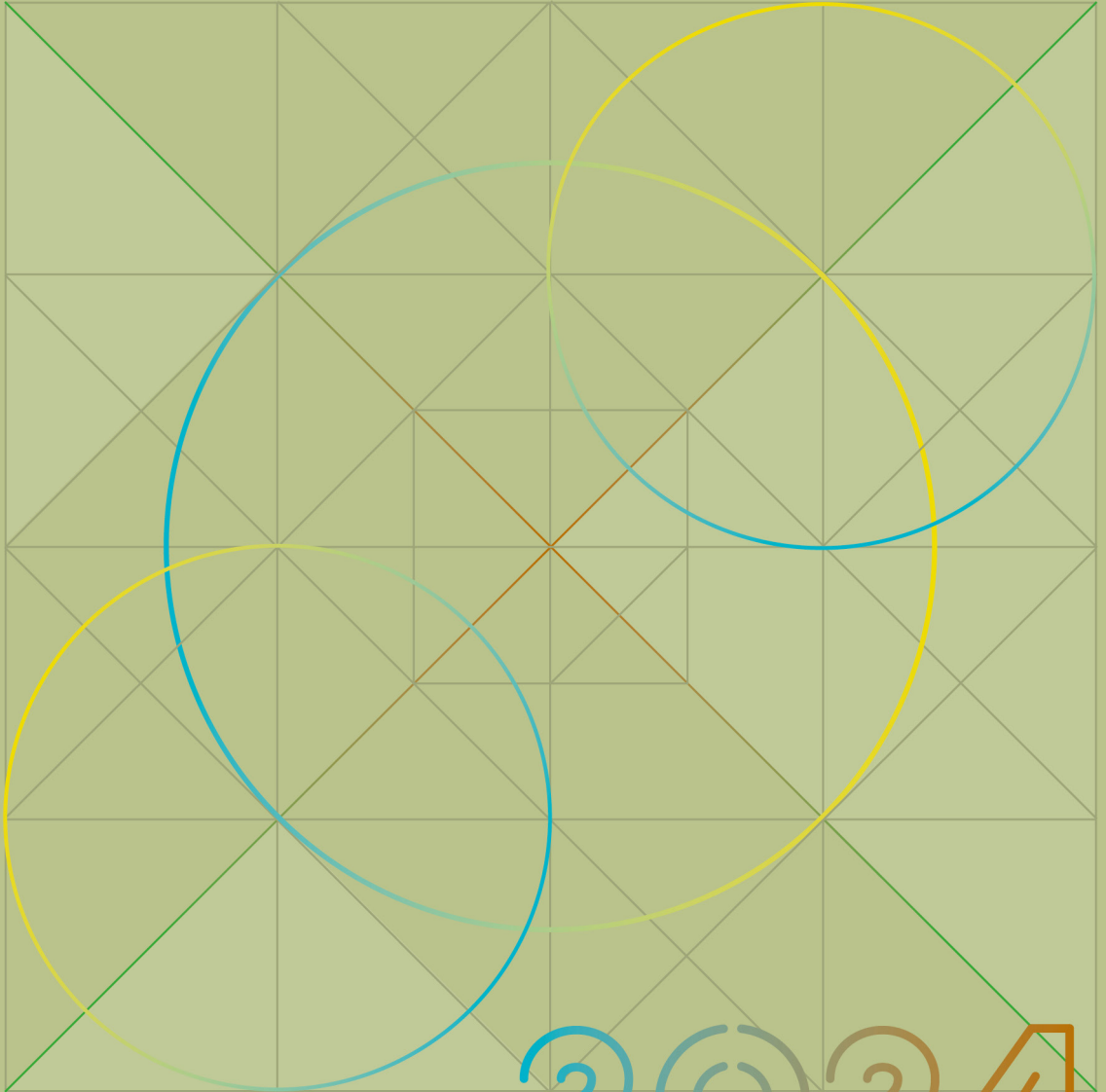


REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2024

INHOUD

VOORWOORD	4
SAMENVATTING	7
INLEIDING	8
HOOFDSTUK 1 ONTWIKKELINGEN WERKWIJZE RTE	10
1 Medisch zorgvuldige uitvoering	10
2 Verbetering communicatie naar artsen	12
3 Nieuw publicatiebeleid	16
HOOFDSTUK 2 CIJFERS IN 2024	17
Aantal meldingen	17
Verhouding man-vrouw	17
Verhouding levensbeëindiging op verzoek/hulp bij zelfdoding	18
Aandoeningen	18
Leeftijd	23
Locatie van de levensbeëindiging	25
Uitvoerend artsen	25
Meldingen expertisecentrum euthanasie	25
Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie	27
Duo-euthanasie	27
Niet gehandeld volgens de zorgvuldigheidseisen	28
Selectie van meldingen	28
Verschillende soorten geschreven oordelen	29
Schriftelijke en mondelinge vragen van de RTE	29
Doorlooptijden	29
De ‘discussieruimte’ van de RTE	30
HOOFDSTUK 3 CASUÏSTIEK	31
1 Inleiding	31
2 Arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen	34
2.1 Vijf voorbeelden van de meest voorkomende meldingen	34
2.2 Vijf voorbeelden van meldingen geordend naar vijf zorgvuldigheidseisen	40
2.3 Vier voorbeelden van patiënten met een bijzondere aandoening	50
3 Arts heeft niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen	60
BIJLAGEN	73

VOORWOORD

Net als in voorgaande jaren nam ook in 2024 het aantal gevallen van euthanasie significant toe: de RTE ontving dit jaar 9.958 meldingen van euthanasie. Dat is 10% meer dan in 2023. In 2024 steeg het aantal meldingen van euthanasie ten opzichte van het totale sterftcijfer van 5,4% naar 5,8%. Het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) aan de Tweede Kamer toegezegde onderzoek naar de oorzaken van de groei zal nadere duiding van deze cijfers mogelijk maken. Nu is slechts te stellen dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat de gestage groei over de afgelopen jaren snel tot een eind zal komen.

In 2024 beoordeelde de RTE 932 minder meldingen dan er zijn ontvangen. Deze achterstand is ontstaan door het ontvangen van bijna 900 meldingen meer dan vorig jaar in combinatie met een tekort aan secretarissen als gevolg van een relatief groot verloop, ziekte en zwangerschap. Inmiddels is de capaciteit weer op niveau en zijn de achterstanden grotendeels weggewerkt. De gemiddelde doorlooptijd, de tijd tussen binnenkomst van een melding en het afgeven van een oordeel over die melding aan de uitvoerend arts, is hiermee ook weer terug op een aanvaardbaar niveau. Ik betreur het dat artsen in 2024 langer dan voorheen in onzekerheid hebben moeten verkeren over een oordeel of zij hebben voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, al was dat gelukkig gemiddeld nog binnen de wettelijke termijn. Veel artsen ervaren deze periode van onzekerheid als belastend.

Ik wil de medewerkers van het secretariaat bijzonder danken. Zij hebben zich enorm ingespannen om de continuïteit en de kwaliteit van het toetsingsproces in deze periode te garanderen en ondertussen nieuwe collega's in te werken. Het was geen sinecure.

Dit jaar zijn zes meldingen als onzorgvuldig beoordeeld. In hoofdstuk 3 staan de samenvattingen van deze oordelen. Het is een zeer klein deel van het totaal en daarmee blijft de conclusie dat de uitvoeringspraktijk in Nederland zeer zorgvuldig is.

Op 1 februari 2025 is mijn benoemingstermijn als coördinerend voorzitter verstreken. Om persoonlijke redenen heb ik besloten de termijn niet te verlengen. Sinds 1 februari is Mariëtte Moussault, voorzitter in regio 1, als interim coördinerend voorzitter actief in afwachting van een definitieve opvolger. De afgelopen vier jaar heb ik met heel veel genoegen het belangrijke werk van de RTE mede vormgegeven. Ik heb daarbij veel aandacht gegeven aan kritische geluiden van buitenaf. Euthanasie mag nooit vanzelfsprekend zijn. De RTE staat open voor kritiek en is bereid

haar werkwijze te heroverwegen – doen we dit nog goed? Ook de samenleving als geheel moet zich telkens blijven verhouden tot nieuwe ontwikkelingen op het terrein van euthanasie.

Ik ben daarom blij met het maatschappelijk debat over euthanasie vanwege psychisch lijden bij jongeren, hoewel het zoeken was naar de juiste vorm voor dit debat. Debat leidt tot herbevestiging of juist aanpassing van maatschappelijke normen. Het nodigt partijen uit om zich te verantwoorden en uit te spreken en voorkomt daarmee dat euthanasie vanzelfsprekend wordt. In hoofdstuk 2 geeft de RTE de bij haar bekende cijfers voor deze bijzondere categorie. In hoofdstuk 3 is onder het kopje ‘Psychische aandoeningen’ een oordeel opgenomen uit deze categorie.

De wettelijke normering van euthanasie en de controle achteraf door de RTE zijn een mooi voorbeeld van de potentie die onze democratische rechtsstaat heeft om grote maatschappelijke tegenstellingen te overbruggen en te komen tot een breed gedragen oplossing voor een fundamenteel dilemma. Zo’n oplossing is naar haar aard een compromis. De uitdaging is om dit compromis niet te laten verstarren maar te laten meedeinen met de tijd. De open normen in de wet maken dit mogelijk binnen de harde grenzen die de wet ook stelt. De RTE heeft de taak om daarin de balans te bewaken en heeft die, sinds ze bestaat, goed vormgegeven. Ik heb alle reden om optimistisch te zijn over de toekomst.

JEROEN RECOURT

coördinerend voorzitter

SAMENVATTING

Het aantal gevallen van euthanasie in Nederland steeg in 2024 significant: de RTE ontving 9.958 meldingen van euthanasie en dat is 10% meer dan in 2023. In 2024 steeg het aantal euthanasiemeldingen ten opzichte van het totale sterftecijfer van 5,4% naar 5,8%.

De RTE beoordeelde in het verslagjaar 932 minder meldingen dan ze ontving. Deze achterstand ontstond doordat er 890 meldingen méér waren dan in 2023, in combinatie met een tijdelijk lagere capaciteit op het secretariaat van de RTE.

In verreweg de meeste meldingen van euthanasie (86,29%) was sprake van veel voorkomende lichamelijke aandoeningen zoals kanker, aandoeningen aan het zenuwstelsel, longaandoeningen en/of hart- en vaat-aandoeningen. In 427 meldingen was euthanasie verleend aan een patiënt met een vorm van dementie. In 219 meldingen kwam het lijden (grotendeels) voort uit één of meer psychische aandoeningen. De RTE ontving 397 meldingen over mensen met een stapeling van ouderdoms-aandoeningen. Tot slot waren er 232 meldingen in de restcategorie 'andere aandoeningen'.

Zes keer is de RTE tot het oordeel gekomen dat de arts bij het verlenen van euthanasie niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In twee gevallen ging het om niet (op de juiste wijze) raadplegen van een consulent. Eén melding ging over de grote behoedzaamheid die een arts in acht moet nemen als het euthanasieverzoek (grotendeels) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening. In de drie andere meldingen was de Richtlijn voor het uitvoeren van euthanasie niet gevolgd bij een gecompliceerd verlopen uitvoering.

In 2024 deed de RTE nader onderzoek naar de mogelijkheid dat de patiënt onvoldoende diep in coma zou zijn gebracht en de werking van de spierverslapper zou kunnen ervaren bij het toedienen van een tweede dosering spierverslapper zonder eerst opnieuw een coma-inductor toe te dienen. De RTE zal in ieder geval de uitvoering als medisch onzorgvuldig gaan beoordelen in de gevallen waarin 30 of meer minuten zijn verstreken tussen toediening van de coma-inductor en de (laatste) spierverslapper. Dan vindt de RTE de comacheck niet meer voldoende betrouwbaar.

INLEIDING

In dit jaarverslag doen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) verslag van hun werkzaamheden over het afgelopen kalenderjaar. De RTE legt daarmee verantwoording af aan samenleving en politiek over de manier waarop zij haar wettelijke taak heeft uitgevoerd, namelijk: meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding toetsen aan de zorgvuldigheidseisen, zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl). In dit jaarverslag worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip 'euthanasie'. Alleen waar dat nodig is, maakt de tekst een onderscheid tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het jaarverslag heeft daarnaast als doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de manier waarop de RTE meldingen van euthanasie toetst. Daarom komt later in het jaarverslag casuïstiek aan bod, met zowel veel voorkomende als bijzondere meldingen van euthanasie en alle meldingen die in het afgelopen jaar als 'onzorgvuldig' zijn beoordeeld.

8

DE ORGANISATIE

De toetsingscommissies zijn ingedeeld in vijf regio's. Elke regio heeft in ieder geval drie juristen, die ook voorzitter zijn. Eén daarvan fungeert als regiovoorzitter. Ook heeft elke regio in ieder geval drie artsen en drie ethici. Op 1 januari 2024 bestond de RTE uit 53 commissieleden.

Een commissie beoordeelt een binnengekomen melding op basis van het beredeneerd verslag (ofwel het ingevulde modelverslag) van de arts, het daarbij gevoegde verslag van de consulent en overige relevante stukken, zoals het patiëntendossier, specialistenbrieven en/of een schriftelijke wilsverklaring.

NVO OF VO

De commissies maken onderscheid tussen 'niet vragen oproepende' meldingen (hierna: NVO's, ongeveer 95% van de meldingen) en 'vragen oproepende' meldingen (hierna: VO's, ongeveer 5% van de meldingen). Commissieleden beoordelen NVO's digitaal. Zij kunnen daarover onderling overleggen via een beveiligd digitaal systeem. NVO's worden niet op een vergadering op locatie besproken. Rijzen er tijdens de digitale behandeling van een NVO vragen, dan verandert in overleg de NVO in een VO. De commissie bespreekt een VO tijdens de commissievergadering. Of

sprake is van een VO, wordt bepaald door de vragen die een bepaalde melding oproept. Bijvoorbeeld omdat het gaat om complexe kwesties of omdat het dossier op bepaalde punten niet duidelijk is.¹

COMMISSIES

Alle meldingen, ongeacht of deze NVO of VO zijn, worden beoordeeld door een commissie bestaande uit één jurist, één arts en één ethicus. De commissieleden worden openbaar geworven en op voordracht van de commissies voor vier jaar benoemd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sporten de minister van Justitie en Veiligheid. Ze kunnen eenmaal worden herbenoemd.

De commissies zijn onafhankelijk: ze toetsen de euthanasiemeldingen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en oordelen zonder bemoeienis van de minister, politiek of derden. Anders gezegd: de leden worden wel benoemd door de ministers, maar de ministers zijn niet bevoegd om ‘aanwijzingen’ te geven over de inhoud van de oordelen.

De coördinerend voorzitter van de RTE zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor, waarbij ook steeds een vertegenwoordiger van de artsen en ethici aanwezig is. Een secretariaat met ongeveer twintig medewerkers staat de RTE bij. Het secretariaat bestaat uit de algemeen secretaris, secretarissen (juristen) en procesondersteuners (administratief medewerkers). De secretarissen hebben een raadgevende stem in de commissievergadering. De inhoudelijke coördinatie van de secretarissen is in handen van de algemeen secretaris.

LEESWIJZER

Om het jaarverslag voor een breed publiek toegankelijk te maken, is geprobeerd zoveel mogelijk juridische en medische termen te vermijden of toe te lichten.

Er is voor gekozen om in dit jaarverslag ‘zij’ of ‘haar’ te gebruiken bij verwijzingen naar artsen of patiënten in algemene zin. Uiteraard kunt u daarvoor ook andere persoonlijke voornaamwoorden lezen.

Wanneer in de tekst wordt gesproken van ‘de arts’, bedoelt de RTE een meldend/uitvoerend arts. De term ‘SCEN-arts’ wordt gebruikt voor artsen die optreden als consulent.

Zie de EuthanasieCode 2022 en euthanasiecommissie.nl voor meer informatie over onder andere de hoofdlijnen van de wet en de werkwijze van de commissies.

¹ Zie bijlage 1, Schema 1, 2 en 3 voor een schematisch overzicht van de toetsingswijze.

HOOFDSTUK 1

ONTWIKKELINGEN

WERKWIJZE RTE



1 MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

In 2021 is de *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van de KNMG/KNMP (hierna: Richtlijn) geactualiseerd. De RTE hanteert deze Richtlijn als leidraad bij het beoordelen of is voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseis voor het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie (zie EuthanasieCode 2022, p. 36 en verder). Als een arts afwijkt van de Richtlijn, moet zij die keuze goed beargumenteren.

In 2024 deed de RTE nader onderzoek naar mogelijke risico's voor de patiënt op *awareness* bij het toedienen van een tweede dosering spierverlapper, zonder eerst opnieuw een coma-inductor toe te dienen en bij een lange tijd tussen het toedienen van de coma-inductor en de spierverlapper. Ook heeft zij hierover overleg gehad met leden van de richtlijncommissie van de KNMG.

De conclusie van het overleg is dat, als 30 of meer minuten zijn verstreken tussen het toedienen van de coma-inductor en de (laatst toegediende) spierverlapper, er een te groot risico bestaat dat de patiënt het effect van de spierverlapper ervaart. De comacheck is dan niet meer voldoende betrouwbaar. De RTE zal daarom in ieder geval de uitvoering als medisch onzorgvuldig gaan beoordelen in de gevallen waarin 30 of meer minuten zijn verstreken tussen toediening van de coma-inductor en de (laatste) spierverlapper.

De RTE zal vanaf 1 juli 2025 op deze nieuwe wijze toetsen. Tot deze datum zal de RTE zich inspanssen om deze wijziging naar artsen te communiceren.

De RTE hecht eraan dat uitvoerend artsen en SCEN-artsen handelen volgens de meest recente Richtlijn. Als een patiënt niet of onvoldoende reageert op het toegediende euthanaticum, moet de arts er volgens de Richtlijn vanuit gaan het euthanaticum naast het vat te hebben gespoten. Dit is niet altijd zichtbaar als een subcutane zwelling. Om die reden moet de arts bij het niet werken van het toegediende euthanaticum de gehele procedure opnieuw uitvoeren. Van het plaatsen van een tweede

infuusnaald, het toedienen van een coma-inductor en het adequaat vaststellen van een voldoende verlaagd bewustzijn tot en met het toedienen van een spierverslapper (zie pagina's 15 en 17 van de Richtlijn).

2 VERBETERING COMMUNICATIE NAAR ARTSEN

In 2024 heeft de RTE de communicatie naar (meldend) artsen verbeterd. Hieronder lichten wij toe welke veranderingen de RTE heeft doorgevoerd.

VERTRAGINGSBERICHTEN

In de wet staat dat een commissie een euthanasiemelding binnen zes weken beoordeelt. De commissie kan deze termijn éénmaal verlengen met nog eens zes weken.

In het vorige jaarverslag is al genoemd dat de RTE een klacht heeft ontvangen van een arts omdat de behandeling van zijn melding vertraging had opgelopen. De arts vond de communicatie over de vertraging daarbij gebrekkig. De klacht van de arts heeft ertoe bijgedragen dat we de werkwijze aanpasten. Sinds juni 2024 verstuurt de RTE vertragingsberichten aan artsen op het moment dat een melding wordt geselecteerd als 'vragen oproepend'. Dit betekent namelijk dat de melding tijdens een vergadering op locatie wordt besproken. Hierdoor zal niet binnen zes weken geoordeeld worden.

De tekst van dit vertragingsbericht luidt als volgt:

Beoordeling van uw euthanasiemelding

Uw melding zal worden besproken op de commissievergadering van [datum]. Het lukt de commissie daarom niet om uw melding binnen zes weken te beoordelen. De commissie verlengt daarom de beoordelingstermijn met zes weken. Dit betekent dat u in principe binnen twaalf weken nadat de commissie uw melding heeft ontvangen, het oordeel van de commissie ontvangt.

Sinds de zomer van 2024 kampte de RTE met een groot capaciteitsgebrek op het secretariaat. Hierdoor ontstond een werkachterstand² en werd duidelijk dat het niet mogelijk was om de binnengekomen meldingen binnen zes weken af te handelen. Daarop besloot de RTE om tijdelijk aan alle meldende artsen een vertragingsbericht te sturen met de volgende tekst:

² De capaciteit op het secretariaat is inmiddels in orde. Er is hard gewerkt om de werkachterstand in te lopen, dit is ten tijde van het verschijnen van het jaarverslag ook grotendeels gelukt.

Uw melding zal in beginsel binnen de wettelijke termijn van zes weken – indien nodig te verlengen met zes weken – worden behandeld. In verband met tijdelijk beperkte menskracht op het secretariaat van de toetsingscommissies is de kans groot dat uw melding niet binnen de termijn van zes weken zal worden behandeld. Mocht u vragen hebben dan kunt u zich richten tot ondergetekende. In uw correspondentie graag het referentienummer vermelden.

Soms besluit een commissie de arts om aanvullende informatie te vragen. De arts wordt dan verzocht om een mondelinge of schriftelijke toelichting te geven. In dat geval haalt de commissie de beoordelingstermijn van twaalf weken niet altijd. De arts ontvangt hierover informatie via dezelfde brief als waarin het verzoek om toelichting staat. De tekst daarvan luidt als volgt:

Beoordeling van uw euthanasiemelding

In een eerder stadium bent u door de commissie geïnformeerd dat de wettelijke beoordelingstermijn van zes weken zal worden verlengd met zes weken. Nu u bent uitgenodigd voor het geven van een [schriftelijke/mondelinge] toelichting, zal uw melding op een volgende commissievergadering worden besproken. De wettelijke termijn van twaalf weken zal daardoor niet worden gehaald.

De commissie begrijpt dat dit voor u een langere periode van onzekerheid betekent. Zij biedt u dan ook haar welgemeende excuses aan voor deze vertraging.

AANKONDIGING CONTACT VANUIT RTE

Om de kwaliteit van de euthanasiepraktijk te bewaken, kan een commissie besluiten om een (SCEN-)arts feedback te geven in de vorm van een collegiaal overleg. Het arts-lid van de commissie belt dan de (SCEN-)arts om in gesprek te gaan. De RTE heeft bericht ontvangen dat sommige (SCEN-)artsen zich overvallen hebben gevoeld door een onaangekondigd telefoontje van een commissielid. Daarbij gaven artsen aan dat zij soms onderweg waren of de documenten niet paraat hadden als het commissielid belde, wat zij niet prettig vinden.

In 2024 is daarom besloten dat commissieleden altijd eerst een e-mail sturen om een telefonische afspraak te maken, zodat de arts op een voor haar prettig moment met het commissielid kan spreken.

Het kan ook voorkomen dat het secretariaat contact opneemt met een (SCEN-)arts, omdat bepaalde feitelijke informatie ontbreekt die nodig is om de melding van euthanasie te kunnen beoordelen. Dit zal zoveel mogelijk per e-mail gebeuren, zodat de arts kan antwoorden op een

moment dat haar uitkomt. Soms is het toch nodig om telefonisch contact te hebben, bijvoorbeeld vanwege tijdsdruk voor een aankomende commissievergadering.

AANGEPASTE TEKST VERKORTE OORDELEN

Als een melding geen enkele vraag oproept, krijgt de arts altijd een verkort oordeel. In het verkorte oordeel staat dat de commissie tot het oordeel is gekomen dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. De tekst van dit verkorte oordeel bevatte te veel juridisch taalgebruik en is daarom in 2024 herschreven. De tekst luidt nu als volgt:

Geachte [naam arts],

Op [datum] heeft de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: de commissie) uw melding van euthanasie bij [patiënt] ontvangen. De commissie heeft uw melding op [datum oordeel] beoordeeld.

Voldaan aan zorgvuldigheidseisen

De commissie is van oordeel dat u heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen die zijn genoemd in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Dat wil zeggen dat:

- u tot de overtuiging kon komen dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen was;
- u tot de overtuiging kon komen dat het lijden van de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was;
- u de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten;
- u met de patiënt tot de overtuiging kon komen dat er voor zijn situatie geen redelijke andere oplossing was;
- u ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen;
- u de euthanasie medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Daarnaast geeft de RTE een verkort oordeel bij sommige meldingen waarbij het lijden dat ten grondslag ligt aan het euthanasieverzoek (deels) voortkomt uit een psychische aandoening. In deze gevallen wordt de hierboven weergegeven tekst van het verkorte oordeel aangevuld met de volgende alinea:

Toelichting

Uit de stukken is gebleken dat het euthanasieverzoek van de patiënt (geheel of deels) voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische aandoening. De arts moet dan met grote behoedzaamheid omgaan met het euthanasieverzoek. Deze behoedzaamheid betreft vooral de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van haar euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij deze patiënten altijd psychiatrische expertise inroept. U heeft hieraan voldaan.

De commissie constateert dat zowel u als de geraadpleegde arts(en) van oordeel waren dat de patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, dat het lijden van de patiënt uitzichtloos was en dat een redelijke andere oplossing ontbrak.

3 NIEUW PUBLICATIEBELEID

De RTE publiceerde altijd een selectie van verkorte en uitgeschreven oordelen. Sinds juni 2024 worden alle uitgeschreven oordelen gepubliceerd op de website. Daarnaast blijft de RTE van verkorte oordelen maandelijks een selectie publiceren. Daarbij gaat het om zowel bijzondere als veelvoorkomende meldingen. Deze werkwijze past binnen het streven van de RTE naar maximale transparantie.

Door het hiervoor genoemde capaciteitsgebrek op het secretariaat is bij de RTE een achterstand ontstaan bij het publiceren. Deze achterstand zal naar verwachting in 2025 worden ingelopen.

HOOFDSTUK 2

CIJFERS IN 2024

2

AANTAL MELDINGEN

In 2024 heeft de RTE 9.958 meldingen van euthanasie ontvangen.³ In totaal overleden in Nederland 172.049 mensen. In 5,8% van de gevallen gebeurde dat dus door euthanasie. In 2023 overleden 9.068 mensen door euthanasie, 5,4% van het totale sterftecijfer in dat jaar.

De RTE kan in een kalenderjaar niet alle ontvangen meldingen beoordelen. Het is daarom gebruikelijk dat meldingen die aan het einde van het jaar worden ontvangen, aan het begin van het volgende kalenderjaar worden beoordeeld. Door het capaciteitsgebrek op het secretariaat heeft de RTE dit jaar meer meldingen niet kunnen beoordelen dan gebruikelijk. 932 meldingen die in 2024 zijn ontvangen, worden in 2025 beoordeeld. Sommige cijfers in het jaarverslag zijn daarom niet volledig. Waar de cijfers onvolledig zijn, zal dat apart worden toegelicht.

17

Hieronder volgt een overzicht met het aantal meldingen van euthanasie bij de vijf afzonderlijke regionale commissies.

Regio 1: Groningen, Friesland, Drenthe, BES-eilanden – 1.013 meldingen.

Regio 2: Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland – 2.637 meldingen.

Regio 3: Noord-Holland – 1.992 meldingen.

Regio 4: Zuid-Holland en Zeeland – 1.919 meldingen.

Regio 5: Noord-Brabant en Limburg – 2.397 meldingen.

VERHOUDING MAN-VROUW

Het aantal mannen en vrouwen in de meldingen was net zoals in voorgaande jaren ongeveer gelijk: 4.996 mannen en 4.962 vrouwen (respectievelijk 50,2% en 49,8%).

³ Zoals bij elk jaarverslag van de RTE heeft een aantal van deze meldingen betrekking op een euthanasie uitgevoerd in het voorgaande jaar, in dit geval 2023. Ook zullen sommige van deze meldingen pas in het jaar 2025 worden beoordeeld. Verder zijn in de jaarcijfers meldingen meegenomen die eind 2023 waren binnengekomen, maar niet meer konden worden meegeteld voor het vorige jaarverslag.

⁴ Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

VERHOUDING LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK/ HULP BIJ ZELFDODING

In 9.753 meldingen (97,94%) was sprake van levensbeëindiging op verzoek en in 187 meldingen (1,88%) van hulp bij zelfdoding. In 18 meldingen (0,18%) was het een combinatie van beide. Hiervan is sprake als de patiënt niet overlijdt binnen een tussen arts en patiënt afgesproken tijd na het innemen van een door de arts overhandigde drank in het kader van de hulp bij zelfdoding. De arts gaat dan alsnog over tot het uitvoeren van levensbeëindiging op verzoek door het intraveneus toedienen van een coma-inducerend middel, gevolgd door een spierverslapper.

Zie voor de aandachtspunten bij de medisch zorgvuldige uitvoering de EuthanasieCode 2022 p. 36 en verder.

AANDOENINGEN

VEEL VOORKOMENDE LICHAAMELIJKE AANDOENINGEN

In 8.593 meldingen (86,29%) die de RTE in 2024 ontving was sprake van patiënten met:

- kanker (5.346);
- aandoeningen van het zenuwstelsel (681), bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS of ALS;
- hart- en vaataandoeningen (429);
- longaandoeningen (346);
- een combinatie van lichamelijke aandoeningen (1.791).

DEMENTIE

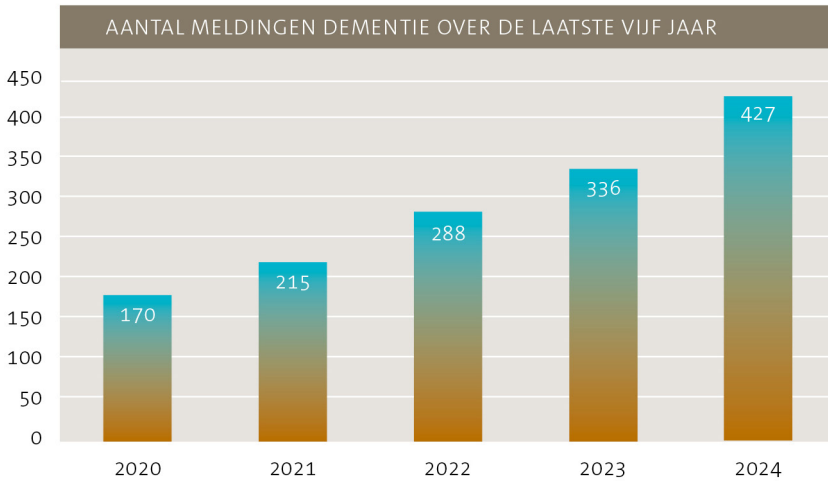
In 427 meldingen is euthanasie verleend aan een patiënt met een vorm van dementie. 346 van deze meldingen zijn in 2024 beoordeeld. Daarvan waren 340 patiënten nog wilsbekwaam ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het betrof patiënten in een fase van dementie waarin zij nog inzicht hadden in (de symptomen van) hun ziekte, zoals verlies van persoonlijkheid en van oriëntatie in tijd en ruimte.

In zes meldingen die in 2024 zijn beoordeeld, was sprake van patiënten in een voortgeschreden stadium van dementie. Zij waren niet meer wilsbekwaam ten aanzien van hun verzoek en niet meer in staat om betekenisvol over hun verzoek te communiceren. Hun eerder opgestelde schriftelijke euthanasieverzoek kwam in de plaats van een mondeling verzoek. Al deze zes oordelen worden op de website van de RTE gepubliceerd.

Er zijn 81 meldingen van patiënten met een vorm van dementie in 2024 ontvangen die nog niet zijn beoordeeld. Van deze meldingen is niet bekend hoeveel patiënten wilsbekwaam waren. De cijfers met betrekking

tot het aantal wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten zijn daarom onvolledig. In hoofdstuk 3 staat een voorbeeld van een oordeel van zowel een wilsbekwame als wilsonbekwame patiënt.

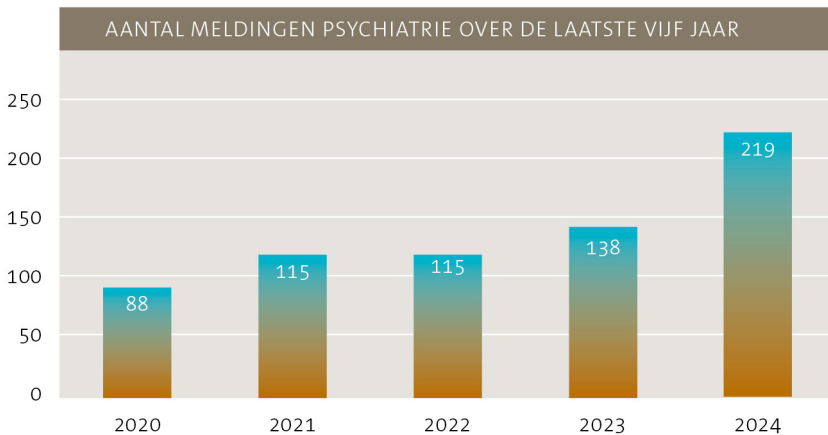
Zie voor de aandachtspunten bij euthanasie bij patiënten met dementie de EuthanasieCode 2022 p. 49 en verder.



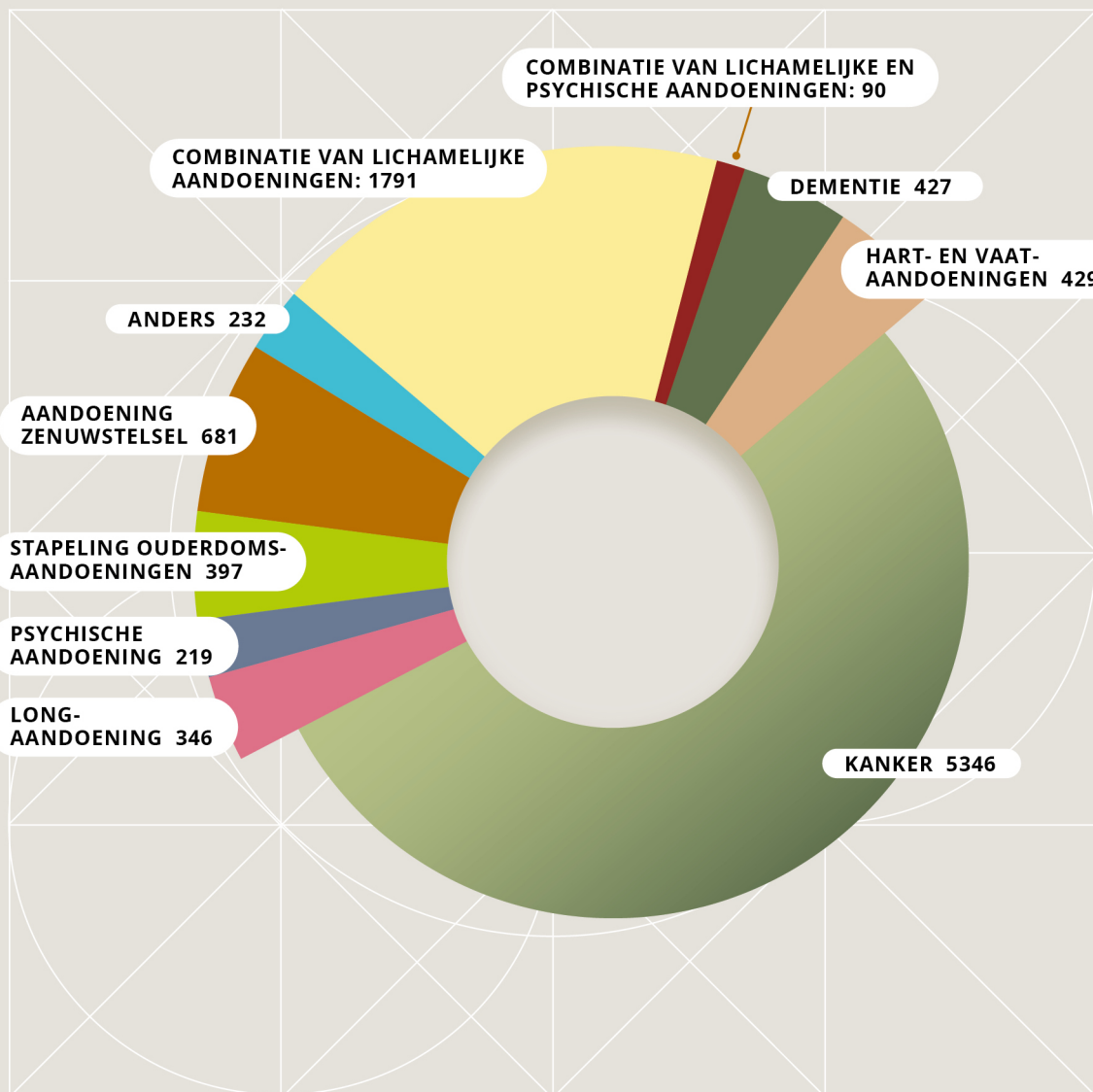
19

PSYCHISCHE AANDOENINGEN

In 219 meldingen van euthanasie in 2024 kwam het lijden (grotendeels) voort uit één of meer psychische aandoeningen. Hierbij was de uitvoerend arts 60 keer een psychiater, 55 keer een huisarts en 26 keer een andere medisch specialist (onder wie ook specialisten ouderengeneeskunde). In de overige 78 meldingen was de uitvoerend arts een 'andere arts'5. In 126 meldingen was de uitvoerend arts verbonden aan Expertisecentrum Euthanasie (EE).



AARD VAN DE AANDOENINGEN



Daarnaast zijn er in 2024 90 meldingen ontvangen waarbij het euthanasieverzoek voortkwam uit een combinatie van één of meer psychische aandoeningen én tenminste één lichamelijke. Deze specifieke combinatie van psychische en lichamelijke aandoeningen is nog niet eerder afzonderlijk benoemd in het jaarverslag.

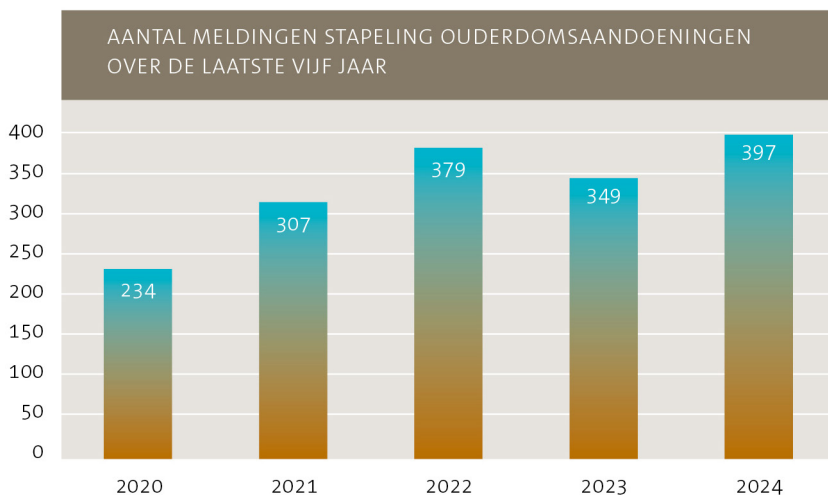
Als patiënten om euthanasie verzoeken omdat zij lijden aan (een) psychische aandoening(en) moet de arts met “grote behoedzaamheid” te werk gaan. Dit betekent dat een arts psychiatrische expertise moet inroepen. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in hoofdstuk 3.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychische aandoening de EuthanasieCode 2022 p. 46 en verder.

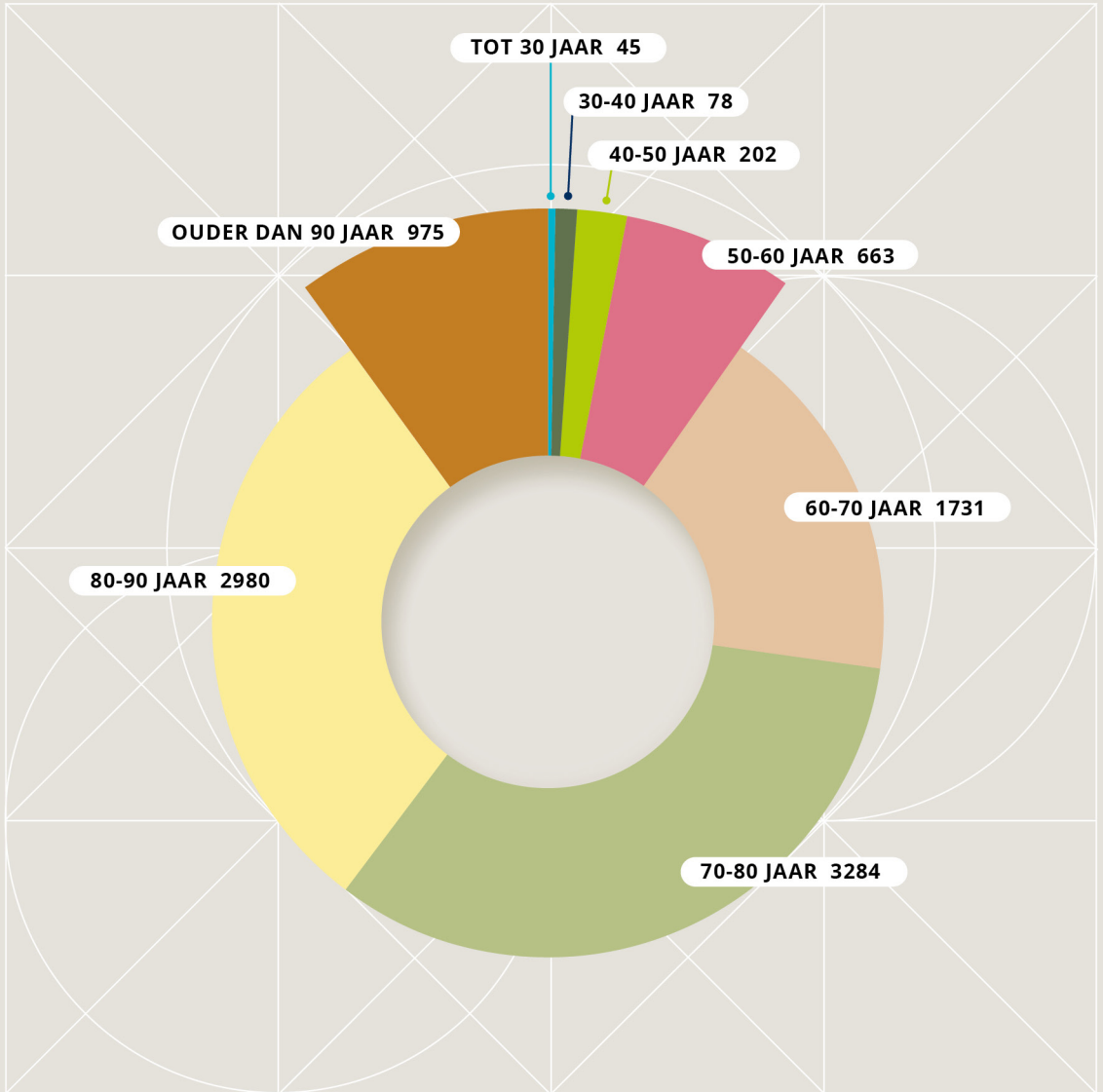
STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen kan zorgen voor ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Onder ouderdomsaandoeningen vallen bijvoorbeeld: slecht zien en horen, (gevolgen van) botontkalking, slijtage van gewrichten, evenwichtsproblemen en cognitieve achteruitgang (kennen en weten neemt af). Deze aandoeningen ontstaan meestal op hogere leeftijd en kunnen zorgen voor een optelsom aan klachten. En die, op hun beurt, voor lijden. In samenhang met de ziektegeschiedenis, biografie, persoonlijkheid, waarden en draagkracht kan de patiënt dit als uitzichtloos en ondraaglijk ervaren. In 2024 ontving de RTE 397 meldingen in deze categorie. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in hoofdstuk 3.

Zie voor de aandachtspunten bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen de EuthanasieCode 2022 p. 25 en verder.



LEEFTIJD



ANDERE AANDOENINGEN

Tot slot gebruikt de RTE bij de registratie van meldingen nog de rest-categorie 'andere aandoeningen'. Het gaat dan om aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen. Bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zeldzame erfelijke aandoeningen, nierfalen, blindheid, ernstige fracturen of long-COVID. Dit waren 232 meldingen in 2024.

LEEFTIJD

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie ging over mensen in de leeftijdscategorie 70-80 jaar, namelijk 3.284 meldingen. Daarna volgen de categorie 80-90 jaar met 2.980 meldingen en de categorie 60-70 jaar met 1.731 meldingen.

975 meldingen gingen over patiënten die ouder waren dan 90 jaar. In de leeftijdscategorie 50-60 jaar zijn 663 meldingen binnengekomen. In de categorie 40-50 jaar zijn dat 202 meldingen en in de categorie 30-40 jaar 78 meldingen. Tot slot is de leeftijdscategorie met het laagste aantal meldingen de categorie van patiënten onder de 30 jaar, dat waren 45 meldingen.

In 2024 beoordeelde de RTE drie meldingen over euthanasie bij een minderjarige patiënt in de leeftijdscategorie 12-18 jaar. Twee hiervan waren in 2023 binnengekomen.

Deze twee meldingen hadden betrekking op een patiënt die euthanasie vroeg vanwege lijden als gevolg van psychische aandoeningen. De melding die in 2024 is ontvangen, had betrekking op een patiënt die euthanasie vroeg vanwege lijden als gevolg van een lichamelijke aandoening.

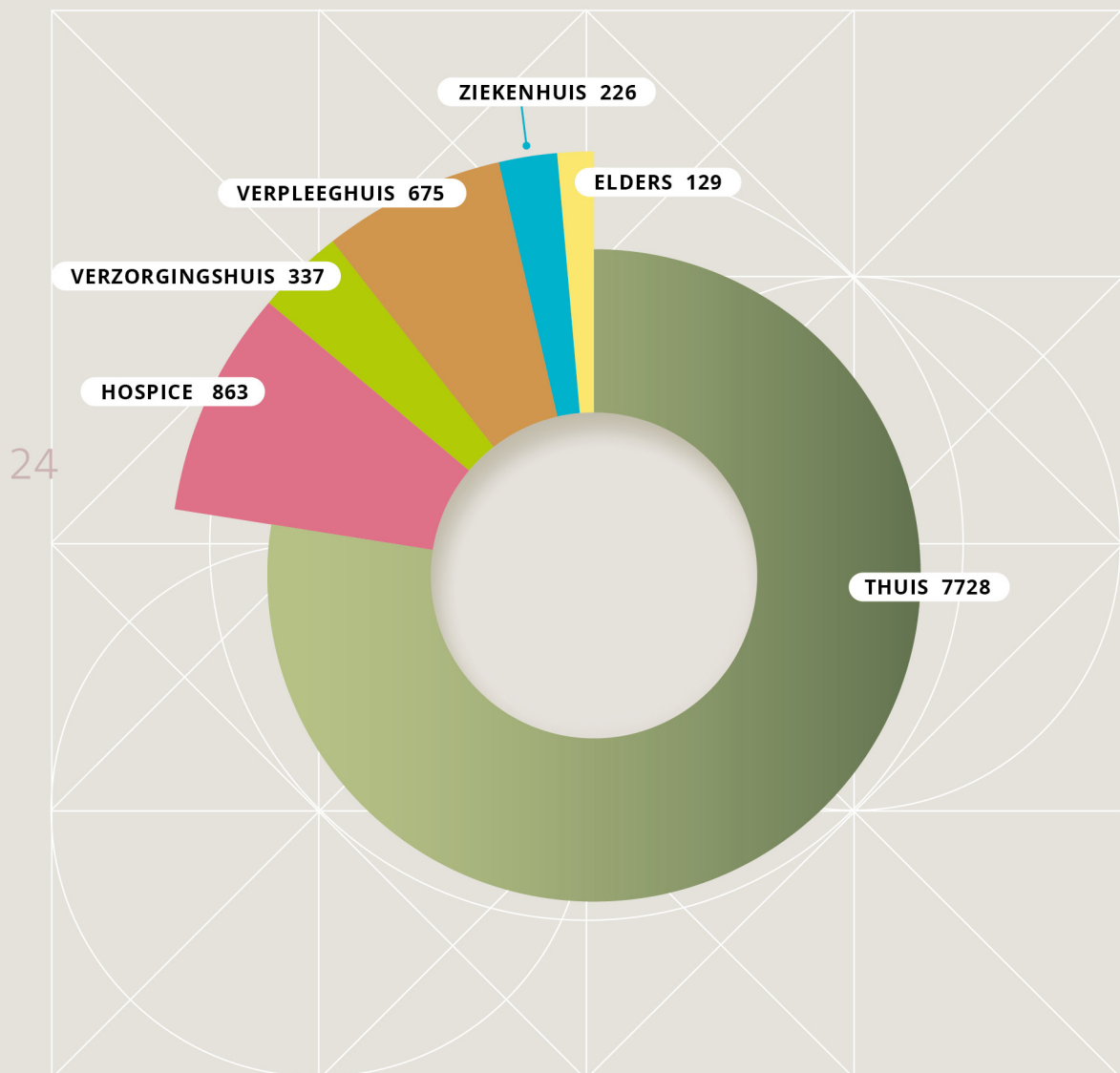
Binnen de categorie dementie (427 meldingen) had het hoogste aantal meldingen betrekking op patiënten tussen 80 en 90 jaar oud (194 meldingen), gevolgd door de leeftijdscategorie 70-80 jaar (149 meldingen). Dit is een kleine verandering ten opzichte van 2023, toen het hoogste aantal meldingen uit de leeftijdscategorie 70-80 jaar kwam.

Binnen de categorie psychische aandoeningen (219 meldingen) waren in 2024 in de leeftijdscategorie 30-60 jaar 111 meldingen. 78 meldingen gingen over patiënten die 60 jaar of ouder waren. Tot slot zijn in de leeftijdscategorie 18-30 jaar 30 meldingen binnengekomen.

Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' (397 meldingen) was het merendeel van de patiënten 90 jaar of ouder (244 van de 397 meldingen).

Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten de EuthanasieCode 2022 p. 46.

LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING



LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING

Net als in voorgaande jaren vond de euthanasie in 2024 in verreweg de meeste gevallen thuis plaats (7.728). In de overige gevallen was de plaats van overlijden een verpleeg- of verzorgingshuis (1.012), een hospice (863), een ziekenhuis (226) of een andere plaats, bijvoorbeeld bij familie thuis of in een zorghotel (129).

UITVOEREND ARTSEN

In het overgrote deel van de meldingen was een huisarts de uitvoerend arts (7.913). De overige uitvoerende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (424), psychiaters (72), overige medisch specialisten (282) en artsen in opleiding (157). Ten slotte is er nog een groep meldingen (1.110) van 'andere artsen'.⁵

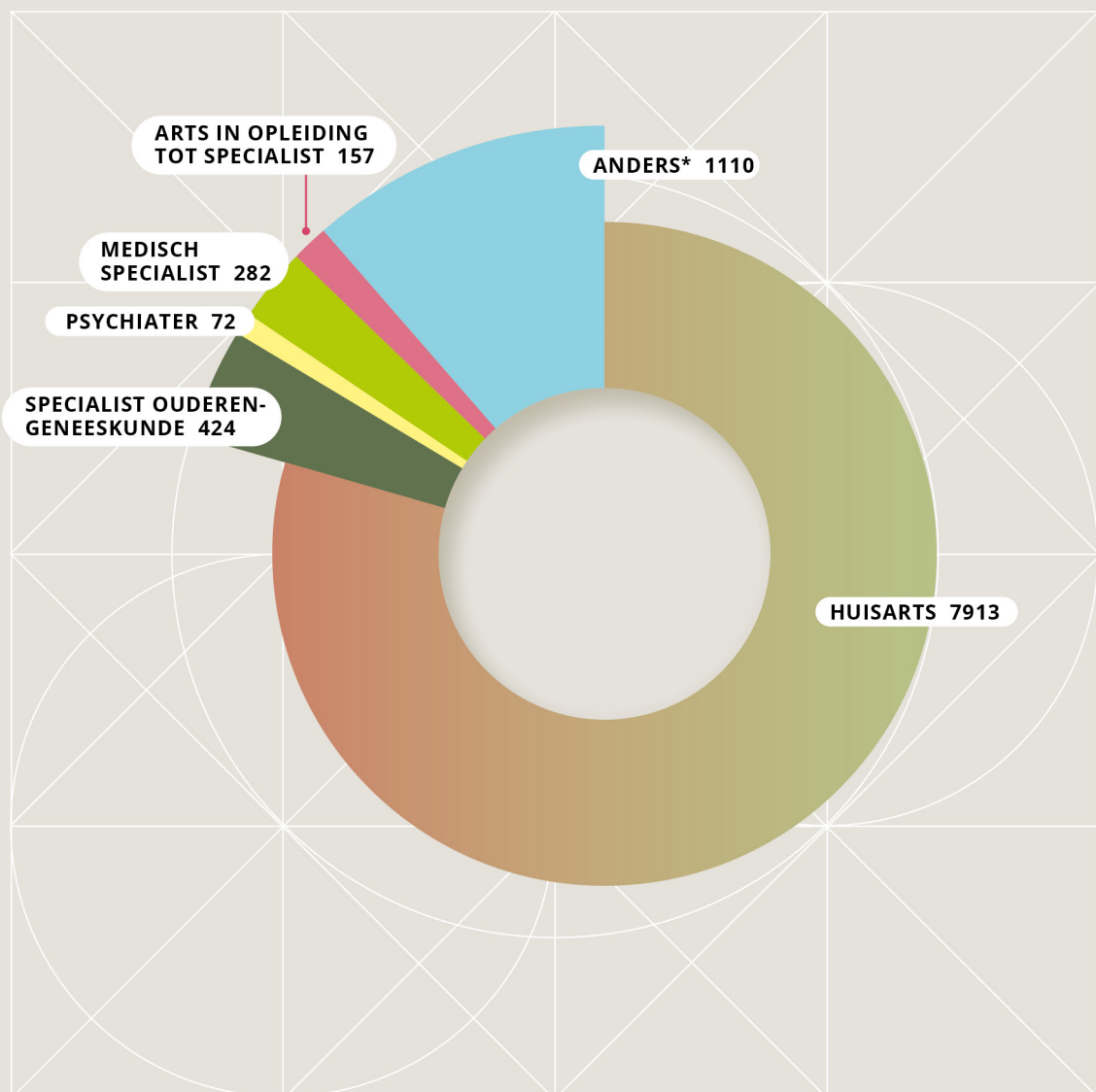
MELDINGEN EXPERTISECENTRUM EUTHANASIE

Het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan Expertisecentrum Euthanasie (EE) steeg met 140 meldingen ten opzichte van 2023 (1.277) tot 1.417. Dit is een stijging van 11%. EE-artsen worden vaak ingeschakeld als de arts die bij de behandeling van een patiënt betrokken is het euthanasieverzoek te ingewikkeld vindt. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie verlenen of artsen die alleen euthanasie willen verlenen aan patiënten met een terminale ziekte verwijzen soms patiënten door naar EE. Naast het doorverwijzen door een behandelend arts komt het ook voor dat de patiënt zelf of de familie het contact met EE legt.

Ongeveer de helft van de meldingen waarbij sprake was van euthanasie vanwege een psychische aandoening was afkomstig van een EE-arts: 126 van de 219 meldingen (57,5%). Procentueel is dat een stijging ten opzichte van 2023: 70 van de 138 meldingen (50,7%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 149 van de 427 meldingen (34,9%) afkomstig van een EE-arts. Verder waren 140 van de 397 meldingen (35,3%) waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen afkomstig van EE-artsen. Dit is een daling ten opzichte van 2023 (43,3%).

5 Een 'andere arts' kan in dit geval bijvoorbeeld zijn een ambulante arts, medisch manager, arts niet-praktiserend of een basisarts.

MELDENDE ARTSEN



* Bijvoorbeeld artsen verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie of een basisarts.

ORGAAN- EN WEEFSELDONATIE NA EUTHANASIE

Euthanasie staat het doneren van organen en weefsel niet in de weg. In de door de Nederlandse Transplantatie Stichting opgestelde *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* is de procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven⁶. Als de patiënt organen wil doneren na haar dood, moet de euthanasie plaatsvinden in het ziekenhuis. Bij weefseldonatie kan de euthanasie ook op andere locaties plaatsvinden.

De RTE ontving in 2024 28 meldingen waarin expliciet werd aangegeven dat sprake was geweest van orgaan- en/of weefseldonatie na euthanasie. In 2023 waren dat er 24. Het kan overigens zijn dat wel sprake is geweest van orgaan- en/of weefseldonatie, maar dat dit niet expliciet is benoemd in het dossier.

DUO-EUTHANASIE

Als twee patiënten verzoeken om gelijktijdige uitvoering van euthanasie en daaraan tegemoet wordt gekomen, registreert de RTE dit als duo-euthanasie. Tot 2024 kwam dit alleen voor bij partners. Dit verslagjaar zijn voor het eerst meldingen ontvangen van duo-euthanasie waarbij het niet ging om partners maar om naaste familieleden. In 2024 was 54 keer een duo-euthanasie beoordeeld. In 2024 zijn 107 meldingen van een duo binnengekomen. Dit komt doordat één melding in 2023 was ontvangen en daarom in de cijfers van dat jaar is meegeteld. Vanzelfsprekend moet een arts in beide meldingen afzonderlijk voldoen aan de zorgvuldigheidseisen die de Wtl stelt. Daarbij moeten beide patiënten door verschillende SCEN-artsen bezocht worden, om de afzonderlijke en daarmee onafhankelijke beoordeling van hun verzoeken te waarborgen.

Zie voor meer informatie de EuthanasieCode 2022, p. 33.

6 De richtlijn en de achtergronden en onderbouwing die eraan ten grondslag hebben gelegen zijn te raadplegen via *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* | Nederlandse Transplantatie Stichting.

NIET GEHANDELD VOLGENS DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In 2024 kwam de RTE in zes meldingen tot het oordeel dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen uit de Wtl had voldaan. Al deze oordelen zijn opgenomen in hoofdstuk 3. In drie gevallen was de uitvoering medisch onzorgvuldig en in twee gevallen ging het om de zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de consultatie. Bij één melding ging het om de grote behoedzaamheid die een arts in acht moet nemen als het euthanasieverzoek (grotendeels) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening.

SELECTIE VAN MELDINGEN

Sinds 2012 hanteert de RTE de volgende werkwijze bij de beoordeling van een melding, die ook is terug te zien in de schema's in de bijlage.

Een secretaris van de RTE selecteert eerst een binnengekomen melding. De secretaris beslist of het een 'vragen oproepende melding' (VO) of een 'niet vragen oproepende melding' (NVO) betreft. Dit is geen oordeel van de commissie maar een voorlopige beslissing. Vervolgens beoordeelt de commissie de melding. Een VO-melding gaat rechtstreeks naar een vergadering op locatie van een commissie. Een NVO-melding wordt doorgaans via een digitale vergadering beoordeeld. Alle leden lezen dan het dossier en kunnen los van elkaar aangeven of zij vinden dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld. Als er na het lezen toch vragen rijzen, beoordeelt de commissie of een schriftelijke vraag gesteld kan worden dan wel een fysieke vergadering nodig is. Meestal wordt de melding alsnog tijdens een vergadering op locatie besproken.

In 2024 werd 94,46% van het aantal beoordeelde meldingen als NVO geselecteerd door de secretaris. In 42 gevallen is een melding alsnog besproken tijdens een vergadering op locatie. De route die dan wordt gevolgd is terug te zien in schema 3, bijlage I.

Van alle beoordeelde meldingen werd 5,54% direct bestempeld als vragen oproepend (zie schema 2, bijlage I). Sommige categorieën meldingen zijn door de RTE per definitie als vragen oproepend aangemerkt. Dat is het geval als het euthanasieverzoek (deels) voortkwam uit een psychische aandoening, als sprake was van voortgeschreden dementie, of van een minderjarige patiënt. Daarnaast kan een melding vragen oproepen over één van de zorgvuldigheidseisen, of omdat het door de uitvoerend arts aangeleverde dossier onvoldoende informatie bevatte om tot een oordeel te komen.

VERSCHILLENDE SOORTEN GESCHREVEN OORDELEN

Als een melding geen enkele vraag oproept oftewel als NVO-melding wordt beoordeeld, schrijft de commissie een verkort oordeel. Daarin staat dat de commissie op grond van de melding tot het oordeel is gekomen dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. In hoofdstuk 3 zijn samenvattingen opgenomen van meldingen waarin de arts een verkort oordeel ontving.

Een VO-melding wordt in een vergadering op locatie besproken. Een commissie zal in veel gevallen besluiten om niet een verkort oordeel te schrijven, maar het oordeel uit te schrijven. Dit betekent dat de commissie expliciet de elementen van de melding naloopt die vragen oproepen. De commissie legt dan uit welke overwegingen leidden tot het oordeel 'voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' of 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen'.

SCHRIFTELIJKE EN MONDELINGE VRAGEN VAN DE RTE

In sommige gevallen zijn de verslagen en bijlagen van de melding voor de commissie niet duidelijk genoeg om de melding te beoordelen. De commissie kan dan besluiten een nadere toelichting te vragen aan de arts of SCEN-arts.

De RTE vroeg in 2024 bij 29 meldingen bij de arts om een nadere schriftelijke toelichting.

In zestien meldingen nodigde de RTE de arts, en in een enkel geval ook de SCEN-arts, uit om tijdens een commissievergadering mondeling antwoord te geven op vragen, al dan niet nadat de arts eerst schriftelijk vragen had beantwoord. Dit is inclusief de eerdergenoemde zes meldingen waarin de commissie uiteindelijk oordeelde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Eenvoudige en feitelijke vragen worden doorgaans telefonisch of per e-mail gesteld.

DOORLOOPTIJDEN

Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel over de melding bedroeg in 2024 gemiddeld 40 dagen. Dat is binnen de in artikel 9, eerste lid, Wtl, vastgestelde termijn van maximaal tweemaal zes weken.

Deze gemiddelde doorlooptijd geeft niet een volledig beeld, omdat deze tot het najaar korter was dan daarna. Door capaciteitsproblemen op het secretariaat en het toegenomen aantal meldingen kon de doorlooptijd vanaf het najaar oplopen tot 60 à 70 dagen.

DE 'DISCUSSIERUIMTE' VAN DE RTE

De commissies voeren onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het wenselijk is dat alle commissieleden en secretarissen zich kunnen uitspreken. Dit overleg vindt plaats in een digitale discussieruimte. Een commissie die meent dat een melding niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, legt het voorgenomen oordeel met onderliggend dossier in de discussieruimte voor aan alle andere commissieleden en secretarissen. Meldingen waarin euthanasie wordt verleend aan een wilsonbekwame patiënt op basis van diens schriftelijke wilsverklaring volgen per definitie deze route. Na kennisneming en afweging van de reacties komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

Ook bij andere meldingen waarin de commissie behoefte heeft aan een RTE-brede raadpleging, komen voorgenomen oordelen in de discussieruimte. Het doel is om de kwaliteit van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en zoveel mogelijk uniformiteit in de oordelen te bereiken.

In 2024 zijn 20 meldingen in de discussieruimte geplaatst. Dit is inclusief de meldingen die als 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' werden beoordeeld. In sommige gevallen worden oordelen naderhand ook nog besproken in het overleg van juristen, artsen en/of ethici.

HOOFDSTUK 3

CASUÏSTIEK

3

1 INLEIDING

In de kern bestaat het werk van de RTE uit het beoordelen van meldingen van artsen over een uitgevoerde euthanasie. In dit hoofdstuk bespreken we een selectie van de oordelen van de RTE. Dat zijn ten eerste meldingen waarin de commissie tot de conclusie is gekomen dat 'voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen' (hoofdstuk 3.2), met daarin zowel veel voorkomende als bijzondere meldingen van euthanasie. Bovendien zijn alle meldingen opgenomen die in het afgelopen jaar als 'onzorgvuldig' zijn beoordeeld (hoofdstuk 3.3). De betreffende commissie is dan van oordeel geweest dat de arts tekort is geschoten bij het naleven van een of meer van de zorgvuldigheidseisen.

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

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

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

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

Bij het toetsen kijkt de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de EuthanasieCode 2022, die opgesteld is op basis van eerdere beslissingen van de RTE. Verder houden de commissies rekening met richtlijnen van beroepsgroepen die zijn opgenomen in de EuthanasieCode 2022, beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De RTE oordeelt of vast is komen te staan dat is voldaan aan het vereiste van: (c) voorlichting, (e) consultatie en (f) medisch zorgvuldige uitvoering. Het gaat om zaken die feitelijk zijn na te gaan. De overige drie zorgvuldigheidseisen schrijven voor dat de arts tot de overtuiging is gekomen dat sprake was van: (a) een vrijwillig en weloverwogen verzoek, (b) uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat (d) een redelijke andere oplossing ontbreekt. Gegeven de formulering van deze laatste drie zorgvuldigheidseisen (waardoor de arts 'de overtuiging heeft gekregen') is aan de arts een zekere beoordelingsruimte gelaten. Bij de toetsing kijkt de commissie hoe de arts het onderzoek naar de feiten heeft gedaan, hoe zij haar besluitvorming heeft gemotiveerd en zo in redelijkheid tot de overtuiging heeft kunnen komen dat aan deze drie zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het verslag van de consulent draagt vaak bij aan deze onderbouwing.

Paragraaf 2 van dit hoofdstuk is onderverdeeld in drie sub-paragrafen. Eerst (paragraaf 2.1) geven we vijf niet vragen oproepende (NVO) oordelen weer die representatief zijn voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangt. Dit zijn vaak meldingen over patiënten voor wie genezing niet (meer) mogelijk was en bij wie er sprake was van kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, longaandoeningen, hart- en vaat-aandoeningen of een combinatie van aandoeningen. In deze meldingen is het oordeel niet tot in detail uitgeschreven: de arts ontvangt een verkort oordeel, een brief waarin kortweg staat dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

Daarna (paragraaf 2.2) richten we de aandacht op verschillende zorgvuldigheidseisen. Daarbij gaan we in op: (a) het vrijwillig en weloverwogen verzoek, (b) het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, (d) de gezamenlijke overtuiging dat een redelijke andere oplossing ontbrak, (e) de onafhankelijke consultatie en (f) de medisch zorgvuldige uitvoering. Er is één zorgvuldigheidseis die op deze plaats niet uitdrukkelijk aan de orde komt: (c) de voorlichting aan de patiënte over diens vooruitzichten. Deze laatste eis is in het algemeen nauw verweven met andere zorgvuldigheidseisen, met name de eis dat de arts ervan overtuigd was dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Daarvan kan alleen sprake zijn als de patiënte goed op de hoogte is van haar gezondheidssituatie en haar vooruitzichten.

Verder beschrijven we (in paragraaf 2.3) vier oordelen waarin euthanasie is verleend bij patiënten uit bijzondere groepen: patiënten met een psychische stoornis, patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen en patiënten met dementie.

In paragraaf 3 komen de meldingen aan de orde waarin de RTE dit jaar oordeelde dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Dit was in zes meldingen het geval.

2 ARTS HEEFT VOLDAAN AAN DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

2.1 VIJF VOORBEEDEN VAN DE MEEST VOORKOMENDE MELDINGEN

Zoals uit hoofdstuk 2 blijkt, wordt euthanasie voor een groot deel verleend aan patiënten met kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen, longaandoeningen of een combinatie van aandoeningen. Als voorbeelden daarvan dienen de volgende vijf meldingen, die allemaal NVO-meldingen zijn en dus digitaal zijn beoordeeld door de commissies. Samen geven ze een beeld van de aard van de meldingen die de RTE het meest ontvangt.

KANKER

Borstkanker met uitzaaiingen in de botten, dreigende dwarslaesie

Bij een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, was vijf jaar voor het overlijden borstkanker ontdekt met uitzaaiingen naar haar botten en lever. Genezing was op dat moment al niet meer mogelijk. De vrouw onderging drie verschillende soorten palliatieve systemische therapie (hormoonbehandeling en chemotherapie) om de ziekte af te remmen. Toen na de derde behandeling de uitzaaiingen in haar botten toch toegenomen bleken te zijn, zag zij af van een vierde behandeling en koos zij ervoor alleen nog haar symptomen te laten behandelen. Zij kon niet meer lopen en door de uitzaaiingen in de botten dreigde een dwarslaesie te ontstaan.

Het lijden van de vrouw bestond uit toenemende pijn en volledige afhankelijkheid van anderen doordat zij bedlegerig was geworden. Haar energie was op en zij kon nergens meer belangstelling voor opbrengen. Zij was altijd een zelfstandige vrouw geweest met veel activiteiten, zoals vrijwilligerswerk en op haar kleinkinderen passen. Zij vond het ondraaglijk dat zij nu helemaal niets meer kon en voor alles om hulp moest vragen, in de wetenschap dat zij alleen nog maar verder achteruit zou gaan.

De vrouw had eerder in haar ziekteverloop al met de arts, haar huisarts, gesproken over de mogelijkheid van euthanasie. Ruim twee weken vóór het overlijden vroeg zij de arts om de euthanasie uit te voeren.

Volgens de arts was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts was er ook van overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren voor haar geen aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Verder bleek uit het dossier dat de arts de vrouw had voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consultant. De consultant bezocht de vrouw twee weken voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL

Ziekte van Huntington, gebruik van EE-consultatie

Een man, tussen de veertig en vijftig jaar oud, had de ongeneeslijke erfelijke ziekte van Huntington. Sinds 2010 wist de man dat hij drager was. In 2019 werd de ziekte bij hem vastgesteld. De man wist hoe de ziekte zijn leven zou gaan beïnvloeden. Hij had dit gezien bij zijn vader en broer. Hij heeft na 2019 regelmatig met zijn huisarts gesproken over zijn ziekte, zijn lijden en waar de grens van het draaglijke lag voor hem, en zijn wens voor euthanasie op termijn.

De man kreeg steeds meer last van chorea (onwillekeurige, plotselinge schokkende bewegingen) waardoor hij steeds vaker viel, op den duur niet meer zelfstandig kon eten en zichzelf niet meer kon verzorgen. Dit verlies van zelfstandigheid, in combinatie met het besef hoe de ziekte zich zou ontwikkelen, maakte het lijden ondraaglijk voor hem. Hij verzocht de arts om euthanasie.

De arts heeft ter ondersteuning een consultatie van Expertisecentrum Euthanasie gevraagd.

De arts beseftte hoe zwaar het was voor de man om al zo lang te weten dat hij drager was, en daarna steeds meer en heftiger klachten te ontwikkelen, waardoor zelfstandig functioneren uiteindelijk onmogelijk was geworden.

De arts was overtuigd van het ondraaglijke en uitzichtloze lijden van de man, waarvoor geen redelijk alternatief was. De man was vrijwillig en weloverwogen in zijn vraag om euthanasie. De door de arts ingeschakelde SCEN-arts was het hiermee eens.

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

LONGAANDOENING

Luchtweginfecties, COVID-19

Een man, tussen de zestig en zeventig jaar oud, had ongeveer twee jaar voor zijn overlijden meerdere luchtweginfecties doorgemaakt, waaronder COVID-19. Door de COVID-19-infectie was hij in een ziekenhuis opgenomen geweest. Daarna kreeg hij een longontsteking en ging hij hard achteruit. Hij had heel veel moeite met het ophoesten van slijm. Meerdere antibioticumkuren, inhalatiemedicatie, prednisolon en fluimicil hadden eerst enig effect, maar de klachten kwamen steeds terug. Zijn longfunctie en de algehele conditie waren fors verslechterd.

Er werd ingezet op hoest-ondersteunende technieken, maar die bleken steeds minder effectief. De man verbleef ongeveer een week in een revalidatiecentrum. De conclusie was dat er onvoldoende vooruitgang te verwachten was. Hij leed onder het vele hoesten, het ophoesten van slijm, en de benauwdheid. Daarnaast ging zijn conditie achteruit, had hij last van vermoeidheid en was hij afhankelijk van de ondersteuning door zijn partner en mantelzorgers. Een aantal weken voor zijn overlijden werd hij geheel bedlegerig.

De man vroeg euthanasie aan zijn huisarts. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man uitzichtloos en ondraaglijk was. Het was niet mogelijk gebleken het lijden van de man te verlichten.

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent sprak met de man. Het gesprek verliep met horten en stoten omdat er telkens slijm in de weg zat. De man kon het slijm niet zelf weggrijpen. Zijn partner hielp hem door op een uitademing meerdere keren buikdruk te geven. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

HART- EN VAATAANDOENING

Terminaal hartfalen, comfortbeleid

Een vrouw, tussen de tachtig en de negentig jaar oud, leed aan terminaal hartfalen. Bij de laatste ziekenhuisopname lukte het niet meer om haar situatie te stabiliseren. Besloten werd om patiënt naar huis te laten gaan en niet meer in het ziekenhuis op te nemen. De artsen en de vrouw spraken een comfortbeleid af.

De vrouw was voortdurend enorm vermoeid. Zij moest ondersteund worden in alles wat zij deed. Zij kon nog geen twee stappen zetten. Dit maakte voor haar het lijden ondraaglijk. Zij vroeg haar huisarts om euthanasie. De arts vond haar lijden invoelbaar. Hij kende zijn patiënte als een ondernemende vrouw.

Volgens de arts was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De vrouw had haar verzoek meermalen herhaald. Zij had ook een schriftelijk euthanasieverzoek opgesteld, zowel in 2020 als recent. Zij kon helder de voor- en nadelen van het verzoek en de gevolgen van haar ziekte uiteenzetten. De arts achtte haar wilsbekwaam.

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

COMBINATIE VAN AANDOENINGEN

Borstkanker, longkanker en COPD

Een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, had sinds vijftien jaar voor het overlijden COPD en werd sinds vier jaar voor het overlijden voor borstkanker behandeld. Sinds twee jaar voor het overlijden had zij inzakingsfracturen in haar wervels door botontkalking en hersenschade nadat zij een aantal keer was gevallen. Zes maanden voor het overlijden constateerden artsen longkanker, waarvoor zij geen behandeling kreeg omdat haar zwakke gezondheid dat niet toeliet.

De vrouw woonde in een verpleeghuis en kon nog maar moeizaam kleine stukjes lopen met behulp van een rollator. Zij had rugpijn, was hevig vermoeid en werd bij inspanning erg benauwd. Door het lijden van de vrouw kon zij zelf nauwelijks nog iets doen en werd steeds meer afhankelijk van het zorgpersoneel. Zij kon nog maar korte tijd uit bed komen, waardoor zij ook van visite nauwelijks nog kon genieten. Ook andere dingen waar zij eerder plezier aan beleefde, lukten nu niet meer. Zoals puzzels maken, zelf naar buiten gaan om te roken en uitstapjes maken met familie.

Anderhalve maand vóór het overlijden vroeg de vrouw aan een arts-assistent ouderengeneeskunde om euthanasie. De arts besprak het bezoek met zijn supervisor, en voerde zowel met als zonder de supervisor gesprekken met de vrouw over haar euthanasiewens.

Volgens de arts was sprake van een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek. De arts was er ook van overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Voor haar bestonden geen aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Verder bleek uit het dossier dat de arts de vrouw had voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de vrouw drie weken voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

2.2 VIJF VOORBEELDEN VAN MELDINGEN GEORDEND NAAR VIJF ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Hieronder worden vijf meldingen beschreven waarbij vijf zorgvuldigheidseisen aan de orde komen: de overtuiging van de arts dat sprake was van (a) een vrijwillig en weloverwogen verzoek en (b) van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, (d) de overtuiging van de arts en patiënt samen dat een redelijke andere oplossing ontbrak, (e) de consultatie van een onafhankelijke arts en (f) de medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging. De meldingen die hier volgen waren op één na aangemerkt als vragen oproepend, zogenoemde VO-meldingen. De VO-meldingen zijn in een commissievergadering besproken.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De Wtl bepaalt dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek moet de patiënt zelf doen.

Met betrekking tot deze zorgvuldigheidseisen kunnen in bepaalde situaties vragen rijzen.

Een arts mag een verzoek om euthanasie dat anderen namens de patiënt doen, niet honoreren. In alle gevallen moet duidelijk zijn dat het verzoek door de patiënt zelf is geuit (zie EuthanasieCode 2022, p. 21).

Bij patiënten met dementie is er aanleiding om met grote behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder aan de eis van het vrijwillig en weloverwogen verzoek. Naarmate het ziekteproces bij patiënten met dementie voortschrijdt, neemt de wilsbekwaamheid van de patiënt af (zie EuthanasieCode 2022, pagina 49).

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Dementie, wilsbekwame patiënt, twijfels geraadpleegde onafhankelijk deskundige

Bij een man, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, was vier jaar voor het overlijden de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Een jaar voor het overlijden bleek dat hij ook parkinsonisme had.

In de jaren voor zijn overlijden kreeg de man geheugendefecten en verloor hij zijn vermogen om initiatief te nemen. Hij had in toenemende mate hulp nodig bij alledaagse handelingen en bezigheden. Zijn cognitieve en informatieverwerking verslechterden en gesprekken gingen steeds moeizamer. Hij kon moeilijker op woorden komen. Daarnaast ging hij minder goed zien en lopen. Hij was bang om de regie kwijt te raken, verder af te takelen en een luier te moeten dragen. De man was veel bezig met zijn euthanasiewens en had die ook schriftelijk vastgelegd omdat hij bang was dat hij hem niet meer zou kunnen uiten als het moment voor hem daar zou zijn.

41 Acht maanden voor zijn overlijden besprak de man zijn euthanasiewens met zijn huisarts. De huisarts van de man was aanvankelijk bereid het euthanasieverzoek in te willigen. Hij raadpleegde een specialist ouderengeneeskunde om de wilsbekwaamheid van de man te beoordelen. Deze specialist concludeerde na twee gesprekken dat de man niet wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasiewens. De man kon volgens de specialist zijn euthanasiewens onvoldoende beargumenteren. De huisarts durfde het daarna niet aan om het euthanasietraject met de man voort te zetten.

De huisarts verwees de man vervolgens naar Expertisecentrum Euthanasie (EE). Het eerste gesprek tussen de arts en de man vond ongeveer drie maanden voor het overlijden plaats. De man verzocht in dit gesprek om euthanasie. Dit verzoek herhaalde hij in de drie daaropvolgende gesprekken.

Een SCEN-arts bezocht de man ongeveer een maand voor het overlijden. De SCEN-arts merkt in zijn verslag op dat patiënt zijn verzoek door de dementie en parkinsonisme niet in duidelijke volzinnen kon verwoorden, maar dat hij wel expliciet was in zijn wens en deze wel in korte zinnen kon benoemen. Hij had geen enkele twijfel over de wilsbekwaamheid van de man met betrekking tot zijn euthanasieverzoek.

De arts raadpleegde ook een onafhankelijk deskundige, een specialist ouderengeneeskunde, om de wilsbekwaamheid van de man te beoorde-

len. De onafhankelijk deskundige bezocht de man ongeveer anderhalve maand voor het overlijden. De man kon zijn klachten goed omschrijven, kon goed verwoorden waarom hij voor euthanasie koos, wist wat het alternatief was, begreep wat euthanasie inhoudt en wat de consequentie van euthanasie is.

De arts had tijdens wandelingen gesprekken gevoerd met de man. Met name tijdens de wandelingen was communicatie met de man goed mogelijk. De man maakte op verschillende manieren en in verschillende bewoordingen aan de arts kenbaar dat hij wilde sterven door levensbeëindiging op verzoek. Hij begreep dat inwilligen van zijn euthanasieverzoek tot zijn overlijden zou leiden. De man kon goed uitleggen waaruit zijn lijden bestond en waarom hij dood wilde: hij kon naar eigen zeggen niets meer en wist dat zijn toestand alleen zou verslechteren. Ook hield hij vast aan de man die hij was geweest en nog zo graag had willen zijn, wat leidde tot veel machteloosheid en frustratie.

De commissie oordeelde dat de arts grote behoedzaamheid heeft betracht bij het vaststellen van de wilsbekwaamheid van de man ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. De arts had dat op diverse momenten en op verschillende manieren onderzocht en vastgesteld. Bovendien werd de arts in zijn conclusie gesteund door de bevindingen van de SCEN-arts en de onafhankelijk deskundige. De commissie oordeelde dat de arts voldoende heeft onderbouwd waarom het verzoek van de man vrijwillig en weloverwogen was. De commissie oordeelde dat ook aan de overige zorgvuldigheidseisen was voldaan.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN EN HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

In de EuthanasieCode 2022 staat de volgende toelichting op deze zorgvuldigheidseisen: “Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. [...] Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen of verminderen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat. [...] De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt, in het licht van haar levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts, mede gelet op het voortraject, invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is” (zie EuthanasieCode 2022, p. 26-27).

43

Hoewel de zorgvuldigheidseisen (b) ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ en (d) ‘het ontbreken van een redelijke andere oplossing’ met elkaar samenhangen en daardoor vaak samen worden beoordeeld, bespreken we ze hieronder in aparte oordelen. Het eerste oordeel is gericht op de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden en het tweede oordeel is gericht op de gezamenlijke overtuiging van arts en patiënt dat een redelijke andere oplossing ontbreekt.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

Combinatie van aandoeningen, advies consulent

Een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, had sinds vijftien jaar poly-artrose (artrose in meerdere gewrichten) die de afgelopen jaren was verergerd. Zij had veel pijn in haar handen, schouders, rug en benen. Daarnaast had de vrouw een prikkelbaredarmsyndroom met veel klachten zoals misselijkheid, vreselijke buikpijnen, en afwisselend obstipatie en incontinentie voor ontlasting. De misselijkheid werd verergerd door de pijnmedicatie, waardoor zij nauwelijks meer at. De vrouw ging lichamelijk erg achteruit en was erg vermoeid, kon steeds slechter lopen en had een hoog risico op vallen. Zij werd steeds minder zelfredzaam en steeds meer afhankelijk van zorg. Uiteindelijk lag zij bijna alleen nog maar op bed, omdat zij dan het minste last had van pijn en misselijkheid.

De vrouw had eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken als mogelijkheid voor de toekomst. Drie weken vóór het overlijden vroeg zij de arts om de euthanasie uit te voeren. De arts vroeg advies aan een consulent van het Expertisecentrum Euthanasie, met name om een beter beeld te krijgen van de ondraaglijkheid van het lijden van de vrouw. Deze consulent ging samen met de arts op bezoek bij de vrouw.

De arts was na dit gesprek overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk was. Zij had de afgelopen vijftien jaar steeds meer moeten inleveren doordat zij steeds minder kon. Eerder probeerde ze er nog het beste van te maken. Nu zij helemaal niets meer kon en volledig afhankelijk was van anderen, was het voor de arts duidelijk geworden dat haar lijden ondraaglijk was. Daarnaast was de arts ervan overtuigd dat het lijden van de vrouw uitzichtloos was, doordat er geen behandelmogelijkheden meer waren om haar situatie te verbeteren.

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de vrouw vijf dagen voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Stapelning van ouderdomsaandoeningen, optie cochleair implantaat

Een man, tussen de tachtig en negentig jaar oud, ging lichamelijk steeds meer achteruit. Hij was doof, had oorsuizen, ging steeds meer beven en was duizelig. Ook was de man bij de geringste inspanning erg kortademig, waardoor hij bijna niets meer kon. Een gesprek was al te veel. Hij verloor steeds meer contacten, werd afhankelijker en kon niet meer klaarstaan voor anderen.

Het effect van zijn hoortoestellen was maar beperkt. De KNO-arts vertelde hem dat een cochleair implantaat nog de enige optie was. De man zag daar niets meer in, gezien zijn leeftijd en de mogelijke complicaties. Een geriater werd geraadpleegd, maar die was van mening dat verbetering niet meer mogelijk was.

De man leed ondraaglijk onder zijn klachten. Hij sprak meerdere keren met zijn huisarts over euthanasie. De arts vond het lijden van de man invoelbaar gezien diens persoonlijkheid, en zag geen andere mogelijkheden meer om zijn lijden te verzachten. Hij werd hierin gesteund door de conclusie van de SCEN-arts.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

CONSULTATIE

De arts behoort voorafgaand aan het uitvoeren van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen, die de patiënt ziet en beoordeelt of is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen ten aanzien van het verzoek, het lijden, het ontbreken van redelijk alternatieven en de voorlichting aan de patiënt.

De Wtl spreekt met betrekking tot de consulent van een 'onafhankelijke arts'. Onafhankelijkheid betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Het is daarom van belang dat de consulent en de arts in hun verslagen ingaan op hun onderlinge relatie en dat de consulent in haar verslag ingaat op haar relatie met de patiënt. Onafhankelijkheid van de consulent en de patiënt houdt onder meer in dat er geen onderlinge (familie)relatie of vriendschap bestaat tussen de consulent en de patiënt en dat de consulent geen (mede)behandelaar van de patiënt is of recent is geweest. Een eenmalig contact tussen de arts en de patiënt in het kader van de waarneming hoeft geen probleem te zijn. Dat zal afhangen van de aard van het contact en het moment waarop het plaatsvond (zie EuthanasieCode 2022, p. 32-33).

CONSULTATIE

Tijdens eerste bezoek nog niet voldaan aan zorgvuldigheidseisen

Bij een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, was longkanker vastgesteld. Zij was extreem vermoeid, hoestte, was benauwd, kortademig en had diverse pijnklachten. De pijnklachten waren goed te behandelen met fentanyl, maar de overige klachten waren nagenoeg onbehandelbaar.

De vrouw vroeg haar huisarts om euthanasie. Volgens de arts was het lijden van de vrouw uitzichtloos omdat er geen kans was op verbetering en haar toestand verder achteruit zou gaan. Hij consulteerde een SCEN-arts als consulent.

De consulent sprak met de vrouw. Tijdens het gesprek was de vrouw nog in relatief goede conditie. Er was sprake van een opleving door een hoge dosering prednisolon. De vrouw gaf aan nu nog te willen blijven leven maar zij voorzag dat haar euthanasiewens later actueel zou worden. Voordat zij de hogere dosering prednisolon kreeg, had ze al eens ervaren dat haar energie was weggevallen.

De consulent concludeerde dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie van de vrouw en dat zij was voorgelicht over de situatie en haar vooruitzichten. De consulent concludeerde ook dat nog geen sprake was van uitzichtloos en ondragelijk lijden.

Ruim drie weken later was de conditie van de vrouw hard achteruitgegaan. De arts had telefonisch opnieuw de consulent geraadpleegd. De vrouw had aangegeven dat ze haar krachten voelde wegvloeien en op korte termijn euthanasie wilde. De consulent concludeerde dat daarmee nu aan alle criteria om euthanasie uit te voeren was voldaan.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Komt het tot euthanasie, dan moet de arts deze medisch zorgvuldig uitvoeren. Het gaat hierbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van de bewustzijnsverlaging. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis gebruiken de commissies de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2021 als leidraad. Volgens de Richtlijn moet de arts beschikken over een noodset van middelen, voor het geval er met de eerste set iets misgaat (zie EuthanasieCode 2022, p. 36-37).

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Infuus zat niet goed, procedure geheel opnieuw uitgevoerd

Een man, tussen zeventig en tachtig jaar oud, leed uitzichtloos en ondraaglijk aan een longaandoening en vroeg zijn huisarts om euthanasie. De uitvoering van de euthanasie liep gecompliceerd.

Er was een infuus geprikt en de arts startte de uitvoering met het toedienen van de coma-inductor, 2000 mg thiopental. De man raakte echter niet in coma. De arts zag dat dit kwam doordat het infuus niet goed zat. Hierop heeft de arts een nieuw infuus geprikt. De arts heeft via het tweede infuus weer 2000 mg thiopental toegediend. Hij deed een comacheck en stelde daarmee op een adequate manier vast dat het bewustzijn van de man voldoende was verlaagd. Deze bewustzijnsverlaging is belangrijk, omdat de patiënt anders het negatieve effect van de spierverslapper zou kunnen ervaren.

Vervolgens diende de arts de spierverslapper, 150 mg rocuronium, toe. Hierna overleed de man.

In de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* staat opgenomen dat een arts ervan uit moet gaan dat het infuus niet goed zit als een patiënt niet in coma raakt na het toedienen van de coma-inductor. Het is dan belangrijk dat een arts de hele procedure herhaalt, inclusief het prikken van een nieuw infuus. De arts heeft dit gedaan. De arts heeft daarmee de Richtlijn gevolgd.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

2.3. VIER VOORBEELDEN VAN PATIËNTEN MET EEN BIJZONDERE AANDOENING

Hieronder beschrijven we vier meldingen waarbij patiënten een bijzondere aandoening hadden. De eerste melding gaat over een patiënt met een psychische aandoening, de tweede melding over een patiënt met een stapeling van ouderdomsaandoeningen. De derde en vierde meldingen gaan over patiënten met dementie.

PSYCHISCHE AANDOENING

Als het euthanasieverzoek (grotendeels) voortkomt uit lijden als gevolg van een psychische aandoening wordt van de arts grote behoedzaamheid verwacht. De RTE geeft invulling aan bovengenoemd uitgangspunt door te toetsen of de arts een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd. Deze moet hebben beoordeeld dat de patiënt wilsbekwaam is ten aanzien van het verzoek, dat het lijden uitzichtloos is en dat redelijke alternatieven ontbreken. De onafhankelijk psychiater mag zo nodig behandeladviezen geven (zie EuthanasieCode 2022, p. 46-47).

PSYCHISCHE AANDOENING

VO-melding, minderjarige patiënt, autismespectrumstoornis

Bij een jongeman, tussen de zestien en achttien jaar oud, was ongeveer vierenhalf jaar voor het overlijden een autismespectrumstoornis (hierna: ASS) vastgesteld met angst- en stemmingsklachten. Al sinds de kleuter-tijd had hij depressieve gevoelens en de wens om niet meer te leven. Sinds ongeveer vier jaar voor het overlijden had hij constant suïcidale gedachten. Twee jaar voor het overlijden deed hij een ernstige suïcide-poging.

De jongeman omschreef zijn leven als “gelukloos”. Hij voelde zich erg eenzaam, was diepongelukkig en had nergens plezier in. Hij kon geen aansluiting vinden bij leeftijdsgenoten en in de maatschappij, en voelde zich daarin onbegrepen. Het was voor hem een kwelling dat hij zijn leeftijdsgenoten zichzelf zag ontwikkelen, terwijl hij zijn capaciteiten niet kon inzetten en vastliep. Elke dag was voor hem een opgave om door te komen. Doordat hij overgevoelig was voor prikkels en niet in staat om zijn emoties te reguleren, was hij erg beperkt. Hij kon zijn huis nauwelijks uit omdat hij zonder de stabiliserende invloed van zijn moeder te snel overprikkeld raakte en woede- of paniekaanvallen kreeg. Het leven was voor hem een constant gevecht zonder enig perspectief. De laatste weken tot het overlijden lag hij alleen nog maar op bed.

Ongeveer een jaar voor het overlijden had de jongeman zich aangemeld bij Expertisecentrum Euthanasie (EE). Vanwege de lange wachttijd bij EE meldden hij en zijn ouders zich bij een kinder- en jeugdpsychiater, om hem het euthanasieverzoek voor te leggen. De arts besloot om het euthanasieverzoek van de jongeman te onderzoeken en sprak hem vijf maanden voor het overlijden voor het eerst, waarbij de jongeman hem om uitvoering van de euthanasie vroeg. In elk volgend gesprek herhaalde hij dit verzoek. De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater met specifieke kennis op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie, en een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. Ook voerde hij overleg met de ouders van de jongeman, met zijn (voormalig) behandelaars, collega kinder- en jeugdpsychiaters, artsenverenigingen, hoogleraren met specifieke expertise op dit gebied en multidisciplinaire experts. Met drie behandelaars, twee experts en de ouders en een ander familielid van de jongeman voerde hij een moreel beraad over de vraag of de euthanasiewens van de jongeman gehonoreerd zou moeten worden. Ook deed hij aanvullend onderzoek door wetenschappelijke bronnen te raadplegen over de mogelijkheid dat het lijden van de jongeman met de tijd nog zou kunnen verminderen door het rijpen van de hersenen.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Ondanks de jonge leeftijd van de jongeman had de arts geen enkele twijfel over diens wilsbekwaamheid met betrekking tot het euthanasieverzoek. Hij kon zijn situatie overzien en begreep wat de gevolgen van euthanasie zouden zijn voor zichzelf en voor zijn dierbaren. Hij kon zijn lijden en zijn overwegingen goed verwoorden en had zijn wens ook in een schriftelijk euthanasieverzoek toegelicht. Zijn euthanasiewens bestond al lang en was consistent. Ook was de arts ervan overtuigd dat geen sprake was van druk vanuit zijn omgeving. Zijn naasten en zorgverleners hadden juist lange tijd geprobeerd hem op andere gedachten te brengen, zonder succes. De arts was er ook van overtuigd dat de euthanasiewens van de jongeman geen direct gevolg was van diens autismespectrumstoornis, maar voortkwam uit jarenlang lijden door de gevolgen van deze stoornis. De arts concludeerde dat het verzoek van de jongeman vrijwillig en weloverwogen was. Hij werd in dit oordeel bevestigd door de onafhankelijk psychiater, de SCEN-arts en de deelnemers aan het moreel beraad.

UITZICHTLOOS LIJDEN EN HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Uit het dossier bleek dat de jongeman in de afgelopen tien jaar een uitgebreid behandel- en begeleidingstraject had doorlopen. Vanaf zijn kleutertijd was er vanuit school begeleiding en volgde hij speltherapie. Bij meerdere psychologen en psychiaters volgde hij psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, emotie-regulatietherapie en systeemtherapie. Sinds drie jaar voor het overlijden had hij wekelijks individuele gesprekstherapie. Daarnaast was EMDR toegepast om schokkende gebeurtenissen te verwerken. Ook kreeg de jongeman begeleiding voor zijn hoogbegaafdheid en waren er herstel-bevorderende interventies, zoals speciaal onderwijs, een aangepast programma op school en dagbesteding. Verder was de jongeman behandeld met medicatie, waaronder antidepressiva en een atypisch antipsychoticum. Hoewel hij zich voor alle behandelingen had ingezet, hadden deze niet het gewenste effect gehad en zijn lijden niet verminderd.

De behandelend psychiater van de jongeman had diens situatie verschillende keren besproken tijdens intervisie met collega's en had contact gezocht met instellingen om te achterhalen of een alternatieve of meer intensieve therapie mogelijk was. Zowel binnen als buiten de regio was geen passende behandeling gevonden. Als laatste mogelijkheid opperde hij een intensief traject (een opname of een verwijzing naar een expertisecentrum voor autisme).

De arts was vanwege het doorlopen traject ervan overtuigd dat het lijden van de jongeman uitzichtloos was. Hij verwachtte niet dat de huidige en

eventuele toekomstige behandelingen de kwaliteit van leven zouden verbeteren. De doodswens van de jongeman zou naar verwachting blijven bestaan, met een grote kans dat hij een nieuwe suïcidepoging zou doen als zijn euthanasiewens niet gehonoreerd zou worden.

De geraadpleegde onafhankelijk psychiater constateerde dat voor de stemmingsklachten van de jongeman een bepaald type (tricyclische) antidepressiva nog niet was geprobeerd. Ook waren andere behandelingen uit het depressieprotocol nog niet geprobeerd, zoals elektroconvulsietherapie (ECT) en ketamine. Omdat deze behandelingen niet of nauwelijks iets zouden betekenen voor de ASS, die de oorzaak was van zijn klachten en ten grondslag lag aan het euthanasieverzoek, verwachtte de arts niet dat die behandelingen de jongeman zouden kunnen helpen. Ze waren ook alleen tijdens een opname uit te voeren, waardoor hij zijn vertrouwde omgeving zou moeten verlaten en ontregeld zou raken.

De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van de jongeman uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossing was voor diens situatie. Zowel de behandelaars van de jongeman als de geraadpleegde onafhankelijk psychiater en consulent steunden hem in deze overtuiging.

Volgens de commissie was de arts met grote behoedzaamheid te werk gegaan en had hij voldaan aan de hierboven besproken zorgvuldigheidseisen, evenals aan de overige zorgvuldigheidseisen.

Deze melding is op de website vinden onder nummer 2024-037.

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Wil een patiënt in aanmerking komen voor euthanasie dan moet haar lijden een medische grondslag hebben. Maar niet is vereist dat er een levensbedreigende aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals slechthorendheid, slechthoortheid, botontkalking, gewrichtsslijtage, evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang – kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze veelal degeneratieve aandoeningen treden doorgaans op hogere leeftijd op. Eén of een optelsom van meerdere van deze aandoeningen en daarmee samenhangende klachten kan lijden veroorzaken. Ook voor deze patiënten geldt dat het lijden en de ondraaglijkheid ervan samenhangen met zaken als levensgeschiedenis, persoonlijkheid en draagkracht (zie EuthanasieCode 2022, p. 25).

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

NVO-melding, leeftijd 100+, slechtziend, slechthorend, pijn in gewrichten

Een vrouw, ouder dan honderd jaar, leed toenemend onder slecht zien, heel slecht horen en pijnklachten door slijtage van haar gewrichten in rug, handen, knieën en schouder. Zij had al vaker over haar euthanasiewens gesproken met de specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis waar ze verbleef.

De arts had de afgelopen jaren op allerlei manieren geprobeerd het lijden van de vrouw te verlichten. De vrouw kwam in het verpleeghuis, er waren aanpassingen aan haar bed en stoel en ze kreeg medicatie en fysiotherapie. Uiteindelijk raakte de vrouw toch zo moe en had zij zo veel pijn dat ze bijna de hele dag in bed lag. Daardoor werd haar euthanasiewens actueel.

De arts vond het lijden van de vrouw invoelbaar ondraaglijk en zag geen mogelijkheden meer om haar lijden draaglijk te maken. De SCEN-arts werd ingeschakeld. Deze was het eens met de arts.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

DEMENTIE

Wanneer een patiënt dementie heeft, moet de arts met grote behoedzaamheid nagaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het gaat hierbij in het bijzonder om de eisen dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen is en het lijden van de patiënt ondraaglijk. In de beginfase van dementie is meestal de gewone consultatieprocedure (het raadplegen van een SCEN-arts) voldoende. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige vraagt (zie EuthanasieCode 2022, p. 49).

In bijna alle meldingen van euthanasie bij patiënten met dementie gaat het om patiënten die nog voldoende inzicht hebben in hun situatie en nog wilsbekwaam zijn ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze groep patiënten komt vaak voort uit achteruitgang in functioneren en denken, maar ook door de angst verder achteruit te gaan en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor de autonomie en de waardigheid (zie EuthanasieCode 2022, p. 49).

Als de dementie zo ver is gevorderd dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van haar euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in het geval dat de patiënt, toen zij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke euthanasieverzoek heeft opgesteld. Artikel 2, tweede lid, WtI bepaalt dat een schriftelijk euthanasieverzoek een mondeling verzoek kan vervangen en dat daarbij dezelfde zorgvuldigheidseisen van toepassing zijn (zie EuthanasieCode 2022, p. 50).

Het schriftelijke euthanasieverzoek moet steeds tenminste inhouden dat de patiënt om euthanasie verzoekt in de situatie waarin zij haar wil niet meer kan uiten. Als de patiënt haar verzoek ook wil laten inwilligen als geen sprake is van ondraaglijk fysiek lijden, moet daarnaast in de schriftelijke wilsverklaring staan dat de patiënt haar (verwachte) lijden aan deze situatie aanmerkt als ondraaglijk en dat zij dit aan haar verzoek ten grondslag legt (zie EuthanasieCode 2022, pagina 42).

Hieronder volgt eerst een melding over een patiënt met dementie die wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Daarna volgt een oordeel waarin de euthanasie is verleend op basis van een schriftelijk euthanasieverzoek.

WILSBEKWAME PATIËNT MET DEMENTIE

NVO-melding, dementie

Een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, had ongeveer twee jaar voor haar overlijden moeite om op namen te komen. Een jaar voor haar overlijden is zij onderzocht in het ziekenhuis op de geheugenpoli. Daar werden milde cognitieve stoornissen ontdekt. Een half jaar voor haar overlijden merkte zijzelf dat ze verder achteruitging. De diagnose dementie werd gesteld. Er was sprake van snelle progressie.

Al bij haar verwijzing naar de geheugenpoli had de vrouw bij haar huisarts aangegeven dat ze nare ervaringen had met familie bij wie in het verleden de diagnose dementie was gesteld. Zij wilde niet zo worden en wilde euthanasie als zij ook dementie zou blijken te hebben. Dit herhaalde zij meermaals. De vrouw was daarbij volgens de huisarts heel vastberaden. Zij wilde absoluut niet naar een verpleeghuis.

De vrouw merkte dat zij hard achteruitging. Zij kreeg kalmerende middelen omdat ze angst- en woedeaanvallen had. De vrouw wilde verdere aftakeling voorkomen en vroeg haar huisarts om euthanasie.

De arts raadpleegde ook een specialist ouderengeneeskunde als onafhankelijk deskundige om de wilsbekwaamheid van de vrouw te beoordelen. Volgens de onafhankelijk deskundige was de vrouw wilsbekwaam in haar euthanasiewens.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw uitzichtloos en ondraaglijk was. Zij raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consultant. De vrouw vertelde de consultant dat zij ernstige stress had als mensen met haar spraken over dingen die zij zich niet meer kon herinneren. Ze vertelde ook dat haar hoofd haar niet meer kon volgen. De vrouw uitte haar wens om te sterven meerdere malen tegenover de consultant. Die kwam tot de conclusie dat de vrouw goed op de hoogte was van haar ziekte en de prognose. Volgens de consultant was de vrouw volledig wilsbekwaam ten aanzien van haar vraag om euthanasie.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

PATIËNT MET DEMENTIE DIE NIET MEER WILSBEKWAAM WAS

VO-melding, mengbeeld dementie, schriftelijke wilsverklaring, contra-indicatie

Bij een man, tussen de tachtig en de negentig jaar oud, werd zeven jaar voor het overlijden dementie vastgesteld, bestaande uit een mengbeeld van de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. Zesentien maanden voor het overlijden stelde de man een schriftelijke wilsverklaring op, die onder meer een uitgebreid toegelicht verzoek om euthanasie bevatte. De man had zijn schriftelijke euthanasieverzoek meermaals besproken met zijn artsen en zijn familie. Gedurende deze gesprekken was de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek om euthanasie. In de jaren daarna bekrachtigde de man zijn schriftelijke euthanasieverzoek meerdere malen, voor het laatst ruim anderhalf jaar voor het overlijden.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Toen het euthanasieverzoek van de man actueel werd, wendde hij zich tot zijn huisarts. Deze vond het euthanasieverzoek invoelbaar en steunde de man in zijn verzoek, maar was niet zelf bereid de euthanasie uit te voeren. De familie van de man meldde hem daarom aan bij Expertisecentrum Euthanasie (EE). Een arts van EE nam het euthanasietraject over.

De eerste arts van EE trok zich terug nadat zij had vastgesteld dat de man wilsbekwaam was geworden. Een tweede arts van EE bezocht de man voor het eerst ongeveer zeven maanden voor het overlijden. De arts bezocht de man daarna nog acht keer. Tijdens al deze bezoeken probeerde de arts een gesprek aan te gaan met de man, maar dit lukte elke keer niet. Het was voor de arts duidelijk dat er geen betekenisvolle communicatie meer mogelijk was met de man en dat hij niet meer wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Ook sprak de arts meermaals met de behandelend specialist ouderengeneeskunde, het verplegend en verzorgend team en de familie van de man. De arts besloot over te gaan tot uitvoering van de levensbeëindiging op basis van het schriftelijke euthanasieverzoek van de man.

De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de man wilsbekwaam was toen hij zijn euthanasieverklaring op schrift stelde. Ook oordeelde de commissie dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de man niet meer wilsbekwaam was ten tijde van de levensbeëindiging. De omstandigheden die de man in zijn schriftelijke wilsverklaring had omschreven, deden zich voor. De commissie kwam daarom tot het oordeel dat de schriftelijke euthanasieverklaring van de man in de plaats kon komen van een mondeling verzoek.

De commissie overwoog dat de arts alert was op mogelijke contra-indica-

ties voor het uitvoeren van euthanasie. Toen de man ongeveer een maand voor het overlijden tijdens een bezoek van de arts had aangegeven dat hij “geen spuitje zou nemen” waardoor hij zou komen te overlijden, heeft de arts het traject tijdelijk opgeschort om te onderzoeken of deze uiting moest worden opgevat als een contra-indicatie. De arts overlegde hiertoe met de behandelend specialist ouderengeneeskunde, het verplegend en verzorgend team, de onafhankelijk deskundige, de consulent en de familie van de man. Ook werd binnen EE een reflectie-multidisciplinair overleg georganiseerd. Na uitgebreid overleg en reflectie kwam de arts tot de conclusie dat de uiting van de man een incidentele uitspraak betrof, niet een consequente en duidelijke gedraging of uiting. De commissie oordeelde dat daarmee geen sprake was van een contra-indicatie van de man.

ONDRAAGLIJK EN UITZICHTLOOS LIJDEN EN ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Een jaar voor het overlijden was het moment gekomen dat de man zich niet meer thuis kon handhaven. Hij maakte toen, anders dan hij eerder had aangegeven, toch de keuze te verhuizen naar een woonzorgcentrum. Afhankelijk zijn van zorg bleek voor hem afschuwelijk. Hij ervoer hierdoor grote onrust en frustratie. Door de dementie had hij bovendien geen mogelijkheden meer om daarmee om te gaan. Hij was verbaal en fysiek agressief naar medebewoners en de verzorging. Hij toonde zwerfgedrag binnen het woonzorgcentrum. Hij werd incontinent voor urine en ontlasting en wilde zich vaak niet laten verschonen, waardoor hij regelmatig bevuild was. Hij at minder goed, waardoor hij afviel en verzwakte. De man werd in toenemende mate zorgafhankelijk, waarbij hij hulp en verzorging vaak niet toeliet. De momenten namen steeds verder toe waarop angst, verdriet, woede, radeloosheid, wanhoop, onbegrip, schaamte en frustratie te zien waren bij de man. Uiteindelijk waren er zo goed als geen momenten meer waarop de man rustig, tevreden of blij was.

De arts meende verder dat het lijden van de man niet weg te nemen was. Deze mening was gebaseerd op veelvuldig overleg met de behandelaren, het verplegend en verzorgend team en de familie van de man. Volgens de arts waren alle palliatieve behandelmogelijkheden ingezet en niet succesvol gebleken. Zo was een gedragskundige ingezet om zoveel mogelijk te proberen zijn onrust weg te nemen. Hij werd één-op-één begeleid bij activiteiten en at zijn maaltijden alleen op zijn kamer. Medicamenteuze behandeling leidde niet tot een afname van zijn onrust, maar wel tot bijwerkingen waardoor de man alleen op zijn kamer apathisch zat te wachten tot hij werd opgehaald.

De commissie constateerde dat ook de onafhankelijk deskundige en de consulent concludeerden dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin de man zich bevond.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

3 DE ARTS HEEFT NIET VOLDAAN AAN ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In 2024 is de RTE zes keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij het verlenen van euthanasie niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In twee gevallen ging het om de consultatie, één melding ging over de grote behoedzaamheid die een arts in acht moet nemen als het euthanasieverzoek (grotendeels) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening. En in drie gevallen was de uitvoering medisch onzorgvuldig. De oordelen leest u hieronder en zijn in een meer uitgebreide vorm te vinden op de website.

ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

Volgens de Wtl moet de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts consulteren die de patiënte ziet en schriftelijk haar oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d. In de EuthanasieCode 2022 staat dat de consulent volgens de wet een 'onafhankelijk arts' moet zijn. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Dat betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Ten opzichte van de arts bestaat geen persoonlijke, organisatorische, hiërarchische of financiële relatie.

Als een consulent steun verleent die verder gaat dan algemeen advies en informatie, komt de onafhankelijkheid van de consulent in het geding. In de volgende melding was geen sprake van een onafhankelijke consultatie omdat de arts en de consulent samen met de patiënt hadden gesproken.

Soms komt het voor dat twee partners tegelijkertijd een euthanasieverzoek doen. Wanneer daarvan sprake is wordt dit duo-euthanasie genoemd. In zulke gevallen moet de arts voor beide patiënten verschillende (SCEN-)consulenten raadplegen. Dit is nodig om te waarborgen dat beide verzoeken om euthanasie afzonderlijk worden beoordeeld. Dat borgt een onafhankelijke beoordeling. Wanneer een SCEN-arts na de consultatie voor de ene partner ook de andere partner zou bezoeken voor een consult, zou de consulent tijdens dat tweede bezoek niet meer als onafhankelijk te beschouwen zijn. Er zou namelijk druk kunnen ontstaan om ook voor de andere partner te oordelen dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen zou voldoen bij uitvoering van de euthanasie. Daarnaast moeten beide consulenten zich ervan vergewissen dat er geen druk bestaat van de ene partner op (het euthanasieverzoek van) de andere partner. (zie EuthanasieCode 2022, p. 32-33).

GEEN ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

Parkinson, SCEN-arts eerder betrokken als adviseur

Een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, leed aan de ziekte van Parkinson. Zij had meerdere malen met de arts, een specialist ouderengeneeskunde, gesproken over euthanasie. Ongeveer twee weken voor haar overlijden vroeg zij de arts om daadwerkelijk over te gaan tot euthanasie. De arts raadpleegde een SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de vrouw samen met de arts. Een week voor het overlijden bracht de consulent een tweede bezoek aan de vrouw, zonder de arts.

De arts had telefonisch contact gehad met de consulent en tegen de consulent gezegd dat de vrouw twijfelde tussen euthanasie of stoppen met eten en drinken.

De arts dacht dat het voor de vrouw mogelijk prettig zou zijn als de arts en de consulent het gesprek samen zouden voeren. Het was voor de vrouw moeilijker om met een vreemde te spreken over haar wens om te sterven. In de herinnering van de arts nam de consulent het initiatief om bij het gesprek tussen de arts en de vrouw aanwezig te zijn. De arts vermoedde dat hij dit deed omdat er dan een vertrouwd persoon aanwezig zou zijn bij hun ontmoeting, en de vrouw op deze manier al een deel van de consultatie achter de rug zou hebben. De arts was ervan uitgegaan dat de consulent haar erop zou hebben gewezen als dit geen juiste gang van zaken was.

De consulent heeft in het gesprek met de arts en de vrouw niet echt advies gegeven. De consulent heeft gevraagd wat de operatie inhield en waarom de vrouw die niet wilde.

De commissie heeft overwogen dat de arts zich had moeten realiseren dat het gevolg van de wettelijke eis om een onafhankelijke arts te consulteren is dat een patiënt altijd met een niet-vertrouwde buitenstaander wordt geconfronteerd. De consulent ziet en spreekt een patiënt die hij zelf nog niet eerder zag of sprak en geeft een onpartijdig en onafhankelijk oordeel.

De commissie oordeelde dat de arts en de consulent feitelijk met elkaar opgetrokken hebben. Voor de vrouw waren zij samen de gesprekspartner. Na afloop van het eerste gesprek was de consulent mogelijk beïnvloed in zijn beoordeling, waardoor hij in het tweede gesprek, dat hij wel alleen met de vrouw voerde, niet meer vrij en onpartijdig kon oordelen. De vrouw op haar beurt kan zich mogelijk niet meer vrij hebben gevoeld

om alsnog af te zien van haar keuze voor euthanasie, doordat de consultant ook al bij het eerste gesprek aanwezig was.

Volgens de commissie voldeed de arts daarmee niet aan het vereiste van het raadplegen van tenminste één andere, onafhankelijke arts, die patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

Verder oordeelde de commissie dat de arts wel had voldaan aan de overige zorgvuldigheidseisen.

Deze melding is op de website vinden onder nummer 2024-001.

SLECHTS ÉÉN CONSULENT BIJ DUO-EUTHANASIE

Duo-euthanasie, stapeling van ouderdomsaandoeningen, niet twee verschillende SCEN-artsen geraadpleegd

Bij een vrouw, tussen de negentig en honderd jaar oud, was sprake van botontkalking, poly-artrose (artrose in meerdere gewrichten), inzakkingen van de wervels, nierfalen en erger wordende allodynie, een aandoening waarbij gewone aanrakingen erg pijnlijk zijn.

De vrouw leed aan hevige pijn als gevolg van haar aandoeningen. Zij had door de botontkalking onder meer pijn in haar ribben en onderrug, uitstralend naar haar benen. Behandelingen tegen de pijn werkten niet of waren niet mogelijk door de slechte nierfunctie van de vrouw. Zij hield de pijn niet meer vol en was bang voor een verdere toename ervan. Daarnaast leed zij onder het verlies van haar autonomie en het gebrek aan perspectief op verbetering. Zij wilde absoluut niet verder aftakelen en zorgafhankelijk worden. Zij vroeg haar huisarts om euthanasie.

63 De vrouw wilde het liefst overlijden samen met haar echtgenoot, die eveneens ernstig ziek was en een euthanasieverzoek aan dezelfde arts had gedaan. Het echtpaar was meer dan zeventig jaar bij elkaar. De vrouw had de laatste jaren ondanks haar pijnklachten gezorgd voor haar echtgenoot, die steeds meer zorg nodig had. Zij bleef volhouden omdat zij haar echtgenoot niet alleen achter wilde laten. Door de snelle achteruitgang en de actuele euthanasiewens van haar echtgenoot was er voor haar uiteindelijk geen reden meer om nog langer tegen de pijn te vechten.

De vrouw had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Zij had elf jaar voor het overlijden een schriftelijk euthanasieverzoek opgesteld. Zes maanden voor het overlijden sprak zij met een collega van de arts over haar concrete euthanasiewens. De arts heeft de vrouw vervolgens bezocht en met haar over de euthanasiewens gesproken. In de maanden die volgden, bleef de vrouw haar euthanasiewens herhalen. Haar pijn nam toe tot op een punt waarop die voor haar ondraaglijk was. Anderhalve maand voor het overlijden heeft de vrouw de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

De arts raadpleegde een SCEN-arts als consulent, die twee keer een bezoek bracht aan de vrouw. Tijdens het eerste bezoek, drie weken voor het overlijden, sprak de consulent met de echtgenoot, waarbij de vrouw zelf op de achtergrond aanwezig was. De consulent kon het euthanasieverzoek van de vrouw op dat moment niet beoordelen, omdat hij nog niet

over haar medisch dossier beschikte. Nadat hij dit medisch dossier had ontvangen bezocht hij haar twee weken voor het overlijden nogmaals, waarbij hij (in aanwezigheid van haar echtgenoot) met haar in gesprek ging over haar situatie en euthanasieverzoek.

De commissie constateerde dat de arts in deze duo-euthanasie voor zowel de vrouw als haar echtgenoot dezelfde consulent raadpleegde. Zij heeft daarom de arts en consulent uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

Tijdens deze toelichting bleek dat zowel de arts als de consulent niet op de hoogte was van het feit dat de arts bij een duo-euthanasie twee verschillende consulenten moet raadplegen. De consulent erkende dat hij bij het beoordelen van het euthanasieverzoek van de vrouw niet meer onafhankelijk was. Hij had immers geconcludeerd dat het euthanasieverzoek van haar echtgenoot, dat verbonden was met de euthanasiewens van de vrouw, aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voldeed. Hierdoor was er geen sprake meer van een afzonderlijke beoordeling en kon hij niet meer vrij en onpartijdig beoordelen of haar euthanasieverzoek eveneens aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voldeed.

64

De commissie oordeelde dat de arts niet had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen inzake het raadplegen van tenminste één andere, onafhankelijke arts per patiënt. Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

Deze melding is op de website vinden onder nummer 2024-006.

GROTE BEHOEDZAAMHEID BIJ PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Als een verzoek om euthanasie (grotendeels) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening, wordt van de arts grote behoedzaamheid gevraagd. Die behoedzaamheid betreft vooral de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van haar verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij deze patiënten altijd psychiatrische expertise moet inroepen. Doel van het inroepen van psychiatrische expertise is dat de arts zich goed laat voorlichten en kritisch reflecteert op de eigen overtuiging (zie EuthanasieCode 2022, p. 46-47).

In de volgende melding werd niet voldaan aan het vereiste van het raadplegen van een onafhankelijk psychiater. De arts voldeed daarom niet aan de gevraagde grote behoedzaamheid.

GEEN ONAFHANKELIJK PSYCHIATER GERAADPLEEGD

Dwangstoornis en wervelfractuur, geen psychiatrische expertise ingeroepen

Een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, leed meer dan vijftig jaar aan een dwangneurose. Zij was meermaals opgenomen geweest en had ook vele ambulante behandelingen gehad. De dwang was niet verdwenen, zelfs toegenomen. De dwangneurose uitte zich in smetvrees en poetsdwang. Ze had verschillende behandelingen geprobeerd. Ruim een jaar voor haar overlijden kreeg zij een wervelfractuur. Daardoor kreeg de vrouw ernstige rugpijn en kon zij niet meer toegeven aan haar poetsdwang. Dit gaf haar ondraaglijke stress.

De vrouw had ongeveer acht jaar eerder bij haar huisarts een euthanasiewens uitgesproken. Die wens had zij daarna meerdere keren herhaald. Ongeveer een maand voor haar overlijden had zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van euthanasie verzocht.

De arts raadpleegde een SCEN-arts als consulent. De consulent was geen psychiater. De arts heeft geen onafhankelijke psychiater geraadpleegd om te beoordelen of de vrouw wilsbekwaam was, haar lijden uitzichtloos en of er redelijke behandelopties waren.

De commissie heeft vastgesteld dat het euthanasieverzoek van de vrouw grotendeels voortkwam uit lijden als gevolg van een psychische aandoening, namelijk een dwangneurose. Daarnaast was er lichamelijk lijden door een wervelfractuur.

De arts heeft aangegeven dat de dwangneurose al decennia aanwezig was. De klachten door de wervelfractuur namen het vermogen weg om met de dwangneurose om te gaan. De arts was ervan overtuigd dat het verzoek van de vrouw vrijwillig en weloverwogen was. Hij kende de vrouw al dertig jaar. Volgens de arts kon de vrouw ook de consequenties van haar verzoek overzien. Daarom heeft de arts niet overwogen om een psychiater te raadplegen. Wel had hij de consulent gevraagd of die vond dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk was. De consulent had aangegeven dat die niet noodzakelijk was en concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts was geheel afgegaan op de conclusie van de consulent.

De commissie heeft in haar oordeel uitgelegd dat ze van een arts grote behoedzaamheid verwacht wanneer het euthanasieverzoek voorkomt uit een psychische aandoening. De arts had een psychiater moeten raad-

plegen omdat het lijden van de vrouw voortkwam uit haar psychische aandoening. De arts en de consulent beschikten niet over specifieke kennis over psychische aandoeningen. Omdat er geen onafhankelijk psychiater is geraadpleegd, is geen grote behoedzaamheid betracht.

De commissie heeft nog opgemerkt dat het op de weg van de consulent had gelegen om de arts erop te wijzen dat ten onrechte nog geen onafhankelijk psychiater was geraadpleegd. De arts is echter zelf verantwoordelijk voor het euthanasietraject en dient zichzelf op de hoogte te stellen van de relevante wet- en regelgeving en richtlijnen.

De commissie oordeelde dat de arts niet had voldaan aan de zorgvuldigheidseis dat hij in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, dat het lijden uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin de vrouw zich bevond.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts voldaan.

Deze melding is op de website vinden onder nummer 2024-015.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

De RTE hanteert bij de toetsing van de medische zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2021 als leidraad. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis hanteren de commissies de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2021 (hierna: de Richtlijn) als leidraad. De Richtlijn geeft artsen en apothekers advies over een in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De Richtlijn geeft de middelen van eerste keuze aan en noemt ook middelen die worden afgeraden (Euthanasie-Code 2022, pagina 36).

De Richtlijn schrijft op pagina 17 het volgende voor: “Als een patiënt niet of onvoldoende reageert op de dosering thiopental of propofol moet ervan uit worden gegaan dat het middel naast het vat is gespoten. Dit hoeft niet altijd zichtbaar te zijn als een bult. Er zal opnieuw een infuusnaald moeten worden ingebracht en de procedure zal opnieuw moeten worden uitgevoerd. Ter controle: als een infuusnaald goed is geplaatst, komt er bij opzuigen bloed uit de naald.”

Op pagina 20 van de Richtlijn staat: “Het spierrelaxans mag alleen worden toegediend aan een patiënt met een adequate bewustzijnsverlaging. Bij de geringste twijfel hieraan moet eerst alsnog een adequate bewustzijnsverlaging worden geïnduceerd door intraveneuze toediening van (meer) coma-inductor. Het spierrelaxans wordt direct toegediend na het vaststellen van een adequate bewustzijnsverlaging. Lang wachten heeft als risico dat de bewustzijnsverlaging minder diep wordt op het moment dat het spierrelaxans wordt toegediend en de patiënt dan alsnog de werking van het spierrelaxans ervaart. De in deze richtlijn genoemde dosering spierrelaxans veroorzaakt na intraveneuze toediening binnen enkele minuten een volledige paralyse van alle dwarsgestreepte spieren, behalve die van het hart. Dit heeft ademstilstand en de dood door anoxemie tot gevolg.”

Volgens de RTE is adequaat vastgesteld dat het bewustzijn van de patiënt voldoende is verlaagd (de zogenoemde ‘comacheck’) als de arts heeft vastgesteld dat een reactie uitblijft op een beschermende reflex (zoals de wimperreflex en de corneareflex) óf een reactie op een pijn prikkel (flinke druk op het nagelbed of een kneep in de monnikskapspier) (Euthanasie-Code 2022, pagina 37).

UITVOERING NIET VOLGENS DE RICHTLIJN

Kanker, geen adequate comacheck bij gecompliceerde uitvoering

Bij een man, tussen de tachtig en negentig jaar oud, waren circa twee maanden voor het overlijden uitgebreide levermetastasen vastgesteld zonder bekende primaire tumor. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

De arts had in het modelverslag, een schriftelijke en een mondelinge toelichting aangegeven dat het uitvoeren van de levensbeëindiging niet probleemloos was verlopen. De arts had eerst de gebruikelijke dosering van de coma-inductor toegediend. Nadat de man hierop niet in coma raakte, diende de arts via hetzelfde infuus nogmaals een dosering coma-inductor toe en vervolgens een dosering spierverslapper.

Hoewel de arts bij de man na toediening van de tweede dosis coma-inductor een voldoende diep coma constateerde, overleed de man niet nadat de arts vervolgens de eerste dosis spierverslapper toediende. De arts belde daarop de ambulancedienst en liet een nieuw infuus aanleggen. De arts diende daarna een tweede dosis spierverslapper toe zonder op de daarvoor in de EuthanasieCode aangegeven wijze opnieuw vast te stellen of het coma nog steeds voldoende diep was (de comacheck). Direct daarna overleed patiënt. De gehele uitvoering heeft ongeveer zestig minuten geduurd.

De commissie stelde vast dat de arts bij het uitvoeren van de euthanasie niet volgens de Richtlijn heeft gehandeld. De arts had namelijk, nadat hij had vastgesteld dat de man onvoldoende reageerde op de eerste dosis coma-inductor, niet direct opnieuw een infuusnaald ingebracht (of in laten brengen) voordat hij voor de tweede keer de coma-inductor inspoot. De arts heeft toegelicht dat hij zo heeft gehandeld omdat hij op dat moment niet twijfelde aan het infuus.

Na de tweede dosis coma-inductor en vóór de eerste dosis spierverslapper heeft de arts adequaat vastgesteld dat het bewustzijn van de patiënt voldoende was verlaagd. Naar het oordeel van de commissie bestond er dan ook geen reëel risico dat de patiënt de negatieve gevolgen van de eerste dosering spierverslapper heeft kunnen ervaren. Het niet opnieuw inbrengen van een infuusnaald alvorens een tweede dosis coma-inductor toe te dienen, is niet conform de Richtlijn en de commissie benadrukt het belang van het handelen conform de Richtlijn. Toch is de commissie van oordeel dat de arts op dit punt niet medisch onzorgvuldig heeft gehandeld.

Dit geldt echter niet voor de fase ná het prikken van het nieuwe infuus. Toen na het toedienen van de eerste dosis spierverslapper de dood niet intrad en de arts aan het infuus begon te twijfelen, had de arts conform de Richtlijn de gehele procedure opnieuw moeten doorlopen. De arts heeft een nieuw infuus laten plaatsen, maar heeft vervolgens vóór het toedienen van de tweede dosis spierverslapper niet opnieuw een coma-inductor toegediend en ook geen adequate comacheck uitgevoerd zoals beschreven in de EuthanasieCode 2022. Door het lange tijdsverloop (circa dertig minuten) tussen de laatst uitgevoerde comacheck en het toedienen van de tweede dosis spierverslapper, is niet met voldoende zekerheid vast te stellen dat patiënt nog in een voldoende diep coma verkeerde.

De arts verklaarde dat hij de man continu heeft gemonitord en beoordeeld. Hij was ervan overtuigd dat de patiënt niets van het gehele verloop heeft meegekregen, op de fase tussen de twee doses coma-inductor na. Daarmee is echter naar het oordeel van de commissie niet voldoende het risico geminimaliseerd dat de patiënt de negatieve gevolgen van de tweede dosis spierverslapper zou ervaren. De arts moet te allen tijde het risico voorkomen dat de patiënt zich bewust is van het toedienen van de spierverslapper.

70

Omdat niet met voldoende zekerheid kon worden uitgesloten dat de patiënt de negatieve gevolgen van de tweede dosis spierverslapper heeft kunnen ervaren, kon de commissie niet anders dan oordelen dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig had uitgevoerd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

Deze melding is op de website vinden onder nummer 2024-005.

GEEN MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Kanker, onvolledige noodset, patiënte alleen gelaten

Een vrouw, tussen de zestig jaar en zeventig jaar oud, had uitgezaaide kanker. Genezing was niet meer mogelijk. Zij leed eronder dat ze misselijk was, pijn had en toenemend afhankelijk was, met daarbij het besef dat ze steeds verder achteruit zou gaan. Zij vroeg haar huisarts om euthanasie. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

De arts had op de dag van de euthanasie zelf een vlindernaaldje ingebracht bij de vrouw. Ze heeft nagegaan of de naald goed doorgankelijk was. Op het moment van de euthanasie heeft de arts opnieuw gecontroleerd of de naald gemakkelijk doorgespoten kon worden. Het viel de arts op dat de vrouw wat langzaam in slaap viel na het inspuiten van de coma-inductor. De arts heeft de diepte van het coma gecheckt, en daarna de spierverslapper zonder problemen ingespoten. De vrouw was diep in coma maar overleed niet.

71 In de noodset zat wel coma-inductor maar geen spierverslapper, deze lag op de praktijk in de koelkast. De arts is de spierverslapper zelf op gaan halen omdat de praktijk die dag gesloten was, waardoor niemand aanwezig was om de spierverslapper te brengen. Ze heeft de vrouw en haar familie ongeveer vijf minuten alleen gelaten. Wel had ze haar telefoonnummer gegeven, zodat de familie direct contact met de arts kon leggen. Na terugkeer heeft de arts een nieuw naaldje ingebracht en heeft daarna direct de spierverslapper ingespoten, zonder eerst de coma-inductor te herhalen. De vrouw overleed hierop na drie minuten. De arts beschouwde het inbrengen van het naaldje als pijnprikkel. Er zat ruim een uur tussen het toedienen van de eerste set euthanatica en de tweede dosis spierverslapper.

Toen was gebleken dat de vrouw niet overleed, heeft de arts wel opnieuw een naald ingebracht, maar heeft voorafgaand aan de spierverslapper niet de coma-inductor opnieuw ingespoten. Daarmee was er, gezien het tijdsverloop, een kans dat de vrouw de negatieve gevolgen van de spierverslapper heeft gemerkt. Ook nagaan hoe diep het coma is, is daarvoor belangrijk. Bovendien heeft de arts de vrouw en familie alleen gelaten, waardoor de arts niet op onverwachte situaties zou kunnen reageren.

De commissie oordeelde dan ook dat de arts de euthanasie niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

Deze melding is op de website vinden onder nummer 2024-004.

UITVOERING NIET VOLGENS DE RICHTLIJN, COMACHECK

Een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, had uitgezaaide kanker. Zij ging snel achteruit en leed ondraaglijk aan pijn, misselijkheid, benauwdheid en aan verlies van haar zelfstandigheid. Zij vroeg haar huisarts om euthanasie. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

Nadat de arts het infuus had gecontroleerd door bloed op te zuigen, kon zij zonder moeite de coma-inductor inspuiten. De vrouw viel in slaap maar reageerde op de wimperreflex en op de pijnprikkel. Er was geen sprake van een zwelling bij het infuus. Na verloop van tijd heeft de arts dormicum toegediend om de vrouw rustiger te laten worden zodat ze wel weg kon zakken in coma. Dit gebeurde echter niet. De arts heeft meermalen de pijnprikkel herhaald, maar de vrouw bleef reageren.

Na veertig minuten heeft de arts besloten de arts in opleiding tot specialist, die haar vergezelde, de noodset te laten halen die op de praktijk in de koelkast lag. Samen hebben ze de injecties klaargemaakt voor gebruik. Hierna bleek de vrouw wel diep in coma en niet meer te reageren op de wimperreflex en pijnprikkel. Inmiddels waren ongeveer tachtig minuten verstreken sinds het toedienen van de coma-inductor. Toen de arts vervolgens het infuus controleerde, merkte ze dat dat niet meer doorgankelijk was. Daarop heeft ze de ambulancedienst gebeld en die heeft twintig minuten later een nieuw infuus ingebracht. Hierop reageerde de vrouw niet.

Direct aansluitend heeft de arts toen de spierverslapper ingespoten. Ze heeft geen extra dosis coma-inductor toegediend, omdat ze ervan overtuigd was dat de vrouw diep in coma was. De arts weet, door de hectiek van het proces en doordat ze tijdens het hele proces voortdurend bezig was geweest om de diepte van het coma te controleren, niet meer zeker of ze dit ook heeft gedaan direct voordat de spierverslapper had toegediend. Ook heeft ze het inbrengen van het infuus geïnterpreteerd als pijnprikkel. Vier minuten na het toedienen van de spierverslapper is de vrouw overleden.

Het is onvoldoende zeker dat de vrouw het effect van de spierverslapper niet heeft kunnen ervaren, gezien de lange tijd tussen het toedienen van de coma-inductor en de spierverslapper, en omdat de diepte van het coma vlak voor het toedienen van de spierverslapper niet met zekerheid is gecontroleerd.

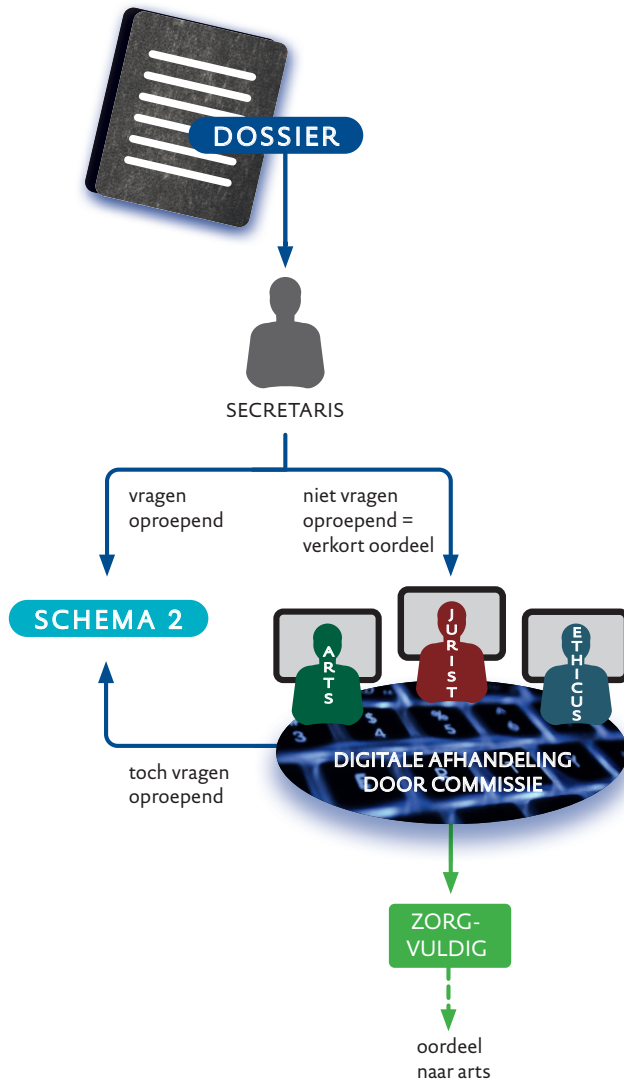
De commissie oordeelde dan ook dat de arts de euthanasie niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

Deze melding is op de website vinden onder nummer 2024-049.

SCHEMA'S VAN DE VO/NVO ROUTE. SCHEMA 1, 2 EN 3

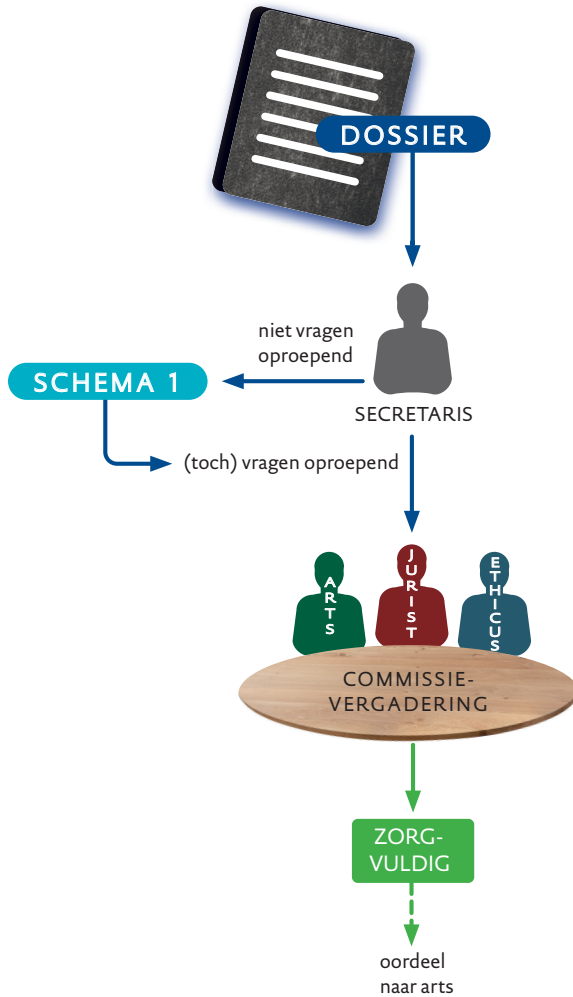
SCHEMA 1

CA. 94,5% VAN DE MELDINGEN
(NIET VRAGEN OPROEPEND)



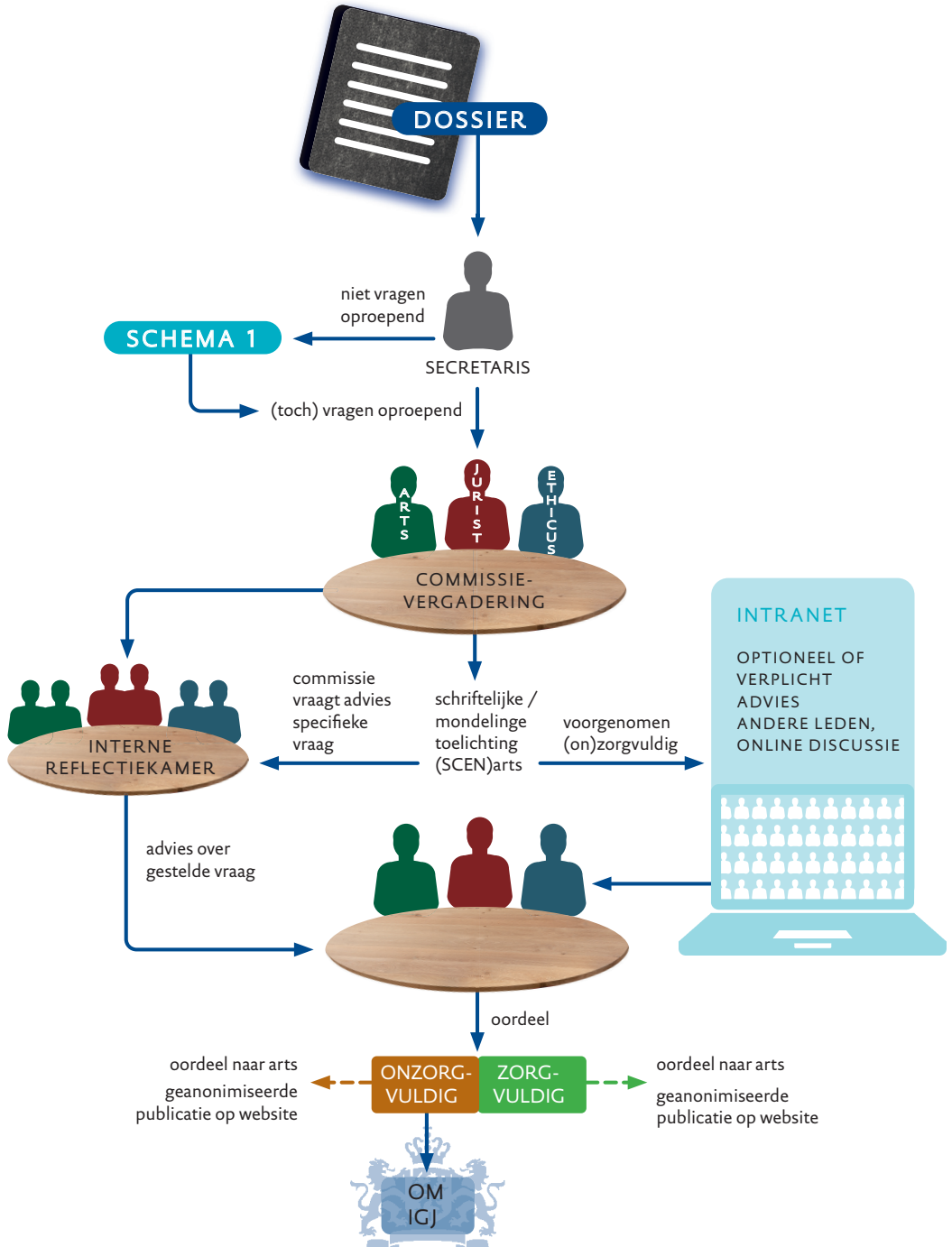
SCHEMA 2

CA. 5,5% VAN DE MELDINGEN
(VRAGEN OPROEPEND)



SCHEMA 3

< 1% VAN DE MELDINGEN
(ROUTE VAN NIET VRAAG OPROEPEND NAAR
(TOCH) VRAAG OPROEPEND)



COLOFON

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

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

Maart 2025