zin toetsbaar op te stellen.

De commissie stelde vast dat de arts tegenover patiënt en diens partner weliswaar had gesproken over de eigen verantwoordelijkheid die een arts in dit soort situaties heeft en de beschermende werking die de wetgeving hiermee biedt aan de beroepsgroep van artsen, maar was van oordeel dat de arts ten onrechte die verantwoordelijkheid niet volledig had opgeëist en ten onrechte niet zelf alle onderdelen van de levensbeëindigende handeling had verricht.

De commissie oordeelde dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

# Hoofdstuk III **Werkzaamheden van de commissies**

## **Wettelijk kader**

In Nederland zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294). Dit is niet het geval als de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding plaatsvindt door een arts die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen én zijn handelen heeft gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer. Wanneer de arts aan deze beide voorwaarden voldoet dan is de door hem uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek, dan wel geboden hulp bij zelfdoding geen strafbaar feit. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen.

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

De WTL schrijft vervolgens voor dat de regionale toetsingscommissies tot taak hebben op basis van het verslag van de arts en overige bij de melding gevoegde stukken te beoordelen of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de WTL.

Bij levensbeëindiging op verzoek dient de arts de zogenoemde euthanatica toe; bij hulp bij zelfdoding verstrekt de arts de middelen die vervolgens door de patiënt zelf worden ingenomen.

## **Rol van de commissies**

Wanneer een arts het leven van een patiënt op diens verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, meldt hij dat aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen<sup>10</sup>. De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag

van de arts volledig is ingevuld. De verklaring van de geconsulteerde arts en – indien aanwezig – een schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd.

De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en eventueel door de arts verstrekte overige relevante stukken, zoals patiëntenjournaal en specialistenbrieven, mee. Na ontvangst van de stukken door de commissie, ontvangen zowel de lijkschouwer als de arts een ontvangstbevestiging.

De commissies toetsen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. Het komt nogal eens voor dat een arts wordt gevraagd om schriftelijk op nadere vragen te reageren<sup>11</sup>. Ook gebeurt het dat door de commissie telefonisch contact met de arts wordt opgenomen om een vraagpunt te laten toelichten. Als de door de arts aldus verstrekte informatie niet volstaat, kan de arts worden uitgenodigd om een mondelinge toelichting op zijn melding te geven. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

Binnen zes weken na de melding ontvangt de arts het oordeel van de commissie. Deze termijn kan éénmaal worden verlengd. Dat komt bijvoorbeeld voor wanneer de commissie nadere vragen heeft gesteld.

Aangezien de capaciteit van de secretariaten van de commissies geen gelijke tred hield met de toename van het aantal meldingen bleek in dit verslagjaar de afhandelingstermijn van zes weken bij een aantal meldingen helaas niet haalbaar.

De commissies geven over de meldingen die zij toetsen een oordeel. In bijna alle gevallen luidt hun oordeel dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de meldend arts geïnformeerd.

Indien een commissie bij de behandeling van een melding van oordeel is dat de arts niet heeft gehandeld conform de

<sup>10</sup> Als hulpmiddel bij het opstellen van een dergelijk verslag is het zogenaamde Modelverslag beschikbaar. Dit kan worden ingevuld of worden gebruikt als leidraad en is te vinden op [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

<sup>11</sup> in circa 6% van de gemelde gevallen in 2005, zo blijkt uit het evaluatierapport WTL



zorgvuldigheidseisen, zendt zij het voorgenomen oordeel voor advies en commentaar naar alle leden en plaatsvervangende leden van de eigen en andere commissies. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar harmonisatie en eenheid bij het toetsen.

In 2009 is 9 maal geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In dat geval wordt het oordeel niet alleen naar de meldend arts gezonden, maar ook naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het College bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan<sup>12</sup>. De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of na het eindoordeel van de commissie nadere stappen moeten volgen, bijvoorbeeld in de vorm van het voeren van een gesprek met een arts of het aanhangig maken van een tuchtzaak (zie bijlage II).

Met het College en de Inspectie voeren de commissies jaarlijks overleg.

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden bepaalt welke commissie bevoegd is de melding te behandelen. Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben allen een plaatsvervanger. Ook heeft elke commissie een secretaris, eveneens een jurist, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. De commissies hebben

de rol van een deskundigencommissie. De secretariaten hebben als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden. De secretariaten zijn organisatorisch ondergebracht bij een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), te weten het CIBG in Den Haag.

De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag. De vergaderingen van de commissies hebben daar maandelijks plaats.

De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN).

De commissies krijgen alle verslagen van de door de meldend artsen geraadpleegde consulenten onder ogen en hebben daarmee als enige een totaalbeeld van de kwaliteit van deze verslaglegging. De kwaliteit van de verslaglegging behoeft permanente aandacht. De bevindingen van de commissies worden in algemene termen teruggekoppeld naar SCEN.

Ook geven de commissieleden presentaties voor GGD's, huisartsenverenigingen, ziekenhuizen, buitenlandse delegaties en dergelijke. Daarbij wordt aan de hand van praktijksituaties in het bijzonder aandacht besteed aan de geldende procedure en zorgvuldigheidseisen.

<sup>12</sup> Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), Staatscourant, 6 maart 2007, nr. 46/pag.14).

# Bijlage I

## Overzicht van meldingen

## Overzicht van meldingen totaal

### Overzicht van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009

#### Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 2636 meldingen.

#### Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 2443 gevallen was er sprake van euthanasie, in 156 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 37 gevallen betrof het een combinatie van beide.

#### Artsen

De meldend arts was in 2356 gevallen een huisarts, in 184 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 87 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 10 gevallen een arts in opleiding tot specialist.\* (1 melding werd door twee artsen gedaan)

#### Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	2153
hart- en vaataandoeningen	54
aandoeningen van het zenuwstelsel	131
overige aandoeningen	168
combinatie van aandoeningen	130

#### Instellingen

De levensbeëindiging vond in 2117 gevallen thuis plaats, in 170 gevallen in een ziekenhuis, in 77 gevallen in een verpleeghuis, in 111 gevallen in een verzorgingshuis, in 124 gevallen in een hospice en in 37 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

#### Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies 9 maal tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

#### Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissies was 37 dagen.

## Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2009, 2008, 2007 en 2006

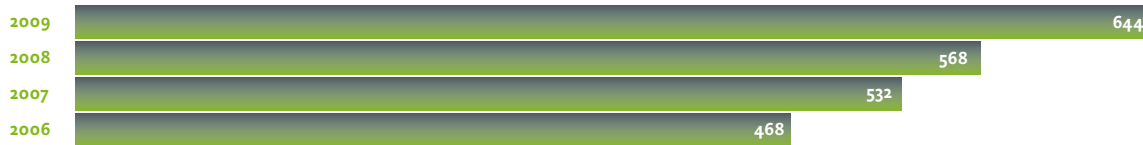
### Totaal aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding



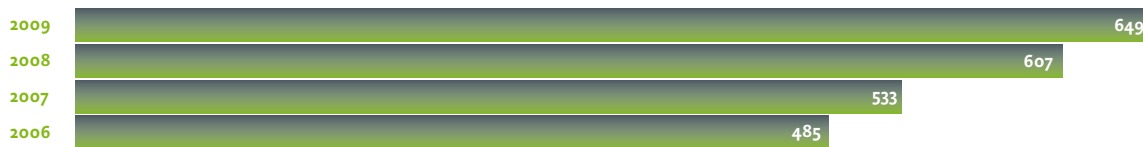
### regio Groningen, Friesland en Drenthe



### regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland



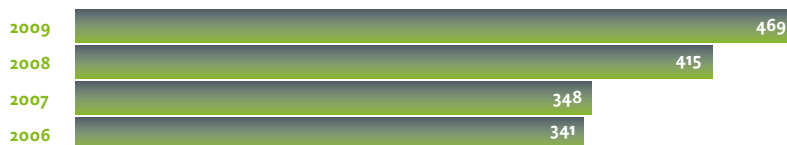
### regio Noord-Holland



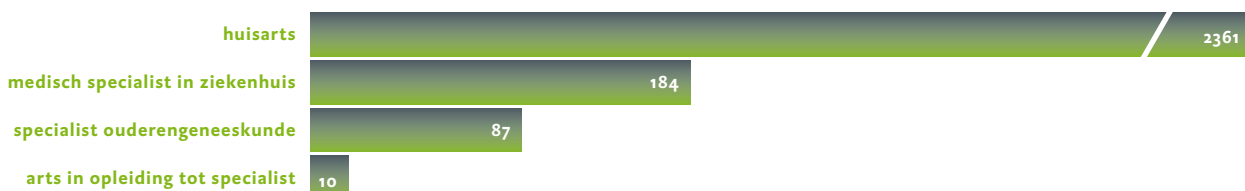
### regio Zuid-Holland en Zeeland



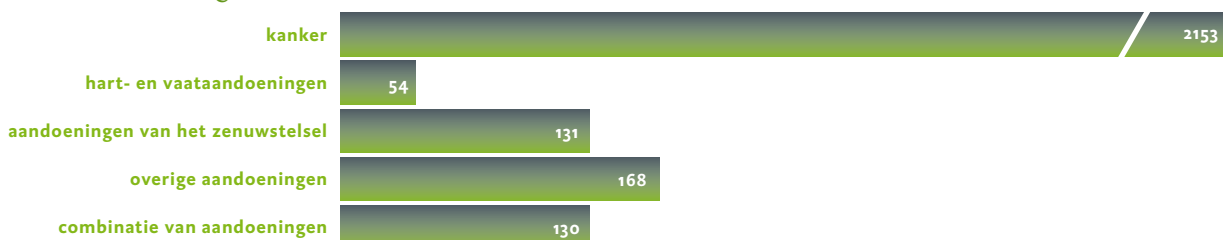
### regio Noord-Brabant en Limburg



## Meldende artsen 2009



## Aandoeningen 2009



## Overzicht van meldingen per regio



### Regio Groningen, Friesland en Drenthe

Overzicht van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009

#### Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 326 meldingen.

#### Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 298 gevallen was er sprake van euthanasie, in 19 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 9 gevallen betrof het een combinatie van beide.

#### Artsen

De meldend arts was in 295 gevallen een huisarts, in 23 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 7 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in één geval een arts in opleiding tot specialist.

#### Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	251
hart- en vaataandoeningen	3
aandoeningen van het zenuwstelsel	26
overige aandoeningen	17
combinatie van aandoeningen	29

#### Instellingen

De levensbeëindiging vond in 262 gevallen thuis plaats, in 22 gevallen in een ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 21 gevallen in een verzorgingshuis, in 8 gevallen in een hospice en in 5 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

#### Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 11 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 2 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

#### Duur beoordeling

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

## b

## Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Overzicht van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009

### Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 644 meldingen.

### Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 612 gevallen was er sprake van euthanasie, in 29 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen betrof het een combinatie van beide.

### Artsen

De meldend arts was in 580 gevallen een huisarts, in 40 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 22 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 2 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

### Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	540
hart- en vaataandoeningen	15
aandoeningen van het zenuwstelsel	22
overige aandoeningen	46
combinatie van aandoeningen	21

### Instellingen

De levensbeëindiging vond in 535 gevallen thuis plaats, in 36 gevallen in een ziekenhuis, in 18 gevallen in een verpleeghuis, in 23 gevallen in een verzorgingshuis, in 26 gevallen in een hospice en in 6 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

### Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 13 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

### Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 40 dagen.



## Regio Noord-Holland

Overzicht van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009

### Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 649 meldingen.

### Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 574 gevallen was er sprake van euthanasie, in 64 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 11 gevallen was er sprake van een combinatie.

### Artsen

De meldend arts was in 568 gevallen een huisarts, in 50 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 25 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 6 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

### Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	518
hart- en vaataandoeningen	17
aandoeningen van het zenuwstelsel	28
overige aandoeningen	52
combinatie van aandoeningen	34

### Instellingen

De levensbeëindiging vond in 491 gevallen thuis plaats, in 51 gevallen in een ziekenhuis, in 25 gevallen in een verpleeghuis, in 34 gevallen in een verzorgingshuis, in 37 gevallen in een hospice en in 11 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

### Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 15 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 2 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

### Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 40 dagen.





## Regio Zuid-Holland en Zeeland

Overzicht van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009

### Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 548 meldingen.

### Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 511 gevallen was er sprake van euthanasie, in 29 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 8 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

### Artsen

De meldende arts was in 493 gevallen een huisarts, in 36 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 19 gevallen een specialist ouderengeneeskunde.

### Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	448
hart- en vaataandoeningen	8
aandoeningen van het zenuwstelsel	31
overige aandoeningen	29
combinatie van aandoeningen	32

### Instellingen

De levensbeëindiging vond in 445 gevallen thuis plaats, in 33 gevallen in een ziekenhuis, in 18 gevallen in een verpleeghuis, in 16 gevallen in een verzorgingshuis, in 26 gevallen in het hospice en in 10 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

### Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 2 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

### Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 32 dagen.



## Regio Noord-Brabant en Limburg

Overzicht van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009

### Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 469 meldingen.

### Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 448 gevallen was er sprake van euthanasie en in 15 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 6 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

### Artsen

De meldend arts was in 420 gevallen een huisarts, in 35 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 14 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

### Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	396
hart- en vaataandoeningen	11
aandoeningen van het zenuwstelsel	24
overige aandoeningen	24
combinatie van aandoeningen	14

### Instellingen

De levensbeëindiging vond in 384 gevallen thuis plaats, in 28 gevallen in een ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 17 gevallen in een verzorgingshuis, in 27 gevallen in het hospice en in 5 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

### Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 2 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

### Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 35 dagen.

## Bijlage II

**Overzicht van afhandeling van meldingen door Openbaar Ministerie  
en Inspectie Gezondheidszorg**

**Overzicht van afhandeling van meldingen door Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg, waarover door de commissies is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.**

### 1. Overzicht afhandeling meldingen 2009 door Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg

#### Casus 10

**Onzorgvuldig met betrekking tot de redelijke andere oplossing**

**De arts was niet samen met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat deze ontbrak**

**College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat niet voldaan was aan het vereiste van een zorgvuldige uitvoering en het vereiste dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Het College was van oordeel dat het niet bespreken van zorg aan huis aan het laatstgenoemde vereiste in de weg stond. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek lag strafrechtelijke vervolging ten aanzien van dit gebrek in beginsel in de rede, nu het ging om een aspect van de weloverwogenheid van het verzoek. Hoewel er geen aanwijzingen waren dat de patiënt van euthanasie zou hebben afgezien als met hem was gesproken over de mogelijkheden van zorg aan huis, kon niet meer worden vastgesteld dat het verzoek van de patiënt ten aanzien van dit aspect weloverwogen was geweest. Onderzoek op dit punt kon echter geen sluitend bewijs meer opleveren, omdat de patiënt niet meer kon worden gehoord. Het College heeft daarom geen aanleiding gezien voor een strafrechtelijk onderzoek, wel voor een gesprek van de officier van justitie met de arts. Naast de gebreken in de zorgvuldigheidseisen was ook sprake van een summier verslaglegging. Het College heeft het sepot in deze zaak aan voorwaarden verbonden.

**Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

De arts die solistisch werkt wordt verzocht om contact op te nemen met collegae om te komen tot een vorm van intervisie (ook op het gebied van palliatieve terminale zorg) in het belang van de patiëntenzorg. De arts dient de getroffen maatregelen aan de Inspectie te melden.

#### Casus 12

**Onzorgvuldig met betrekking tot medisch zorgvuldige uitvoering**

**Niet adequaat vaststellen van coma**

**College van procureurs-generaal:**

Er is nog geen bericht ontvangen van het College over de afhandeling van deze zaak.

**Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

De inspectie heeft twee gesprekken met de arts gevoerd. In deze gesprekken heeft de arts aangegeven dat hij van mening was dat hij zorgvuldig had gehandeld. De arts heeft deze casus besproken in zijn intervisiegroep. Hoewel de intervisiegroep min of meer vergelijkbaar zou handelen, heeft het oordeel van de commissie de arts er toe gebracht zijn handelen aan te passen en zich in de toekomst te vergewissen van de diepte van de coma. De inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

#### Casus 13

**Onzorgvuldig in verband met weigering arts tot mondelinge toelichting**

**College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat de consultatie gebrekkig was. Er heeft geen onduidelijkheid bestaan over de ondraaglijkheid van het lijden en de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er daarom geen aanleiding voor vervolging, zodat besloten is tot een sepot. Het College heeft besloten het sepot aan voorwaarden te verbinden, omdat de arts de commissie niet heeft bezocht en volstrekte helderheid over de gang van zaken achterwege is gebleven.

**Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een corrigerend gesprek gevoerd met zowel de arts als de SCEN-arts. De arts is gewezen op het feit dat hij zijn handelen op verzoek van de euthanasiecommissie niet heeft toegelicht en zich niet toetsbaar heeft opgesteld. De arts en SCEN-arts zien in dat zij niet aan alle zorgvuldigheidseisen hebben voldaan. Daarnaast ziet de arts de maatschappelijke verantwoordelijkheid en de noodzaak verantwoording af te leggen (aan de euthanasiecommissie) over zijn handelen in. De arts heeft tevens aangegeven geen euthanasie meer uit te voeren, omdat hij geen praktijk meer voert. Voor de inspectie is geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts en de SCEN-arts.

#### Casus 14

**Onzorgvuldig met betrekking tot de consultatie**

**College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat er geen consultatie had plaatsgevonden. Er heeft geen onduidelijkheid bestaan over de ondraaglijkheid van het lijden en de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er daarom in dit geval geen reden voor vervolging. Het College vond het ernstig dat er een situatie was ontstaan waarin de arts de keuze moest maken geen consultatie te laten plaatsvinden. Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot en de zaak onder de aandacht van de IGZ gebracht.

**Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een gesprek gevoerd met de arts en ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts. De inspectie zal nog nader onderzoek doen bij de instelling naar de afspraken over levensbeëindiging op verzoek in het algemeen en op de afdeling chirurgie in het bijzonder.

#### Casus 15

**Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering**

**Uitvoering euthanasie met 1000 mg Pentothal in plaats van 2000 mg**

**Diepte coma niet adequaat vastgesteld**

**College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat aan alle eisen was voldaan,

behalve aan het vereiste van een zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek was strafrechtelijk optreden niet aangewezen, zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot. Ander dan strafrechtelijk optreden is in zo'n geval zinvol en optreden van de IGZ gewenst. Het College heeft deze zaak daarom onder de aandacht van de IGZ gebracht.

#### **Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een corrigerend gesprek gevoerd met de arts. De inspectie heeft de arts gewezen op het gebruik van de Standaard Euthanatica en heeft toegezegd deze als norm te hanteren. De arts heeft dit besproken in de HAGRO en in het therapeutisch overleg. Daarnaast zal de arts de diepte van de coma voortaan door middel van een pijnprikkel of cornea-reflex nagaan. De inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

### **Casus 16**

#### **Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering**

**De arts heeft door toediening van een lage dosering thio-pental het risico genomen dat patiënt op enig moment gedurende de levensbeëindiging niet in een voldoende diep coma verkeerde**

#### **College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat aan alle eisen was voldaan, behalve aan het vereiste van een zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek was strafrechtelijk optreden niet aangewezen, zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot. Gelet op de opstelling van de euthanaserend arts in contacten met de commissie en de IGZ leek de vrees voor recidive niet gerechtvaardigd. Ander dan strafrechtelijk optreden is in zo'n geval zinvol en optreden van de IGZ gewenst. De IGZ had in deze zaak al opgetreden, zodat in dit geval de onzorgvuldige uitvoering niet door het College onder de aandacht van de IGZ behoefde te worden gebracht.

#### **Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een corrigerend gesprek gevoerd met de arts. De inspectie heeft de arts gewezen op het gebruik van de Standaard Euthanatica. De arts is gewezen op zijn verantwoordelijkheid voor de toepassing van de euthanatica en voor zorgvuldige bepaling van de diepte van de coma. De inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

### **Casus 17**

#### **Onzorgvuldig in verband met weigering arts om duidelijkheid te verschaffen over de gebruikte dosering euthanatica**

#### **College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat aan alle eisen was voldaan, behalve aan het vereiste van een zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek was strafrechtelijk optreden niet aangewezen, zodat besloten is tot een sepot. De officier van justitie heeft een gesprek gevoerd met de arts. Het College heeft besloten het sepot aan voorwaarden te verbinden, omdat de arts geen lering leek te hebben getrokken uit de zaak en de arts de commissie niet volledig had geïnformeerd.

#### **Inspectie voor de gezondheidszorg:**

De informatieverstrekking van de arts aan de toetsingscommissie euthanasie en de houding tegenover de commissie acht de inspectie niet professioneel. De inspectie is van mening dat de aandachtspunten bij euthanasie en hulp bij zelfdoding van de KNMG en de aanwijzing van de Standaard Euthanatica over de uitvoering moeten worden gevolgd. De inspectie hecht aan bijstelling van de houding van de arts jegens de euthanasiecommissie en aan bijstelling van de wijze van uitvoering mede aangezien de arts tevens SCEN-arts en opleider is. De arts heeft aangegeven dat hij nog nadere actie zal ondernemen richting de beroepsgroep. De inspectie volgt dit.

### **Casus 18**

#### **Onzorgvuldige uitgevoerde hulp bij zelfdoding Patiënt heeft de door de arts bij hem achtergelaten euthanatica ingenomen buiten diens aanwezigheid College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat aan alle eisen was voldaan, behalve aan het vereiste van een zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek was strafrechtelijk optreden niet aangewezen, zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot. Gelet op de opstelling van de arts hoefde niet voor recidive te worden gevreesd.

Ander dan strafrechtelijk optreden is in zo'n geval zinvol en optreden van de IGZ gewenst. Het College heeft dit aspect van deze zaak daarom onder de aandacht van de IGZ gebracht.

#### **Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een corrigerend gesprek gevoerd met de arts en ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

### **Casus 19**

#### **Onzorgvuldig. Levensbeëindiging op verzoek/hulp bij zelfdoding met behulp van partner van patiënt College van procureurs-generaal:**

Er is nog geen bericht van het College ontvangen over de afhandeling van deze zaak.

#### **Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

Bij het ter perse gaan van dit jaarverslag was er nog geen inhoudelijke reactie van de Inspectie ontvangen.

### **2. Overzicht afhandeling meldingen 2008 door Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg waarvan bij het ter perse gaan van het Jaarverslag 2008 nog geen afloopbericht was ontvangen.**

### **Casus 11**

#### **Onzorgvuldig met betrekking tot de consultatie**

#### **De consulent was een (niet onafhankelijke) behandelend specialist.**

#### **College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat aan alle eisen was voldaan, behalve aan het vereiste van een onafhankelijke consultatie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek was strafrechtelijk optreden niet aangewezen, zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot. Er waren geen aanwijzingen dat de kans op herhaling groot was.

De officier van justitie heeft de arts in een sepotbrief gewezen op de gebreken in zijn handelen.

**Inspectie voor de Gezondheidszorg:**

Uit gesprek van de inspectie met de arts is gebleken dat de arts begrip heeft voor het formele standpunt van de toetsingscommissie (dat het verslag van een waarnemend behandelend arts niet kan dienen als consultatieverslag van een tweede onafhankelijk arts in de zin van de WTL), dat de arts de euthanasieprocedure zo goed en transparant mogelijk heeft willen uitvoeren en dat de arts geleerd heeft van deze casus. De Inspectie heeft geen reden om te twifelen aan de intentie van de arts om de euthanasie zorgvuldig uit te voeren noch aan de wijze waarop het daadwerkelijke consultatieproces van de zijde van de arts is verlopen. Voor de Inspectie is er geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts. De Inspectie zal, via de KNMG, het punt van de onafhankelijke consultatie met nadruk onder de aandacht brengen van SCEN-artsen.

**Casus 12**

**Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering**

**De arts had, in overleg met een anesthesist, een dosering van 500 mg van coma-inductie middel Nesdonal gebruikt. Deze dosering geeft onvoldoende garantie voor diep coma patiënt voordat spierverslapper is toegediend.**

**College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat aan alle eisen was voldaan, behalve aan het vereiste van een zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek was strafrechtelijk optreden niet aangewezen, zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot. Gelet op de opstelling van de arts hoefde niet voor recidive te worden gevreesd.

Ander dan strafrechtelijk optreden is in zo'n geval zinvol en optreden van de IGZ gewenst. Het College heeft dit aspect van deze zaak daarom onder de aandacht van de IGZ gebracht.

**Inspectie voor de gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een corrigerend gesprek gevoerd met de arts. De inspectie heeft de arts gewezen op het gebruik van de Standaard Euthanatica. De arts beseft dat euthanatica na overleg met de apotheker door de arts zelf moeten worden voorgeschreven. Voor de inspectie is geen aanleiding voor nadere actie jegens de arts.

**Casus 13**

**Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering**

**De arts had, op advies van de apotheker, een dosering van 500 mg van het coma-inductie middel gebruikt. Deze dosering geeft onvoldoende garantie voor diep coma patiënt voordat spierverslapper is toegediend.**

**College van procureurs-generaal:**

Het College was van oordeel dat aan alle eisen was voldaan, behalve aan het vereiste van een zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek was strafrechtelijk optreden niet aangewezen,

zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot. De arts leek lering te hebben getrokken uit deze casus.

Ander dan strafrechtelijk optreden is in zo'n geval zinvol en optreden van de IGZ gewenst. Het College heeft dit aspect van deze zaak daarom onder de aandacht van de IGZ gebracht.

**Inspectie voor de gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een corrigerend gesprek gevoerd met de arts. De inspectie heeft de arts gewezen op het gebruik van de Standaard Euthanatica. De arts is gewezen op zijn verantwoordelijkheid voor de toepassing van de euthanatica en voor zorgvuldige bepaling van de diepte van de coma. De inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

**Casus 14**

**Onzorgvuldig met betrekking tot de consultatie en de medisch zorgvuldige uitvoering**

**Van een raadpleging van een tweede onafhankelijke arts is geen sprake was geweest omdat het door hem gegeven advies niet in vrijheid en onafhankelijkheid tot stand gekomen.**

**De arts had van de apotheker twee infuuszakken ontvangen: de eerste infuuszak bevatte 40 mg midazolam en de tweede infuuszak 100 mg midazolam, 150 mg rocuronium en 100 mg morfine. Achteraf bleek dat de arts als eerste de tweede infuuszak met midazolam, rocuronium en morfine had aangehangen, waarna patiënte na 5 minuten stopte met ademen.**

**College van procureurs-generaal:**

Het College is tot het oordeel gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen van uitzichtloos en ondraaglijk lijden was voldaan. Aan de overige zorgvuldigheidseisen was niet voldaan. Ten aanzien van het vereiste van een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft het College overwogen dat er geen reden is om op basis hiervan tot strafrechtelijke vervolging over te gaan, omdat achteraf is vastgesteld dat wel sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De schending van het vereiste van onafhankelijke consultatie is conform de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek in deze zaak geen reden geweest voor strafrechtelijke vervolging, omdat de arts een zuiver oordeel kon geven over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden. Ten aanzien van de onzorgvuldige uitvoering heeft het College geoordeeld dat conform de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek geen strafrechtelijk optreden is aangewezen. De officier van justitie heeft een gesprek gevoerd met de arts. Omdat er geen reden is voor een strafrechtelijk optreden heeft het College besloten tot een sepot. De arts heeft duidelijk laten blijken lering te hebben getrokken uit de zaak. Voor herhaling werd niet gevreesd. Het College heeft daarom besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

**Inspectie voor de gezondheidszorg:**

De inspectie heeft een gesprek gevoerd met de arts. De arts zal met zijn collega's aandacht besteden aan deze casus ter lering en de procedure voor euthanatica aanpassen. De inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

# Bijlage III

*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*



*Staatsblad 2001, nr. 194*

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

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

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

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen; Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

## Hoofdstuk I *Begripsomschrijvingen*

### Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

## Hoofdstuk II *Zorgvuldigheidseisen*

### Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
  - a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
  - b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
  - c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
  - d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
  - e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
  - f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

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

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

## Hoofdstuk III **Regionale toetsingscommissies voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding**

### Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

#### Artikel 3

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

#### Artikel 4

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

### Paragraaf 2. Ontslag

#### Artikel 5

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

#### Artikel 6

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

## Paragraaf 3. Bezoldiging

### Artikel 7

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

## Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

### Artikel 8

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

### Artikel 9

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

### Artikel 10

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

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

## Paragraaf 6. Werkwijze

### Artikel 11

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

**Artikel 12**

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

**Artikel 13**

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

**Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning****Artikel 14**

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

**Artikel 15**

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

**Artikel 16**

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

**Paragraaf 8. Rapportage****Artikel 17**

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

**Artikel 18**

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

**Artikel 19**

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

**Hoofdstuk IV Wijzigingen in andere wetten****Artikel 20**

Het Wetboek van Strafrecht wordt als volgt gewijzigd.

**A**

Artikel 293 komt te luiden:

**Artikel 293**

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

**B**

Artikel 294 komt te luiden:

**Artikel 294**

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

**C**

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

**D**

In artikel 422 wordt na «293» toegevoegd: , eerste lid,.  
Artikel 21

De Wet op de lijkbezorging wordt als volgt gewijzigd.

## A

Artikel 7 komt te luiden:

### Artikel 7

1. Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.
2. Indien het overlijden het gevolg was van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede, onderscheidenlijk artikel 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht, geeft de behandelende arts geen verklaring van overlijden af en doet hij van de oorzaak van dit overlijden onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers. Bij de mededeling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
3. Indien de behandelende arts in andere gevallen dan die bedoeld in het tweede lid meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, doet hij hiervan onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers.

## B

Artikel 9 komt te luiden:

### Artikel 9

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

## C

Artikel 10 komt te luiden:

### Artikel 10

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

**D**

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

**E**

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

## Artikel 22

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

## Hoofdstuk V Slotbepalingen

**Artikel 23**

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

**Artikel 24**

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

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

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001

Beatrix

De Minister van Justitie,

A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,

A.H. Korthals