



**Regionale
toetsingscommissies
euthanasie**

—
Jaarverslag **2010**

Inhoud

Voorwoord	3
Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2010	
Meldingen	5
Website	5
Medisch zorgvuldige uitvoering	6
“Klaar met leven”	6
Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen	
Zorgvuldigheidseisen algemeen	8
Zorgvuldigheidseisen specifiek	10
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	10
Psychiatrische ziekte of stoornis	10
Klachten van depressieve aard	10
Dementie	11
Schriftelijke wilsverklaring	11
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	27
Dementie	35
Psychiatrische ziekte of stoornis	35
Coma	35
Palliatieve sedatie	36
c. Voorlichting aan de patiënt	36
d. Geen redelijke andere oplossing	37
e. Consultatie	40
f. Medisch zorgvuldige uitvoering	46
Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies	
Wettelijk kader	54
Rol van de commissies	54
Bijlagen	
I Overzicht van meldingen	58
II Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen waarover door de commissies is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	
- 2010	66
- 2009 nagekomen afhandeling door OM en IGZ van enkele in het jaarverslag 2009 gepubliceerde casus	68
III Wettekst	70

Voorwoord

Zeer geachte lezer,

Voor u ligt het jaarverslag 2010 van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's), waarin zij verantwoording afleggen over de wijze van toetsing op grond van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). Het jaarverslag biedt inzicht in het aantal ontvangen meldingen, de aard van de gemelde gevallen, de oordelen van de commissies en de daarbij gemaakte afwegingen.

Evenals in de voorgaande zes jaren is het aantal meldingen ingevolge de WTL in 2010 gestegen: van 2636 in 2009 naar 3136 in 2010, een forse stijging van 19%. De oorzaak van het ieder jaar weer verder stijgend aantal meldingen is niet bekend. In dit verslagjaar is een aanvang gemaakt met het, ook in eerdere jaarverslagen aan de orde gestelde, evaluatieonderzoek naar de werking van de WTL. Naar verwachting zullen de resultaten van dit onderzoek eind 2012 bekend worden.

De commissies hebben in 2010 over 2667 van de 3136 meldingen een oordeel kunnen geven. In 2010 heeft VWS enige uitbreiding van de personele formatie toegestaan. Dit heeft echter niet kunnen voorkomen dat de reeds bestaande achterstanden verder opliepen. De wettelijke termijn waarbinnen de commissies tot een oordeel behoren te komen werd daardoor in meerdere gevallen in ernstige mate overschreden. Dit is een ongewenste en met de wet strijdige situatie.

De commissies betreuren dit ten zeerste en hebben dit ook aan de meldend artsen kenbaar gemaakt.

De commissies, leden én secretariaten, hebben dan ook alles in het werk gesteld om genoemde problemen het hoofd te bieden. Een eigen werkgroep "werkwijze" heeft een aantal voorstellen gedaan om de beoordeling van meldingen door commissies -uiteraard met behoud van kwaliteit- nog efficiënter te laten verlopen. Deze voorstellen zullen worden getoetst door het uitvoeren van pilots in twee regio's. In de zomer van 2011 gaat de uitvoering daarvan van start.

Dat het zelfgekozen levenseinde in de samenleving aandacht heeft, blijkt uit een aantal in 2010 tot stand gekomen initiatieven. Zo presenteerde de initiatiefgroep "Uit Vrije Wil" een wetsvoorstel, deed de NVVE een haalbaarheidsonderzoek naar een "levenseindekliniek" en initieerde de KNMG, aan de hand van een gepubliceerd conceptstandpunt, een discussie over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde.

De leden van de commissies hebben daar vanzelfsprekend met belangstelling kennis van genomen.

De commissies vinden het, uitgaande van hun eigen verantwoordelijkheid en gelet op hun onafhankelijke positie en toetsende rol, niet op hun weg liggen een standpunt in te nemen ten aanzien van genoemde initiatieven.

Het is de taak van de commissies het handelen van de meldend arts achteraf te toetsen aan de hand van de in artikel 2 van de wet (WTL) vastgelegde zorgvuldigheidseisen, waarbij zij overwegen of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Een belangrijk punt van (voortdurende) aandacht is het eenduidig optreden van de commissies bij het beoordelen van de meldingen.

Met in achtneming van het uitgangspunt dat iedere individuele melding naar de eigen,

specifieke omstandigheden van het “geval” moet worden beoordeeld, is het streven permanent gericht op harmonisatie van de oordelen. Ook in 2010 hebben de commissies daartoe themabijeenkomsten gehouden, waaraan juristen (w.o. de secretarissen), artsen en ethici van de commissies hebben deelgenomen.

In hoofdstuk I kunt u daarover meer lezen.

Van de 2667 meldingen, waarover de commissies dit verslagjaar een oordeel hebben kunnen geven, hebben zij in 9 gevallen geoordeeld dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In 6 hiervan werd de wijze waarop de uitvoering van de euthanasie of hulp bij zelfdoding had plaatsgevonden als onzorgvuldig beoordeeld.

Reden om een symposium, ter gelegenheid van het afscheid van coördinerend voorzitter Mr J.J.H. Suyver in december 2010, te wijden aan het onderwerp “Medisch verantwoorde uitvoering” van euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Jan Suyver wil ik mede namens de commissies dank zeggen voor zijn grote inzet voor de commissies. Hij is coördinerend voorzitter geweest in een periode van voortdurende stijging van het aantal meldingen, toenemende capaciteitsproblemen en overbelasting bij de secretariaten en heeft daarbij steeds gehandeld uit zorg voor “zijn” mensen, maar vooral in het besef dat goed functionerende commissies en hoge kwaliteit van toetsing -het sluitstuk van de euthanasieprocedure- voorwaarde zijn voor een verantwoorde uitvoering van het Nederlandse euthanasiebeleid.

Bij een aantal toetsingscommissies hebben in 2010 leden, sommigen van hen sinds 1998 lid, dus van “het eerste uur”, hun functie neergelegd (zie omslag).

Ook hen zijn wij veel dank verschuldigd.

De commissies vernemen graag uw eventuele feedback.

Mr W.J.C. Swildens-Rozendaal

Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie

Den Haag, augustus 2011

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2010

In 2010 zijn de volgende ontwikkelingen relevant.

Meldingen

In 2010 hebben de regionale toetsingscommissies euthanasie (hierna: de commissies) 3136 meldingen van levensbeëindiging op verzoek (veelal aangeduid als “euthanasie”) of hulp bij zelfdoding ontvangen¹.

In 2009 bedroeg dat aantal 2636; dit betekent een stijging van 19%. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) zal opnieuw worden geëvalueerd; het evaluatieonderzoek, dat inmiddels is aangevangen, zal ook de sterke toename van meldingen onderzoeken.

De commissies hebben in 2010 van de 3136 meldingen 2667 gevallen beoordeeld. De verhouding instroom / afdoening van meldingen is al enige tijd een bron van grote zorg voor de commissies.

Door de substantiële toename van het aantal meldingen, die nu al een aantal jaren plaatsvindt en de daardoor ontstane capaciteitsproblemen, met name bij de secretariaten, zijn achterstanden ontstaan. In het voorjaar van 2010 heeft het ministerie van VWS enige, maar nog niet voldoende, uitbreiding van de personele formatie toegestaan. Helaas werden de secretariaten tegelijkertijd geconfronteerd met langdurig zieken, waardoor bestaande achterstanden niet konden worden weggewerkt en het ontstaan van nieuwe niet kon worden voorkomen. De termijn van afhandeling van meldingen is daardoor inmiddels onaanvaardbaar lang geworden. De commissies betreuren dit ten eerste; tijdigheid van afdoening en voldoen aan de wettelijke vereisten is essentieel voor het in hen gestelde vertrouwen.

De leden van de commissies stellen samen met de secretariaten daarom alles in het werk om het hoofd te bieden aan deze problematiek. Zo werd o.a. een werkgroep “werkwijze” ingesteld, die begin 2011 voorstellen heeft gepresenteerd om de werkwijze van de commissies, vanzelfsprekend binnen de kaders van de WTL, nog efficiënter in te richten.

De commissies hebben in de door hen beoordeelde zaken getoetst de uitvoerend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan als bedoeld in de WTL. In 9 gevallen kwamen de commissies tot de conclusie dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan. Van een aantal van laatstgenoemde oordelen –evenals van enige oordelen waarbij de commissies concludeerden dat wel aan deze eisen was voldaan– worden de essentiële gedeeltes in Hoofdstuk II, Zorgvuldigheidseisen Specifiek, onder de desbetreffende zorgvuldigheidseis als casus beschreven².

Website

Het is de bedoeling dat alle oordelen, waarin de commissies tot de conclusie kwamen dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan, integraal worden gepubliceerd via de website van de commissies: www.euthanasiecommissie.nl.

Ook worden oordelen waarbij de commissies tot de conclusie kwamen dat de arts wél conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld op de website opgenomen. Oordelen, waarbij door publicatie de anonimiteit van de patiënt in gevaar kan komen, worden om die reden niet gepubliceerd. In 2010 konden, door de toename van het aantal meldingen gedurende de afgelopen jaren en omdat de capaciteit van de ondersteuning van de commissies niet navenant toenam, opnieuw helaas geen oordelen voor publicatie worden bewerkt en derhalve niet worden gepubliceerd.

De commissies streven ernaar de publicatie van oordelen op de -geheel vernieuwde- website in de loop van 2011 te hervatten.

¹ De cijfers – zowel algemeen als uitgesplitst per regio – zijn opgenomen als bijlage I

² De als casus opgenomen passages van het oordeel hebben met name betrekking op de desbetreffende zorgvuldigheidseis. Van zaken, waarin de commissies vanwege -vrijwel identieke- gebreken bij de uitvoering tot het oordeel “niet conform de zorgvuldigheidseisen” kwamen, zijn enkele als voorbeeld opgenomen.

Medisch zorgvuldige uitvoering

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

Voor de commissies is in beginsel het advies van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij te bevordering van de Pharmacie (KNMP) voor de methode, gebruik van middelen en dosering leidraad. Het WINAp heeft in deze Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding 2007 (verder te noemen de Standaard Euthanatica) opgenomen welke middelen -en dosering daarvan- zij adviseert of juist afraadt bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

In 2008 hebben de commissies in Medisch Contact gewezen op de Standaard en aangekondigd dat zij de Standaard 2007 als leidraad zullen blijven hanteren.³

De commissies constateren dat in 2010 meer meldend artsen de Standaard 2007 hebben gevolgd.

Ook in 2010 zijn de commissies geconfronteerd met het gebruik van middelen die niet in de Standaard Euthanatica worden geadviseerd en met meldingen waarin de dosering van de gebruikte euthanatica niet is vermeld of niet overeenstemt met het advies in de Standaard.

In die gevallen hebben de commissies de arts altijd gevraagd nader te motiveren waarom van de Standaard is afgeweken. Helaas moesten de commissies constateren dat genoemd afwijken niet altijd voldoende kon worden gemotiveerd. Zij kwamen in dit verslagjaar in 5 gevallen tot het oordeel dat de arts bij de keuze of dosering van de euthanatica niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.⁴

Van vrijwel identieke zaken worden enkele hierna als casus beschreven.

Een gezamenlijke werkgroep van de KNMP c.q. haar Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers WINAp en de KNMG heeft in 2010 een aanvang gemaakt met het opstellen van een nieuwe Standaard Euthanatica. De commissies hebben, desgevraagd, informatie over hun ervaring bij het beoordelen van de uitvoering van euthanasie -uiteraard in algemene zin en dus anoniem- aan de werkgroep ter beschikking gesteld.

Zelf hebben de commissies in december 2010 een symposium aan dit onderwerp gewijd, waaraan ook vertegenwoordigers van KNMP/ WINAp en KNMG hebben deelgenomen.

Daar werd nogmaals bevestigd dat de commissies de Standaard Euthanatica 2007 als leidraad hanteren totdat een nieuwe Standaard verschijnt en dat het afwijken van de standaard door de arts afdoende dient te worden gemotiveerd.

“Klaar met leven”

De commissies ontvingen ook in dit verslagjaar meldingen, waarbij in de beschrijving van de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt door de arts wordt gesproken van “klaar met leven”. Daarmee lijken die artsen echter niet precies hetzelfde te willen uitdrukken als wat in de maatschappelijke discussie met de term wordt bedoeld. Zij willen met die term tot uitdrukking brengen dat het lijden, en daarmee het leven door die patiënt als ondraaglijk wordt ervaren, reden waarom deze dit wenst te beëindigen.

Zoals hierna in Hoofdstuk II, zorgvuldigheidseisen specifiek onder b. meer uitvoerig is beschreven, wordt de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt, behalve door diens actuele situatie, bepaald door het door hem ervaren toekomstperspectief, zijn fysieke en psychische draagkracht en zijn eigen persoonlijkheid.

Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart is voor een andere patiënt ondraaglijk.

Geconfronteerd met de maatschappelijke discussie rond -kort gezegd- het thema “klaar met leven”⁵ en het gegeven dat ook artsen met enige regelmaat, bij het melden van euthanasie of hulp bij zelfdoding in hun verslag, met deze of in soortgelijke bewoordingen de ondraaglijkheid van het lijden toelichten, voelden de commissies de behoefte dit thema gezamenlijk te bespreken.

In het najaar van 2010 is een bijeenkomst aan dit onderwerp gewijd, waaraan artsen, ethici en juristen van alle commissies hebben deelgenomen. Belangrijk doel van dergelijke, regelmatig gehouden bijeenkomsten is de harmonisatie van oordelen van de commissies.

De commissies toetsen het handelen van de arts aan de hand van de in de WTL opgenomen zorgvuldigheidseisen. De wetgever beoogde met deze wetgeving de jurisprudentie van de Hoge Raad en de daarin uitgekristalliseerde zorgvuldigheidscriteria te codificeren. De commissies nemen bij de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen deze jurisprudentie in acht.

³ MC nr. 4, november 2008

⁴ De zesde casus waarin de commissie tot het oordeel kwam dat m.b.t. de uitvoering niet conform de zorgvuldigheidseisen was gehandeld betrof een hulp bij zelfdoding verlenende de arts, die afwezig was op het moment dat de patiënt de euthanatica innam; deze casus, die in 2009 plaatsvond, is reeds in het jaarverslag 2009 gepubliceerd; de ondertekening en formele afhandeling vonden echter in 2010 plaats

⁵ De commissies gebruiken deze term zelf niet

Voor de “klaar met leven” discussie is met name het Brongersma-arrest van de Hoge Raad (HR) relevant.⁶ De casus zelf speelde zich af vóór het van kracht worden van de wet, de uitspraak van de HR werd daarna gedaan. Daarin werd gesteld dat het lijden zijn oorsprong in overwegende mate moet vinden in een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening. Voor het beoordelen van lijden ten gevolge van “levensmoeheid” heeft de arts in de ogen van de HR, die naar de wetsgeschiedenis verwijst, niet de vereiste deskundigheid, dit valt niet binnen het medisch domein (“Omdat die arts zich dan begeeft op een terrein dat buiten zijn professionele competentie ligt, zal hij zich niet als medicus een oordeel mogen vormen over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van dat lijden”).

Duidelijk is dat de wetgever niet heeft beoogd de WTL van toepassing te verklaren op euthanasie op grond van “klaar met leven”, met name ook omdat de maatschappelijke discussie hierover nog niet had plaatsgevonden.⁷

In verschillende bewoordingen wees het kabinet op het ontbreken van een eenduidige opvatting binnen de medische beroepsgroep met betrekking tot het onderwerp “klaar met leven” en gaf het aan dat een maatschappelijk debat daarover nog niet was gevoerd: “het is echter nog een niet uitgediscussieerd element in onze samenleving”.⁸

Voor de commissies is de wetsgeschiedenis een belangrijk gegeven.

Omdat euthanasie en hulp bij zelfdoding ten tijde van het overlijden van de heer Brongersma nog zonder meer strafbare feiten waren, moest de HR oordelen over de vraag of de arts zich met vrucht kon beroepen op overmacht in de zin van noodtoestand bestaande uit een conflict van plichten. Met het van kracht worden van de WTL werd gelijktijdig de strafbaarheid opgeheven van euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts, mits hij deze meldt en zich aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehouden.

Bij het toetsen door de commissies in het kader van de WTL is, anders dan in geval van een beroep op overmacht, sprake van een marginale toetsing: heeft de meldend arts in redelijkheid tot de overtuiging kunnen komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts moet dit voor de RTE aannemelijk maken. De commissies overwogen daarbij of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Bij alle meldingen die de RTE's hebben beoordeeld was de

oorzaak van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden steeds in overwegende mate terug te voeren op een medisch classificeerbare ziekte of aandoening.
(zie als voorbeeld casus 11)

⁶ HR 24 december 2002, NJ 2003, 167

⁷ Zie Handelingen II, 23-11-2000, TK 27-2254; MvA, Kamerstukken I, 2000-2001, 26691, nr. 137b, blz. 32; MvA, Kamerstukken I, 2000-2001, 26691, nr. 137b, blz. 34 e.a.

⁸ Zie o.a. Kamerstukken II 2000-2001, 26691, nr. 22, blz. 76

Hoofdstuk II **Zorgvuldigheidseisen**

Zorgvuldigheidseisen algemeen

De commissies toetsen achteraf het handelen van de meldend arts aan de hand van de in artikel 2 van de wet (WTL) vastgelegde zorgvuldigheidseisen.

Deze zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

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

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

Het komt een enkele maal voor dat er bij artsen onduidelijkheid bestaat over hun rol(verdeling) bij de (uitvoering van de) levensbeëindiging; bijvoorbeeld als een meldend arts de euthanasie niet zelf heeft uitgevoerd. Dan zal de uit-

voerend arts de melding alsnog moeten ondertekenen en wordt hij door de commissies als meldend arts beschouwd.⁹

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

Het is de commissies opgevallen dat in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van het nieuwe verslagmodel. De daarin geformuleerde vragen bieden de meldend arts een goed handvat om voor de commissie inzichtelijk te maken hoe aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Toch hebben de commissies soms behoefte aan nadere informatie; veelal kan dan worden volstaan met het geven van telefonische of schriftelijke aanvullingen. Maar er zijn situaties waarin de commissies de voorkeur geven aan een persoonlijk gesprek met de arts om zo beter inzicht te krijgen in het besluitvormingsproces rond het levenseinde van de patiënt of in de gang van zaken bij de uitvoering.

De commissies realiseren zich dat zo een gesprek met de commissie voor de arts -niet alleen door het tijdsbeslag- een belasting betekent.

Zij hechten er aan te beklemtonen dat een gesprek met de commissie tot doel heeft de arts in de gelegenheid te stellen de melding, waarover (ook na door de arts schriftelijk verstrekte nadere aanvullingen) bij de commissie onduidelijkheid is blijven bestaan, nader toe te lichten. Zonder deze toelichting zou de commissie niet in staat zijn tot het oordeel te komen dat de arts conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Dit gesprek geeft de arts de gelegenheid zich toetsbaar op te stellen, wat overigens ook van hem mag worden verwacht.

Verreweg de meeste meldingen gaven ook in 2010 tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie of vragen. In die gevallen kon de commissie snel tot het oordeel komen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

(casus 1 is als voorbeeld van een dergelijke melding opgenomen)

⁹ Zie artikel 3, eerste lid van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de RTE's, vastgesteld op 21 september 2006

Casus 1

Aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan; geen bijzonderheden

Oordeel: zorgvuldig

Patiënt, een man tussen de 20 en 30 jaar, kreeg begin 2009 klachten die werden veroorzaakt door een vorm van jeugdanker. De tumor bevond zich in de thoraxwand, er was sprake van beenmergmetastasen.

Patiënt werd behandeld met zware chemokuren. In de herfst van 2009 werd de tumor operatief weggenomen. Patiënt kreeg vervolgens nog een chemokuur, eind 2009 een stamceltransplantatie en begin 2010 radiotherapie.

Er ontstonden desondanks weer ernstige pijnklachten door metastasen verspreid in het lichaam, die met palliatieve chemo- en radiotherapie werden behandeld. De pijnbestrijding ging gepaard met hinderlijke bijwerkingen.

Hij kreeg fentanyl pleister, methadon en Oramorf, maar bleef ondraaglijke pijn houden. Zijn conditie ging hard achteruit en de laatste week was hij volledig bedlegerig geworden.

Vanwege urineretentie kreeg hij de laatste dagen een verblijfskatheter.

Het lijden van patiënt bestond uit hevige pijnen in zijn hele lichaam, algeheel krachtsverlies en de totale afhankelijkheid van de zorg van anderen.

Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk.

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

Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Palliatieve sedatie werd door patiënt afgewezen. Hij wilde niet met hogere pijnstilling en slaapmedicatie in bed op de dood liggen wachten.

Twee dagen voor het overlijden had patiënt de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. Hij had het verzoek daarna herhaald. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

Als consulent werd benaderd een onafhankelijke specialist, tevens SCEN-arts. Deze bezocht patiënt een dag voor het overlijden. Patiënt had nog geen methadon ingenomen, omdat hij zo helder mogelijk wilde zijn. Tijdens de toelichting van zijn euthanasieverzoek was patiënt helder.

Hij maakte een bleke indruk. De consulent zag dat patiënt een paar maal vertrok van de pijn. Volgens de consulent bestond het lijden van patiënt vooral uit de steeds heviger wordende pijn en het feit dat hij niet meer uit bed kon. Dit tezamen met het vooruitzicht dat het alleen maar slechter zou worden, maakte het lijden voor patiënt ondraaglijk. Het lijden was uitzichtloos.

Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten.

Volgens de consulent was er sprake van wilsbekwaamheid. Patiënt was in staat zijn euthanasiewens te overzien en te verwoorden. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van 2000 mg Pentothal en 20 mg Pavulon.

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

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts

tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënt en dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste een andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging zorgvuldig uitgevoerd.

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

In een aantal gevallen daarentegen heeft de melding aanleiding gegeven tot diepgaande en langdurige discussie in de commissie.

De overige in dit hoofdstuk opgenomen casus zijn voorbeelden van casuïstiek die aanleiding heeft gegeven tot discussie en meestal tot het stellen van vragen.

Anders dan in casus 1, waarin op het oordeel van de commissie over alle zorgvuldigheidseisen wordt ingegaan, is bij de overige casus die beschrijving veelal toegespitst op die relevante gedeelten daarvan die als voorbeeld dienen m.b.t. de beoordeling van de beschreven specifieke zorgvuldigheidseisen.

Zorgvuldigheidseisen specifiek

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

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

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

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

Drie punten zijn daarbij van belang:

1. Het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding moet door de patiënt zelf zijn gedaan.
2. Het verzoek moet vrijwillig zijn.
Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten. De patiënt moet in het bezit zijn van het geestelijk vermogen om zijn wil

vrij te bepalen (interne vrijwilligheid) en hij moet zijn wil hebben geuit zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid).

3. Het verzoek moet weloverwogen zijn. Dat betekent dat er een zorgvuldige afweging heeft plaatsgevonden op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht. De patiënt is wilsbekwaam indien hij in staat kan worden geacht het verzoek intern vrijwillig en weloverwogen te doen.

Psychiatrische ziekte of stoornis

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

Wanneer andere artsen als deskundigen zijn geraadpleegd is het van belang ook hun oordeel aan de commissie kenbaar te maken.

In 2010 zijn twee meldingen binnengekomen van euthanasie of hulp bij zelfdoding op basis van psychiatrische problematiek, in beide gevallen depressie (zie als voorbeeld casus 5).

Klachten van depressieve aard

Ook in dit verslagjaar zijn er meldingen binnengekomen waarbij een patiënt, naast het lijden dat hij ondervond ten

gevolge van een of meer somatische aandoeningen, ook klachten had van depressieve aard. Vaak dragen deze klachten bij aan de lijdensdruk (zie als voorbeeld casus 13). Omdat niet is uitgesloten dat door een depressie de wilsbekwaamheid wordt beïnvloed, wordt in geval van twijfel over de vraag of er sprake is van een depressie in de praktijk doorgaans het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consulent benaderde onafhankelijke arts. Een arts moet dus (laten) vaststellen dat een patiënt wilsbekwaam is. Wanneer andere artsen als deskundigen zijn geraadpleegd is het van belang dit aan de commissie kenbaar te maken.

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

Dementie

Alle in 2010 behandelde meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten die leden aan een dementieel syndroom, 25 in totaal, zijn door de commissies als zorgvuldig beoordeeld. Het ging daarbij om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen van verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht omdat zij de gevolgen van hun verzoek (nog) goed konden overzien. Casus 6, 7 en 8 zijn daar illustraties van. De commissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces van dementeren bevinden in het algemeen met extra prudentie moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging.

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

Wanneer een patiënt in de beginfase van dementie verkeert, is het raadzaam dat naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld nog één of meer deskundigen worden geraadpleegd, waaronder bij voorkeur een geriater of psychiater. In dergelijke gevallen zijn, naast de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid en -met name- de ondraaglijkheid van het lijden belangrijke aspecten bij de besluitvorming door de arts. De arts moet in zijn beoordelingsproces in dergelijke situaties extra behoedzaam zijn en dit ook voor de commissie inzichtelijk maken.

Schriftelijke wilsverklaring

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

vrijwel altijd plaats in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dan dus mondeling gedaan. Het gaat er primair om dat er tussen arts en patiënt duidelijkheid bestaat over het verzoek van de patiënt.

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

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

Wanneer de patiënt wél in staat is zijn wil te uiten en om levensbeëindiging kan verzoeken, dan kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan meer duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen. Een handgeschreven verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, levert doorgaans een persoonlijke, aanvullende onderbouwing op en heeft daarom meer betekenis dan een voorgedrukt formulier, zeker als de tekst in conditionele bewoordingen is gesteld.

In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld eist de WTL geen schriftelijke wilsverklaring. In de praktijk kan de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring het beoordelingsproces achteraf weliswaar gemakkelijker maken, maar de commissies willen benadrukken dat het niet de bedoeling is om, soms nog kort voor het overlijden, onder moeilijke omstandigheden zo een verklaring te laten opstellen en daardoor onnodig druk op de betrokkenen te leggen.

De arts kan zelf ook bijdragen aan die hiervoor genoemde duidelijkheid door in zijn journaal de wens tot levensbeëindiging van de patiënt en het daarbij behorende besluitvormingsproces van hem en zijn patiënt te documenteren. Dat is ook van belang voor waarnemers en anderen die bij de besluitvorming zijn betrokken.

Casus 2

Vrijwillig en weloverwogen verzoek van wilsbekwame patiënte met afasie

Oordeel: zorgvuldig

Bij een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, werden begin 2009 metastasen van eerdere, niet te genezen carcinomen aangetoond in buikwand, longen en hersenen. Onder hormonale therapie was er sprake van een progressie in plaats van een vermindering van de metastasen. Begin 2010 maakte zij een periode van afasie door. Patiënte startte met dexamethason en werd ook radiotherapeutisch behandeld. Zij kreeg een epileptisch insult en werd binnen enkele dagen afatisch. Uiteindelijk verslechterde haar situatie ernstig.

De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit bedlegerigheid, sufheid en angst voor een epileptisch insult, het feit dat zij zich niet meer verbaal kon uiten en de uitzichtloosheid van haar situatie. Zij leed ook pijn, maar zij wilde geen morfine, zij wenste dat haar lijden zou stoppen. De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte, een voorheen positief ingestelde vrouw, ondraaglijk was.

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

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

In de zomer van 2009 heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken.

Sindsdien hebben arts en patiënte hierover meerdere gesprekken gehad. Twee dagen voor de levensbeëindiging heeft patiënte de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. Patiënte heeft dit verzoek daarna nog diverse keren herhaald, ook tegenover haar naasten. Er is een recente schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en haar lichamelijke situatie.

Volgens het verslag van de als consulent geraadpleegde onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, die haar drie dagen voor het overlijden bezocht, was patiënte bedlegerig en benauwd. De pijn was redelijk onder controle. Het gesprek liep niet gemakkelijk, omdat totaal andere woorden uit haar mond kwamen dan zij wilde.

Het leek er op dat zij op dat moment haar leven nog niet beëindigd wilde zien, maar dat zij bang was dat haar situatie nog veel erger zou worden. Op het moment van de consultatie leek het lijden voor patiënte nog niet ondraaglijk te zijn, maar zou dit wel elk moment kunnen worden.

Hoewel zij binnen enkele dagen volledig bedlegerig en afatisch was geworden, maakte patiënte duidelijk dat zij nog wat tijd wilde.

Wel was zij bang voor wat zou komen. Volgens de consulent was het lijden uitzichtloos en het beloop als gevolg van de hersenmetastasen onvoorspelbaar.

Hoewel het volgens de consulent vanwege de afasie moeilijk was geweest om in één gesprek duidelijk te krijgen dat patiënte wilsbekwaam was, was wel duidelijk dat patiënte wist waar het gesprek over ging. De consulent was van mening dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De consulent sprak af dat de arts telefonisch contact zou opnemen op het moment van verslechtering. De consulent zou dan kunnen beoordelen of aan het criterium van ondraaglijk lijden zou zijn voldaan.

Twee dagen later nam de arts vanwege de verslechterde toestand van patiënte contact op met de consulent. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Voor de commissie was het bij de behandeling van de melding nog onvoldoende duidelijk hoe de consulent heeft vastgesteld dat patiënte een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie heeft geuit, nu deze in het verslag stelde dat het gesprek met patiënte vanwege de afasie moeizaam verliep en het vaststellen van de wilsbekwaamheid van patiënte niet simpel was.

Ook leek op het moment van de consultatie het lijden voor patiënte nog niet ondraaglijk te zijn.

De consulent lichtte, daartoe door de commissie uitgenodigd, mondeling toe door de arts te zijn verzocht om met enige spoed een consult te verrichten bij patiënte omdat haar toestand in enkele dagen snel achteruit was gegaan, hij spoedig verdere verslechtering verwachtte, patiënte afatisch was geworden en zij mogelijk in coma zou raken. Voorheen had zij ook wel afatische momenten gehad, maar die waren voorbijgaand geweest.

De arts had het hele traject met patiënte doorlopen. Tot voor kort was het lijden niet ondraaglijk voor patiënte. Zij kreeg echter een epileptisch insult waar de hele familie erg van was geschrokken. Patiënte ging daarna heel snel achteruit.

De arts was overvallen door de snelle achteruitgang. Een week ervoor maakte patiënte het nog goed. Nu kon zij niets zinnigs meer uitbrengen.

Patiënte was bij aanvang van het bezoek van de consulent wantrouwend. Na uitleg van het doel van zijn komst leek zij te vragen: “mag het nu wel?”. Het leek ook alsof zij zei: “nu nog niet maar wel als ik ondraaglijk lijd”.

De consulent sprak lang met de zoon en andere huisgenoten van patiënte. Het bleek dat patiënte al sinds ze wist dat ze ongeneeslijk ziek was over de mogelijkheid van euthanasie sprak. Uit een combinatie van factoren tijdens het gesprek met patiënte en met haar huisgenoten had de consulent wel kunnen opmaken dat de patiënte wilsbekwaam was.

De arts was met name bang dat patiënte niet meer zou kunnen communiceren of dat patiënte in coma zou raken. Op het moment van zijn bezoek aan patiënte vond de consulent zelf al dat zij ondraaglijk leed, maar patiënte benoemde dit zelf niet. Wel werd duidelijk dat patiënte, die op het moment van de consultatie niet met zoveel woorden om uitvoering van euthanasie vroeg, hierom op enig moment zou willen verzoeken. Patiënte wist waar het over ging. Zij leek te zeggen: “we hebben toch alles al geregeld?”.

Tijdens het telefoongesprek met de consulent gaf de arts aan dat hij met de rug tegen de muur stond. Patiënte leed nu ook pijn en zij was onrustig. Van een tweede bezoek werd afgezien. De levensbeëindiging zou volgens de consulent kunnen worden uitgevoerd nu patiënte zelf aangaf dat zij niet meer wilde.

De commissie heeft ook de arts uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting. De arts vertelde patiënte al zeer lang te kennen. Zij had een schriftelijke wilsverklaring opgesteld. Patiënte werd afatisch en drukte zich heel moeilijk uit. Zij gaf aan euthanasie te willen en omdat de arts bang was dat patiënte door afasie niet meer in staat zou zijn haar wens kenbaar te maken heeft hij drie dagen voor de levensbeëindiging een consulent ingeschakeld. Tijdens het bezoek van de consulent was het lijden nog niet ondraaglijk en had patiënte ten overstaan van deze geen uitdrukkelijke wens geuit.

De arts stelde dat patiënte twee dagen later ineens veel meer pijn in haar hoofd en rug had gekregen, waarschijnlijk als gevolg van lokale metastasen. Patiënte reageerde paniekerig, waarbij tussen allerlei afatische woordflarden zinnen als: “ik ben er klaar mee”, “wil dat het ophoudt” klonken. Zij gaf aan pijn te hebben en reageerde boos op het voorstel van de arts haar morfine toe te dienen. Zij had dit steeds geweigerd omdat zij “zichzelf” wilde blijven. In zijn ogen was er sprake van ondraaglijk lijden.

De arts, die de patiënte al zo lang kende, zag dat zij in een toestand verkeerde die zij niet wilde. Voor hem was het wel duidelijk dat zij nu wél een concrete, uitdrukkelijke wens uitte. Zij gaf aan in flarden: “het moet ophouden”. Zij was ook boos, wat zij anders nooit was en ook helemaal niet bij haar paste.

De arts heeft toen, omdat hij zag dat de toestand van patiënte zeer snel verslechterde, met de consulent telefonisch overleg gevoerd, maar niet gevraagd haar opnieuw te bezoeken. Het was duidelijk dat het lijden voor patiënte ondraaglijk was. De arts zag dat in haar blik en zij hilde, iets wat zij nooit deed. Zij wees ook steeds naar de kast waar haar wilsverklaring lag. Bij vlagen zei zij: “ik wil niet meer, het moet stoppen”.

Na het bespreken van deze situatie kwamen de arts en de consulent beiden tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden en op grond van hetgeen arts en consulent tijdens hun mondelinge toelichting hebben aangegeven als volgt. Patiënte was weliswaar afatisch, maar door hetgeen zij toch kon uiten en door haar gedrag was het voor de arts duidelijk dat patiënte om euthanasie verzocht. Zij had dit ook al in een eerdere fase van haar ziekte met hem besproken. Voor de arts was het duidelijk dat patiënte een weloverwogen wens uitte. Hij werd hierin bevestigd doordat patiënte haar arm uitstak toen de arts kwam om haar de euthanatica toe te dienen.

Wat betreft het feit dat de consulent tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek merkt de commissie op dat patiënte weliswaar tijdens het bezoek van de consulent nog niet om uitvoering van euthanasie verzocht, maar dat deze toen wel van mening was dat patiënte om euthanasie zou verzoeken. De consulent was ervan overtuigd dat patiënte, ondanks de afasie, wilsbekwaam was. Tijdens het telefoongesprek met de arts over patiënte, was het voor de consulent wel duidelijk dat zij een vrijwillig en weloverwogen verzoek had geuit.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en komt tot het oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Casus 3

Vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënt; hoewel hij tijdens de consultatie niet goed aanspreekbaar was kon dit voldoende worden vastgesteld

Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen de 60 en 70 jaar, werd in 2008 een melanoom met lymfkliermetastasen vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. Er werd operatief geïntervenieerd. Begin 2010 was sprake van diffuse metastasering in rug en stuit. Patiënt had ondanks diverse therapieën veel pijn.

Patiënt kreeg halverwege 2010 last van woordvindstoornissen. Deze bleken te berusten op cerebrale metastasen. Vervolgens ontwikkelden zich epileptische insulpen, waarvoor dexamethason en depakine werden gegeven.

Patiënt ging op het laatst zeer snel achteruit. Hij had hoofdpijn en werd door vele epileptische insulpen bedlegerig, incontinent en afhankelijk. Een dag voor het overlijden kreeg patiënt Dormicum om hem iets rustiger te maken, maar zelfs in zijn slaap kreeg hij epileptische aanvallen.

Het ondraaglijk lijden van patiënt werd bepaald door pijn, insulpen en door het feit dat hij nauwelijks meer in staat was om te communiceren. Bedlegerigheid, afhankelijkheid en mensonwaardigheid droegen bij aan het lijden, dat uitzichtloos was.

Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten.

Nadat diffuse metastasering was vastgesteld, had de patiënt met de arts in algemene zin over levensbeëindiging op verzoek gesproken. Drie dagen voor het overlijden heeft patiënt om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht en het verzoek diverse malen herhaald. Op het laatst kon patiënt nog wel aangeven dat hij euthanasie wenste, maar was hij niet meer in staat zijn verzoek te motiveren.

Er was een recente schriftelijke wilsverklaring aanwezig, waarin patiënt had aangegeven welke situatie voor hem een ondraaglijk lijden zou betekenen.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënt zich bewust van de strekking van het verzoek en van zijn lichamelijke situatie.

Als consulent werd geraadpleegd een onafhankelijke specialist, tevens SCEN-arts. Deze

bezoekt de patiënt op de dag van de levensbeëindiging na door de arts over hem te zijn geïnformeerd en na bestudering van het medisch dossier. Blijkens zijn verslag lag patiënt in bed en verkeerde hij in een slaaptoestand.

De consulent kon de patiënt nog wel iets wakker schudden, maar het enige dat de consulent van hem begreep was dat hij dood wilde. Verder kon de patiënt niets meer duidelijk maken. Patiënt was onrustig en omdat hij met zijn hand over zijn buik wreef leek hij pijn te hebben. De echtgenote en kinderen vertelden dat patiënt nu in een situatie verkeerde die hij nooit had gewild. Enerzijds leed hij veel pijn en anderzijds was het een mensonwaardige toestand waarin hij verkeerde. Patiënt was volgens zijn gezin een erg zelfstandige en sterke man geweest die, toen zijn ziekte gemetastaseerd bleek, zijn euthanasiewens in een dergelijke situatie duidelijk kenbaar had gemaakt.

De consulent vatte samen dat patiënt, in een terminaal stadium van een uitbehandeld melanoom, pijn leed en veel insulden had. Hij was behandeld met hoge doseringen pijnmedicatie, anti-epileptica en Dormicum. De consulent was ervan overtuigd dat patiënt ondanks zijn suftheid nog steeds ondraaglijk leed. Ook was zijn lijden uitzichtloos. Patiënt kon nog wel zijn wens aangeven maar deze niet meer motiveren. De verklaringen van de echtgenote en kinderen van patiënt, de aantekeningen van de arts en de schriftelijke verklaring van patiënt getuigden van de weloverwogenheid en de vrijwilligheid van het verzoek van patiënt. Er waren geen reële alternatieve behandelmogelijkheden om het lijden te verlichten. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

Casus 4

Verzoek niet weloverwogen; dit klemt temeer nu geen consultatie in de zin van de wet heeft plaatsgevonden

Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, werd in 2008 een hersentumor vastgesteld, waarvoor ze werd behandeld. In het voorjaar van 2009 is patiënte op de spoedeisende eerste hulp geweest in verband met een epileptisch insult, een val en geleidelijke achteruitgang. Na het goed instellen van de medicatie knapte patiënte op en had ze geen epileptische insulden meer. Wel was er sprake van wisselingen in de stemming. Ook kreeg patiënte pijnlijke spasmen en vervolgens slapte in haar rechter been en rechter arm. Patiënte lag veel op bed. Toen ondanks de chemotherapie een progressie van de tumor bleek waren er geen therapeutische opties meer. De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uiteindelijk uit volledige bedlegerigheid en ADL-afhankelijkheid, een hemiparese en krachtsverlies aan de rechter zijde, afnemend spraakvermogen, niet meer kunnen lezen, schilderen en tv kijken, toenemende huidproblemen en krachtsverlies aan de linker zijde.

In de herfst van 2009 heeft patiënte de arts voor het eerst concreet om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging gevraagd en dit verzoek daarna nog diverse keren herhaald. Er is een recente schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, die patiënte drie keer bezocht. De eerste keer vijf maanden voor de levensbeëindiging, de tweede keer zes weken voor de levensbeëindiging en vijf dagen later nog een derde keer.

De consulent gaf in het verslag van zijn eerste bezoek een samenvatting van de ziektegeschiedenis. Op dat moment was er nog geen sprake van een concreet verzoek om euthanasie noch van actueel ondraaglijk lijden. Volgens het verslag van de arts en het patiëntenjournaal heeft de consulent patiënte, na ruim drie maanden en vervolgens een aantal dagen later,

opnieuw thuis bezocht. Van het tweede en derde bezoek van de consulent aan patiënte werd bij de stukken geen verslag aangetroffen.

De commissie heeft de arts en de consulent uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting.

De consulent lichtte toe dat toen hij patiënte voor de tweede keer thuis bezocht het praten heel moeizaam ging. Haar grote angst was de regie over haar leven te verliezen als ze niet meer zou kunnen praten en er nog meer zorg nodig zou zijn. Suggesties van de consulent voor meer externe hulp of opname in een hospice werden door patiënte resoluut afgewezen. Na zijn bezoek aan patiënte heeft de consulent telefonisch contact gehad met de arts en deze uitgebreid geïnformeerd over zijn bevindingen. Aangezien er sinds zijn vorige bezoek nog geen wezenlijke veranderingen waren en er nog niet werd voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, kwamen arts en consulent gezamenlijk tot de conclusie dat een officieel verslag van het tweede bezoek van de consulent aan patiënte overbodig was en dat er kon worden volstaan met een mondeling rapport. Volgens de gegevens van de consulent werd hij vijf dagen later gebeld door de partner van patiënte dat het nu echt zover was en dat patiënte definitief euthanasie wenste.

Ook bij het derde bezoek van de consulent aan patiënte bleek dat er nog geen expliciete vraag van patiënte was om euthanasie. Zeker niet op dat moment. Wel bleek dat die ochtend een wat kritieke situatie was ontstaan tijdens de verzorging door haar partner.

De consulent heeft patiënte en haar partner er nogmaals op gewezen dat ze meer hulp zouden moeten toelaten. Tevens heeft de consulent hen verteld dat de arts de spil bleef in het hele proces en dat ze bij een verergering van de situatie in eerste instantie de arts dienden in te schakelen. Aangezien ook dit derde bezoek geen essentiële verandering liet zien ten opzichte van het tweede bezoek en hij zijn bezoek zelf meer zag als een aanvulling op het tweede bezoek heeft de consulent geen overleg hierover gehad met de arts. Bij alle drie de bezoeken aan patiënte was het hem duidelijk geworden dat patiënte de regie heel erg in eigen hand wilde houden. Ze was erg bang dat ze haar wens tot levensbeëindiging niet meer kenbaar zou kunnen maken.

De ondraaglijkheid van het lijden van patiënte was voor de consulent bij het derde bezoek aan haar wel duidelijk. Patiënte zat alleen nog op een stoel te wachten om dood te gaan. Ze was voor de verzorging geheel afhankelijk van haar man en het was voor de consulent duidelijk dat ze haar lijden als gevolg van deze afhankelijkheid als ondraaglijk ervoer.

De arts lichtte toe dat de onderhavige casus voor hem een lastige is geweest.

Patiënte was een moeilijke, niet zo intelligente vrouw, die gedomineerd en gekleineerd was door haar eerste echtgenoot, die aan een maagcarcinoom was overleden. Vanwege haar ervaringen bij de dood van haar eerste echtgenoot had patiënte een bijna dwangmatige occupatie met euthanasie. Ze was erg bang dat haar hetzelfde zou overkomen. Ze zei regelmatig: "het zal mij niet overkomen dat ik, straks als ik euthanasie wil, te laat ben. Om patiënte gerust te stellen heeft de arts half 2009 een SCEN-consult aangevraagd. Er was toen nog geen sprake van een concreet verzoek om euthanasie of ondraaglijk lijden.

Drie maanden later heeft de arts opnieuw een consult bij de SCEN aangevraagd. Omdat er ook toen nog geen sprake was van een duidelijk verzoek om euthanasie of ondraaglijk lijden stelde de dienstdoende SCEN-arts voor de consulent te vragen een tweede bezoek aan patiënte te brengen aangezien deze de situatie van patiënte al kende.

Na dit tweede bezoek belde de consulent met de arts en vertelde hem dat hij geen verslag ging maken van dit bezoek omdat er in essentie niet veel verschil was met de bevindingen van zijn eerste bezoek.

Twaalf dagen voor de uitvoering heeft patiënte de arts opnieuw om uitvoering van de euthanasie gevraagd. Toen hij haar thuis bezocht zag ze er vanaf "omdat de kinderen er nog niet aan toe waren".

Het verzoek van patiënte om euthanasie was in zoverre consistent dat ze altijd duidelijk aangaf vooral het station niet te willen passeren dat het niet meer mogelijk zou zijn.

De arts heeft patiënte op de dagen voorafgaand aan de uiteindelijke uitvoering van de eutha-

nasie thuis bezocht. Patiënte was inmiddels volledig bedlegerig geworden en kon geen transfers meer maken. Ook was ze incontinent geworden, iets waarvan ze altijd had gezegd dit nooit te willen meemaken. Voor patiënte was dit het kantelpunt. De arts heeft -voordat hij tot uitvoering van de euthanasie overging- niet opnieuw een consulent geraadpleegd. De arts heeft dit niet gedaan omdat hij van mening was dat het raadplegen van een nieuwe consulent niets meer zou toevoegen. Achteraf bezien had hij dit wel moeten doen. De arts heeft ook de eerder geraadpleegde consulent niet meer gebeld, hoewel daar voldoende tijd voor was. Op de dag voor de levensbeëindiging sloot de arts nog steeds niet uit dat patiënte alsnog zou terugkomen op haar verzoek. Hij kon op dat moment wel begrijpen dat patiënte euthanasie wilde.

De arts heeft op de dag van de uitvoering met de GGD-arts gebeld om deze aan te kondigen. Omdat de arts nog in onzekerheid verkeerde of de euthanasie echt zou doorgaan heeft hij tegen de GGD-arts gezegd dat deze zou worden gebeld als het zo ver was. Zelfs op het moment dat hij zich met de euthanatica op weg naar het huis van patiënte begaf dacht hij "ik zie wel of het ook écht zo is". Pas 's avonds bij patiënte thuis, toen hij de euthanasie ging uitvoeren was de arts er geheel van overtuigd dat het haar ernst was en ze daadwerkelijk wilde dat haar leven door middel van euthanasie zou worden beëindigd. Ook de familie van patiënte was daarvan helemaal overtuigd. Patiënte had die dag afscheid genomen van haar familie en was niet een keer teruggekomen op haar verzoek. Volgens de familie had ze de hele dag toegeleefd naar het moment van uitvoering. Toen de arts bij het huis arriveerde nam patiënte juist afscheid van haar partner en kinderen. Op een gegeven moment werd hij gehaald met de woorden "ze wil nu echt dat je komt". Voor de arts was het op dat moment helder dat patiënte werkelijk wilde dat haar leven door middel van euthanasie zou worden beëindigd.

De commissie heeft, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, met betrekking tot de weloverwogenheid van het verzoek van patiënte het volgende overwogen:

uit de schriftelijke en mondelinge toelichting van arts en consulent blijkt dat patiënte er veel moeite mee had om haar wil te bepalen juist met betrekking tot haar concrete verzoek om levensbeëindiging. Uit de verklaringen van arts en consulent blijkt ook dat patiënte meerdere keren terug kwam op een eerder geuit verzoek om levensbeëindiging.

Uit de mondelinge toelichting van de arts blijkt verder dat de wankelmoedigheid van patiënte in de beleving van de arts tot vlak voor de uitvoering van de levensbeëindiging bleef voortbestaan.

In zijn mondelinge toelichting heeft de arts namelijk verklaard dat hij op de dag van de uitvoering tot het einde toe in onzekerheid heeft verkeerd of de euthanasie echt zou gaan plaatsvinden. Ook heeft de arts verklaard dat hij geen definitieve afspraak durfde te maken voor de komst van de lijkschouwer. En tenslotte heeft de arts verklaard dat hij, toen hij op de avond van de uitvoering naar patiënte toe reed, zich nog steeds afvroeg of de euthanasie wel door zou gaan.

De commissie is van oordeel dat het -onder de omstandigheden als voormeld en nu er geen consultatie in de zin van de wet heeft plaatsgevonden- voor haar onvoldoende aannemelijk is geworden dat de arts ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging overtuigd kon zijn van de weloverwogenheid van het verzoek van patiënte.

De commissie is van mening dat er in dit geval geen sprake is geweest van een raadpleging van een tweede onafhankelijke arts, nu het eerste bezoek van de consulent, vijf maanden voor het daadwerkelijke overlijden, bedoeld was ter uitleg en geruststelling. Dit blijkt ook uit het van dat bezoek opgemaakte schriftelijk verslag; volgens de consulent was er bovendien nog geheel niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

Het tweede bezoek vond wederom plaats zonder dat er sprake was van een duidelijk verzoek of ondraaglijk lijden, reden voor de dienstdoende SCEN-arts om de consulent te vragen dit tweede bezoek te brengen. Naar aanleiding van dit tweede bezoek vond een mondelinge terugkoppeling naar de arts plaats, waarin werd gesteld dat er in essentie niets was veranderd.

Na het derde, niet op verzoek van de arts en zonder overleg met hem uitgevoerde, bezoek aan patiënte heeft geen enkele communicatie tussen arts en consulent plaatsgevonden. De commissie is van oordeel dat hier geen sprake is van een consultatie in de zin van de wet, terwijl een consultatie in deze situatie juist zo noodzakelijk zou zijn geweest om tot de overtuiging te kunnen komen dat het verzoek van patiënte weloverwogen was. De consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te waarborgen. De consultatie helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan én te reflecteren alvorens hij besluit tot inwilliging van het verzoek. Voorts dient de consulent schriftelijk zijn oordeel te geven. Aan al deze criteria heeft het in deze casus ontbroken zodat niet is voldaan aan het wettelijk vereiste van consultatie. De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen..

Psychiatrische ziekte of stoornis

In 2010 ontvingen de commissies twee meldingen die betrekking hebben op patiënten bij wie het ondraaglijk lijden voortvloeit uit een psychiatrische ziekte of stoornis.

In dergelijke gevallen blijkt de arts extra aandacht te schenken aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en aan de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden.

(Casus 5 is hieronder als voorbeeld opgenomen).

Casus 5

vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte van wie het uitzichtloos en ondraaglijk lijden de oorzaak vond in een psychiatrische aandoening (depressie)

Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënte¹⁰ werd ruim vier jaar voor het overlijden, een depressie met vitale kenmerken vastgesteld. De medische voorgeschiedenis van patiënte vermeldt vanaf 1980 recidiverende depressies, die moeilijk te behandelen waren geweest. Patiënte was vanaf 2005 tot het overlijden opgenomen geweest, met uitzondering van een periode van enkele maanden. Omdat de depressie niet reageerde op de verschillende behandelingen is er een second-opinion gevraagd aan een psychiater van een universitair medisch centrum, die de patiënte zelf heeft onderzocht. Op zijn advies is ingezet op een behandeling die gericht was op medicamenteuze beïnvloeding van de depressie, op ondersteuning bij het zoeken van afleiding overdag, op ondersteuning bij het behouden van zoveel mogelijk autonomie en op verbetering van de mobiliteit door middel van fysiotherapie. Gebrek aan energie, initiatief en moed maakten het voor patiënte zeer moeilijk om aan de behandelactiviteiten mee te werken. Ze ervoer deze als kwellend en leek voortdurend overvraagd. Toen duidelijk werd dat ook deze behandeling geen resultaat had is, mede na overleg met voornoemde psychiater, de medicatie afgebouwd en de rest van de behandeling gestaakt. Het besluit werd genomen om de lichamelijke ongemakken van patiënte, waarmee zij kampte, zoveel mogelijk te voorkomen of te behandelen. Het lijden van patiënte werd bepaald door het feit dat zij het als een kweiling ervoer dat zij niets meer kon voelen; zij was de verbinding, het gevoel met haar omgeving en met het leven kwijt geraakt. De behandelingen van de afgelopen jaren hadden geen soelaas geboden. Er was bij patiënte sinds jaren sprake van een therapieresistente depressie. Zij wilde niet op deze voor haar zo kwellende wijze voortleven. De uitzichtloosheid van haar situatie en haar toenemende lichamelijke achteruitgang maakten dat zij haar lijden als ondraaglijk ervoer, wat voor de arts invoelbaar was.

¹⁰ i.v.m. mogelijke herkenbaarheid wordt geen indicatie van de leeftijd vermeld

Hij had ervaren hoe zij binnen haar mogelijkheden aan de behandeling had meegewerkt en was blijven hopen dat het goed zou komen. Hij begreep dat zij nu, na vier jaar behandeling zonder verbetering, eerder met een achteruitgang en zonder mogelijkheden om het lijden te verlichten, niet meer verder wilde. Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts, de behandelend specialisten, huisarts en artsen in opleiding patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

Geruime tijd voor het overlijden had patiënte herhaaldelijk aan de arts aangegeven dat zij dood wilde en met deze en een collega herhaaldelijk over de mogelijkheid van levensbeëindiging gesproken en de arts ook meermalen daarom verzocht.

Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.

De arts raadpleegde als consulent drie onafhankelijke collega-psychiaters. De eerste consulent bezocht patiënte ruim vijf weken voor het overlijden. De tweede consulent, tevens SCEN-arts, bezocht patiënte ruim vier weken voor het overlijden. De derde consulent, tevens SCEN-arts, bezocht patiënte een week voor het overlijden. De arts heeft de drie consulenten over patiënte geïnformeerd en inzage gegeven in het medisch dossier. In hun verslag hebben deze de ziektegeschiedenis van patiënte bevestigd en een beschrijving van hun bezoek aan patiënte gegeven. Naar het oordeel van de consulenten was haar lijden uitzichtloos en ondraaglijk.

Volgens de eerste consulent was patiënte voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. Er waren geen andere mogelijkheden om het lijden te verlichten. Uit de documentatie bleek dat alle geïndiceerde biologische behandelingen waren geprobeerd en elektroshocktherapie niet meer was geïndiceerd vanwege eerder ontbrekend effect. Er had zorgvuldig overleg plaatsgevonden met het team, de eerdere psychiater-behandelaar, een eerdere psychiater-consulent voor stemmingsstoornissen en met de huisarts.

Het verslag van de tweede consulent vermeldt dat patiënte in een rolstoel zat omdat zij moeilijk kon lopen. Haar eetlust was slecht, waardoor zij was afgevallen. Patiënt kon moeilijk slapen. Haar bewustzijn was helder, het contact kwam tot stand en verdiepte zich enigszins. De eerste indruk was die van een ernstige depressie. Haar denken was formeel niet afwijkend. Qua cognitie waren er evenmin overwegende problemen. Haar aandacht was goed te trekken en vast te houden, de waarneming was ongestoord. De stemming was depressief zonder psychotische kleur. Haar affect was labiel. Zij huilde voortdurend en persevereerde over haar akelige gevoelens, de leegheid, de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van haar bestaan. Zij was klaar met het opbouwen en weer afbouwen van alle medicatie. Patiënte had nergens plezier in, had geen energie en geen gevoel meer en had al vier jaar niet gelachen. Zij had aan zelfdoding gedacht maar wist niet hoe ze dat moest doen. Zij gaf aan de werkelijkheid niet meer aan te kunnen, omdat zij er zo buiten stond.

De commissie oordeelt als volgt:

Ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek overweegt de commissie dat patiënte sinds lange tijd de wens had om te sterven. Voor het opnamegesprek zeven maanden voor overlijden had patiënte uitgebreid met naasten gesproken over haar wens van levensbeëindiging. Patiënte en naasten verkeerden in de veronderstelling dat euthanasie niet mogelijk was bij een psychiatrisch ziektebeeld. Toen patiënte tijdens het opnamegesprek aangaf dat zij dood wilde, gaf de arts voorlichting over de zorgvuldigheidseisen van de WTL. In de maanden daarna had patiënte bij herhaling kenbaar gemaakt dat zij dood wilde. Nadat duidelijk was geworden dat de laatste behandeling geen gewenste resultaten bracht, was patiënte niet langer bereid verdere behandelingen uit te proberen, gaf zij aan dat het voor haar genoeg was geweest en werd haar wens om te sterven actueel. Patiënte was zich bewust van de uitzichtloosheid van haar situatie en beseftte dat zij alleen maar

verder achteruit zou gaan. Zij wilde niet langer afgesneden van haar naasten leven. Bij haar wens om te sterven vroeg zij nadrukkelijk om hulp. In een gesprek met een collega psychiater, twee maanden voor het overlijden, was de wens van patiënte om dood te gaan opnieuw duidelijk naar voren getreden. De arts heeft aangegeven dat betrokkene telkens weer op adequate en gedifferentieerde wijze kon spreken over haar situatie en dat er sprake was van wederkerigheid in het contact. Haar bewustzijn was helder, haar aandacht was te trekken, maar niet altijd vast te houden. De oriëntatie in tijd, plaats en persoon was ongestoord. Er waren lichte geheugenstoornissen, passend bij haar leeftijd en bij haar toestandsbeeld. Er was sprake van een adequaat oordeelsvermogen, waarbij de patiënte haar situatie goed overzag. Er was sprake van een reëel ziektebesef. De arts kwam tot de overtuiging dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De commissie overweegt, voor zover relevant voor de beoordeling van deze zorgvuldigheidseis, ten aanzien van de drie onafhankelijke consultants als volgt:

De eerste consultant kwam tot de overtuiging dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De tweede consultant concludeerde dat er sprake was van een vrijwillig en duurzaam verzoek. Met betrekking tot de weloverwogenheid van het verzoek was de tweede consultant echter van mening dat het oordeelsvermogen van patiënte door de depressieve klachten dusdanig sterk gekleurd was dat hiervan geen sprake kon zijn. De tweede consultant baseerde zijn mening op de presentatie van patiënte, waarbij het persevereren over haar klachten een belangrijke plaats innam. Patiënte zou maar één denkrichting hebben gehad en niet in staat zijn geweest bij zichzelf te rade te gaan over de voor- en nadelen van haar verzoek.

Naar aanleiding van het tweede consult had de arts zijn inschatting van de weloverwogenheid van het verzoek opnieuw overwogen en uitgebreid besproken met een collega psychiater. De arts oordeelde uiteindelijk dat patiënt wel degelijk in staat was te wikken en te wegen; patiënte had, voorafgaande aan haar daaropvolgende afwijzing daarvan, eerder palliatieve zorg en sedatie overwogen en had gedachten gehad over zelfdoding, waarmee zij haar naasten echter niet wilde belasten. Patiënte had, ondanks haar al langere tijd bestaande doodswens, tot de laatste behandeling iedere keer weloverwogen meegewerkt aan behandelingen. Pas op het moment dat haar duidelijk werd dat er geen reële behandelopties meer voorhanden waren, ging zij de dood als haar enige optie zien. Deze overwegingen waren voor de arts aanleiding om een derde consultant te raadplegen.

Deze consultant overwoog dat patiënte het verzoek om levensbeëindiging eerst lange tijd voor zichzelf had gehouden, omdat zij haar naasten daar niet mee wilde belasten. Patiënte was zeer ingenomen geweest met het feit dat de arts zich uitgebreid had laten adviseren over behandelmogelijkheden. Nadat duidelijk was geworden dat de laatste behandeling geen effect had, was patiënte na rijp beraad en veel afweging tot een definitief verzoek gekomen. Zij maakte duidelijk volledig achter haar verzoek te staan. Zij veerde enigszins op om duidelijk te maken dat het haar met haar verzoek ernst was. Patiënte was er ten volle van doordrongen dat de feitelijke uitvoering van haar verzoek definitief onomkeerbaar was. De derde consultant kwam tot de overtuiging dat het verzoek van patiënte weloverwogen was.

Enkele weken voor het overlijden patiënte had haar wens in een schriftelijke wilsverklaring verwoord en deze ondertekend.

De commissie merkt ten aanzien van de weloverwogenheid van het verzoek op dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat patiënte duidelijk voor de dood koos, dat patiënte een afweging had gemaakt tussen leven en dood en dat zij een duurzaam verlangen had om te overlijden.

De commissie is, op basis van genoemde feiten en omstandigheden, van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte.

Ten aanzien van de, door de drie onafhankelijke consultants onderschreven, uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden overweegt de commissie met betrekking tot het ver-

eiste van uitzichtloos lijden dat patiënte de afgelopen vier jaar niet alleen alle medicamenteuze behandelingen volgens de richtlijnen had ondergaan, maar ook had meegewerkt aan verdergaande behandelingen, echter zonder het gewenste effect. De ernst van de depressie maakte het onmogelijk om op adequate wijze psychotherapeutische behandelmethoden in te zetten. Een second opinion van een onafhankelijk psychiater bevestigde de opvatting dat er geen reële behandelopties meer voorhanden waren. De depressie was therapieresistent gebleken. Klinische opnames en wonen in een woonsetting met verzorging hadden eveneens geen effect op dit beeld gesorteerd.

De commissie overweegt met betrekking tot het vereiste van ondraaglijkheid van het lijden dat de arts als behandelaar, eerst bijna vier jaar voor het overlijden, gedurende enige tijd betrokken was geweest bij de behandeling van patiënte. Na vier jaar raakte de arts opnieuw betrokken bij de behandeling van patiënte. De arts kon zodoende een inschatting maken van de ontwikkelingen met betrekking tot de mentale inzet en benadering van patiënte ten aanzien van haar situatie. Uit de verslaglegging van de arts blijkt dat patiënte had aangegeven dat het een grote kwelling voor haar was niets meer te kunnen voelen; zij was de verbinding met haar omgeving en het leven kwijtgeraakt. Patiënte had het gevoel dat zij niet langer bij haar verstand was en zij ervoer het als vreselijk dat de communicatie met anderen problematisch verliep. Het met voldoening terugkijken op haar leven bracht patiënte onvoldoende troost en houvast om met haar leven verder te willen gaan.

Alle behandelingen van de voorgaande jaren hadden geen soelaas geboden.

De uitzichtloosheid van haar situatie en daarbij komende lichamelijke klachten droegen bij aan het lijden van patiënte.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk was.

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

Dementie

De casus 6, 7 en 8 zijn voorbeelden van meldingen die betrekking hebben op patiënten lijdend aan dementie. In dergelijke gevallen blijkt de arts extra aandacht te schenken aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en aan de ondraaglijkheid van het lijden.

Casus 6

Vrijwillig en weloverwogen verzoek en wilsbekwaamheid van aan dementie/ Alzheimer lijdende patiënte voldoende vastgesteld

Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw tussen de 80 en 90 jaar, werd in de zomer van 2009 onderzocht naar aanleiding van haar toenemende cognitieve achteruitgang. Onderzoek toonde een bij Alzheimer- of Lewy Body-dementie passend beeld aan. Enkele weken later werd zij opgenomen op de geriatrie afdeling van een GGZ-instelling in verband met acute verwardheid, wellicht een delier, en psychotische verschijnselen die mogelijk werden veroorzaakt door een urineweginfectie. Zij werd hiervoor met resultaat behandeld met anti-psychotische medicatie. Omdat haar door de dementie veroorzaakte, toenemende zorgbehoefte terugkeer naar haar aanleunwoning niet mogelijk maakte, werd patiënte overgeplaatst naar een afdeling ouderenpsychiatrie van een GGZ-instelling. Na herstel van haar psychose trad haar wens om levensbeëindiging steeds meer dominant op de voorgrond. Zij ontwikkelde in het kader hiervan depressieve klachten, die met antidepressiva niet te bestrijden bleken. Patiënte zelf

verwachtte -naar later bleek terecht- dat haar depressie zou verdwijnen als haar verzoek om levens-beëindiging zou worden ingewilligd. Patiënte had moeite met het houden van overzicht en met het plannen van activiteiten. Zij kampte met geheugenproblemen, woordvindstoornissen en kon maar moeizaam nieuwe informatie aanleren. Zij leed onder het vooruitzicht in toenemende mate zorgafhankelijk te raken en alles wat haar leven zin en inhoud gaf te verliezen. Veel daarvan had zij in de voorgaande jaren al, één voor één moeten loslaten. Zij kon niet meer zelfstandig wonen, geen gebruik meer maken van auto of fiets en niet meer zelfstandig sociale en culturele activiteiten ondernemen. Patiënte, die altijd een sterke, dominante vrouw was geweest en steeds de regie over haar leven had gehad, was zich zeer goed bewust van haar steeds verder afkalvende mentale vermogens en leed onder dit verlies. Er was geen genezing mogelijk. Voor haar was dit lijden uitzichtloos en ondraaglijk. Al geruime tijd voor het overlijden had patiënte een schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Vanaf het 'verbleken van haar psychose', ongeveer een half jaar voor het overlijden, had zij haar behandelend arts om levensbeëindiging verzocht, waarop een van hen een SCEN-arts had benaderd die patiënte bezocht. Blijkens diens verslag had patiënte geen last van fysieke beperkingen, was zij goed aanspreekbaar en had zij een duidelijk besef van haar situatie. Zij leed onder de grote beperking van haar horizon en realiseerde zich in sterke mate dat haar leven anders was dan voorheen. Zij raakte de grip op de dagelijkse dingen kwijt en leed eronder dat zij tot niets meer in staat en afhankelijk was. De dementie zou zich geleidelijk aan verder ontwikkelen. Patiënte merkte dit en was bang op enig moment geen besluiten meer te kunnen nemen. In zijn verslag bevestigde de consulent het uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk lijden. Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten. Er waren geen omstandigheden die de wilsbekwaamheid beïnvloedden. Patiënte had op dat moment een nieuwe schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Hierop verdween de depressie van patiënte geheel.

Patiënte was niet angstig of verward. Zij hield een helder en eenvoudig betoog. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Met betrekking tot diagnostiek en wilsbekwaamheid was ook al onderzoek door een ouderenpsychiater gedaan, die had geconcludeerd dat aannemelijk was dat patiënte aan dementie leed en met betrekking tot haar verzoek wilsbekwaam was. De arts had inmiddels de behandeling overgenomen en heeft vanaf ongeveer een maand voor het overlijden intensieve gesprekken met patiënte gevoerd. Zij heeft de arts toen om levensbeëindiging verzocht en het verzoek daarna meerdere malen herhaald.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie, hetgeen ook al was bevestigd door de ouderenpsychiater.

De arts heeft als onafhankelijk consulent een psychiater, tevens SCEN-arts, benaderd, die patiënte ongeveer tweeënhalve week voor het overlijden bezocht. Blijkens het verslag van deze consulent was de toestand van patiënte de laatste maanden in toenemende mate verslechterd. Zij vond het ellendig en ervoer het als kwellend dat zij alleen nog maar een schim was van de persoon die zij ooit was geweest. Het lukte haar niet meer contact met haar omgeving te onderhouden. Informatie drong niet voldoende tot haar door. "Informatie wordt in de bovenkamer niet goed verwerkt". Zij had steeds meer moeite om op de juiste woorden en formuleringen te komen. Patiënte besepte dat haar toestand de laatste tijd met sprongen achteruit was gegaan en was bang voor verdere ontluistering en ontakeling. In zijn verslag bevestigde de consulent het uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk lijden. Het was de hem duidelijk dat momenten van helderheid werden afgewisseld met momenten waarop patiënte volledig blokkeerde. Haar verdriet en de wanhoop waren dan evident. Patiënte kon duidelijk en goed aangeven dat het welletjes was. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Er waren geen omstandigheden die de wilsbekwaamheid beïnvloedden. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. In het kader van het protocol van de GGZ-instelling waaraan de arts was verbonden werd ook een onafhankelijke klinisch geriater benaderd. Deze verrichte ongeveer twee weken voor het

overlijden onderzoek ten behoeve van de diagnostiek, bevestigde de ziektegeschiedenis van patiënte en concludeerde dat deze kampte met een dementie in het beginstadium die waarschijnlijk voortkwam uit Alzheimer-dementie; hij concludeerde dat er sprake was van een uitzichtloze situatie.

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

Daarnaast is bij patiënten met dementie in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden.

De commissie is van mening dat de arts in dit geval zeer behoedzaam te werk is gegaan. Naast de onafhankelijke consultants, van wie een psychiater, zijn als deskundigen een ouderenspsychiater en een klinisch geriater geraadpleegd, die vanuit hun kennisgebied hun visie ten aanzien van onder meer het euthanasieverzoek en het lijden met argumenten hebben onderbouwd.

De commissie oordeelde dat arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Casus 7

Ondraaglijkheid van het lijden van patiënte met Alzheimer kon voor arts invoelbaar worden geacht

Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw tussen de 80 en 90 jaar, had vanaf de zomer van 2009 het idee vergeetachtig te worden. Om dingen te onthouden moest zij alles opschrijven, maar snel na het lezen daarvan was zij de inhoud alweer vergeten. Ook televisiekijken werd steeds moeilijker, omdat het haar te snel ging. Op haar eigen verzoek werd zij begin 2010 onderzocht door een psychiater, die oordeelde dat patiënte wilsbekwaam was. Hierop aansluitend onderging zij een neuropsychologisch onderzoek om te beoordelen of er sprake was van cognitieve achteruitgang. Geconcludeerd werd dat er, gezien meerdere functiestoornissen en algehele cognitieve achteruitgang, sprake was van een beginnende dementie, mogelijk type Alzheimer. Dit werd bevestigd door een op verzoek van de arts geraadpleegde specialist ouderengeneeskunde. Patiënte leed onder het vooruitzicht van wat haar te wachten stond, de ontluistering en de onwaardigheid. Zij kon zich nu al niet meer oriënteren in tijd en vertelde dingen tweemaal. Zij beseftte dat zij al licht aan het dementeren was en was bang voor verdere aftakeling die onder meer zou leiden tot afhankelijkheid, vervuiling, dwalen en de weg kwijt raken. Patiënte was ook bang door wilsonbekwaamheid geen levensbeëindiging meer te kunnen verzoeken. Zij wilde menswaardig en met haar 'volle verstand' sterven.

Patiënte had van nabij intensief ervaren hoe de ziekte van Alzheimer zich kon ontwikkelen. Haar moeder, zussen en broer hadden op latere leeftijd de ziekte gekregen en waren uiteindelijk in een verpleeghuis gestorven. Telkens wanneer zij hen daar bezocht, voelde zij zich verdrietig en machteloos. De ontluistering waarmee de ziekte gepaard ging had een grote indruk op patiënte gemaakt. Zij had de wijze waarop mensen in verpleeghuizen werden verzorgd als mensonterend ervaren. Patiënte had, door haar hersenen intensief te trainen, er zelf alles aan gedaan om dementie te voorkomen. Zij wilde geen onwaardige achteruitgang door dementie meemaken en had daarom al in 1993 een schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Er was geen genezing mogelijk en het lijden was uitzichtloos. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk.

Zij had altijd tegen de arts gezegd levensbeëindiging te willen als zij dement zou worden. Ongeveer anderhalve maand voor het overlijden, toen steeds meer duidelijk werd dat patiënte met dementie kampte, had zij de arts om levensbeëindiging verzocht en het verzoek daarna meerdere malen herhaald. Er was naast de eerder ondertekende ook een recent ondertekende schriftelijke wilsverklaring aanwezig. Daarnaast had een dochter van patiënte, op verzoek van de arts, het door patiënte vertelde verhaal over haar leven opgeschreven. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie, hetgeen was bevestigd door een psychiater. Als consulent werd benaderd een onafhankelijke specialist, tevens SCEN-arts. Deze bezocht patiënte ruim een week voor het overlijden. Blijkens zijn verslag was patiënte tijdens het gesprek helder. Zij vertelde over haar jarenlange angst dement te zullen worden en haar ervaringen met haar demente familieleden. Zij was teleurgesteld dat zij, ondanks haar inspanningen om bij de tijd te blijven en haar hersens te trainen, toch dement was geworden. Zij was bang voor de toekomst omdat zij precies wist wat haar te wachten stond. Ook lichamenlijk was patiënte erg achteruitgegaan. Omdat zij onvast ter been was kon zij haar hond niet meer uitlaten. Traplopen lukte steeds moeizamer. Patiënte was bang 's nachts bij toiletbezoek te zullen vallen en dan niemand te kunnen waarschuwen omdat zij vergeten was haar alarm om te doen. Zij woonde nog zelfstandig, maar haar dochters bleven om de beurt bij haar in verband met haar angst en paniek door desoriëntatie in tijd. Zij was bang op korte termijn het contact met de realiteit te verliezen en uiteindelijk door wilsonbekwaamheid niet meer in staat te zijn om levensbeëindiging te verzoeken. Patiënte wilde niet de door de ziekte vroeg of laat veroorzaakte totale ontluistering en het verlies van menselijke waardigheid meemaken. In zijn verslag bevestigde de consulent het uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk lijden. Hij noemde de angst van patiënte voor wat er zou komen reëel. Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Casus 8

Ondraaglijk lijden ten gevolge van dementie was duidelijk Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 80 en 90 jaar, ontstonden vermoedelijk vanaf 2005 progressieve geheugenproblemen, later gevolgd door ontremd gedrag, kritiek- en oordeelstoornissen, die duidelijk invloed hadden op haar dagelijks leven. Eind 2008 werd de diagnose dementie gesteld. Het dementieproces bleef voortschrijden ondanks behandeling met medicatie, die bijwerkingen veroorzaakte als misselijkheid, ademhalingsproblemen en huiduitslag. Patiënte kreeg zo nodig Oxazepam om haar tijdelijk wat rust te geven in panieksituaties. Omdat patiënte, die bovendien doof was, niet meer zelfstandig in haar aanleunwoning kon blijven wonen, werd zij overgeplaatst naar een verzorgingstehuis, iets dat zij eigenlijk verafschuwde. Zij ging het laatste half jaar, ook door osteoporose en arthroseklachten, in zelfredzaamheid toenemend achteruit en werd grote delen van de dag door een dochter bijgestaan. Patiënte bleef zich ongelukkig voelen onder haar situatie. Zij leed eronder dat haar hoofd "niet meer wilde" en wel een "ragebol" leek. Het feit dat zij niets meer wist gaf haar het gevoel dat zij niet meer leefde en alleen nog maar ademde. Patiënte werd steeds wanhopiger bij de gedachte op deze wijze nog verder te moeten leven. Voor patiënte was het lijden ondraaglijk, wat voor de arts invoelbaar was. Naast de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het

lijden te verlichten. Een mogelijke overplaatsing naar een gesloten afdeling van een psychogeriatrisch verpleeghuis, vanwege sterk toegenomen zorgbehoefte, was voor patiënte onbespreekbaar.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de behandelend geriater patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. Al in 1992 en in 2000 had patiënte euthanasieverklaringen ondertekend en in gesprekken met haar kinderen aangegeven onder welke omstandigheden zij dood wilde. In 2009 had zij opnieuw een schriftelijke verklaring ondertekend. Omdat zij bemerkte dat zij steeds verder achteruit ging, had patiënte in aantekeningen en in veel brieven aan haar kinderen steeds kenbaar gemaakt dat zij euthanasie wenste. In hun bijzijn had zij deze wens ook diverse malen met de arts besproken. Zes weken voor het overlijden heeft patiënte de arts voor het eerst heel concreet om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij was daarbij in staat haar vergeetachtigheid als kern van haar lijden te benoemen. Dit verzoek heeft zij vervolgens diverse malen herhaald. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek.

Als consulent werden geraadpleegd een onafhankelijke huisarts en een onafhankelijke specialist, beiden SCEN-arts.

De eerste consulent bezocht patiënte ruim twee weken voor het overlijden twee keer. Volgens zijn verslag was patiënte duidelijk vergeetachtig, met een forse verstoring van de oriëntatie in tijd en plaats. De oriëntatie in persoon leek intact. Patiënte verklaarde nog steeds een sterke doodswens te hebben. Haar stemming was mat en zij toonde geen groot verdriet. De lijdensdruk leek niet hoog. De eerste consulent had vervolgens een gesprek met de dochter van patiënte en kreeg correspondentie van patiënte aan de kinderen ter inzage, waaruit daarentegen een radeloze angst bij patiënte sprak om, net als haar moeder, in een gesloten systeem te worden geplaatst. Uit dit gesprek werd duidelijk dat er bij patiënte sinds twee weken een grote berusting leek te zijn opgetreden en dat zij leek weg te zakken in een vergaande gelatenheid. Radeloosheid leek afwezig. Het verdriet kwam niet aan de oppervlakte. Haar eerder dagelijks herhaalde "ik wil dood" was verstomd.

De eerste consulent stelde vast dat patiënte sinds twee jaar een duidelijk dementieel beeld vertoonde en dat zij een lang bestaande doodswens had, die de laatste twee jaar nog steeds werd uitgesproken. In de perioden dat zij schriftelijk om euthanasie had verzocht was patiënte wilsbekwaam. Volgens de eerste consulent was de situatie van patiënte uitzichtloos. Het komende leed vanwege opsluiting in een psychogeriatrisch verpleeghuis leek voor patiënte ondraaglijk. Op basis van heteroanamnese stelde deze consulent vast dat de stemming van patiënte verdrietig en radeloos was. Aangezien er een discrepantie bestond tussen het met patiënte gevoerde gesprek en de informatie verkregen van de dochter van patiënte, wilde hij de stemming van patiënte opnieuw laten beoordelen en besloot hij een collega SCEN-arts, tevens psychiater, mede in consult te vragen.

Zijn tweede gesprek met patiënte vond plaats in aanwezigheid van deze psychiater. In dit gesprek had patiënte haar doodswens opnieuw benadrukt. Haar lijden was tijdens het gesprek meer zichtbaar dan tijdens het gesprek dat zij met alleen de eerste consulent had gevoerd. In het daaropvolgende gesprek met kinderen van patiënte kwam duidelijk naar voren dat de euthanasiewens van patiënte zo sterk was dat zij liever in het verzorgingstehuis wilde versterven dan worden geplaatst in een verpleeghuis.

De eerste consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Blijkens het verslag van de tweede consulent bevestigde patiënte dat zij euthanasie wilde. Volgens dit verslag kon zij in het gesprek geen data en andere details melden. Op haar gezicht stonden op dat moment onzekerheid, vertwijfeling en radeloosheid te lezen. Het denken van patiënte was echter adequaat en coherent. Zij was zich ervan bewust dat haar inprenting, haar geheugen sterk gestoord was. Telkens wanneer zij daarmee werd geconfronteerd leed zij daar onder. Volgens de tweede consulent was de stemming van patiënte somber en angstig en was zij zeer duidelijk over haar doodswens. Mede op basis van het gesprek met kinderen van patiënte en op basis van het zorgdossier stelde de tweede consulent vast

dat patiënte haar leven niet meer de moeite waard vond, omdat het leeg was en zij alleen nog maar kon ademen. Zodra zij iets had gedaan was zij het vrijwel direct weer vergeten. Zij was zich bewust van deze geheugenstoornis en kon verkrampen en zich ellendig en in paniek voelen zodra zij hiermee werd geconfronteerd. Zij verdroeg vaak geen gezelschap van mensen meer omdat zij de gesprekken niet meer kon volgen. Omdat haar zorgbehoefte te zwaar werd voor haar huidige woonsituatie, zou zij naar een psychogeriatrisch verpleeghuis moeten, wat zij pertinent weigerde. Dat had zij ook met grote letters in haar agenda geschreven. Volgens de tweede consulent was het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Het lijden van patiënte was uitzichtloos en ondraaglijk, aangezien er geen therapeutische behandelmogelijkheden zijn voor dementie, de dementie steeds erger werd en verdere aftakeling in het verschiet lag. Er was geen redelijke andere behandelmogelijkheid nu het psychogeriatrisch verpleeghuis een voor patiënte onbespreekbare, ondraaglijke optie was. Het lijden van patiënte was tijdens het gesprek met de consulent ook zichtbaar. De suggestie van patiënte om te stoppen met eten en drinken was volgens de tweede consulent geen reëel alternatief, gezien de goede voedingstoestand van patiënte en gezien het, door haar vergeetachtigheid, mogelijk inconsequent uitvoeren van versterving. Ook de tweede consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie heeft zowel de arts als de eerste en tweede consulent verzocht haar, tijdens een gezamenlijk gesprek met de commissie, nader te informeren over de vraag of patiënte vlak voor haar overlijden nog in staat was geweest de ondraaglijkheid van haar lijden zelf toe te lichten.

Volgens de eerste consulent was tijdens zijn eerste gesprek met patiënte, op basis van haar non verbale communicatie, op dat moment niet af te leiden dat het lijden voor haar ondraaglijk was en kon patiënte, hoewel zij stellig was in haar doodswens, niet verwoorden waaruit haar lijden bestond. In het daaropvolgende gesprek met beide consulenten verklaarde zij: "het leven is alleen nog ademen". Volgens de tweede consulent wist patiënte dat haar moeder in een verpleeghuis opgenomen was geweest. Dat was voor haar een schrikbeeld. Zodra het woord euthanasie viel verklaarde patiënte dat haar leven volstrekt zinloos geworden was. Omdat patiënte beseftte dat zij dingen vergat verwees zij voor meer concrete informatie naar haar dochter. Zij wist echter goed wat euthanasie inhield. De arts merkte op patiënte sinds 2009 te kennen. Zes weken voor het overlijden had hij met patiënte alleen, buiten aanwezigheid van haar kinderen, gesproken over haar euthanasiewens. Zij kon toen duidelijk aangeven waaruit haar lijden bestond. In de daarop volgende periode bleef patiënte constant in haar formulering. In gesprekken met de arts was zij tot op het laatst in staat meer uitleg te geven, met zinnen als "mijn hoofd is een ragebol".

De commissie is van mening dat de arts in dit geval zeer behoedzaam te werk is gegaan. Er zijn twee onafhankelijke consulenten geraadpleegd, van wie er een psychiater was. Beiden hebben, na inzage in schriftelijke relevante documentatie en uitvoerige gesprekken met patiënte en voorts met de arts en haar familieleden, hun conclusie getrokken. De commissie overweegt dat uit schriftelijke verklaringen van patiënte duidelijk blijkt dat zij gedurende lange tijd met betrekking tot de situatie waarin zij zich op het laatst bevond een consistente doodswens had, die zij ook tot op het laatst ondubbelzinnig heeft geuit. Ondanks haar toenemende cognitieve beperkingen staat daarmee voldoende vast dat zij haar verzoek vrijwillig en weloverwogen heeft gedaan.

De commissie overweegt mede op basis van de mondeling verstrekte nadere informatie van de arts en beide consulenten dat de ondraaglijkheid van het uitzichtloos lijden van patiënte niet alleen viel af te leiden uit eerder door haar opgestelde schriftelijke verklaringen en gedane uitspraken maar ook uit haar lichaamstaal en uit door haar tot op het laatst consequent geuite woorden en zinnen.

De commissie is van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

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

Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het zodanig verzachten van de symptomen, dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt, ook niet mogelijk is. De uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose en wordt door de arts vastgesteld. Bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van een reëel uitzicht op verzachting van de symptomen moet rekening worden gehouden met zowel de verbetering die door een (palliatieve) behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in die betekenis slaat op de ziekte of aandoening en de symptomen, waarvoor redelijkerwijs, dat wil zeggen voor de patiënt redelijke, reële curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken.

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

De ondraaglijkheid van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het in beginsel een aan de persoon gebonden begrip is.

De ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt wordt, behalve door diens actuele situatie, bepaald door het door hem ervaren toekomstperspectief, zijn fysieke en psychische draagkracht en zijn persoonlijkheid.

Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart is voor een andere patiënt ondraaglijk.

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

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

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

Casus 9

Uitzichtloosheid van het lijden, geen reëel behandelperspectief bij lichamelijk onbegrepen klachten

Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, bestond een scala aan aandoeningen. In 1974 werd SLE gediagnosticeerd, een chronische reumatische aandoening. In 1979 bleek zij hypertensie te hebben en in 1981 werd zij plotseling doof aan haar linker oor. In 1983 was er sprake van een voorbijgaande halfzijdige verlamming. In 2004 werd op een CT scan een klein herseninfarct aangetoond. Patiënte had voorts last van osteoporose, deels als gevolg van het prednisonegebruik voor de SLE.

Patiënte leed al jaren onduidelijke pijnen in haar hoofd en buik. Patiënte werd uitgebreid onderzocht door diverse specialisten. Behalve de vaststelling dat er verklevingen waren, werd geen andere aandoening gevonden die de pijn zou kunnen veroorzaken. Ook werd zij in 1990 en 2008 opgenomen op een GGZ afdeling vanwege een matige depressie die werd behandeld.

Als consulent raadpleegde de arts een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, die patiënte zes dagen voor de levensbeëindiging bezocht. Volgens de consulent was er sprake van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie kon uit het verslag van de arts niet goed opmaken wat volgens hem -omdat er somatisch gezien geen duidelijke verklaring voorhanden was voor haar (buikpijn)klachten- het onderliggende ziektebeeld nu precies is geweest.

Ook was het de commissie niet duidelijk wat maakte dat patiënte de pijn, die ze blijkens de stukken al jarenlang had, op een gegeven moment als ondraaglijk ervoer.

Bovendien vroeg de commissie zich af waarom er - aangezien patiënte bekend was met depressies- door de arts niet nog een tweede onafhankelijke consultant, tevens psychiater, was geraadpleegd over de uitzichtloosheid van haar lijden.

De arts gaf, daartoe door de commissie uitgenodigd, de volgende mondelinge toelichting:

Er was bij patiënte sprake van een lange lijdensweg van klachten: ze was diep ongelukkig en was in de loop van de jaren verwezen naar alle mogelijke specialisten zonder dat dit iets had opgeleverd met betrekking tot haar klachten. Patiënte voelde zich door alle hulpverleners niet gehoord en gezien en vaak niet serieus genomen in haar somatische klachten. Omdat patiënte van mening was dat de arts ook geen eind zou kunnen maken aan haar klachten, heeft zij hem meteen bij de eerste kennismaking, drie jaar eerder, om euthanasie gevraagd.

De arts bezocht patiënte vaak thuis. Ze lag de hele dag in bed en keek tv. Ze had een ernstige huidziekte waardoor ze direct zonlicht moest mijden. Ze had een ongelukkig bestaan met veel pijn in hoofd en buik. De vraag om euthanasie was bij haar permanent aanwezig. Het verbaasde de arts dat patiënte eind 2008 akkoord was gegaan met zijn voorstel om haar te laten opnemen in het psychiatrisch centrum voor ouderen om een depressie uit te sluiten; deze opname heeft een half jaar geduurd. Toen de arts haar thuis bezocht vertelde patiënte dat haar klachten onveranderd waren, maar dat ze geleerd had er mee om te gaan. Ook vertelde patiënte dat zij wel wilde deelnemen aan een LOK (lichamelijk onbegrepen klachten) groep en dat er allerlei hulp zou komen. Binnen twee maanden kantelde de zaak weer. De toegezegde zorg kwam niet op gang. Wel werd ze eens in de twee of drie weken bezocht door een psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er). Toen de arts vroeg of ze zich niet opnieuw wilde laten opnemen zei patiënte dat ze de opname als een hel had ervaren.

Uiteindelijk zaten arts en patiënte drie maanden na de opname weer in het zelfde patroon als daarvoor. De arts heeft toen aan patiënte toegezegd dat hij zou meewerken aan haar verzoek tot levensbeëindiging. Na zijn toezegging aan patiënte heeft hij nog gedurende acht maanden met inzet van allerlei vrijwilligers geprobeerd de zaak te keren. Hij heeft gebeld met de SPV-er en de psychiater, heeft de MDL-arts geraadpleegd over de lichamelijke klachten van patiënte en -tevergeefs- diverse pogingen ondernomen om de thuiszorg in te schakelen. Eind 2009 is patiënte nog door de psychiater van de opname gezien; begin 2010 heeft de arts nog met deze psychiater over het al of niet bestaan van een depressie gebeld.

Deze laatste vertelde dat hij ook niet wist wat hij met patiënte aan moest. Naar zijn zeggen speelden psychosociale factoren een rol en zouden deze in principe beïnvloedbaar moeten zijn. Omdat bij vorige opname de euthanasiewens verdween, zou volgens deze psychiater dus eigenlijk een nieuwe opname moeten worden geprobeerd.

De arts was het hiermee volledig oneens. Het verdwijnen van de euthanasiewens is duidelijk onwaar gebleken, nu na het ontslag uit de psychiatrische afdeling, na de opname van een half jaar, patiënte binnen twee maanden opnieuw eenzelfde klachtenpatroon bleek te ontwikkelen, waardoor het leven opnieuw of nog steeds ondraaglijk was en patiënte steeds opnieuw terugkwam op haar euthanasiewens. Volgens de arts kon dit alleen betekenen dat er ofwel geen sprake is geweest van een depressie of dat deze onbehandelbaar is gebleken.

Toen de arts patiënte vervolgens confronteerde met de vraag of ze, voordat de euthanasiewens zou worden uitgevoerd, opnieuw bereid zou zijn tot een opname ter behandeling van een mogelijke depressie vertelde patiënte de arts dat zo een hernieuwde opname voor haar onmogelijk was. Ze had de eerste opname als een hel ervaren, maar dat nooit durven of willen uiten om de verschillende behandelaars c.q. begeleiders niet voor het hoofd te stoten. Patiënte wilde dus absoluut niet terug voor een nieuwe behandeling. Zij vertaalde alle angst en verdriet in somatische klachten. Toch heeft de arts niet overwogen om haar opnieuw naar de psychiater te sturen.

Uit mededogen met patiënte die, zonder enige vooruitgang, al een dertig jaar lange rondgang in het medisch circuit achter de rug had, en omdat hij geen enkele verwachting had van een nieuwe of herhaalde behandeling, heeft de arts afgezien van de optie van een hernieuwde verwijzing richting psychiatrie. De arts betwijfelde of bij een vrouw met deze voorgeschiedenis de psychiatrie nog iets had uitgehaald, zoals ook eerdere opname niets had opgeleverd. De arts was er ten diepste van overtuigd dat patiënte ongelooflijk ongelukkig was. Als hij nog een mogelijkheid had gezien om haar wat gelukkiger te maken dan had hij dat gedaan. Hij heeft ervoor gekozen patiënte euthanasie te verlenen, omdat hij overtuigd was van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.

De commissie overweegt, gelet op bovenstaande haar uit de diverse stukken en de mondelinge toelichting van de arts gebleken feiten en omstandigheden, als volgt:

Patiënte heeft de arts vrijwel meteen bij haar komst in zijn praktijk om euthanasie gevraagd. Op verzoek van de arts heeft patiënte zich laten opnemen in een psychiatrisch centrum voor ouderen, omdat de arts wilde uitsluiten dat er bij patiënte sprake was van een depressie of, als hier wel sprake van zou blijken te zijn, patiënte hiervoor zou kunnen worden behandeld. De resultaten van deze opname leken aanvankelijk hoopvol maar binnen twee à drie maanden na de opname zat patiënte weer in hetzelfde patroon als daarvoor. Ook vroeg ze de arts opnieuw stelselmatig om euthanasie. Patiënte werd nogmaals door de behandelend psychiater van de opname gezien. Deze meende dat dezelfde behandeling als die ze tijdens de opname had gehad, maar dit keer in de thuissituatie, mogelijk kon helpen. Volgens de arts en de consultant was dit voor patiënte geen optie. Blijkens het medisch journaal heeft de arts tien dagen voor de uitvoering van de euthanasie nog een keer telefonisch contact gehad met dezelfde psychiater. Deze suggereerde toen nog een nieuwe opname voor patiënte. Met deze suggestie van de psychiater was de arts het -blijkens zijn nadere toelichting- volledig oneens. Hij heeft dan ook niet overwogen patiënte opnieuw naar de psychiater te sturen; de arts betwijfelde of bij een vrouw met deze voorgeschiedenis de psychiatrie nog iets zou kunnen uitrichten.

De commissie deelt deze twijfel van de arts. De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De commissie is van oordeel dat de arts onder de omstandigheden als voormeld in redelijkheid met patiënte tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen andere oplossing was.

De commissie is van oordeel dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 10

De ondraaglijkheid van het lijden kan door patiënt, die in coma verkeert, niet meer worden geuit; bij een reversibel coma als gevolg van toegediende medicatie is het onmenselijk om een patiënt, met het doel hem te laten verwoorden dat hij opnieuw/nog steeds ondraaglijk lijdt, te laten bijkomen uit dit coma

Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen de 80 en 90 jaar, werd in de herfst van 2008 een progressieve, onbehandelbare hersenaandoening, vastgesteld. Er was sprake van langzame uitval van meerdere functies. In het voorjaar van 2010 ontstond een risico op verlamming van het strottenhoofd. Er was geen genezing mogelijk.

Patiënt leed onder zijn progressieve functieverlies, waardoor hij problemen kreeg met onder andere zijn geheugen, spraak en het vermogen te slikken. Hij leed tevens onder de wetenschap dat hij zou kunnen stikken en het besef dat er geen zicht was op verbetering van zijn

situatie. Patiënt, die altijd een man was geweest die de touwtjes in handen had gehad, leed onder zijn lichamelijke ontluistering, volledige afhankelijkheid, controleverlies en de uitzichtloosheid van zijn situatie. Voor hem was dit lijden, dat niet meer te verlichten viel, ondraaglijk. Palliatieve sedatie wenste patiënt niet; hij had een duidelijke voorkeur voor levensbeëindiging. Ruim twee maanden voor het overlijden had patiënt de arts om levensbeëindiging verzocht en dit verzoek enkele weken voor het overlijden herhaald. Twee dagen voor het overlijden had hij waarnemende artsen van de huisartsenpost in het bijzijn van zijn familie concreet om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig, waarin patiënt verklaarde levensbeëindiging te wensen als hij hetzij ondraaglijk en uitzichtloos zou lijden, hetzij in een toestand zou komen te verkeren waarin geen uitzicht zou bestaan op terugkeer naar een voor hem waardige levensstaat of als hij in een situatie met verregaande ontluistering zou geraken.

Twee dagen voor het overlijden verslechterde de toestand van patiënt dramatisch en kreeg hij te kampen met veel pijn en extreme benauwdheid. Omdat de arts niet bereikbaar was hadden in het weekend dienstdoende artsen van de huisartsenpost patiënt morfine en Dormicum subcutaan toegediend. Hierdoor stabiliseerde de toestand van patiënt, maar was hij niet meer aanspreekbaar.

De als onafhankelijke consulent benaderde huisarts, tevens SCEN-arts, bezocht patiënt op de dag van het overlijden, na overleg met de arts en bestudering van medische informatie over patiënt. De consulent bevestigde de ziektegeschiedenis van patiënt en de gestelde diagnose van een aandoening die niet medicamenteus viel te beïnvloeden.

Blijkens het verslag van de consulent trof hij patiënt op bed. Patiënt had een morfiepomp en kreeg om de vier uur Dormicum toegediend. Door de medicatie was hij niet goed wekbaar en niet goed aanspreekbaar en verliep het gesprek met de echtgenote en kinderen van patiënt. Omdat er in het weekend geen SCEN-arts beschikbaar was geweest had de procedure tot levensbeëindiging toen niet kunnen worden gestart.

In zijn verslag bevestigde de consulent dat het leven van patiënt, gezien de ziekte waaraan hij leed, zinloos en uitzichtloos was. De consulent meende dat er ten tijde van zijn bezoek geen sprake was van ondraaglijk lijden, aangezien patiënt door medicatie in coma werd gehouden. Er was eigenlijk sprake van palliatieve sedatie. Hoewel patiënt ten gevolge van de plotselinge dramatische verslechtering van zijn aandoening op dit moment niet in staat was zijn wens te uiten, was bekend dat hij eerder al vele malen had aangegeven levensbeëindiging te wensen. Ook tegen de dienstdoende artsen van de huisartsenpost had hij deze wens twee dagen eerder meerdere malen herhaald. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent concludeerde dat de euthanasie doorgang zou kunnen vinden, dan wel de palliatieve sedatie doorgezet zou kunnen worden.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dat patiënt ondraaglijk leed is duidelijk gedocumenteerd in de stukken en wordt bevestigd door de noodzaak zoveel morfine en Dormicum te geven dat er feitelijk sprake was van palliatieve sedatie. Dit kon de commissie afleiden uit de door de arts overgelegde schriftelijke stukken, waaronder zijn verslag en journaalgegevens betreffende het weekend voorafgaand aan het overlijden, informatie die werd bevestigd in het verslag van de onafhankelijke consulent. Vanwege acuut opgetreden extreme benauwdheid kreeg patiënt zoveel morfine en Dormicum dat hij niet goed wekbaar was. Het laten ontwaken van een patiënt uit een medisch geïndiceerde sedatie (reversibel coma) ten einde de door hem ervaren ondraaglijkheid van het lijden vast te stellen wordt onmenselijk geacht.

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

Casus 11

Ondraaglijk lijden ten gevolge van een maculadegeneratie

Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw tussen de 80 en 90 jaar, kon de dingen die voor haar het leven de moeite waard maakten niet meer uitvoeren. Patiënte woonde zelfstandig. Zij had altijd gehouden van intellectuele uitdagingen in haar leven, zij gebruikte de computer en e-mail, hield van lezen, filosoferen, discussiëren, politiek, kunst enzovoorts. Patiënte was altijd zeer zelfstandig geweest, hetgeen zij ook als haar grootste goed had ervaren. Haar lichaam ging echter achteruit. Haar gezichtsvermogen was de laatste jaren als gevolg van maculadegeneratie verslechterd, zij had last van duizeligheid, hoorde slecht en was soms incontinent voor ontlasting. Patiënte had in eerste instantie zelf allerlei oplossingen gezocht om haar beperkingen op te vangen, die echter niet voldoende bleken om het leven als zinvol te ervaren. Patiënte voelde zich als een gevangene in haar wegwijnende lichaam. De huidige situatie was het gevolg van het voortschrijden van de leeftijd van patiënte en niet of nauwelijks te beïnvloeden. Patiënte ervoer haar leven als zinloos. Haar geest was echter goed en zij hongerde naar informatie.

De mogelijkheid van versterven was ter sprake gekomen, maar dit zou inhouden dat er een periode van afhankelijkheid zou optreden, wat patiënte nu juist het meest gruwelijke vond dat haar zou kunnen overkomen. Zij heeft deze mogelijkheid dan ook verworpen. Patiënte zag het als een gift dat zij middels euthanasie afscheid van het leven zou mogen nemen en niet afhankelijk zou hoeven worden.

De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit het verlies van zinvol bezig te kunnen zijn, het verlies van contact met de buitenwereld en het vooruitzicht van -door haar als de ergste straf ervaren- afhankelijkheid. Gezien de levensfilosofie van patiënte was het lijden voor de arts invoelbaar ondraaglijk. Ook leed patiënte ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie.

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

Toen patiënte in 2007 in de praktijk van de arts kwam heeft zij in algemene zin met de arts over euthanasie gesproken. Sindsdien hebben zij hierover meerdere gesprekken gehad. Vanaf eind 2009 werd haar verzoek, dat zij daarna nog diverse keren heeft herhaald, steeds concreter. Er is een recente schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

Vier maanden voor de levensbeëindiging werd patiënte op verzoek van de arts bezocht door een psychiater om te bezien of er bij haar sprake was van een depressie of ander psychiatrisch ziektebeeld, waaruit haar euthanasiewens zou kunnen voortkomen en om vast te stellen dat patiënte wilsbekwaam was.

Deze, als eerste onafhankelijke consulent geraadpleegde, arts stelde vast dat ondanks de hardhorendheid een gesprek met patiënte goed mogelijk was. Zij was helder van geest en goed georiënteerd in tijd, plaats en persoon. Tijdens het gesprek bleek niets van geheugenproblemen. Patiënte vertelde haar verhaal coherent en gaf adequaat antwoord op de vragen. Zij kon goed aangeven waarom haar handicaps (doofheid, slechtziendheid, duizeligheid) haar belemmerden het leven zo te leiden als zij altijd had gedaan.

Volgens de eerste consulent was er geen sprake van een depressie noch van andere psychopathologie. Hij achtte patiënte volledig wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasiewens, die hij invoelbaar vond.

De arts raadpleegde als tweede consulent een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, die patiënte negen weken voor de levensbeëindiging voor de eerste keer bezocht. Deze zag een kranige, magere en schrandere vrouw. Zij vertelde hem over haar rijke en goede leven dat zij had gehad en over de geestelijke armoede die zij nu ervoer. Zij zou nog graag veel willen,

maar zij kon bijna niets meer als gevolg van haar verminderde zicht en haar doofheid. Patiënte kon goed duidelijk maken dat haar handicaps haar belemmerden in de mogelijkheid nog iets van het leven te maken zoals zij graag zou willen. Patiënte maakte gebruik van hoortoestellen en een leesloep en had steeds gezocht naar mogelijkheden om haar lijden te verlichten, maar had geen oplossingen gevonden.

Volgens zijn verslag wilde patiënte haar leven (laten) beëindigen omdat zij leed aan het leven. Patiënte was een intelligente vrouw met een brede interesse. Zij kon echter door haar handicaps niet meer de dingen doen die het leven voor haar de moeite waard maakten. Zij voelde zich eenzaam en kon haar dagen geen invulling meer geven. Zij voelde zich opgesloten in zichzelf en ervoer haar situatie als uitzichtloos en zinloos. Eenmaal in de veertien dagen kwamen er mensen op bezoek waarmee zij kon praten, wat zij erg fijn vond, maar verder ervoer zij geen kwaliteit van leven meer.

Patiënte was al bijna dertig jaar lid van de NVVE en had twee jaar geleden, toen haar gezichtsvermogen zeer slecht werd, haar euthanasiewens geuit. Sinds de herfst van 2009 uitte zij een concrete euthanasiewens. De tweede consulent kwam tot de conclusie dat patiënte leed aan het leven. Zij vond haar leven voltooid en verder zinloos. Patiënte ervoer haar lijden als gevolg van haar handicaps en achteruitgang als ondraaglijk en uitzichtloos, wat voor de tweede consulent geheel invoelbaar was. Patiënte had haar wens consistent en vrijwillig geuit. De tweede consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Vijf dagen voor de levensbeëindiging bezocht de tweede consulent patiënte opnieuw. Patiënte, die op de terugkeer van een in het buitenland verkerende kleindochter had gewacht, gaf nog steeds met volle overtuiging aan euthanasie te willen.

De tweede consulent was nog steeds van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting, met name om na te gaan of er sprake was van een voor patiënte ondraaglijk en uitzichtloos lijden en waardoor dit werd veroorzaakt.

De arts vertelde de patiënte al geruime tijd, vanaf het moment dat de arts in de praktijk kwam, te kennen.

Toen de arts de brief van de toetsingscommissie kreeg heeft deze het dossier er nog eens op nagelezen en zich bedacht dat het achteraf gezien misschien niet zo handig was geweest in het dossier zo uitdrukkelijk te spreken over “klaar met leven” met betrekking tot patiënte. De consulent had in deze zin in zijn consultatieverslag gesproken en de arts vond dit wel een mooie omschrijving. Deze terminologie is echter niet op deze manier van toepassing op patiënte. De arts verklaarde bedoeld te hebben dat het lijden van patiënte werd veroorzaakt door haar lichamelijke achteruitgang en de daarmee samengaande afhankelijkheid. Als deze zaken niet hadden gespeeld, had ze graag langer willen leven. Zo moet het “klaar met leven” worden opgevat. Patiënte was een zeer intelligente vrouw die haar leven alleen als zinvol ervoer als zij op intellectuele wijze kon functioneren. Met name als gevolg van de maculadegeneratie had zij echter steeds meer moeite met lezen en televisie kijken en allerhande dagelijkse dingen. Zo ontstonden af en toe gevaarlijke situaties, zoals bij het oversteken, bij het omgaan met gas en dergelijke.

Voor de arts was het aanvankelijk moeilijk om vast te stellen dat het lijden voor patiënte ondraaglijk was. De arts had lang gedubd alvorens in te gaan op het verzoek van patiënte en had ook gesprekken met de dochters van patiënte gevoerd. De arts had aanvankelijk slagen om de arm gehouden toen patiënte een concreet verzoek om euthanasie uitte en gezegd de wens waarschijnlijk niet te kunnen inwilligen.

Patiënte had op een dag ook aangegeven dat zij tot suïcide zou overgaan als haar euthanasieverzoek niet zou worden ingewilligd. De arts wist zeker dat zij dit zou doen en dat patiënte dit dan tot in detail zou regelen. Patiënte besprak dit voornemen echter pas in een laat stadium met de arts, die niet het gevoel had dat het uiten van dit voornemen werd gebruikt als presiemiddel om euthanasie af te dwingen. Het uiten ervan betekende voor de arts dat het lijden

voor patiënte ondraaglijk was. De arts heeft wel, toen patiënte suïcide ter sprake bracht, een psychiater ingeschakeld om de wilsbekwaamheid van patiënte vast te stellen. De toenemende afhankelijkheid was voor patiënte een ondraaglijke dreiging. Alternatieven in de behandeling, zoals aanpassingen in huis, gebruik van het gesproken boek en dergelijke zijn breeduit besproken. Patiënte had gebruik gemaakt van het gesproken boek en van een loep. Met haar dochters werd over alternatieven gesproken. Eén van de dochters wilde patiënte zelfs wel in huis nemen. Voor patiënte was haar onafhankelijkheid echter zeer belangrijk. Patiënte was nog niet geheel afhankelijk van anderen maar er ontstonden wel al gevaarlijke situaties. Eigenlijk was er al wel in zekere mate toezicht nodig. Voor patiënte was het idee van het inschakelen van thuiszorg echter al een nachtmerrie en waren alternatieven waardoor zij haar onafhankelijkheid zou verliezen onbespreekbaar.

Patiënte had naast de blindheid als gevolg van maculadegeneratie ook klachten van incontinentie van faeces en jeuk. Nadere diagnostiek naar deze klachten werd niet verricht, omdat dit voor patiënte niets aan haar opvatting zou veranderen. Alleen als de blindheid zou kunnen worden opgeheven zou patiënte willen blijven leven. De oogafwijking was echter niet stabiel en in korte tijd was het gezichtsvermogen zodanig achteruit gegaan dat zij ook geen grote letters meer kon lezen. Het gebruik van het gesproken boek bevredigde haar onvoldoende. Voor de arts was het bestaan van de maculadegeneratie, de medische problematiek, de reden waarom deze wilde ingaan op het verzoek van patiënte.

De arts had het verzoek van patiënte aanvankelijk niet kunnen invoelen. Hoe langer en vaker de arts patiënte zag des te meer raakte hij ervan overtuigd dat haar lijden ondraaglijk was. Patiënte was door haar intelligentie goed in staat te verwoorden wat zij wilde en zij wist hoe ze zaken voor elkaar kon krijgen. De arts realiseerde zich dit terdege en was daardoor extra terughoudend geweest; het duurde daardoor langer voor hij overtuigd was van de ondraaglijk van het lijden. Ook de dochters van de patiënte konden die steeds meer invoelen. Met name bij wandelingen die zij samen met haar ondernamen struikelde zij vaak en kon zij niet zelfstandig oversteken. De ellende die patiënte ervoer was haar van het gezicht af te lezen. Het was niet alleen een gekrenkte trots die de arts zag.

De consulent had patiënte tweemaal bezocht, omdat er enkele weken verstreken tussen het eerste consult en de uitvoering. De arts gaf aan dat de consulent bij beide bezoeken constateerde dat patiënte haar lijden als uitzichtloos en ondraaglijk ervoer, hetgeen voor de consulent invoelbaar was.

De moeder van patiënte was gestorven in een verpleeghuis na een ziekbed (en na een mislukte poging tot euthanasie) en patiënte had steeds aangegeven dit zo niet te willen; zij was ook al jaren lid van de NVVE. Patiënte had het onderwerp ook regelmatig en sinds jaren met de arts besproken. De arts was ervan overtuigd dat euthanasie ook in de levensvisie van patiënte paste.

De commissie heeft zich afgevraagd of de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was én hoofdzakelijk werd veroorzaakt door een ziekte of medische aandoening. Mede gezien de schriftelijke en mondelinge uitlatingen van de arts en de verslaglegging van de consulent heeft de commissie uitgebreid stilgestaan bij de vraag of er sprake was van een “klaar met leven” situatie.

Zoals uit de wetgeschiedenis blijkt, wordt met “klaar met leven” bedoeld op *“de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven”* en *“de situatie van de patiënt moet wel naar medisch ethisch inzicht kunnen worden gekenmerkt als een lijden. Aan het lijden moet dus wel een medische dimensie zitten (...). Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan de medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld; een dergelijk lijden gaat het terrein van de medicus te buiten”*.

De commissie heeft daarom de vraag te beantwoorden of het lijden van patiënte werd veroorzaakt door een medisch classificeerbare aandoening. Daarbij merkt zij op het dat volgens

de geldende zorgvuldigheidseisen noodzakelijk is dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate wordt veroorzaakt door een medisch geclassificeerde aandoening.

Niét is vereist dat dit een ernstige (medische) aandoening moet zijn.

Voor patiënte werd het lijden in overwegende mate veroorzaakt door haar (bijna) blindheid, die was ontstaan door de maculadegeneratie. Patiënte was een zeer intelligente vrouw die haar leven alleen als zinvol ervoer als zij op intellectuele wijze kon functioneren. Door de maculadegeneratie had zij echter steeds meer moeite met lezen, televisie kijken en allerhande dagelijkse dingen. Patiënte kon haar leven niet meer op een voor haar zinvolle wijze invullen. Wat voor patiënte zeer zwaar woog was het feit dat zij door haar blindheid haar autonomie verloor en steeds afhankelijker werd. Voorstellen die haar werden gedaan om haar leven nog te kunnen voortzetten, zoals dagelijkse (verpleegkundige) hulp, inwoning bij een dochter en / of andere oplossingen, wees zij dan ook af.

Daarnaast was er sprake van achteruitgang van het gehoor, af en toe incontinentie voor faeces en duizeligheidsklachten. De commissie is van mening dat ook deze klachten bijdroegen aan de ondraaglijkheid die zij ervoer.

De commissie stelt vast dat maculadegeneratie als een medisch classificeerbare aandoening moet worden gedefinieerd. Voor deze aandoening is geen effectieve behandeling mogelijk, noch is er uitzicht op verbetering. Dit betekent voor deze casus dat er geen sprake is van een “klaar met leven” situatie, zoals hierboven gedefinieerd, en dat het handelen van de arts binnen het medisch domein viel.

Volgens patiënte was haar lijden zo ondraaglijk geworden dat zij haar leven wilde laten beëindigen.

De commissie merkt daarbij op dat ook in belangrijke mate sprake was van existentieel lijden door de situatie waarin patiënte was terechtgekomen. Deze mix van factoren leidde bij deze patiënte op haar hoge leeftijd met haar biografie en karakterstructuur tot een voor haar ondraaglijk lijden. Voorts merkt de commissie op dat ondraaglijkheid in het kader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding subjectief moet worden uitgelegd en slechts marginaal kan worden getoetst. Volgens de commissie heeft de arts de overtuiging kunnen krijgen dat er sprake was van een voor patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

De commissie overweegt dat de autonomie en biografie van deze patiënte een belangrijke rol hebben gespeeld in de afwegingen van de arts. Gezien de hoge leeftijd en de levensinstelling van patiënte heeft de commissie er begrip voor dat patiënte mogelijkheden als het leren van braille of opname in een verpleeghuis afwees. De commissie meent dan ook dat arts en patiënte samen uiteindelijk tot de conclusie konden komen dat er geen redelijke alternatieven meer waren om het lijden van deze patiënte te verlichten.

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

Casus 12

De veelheid van lichamelijke klachten waaraan patiënte leed veroorzaakte haar ondraaglijk lijden; ondraaglijk lijden t.g.v. symptomen; geen diagnose kon worden gesteld

Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw ouder dan 90 jaar, had al langere tijd in toenemende mate last van haar gewrichten en spieren, van stoornissen in het gevoel aan haar handen en voeten; zij leed aan krachtverlies. Tot het voorjaar van 2010 lukte het patiënte nog min of meer om zich zelfstandig te redden. Door haar motorische beperkingen duurde toiletbezoek wel een uur, maar zij was nog enigszins mobiel. Daarna kreeg patiënte te kampen met niet te bestrijden, toenemende pijn en raakte zij bedlegerig. Aanvankelijk kon zij op bed op een po worden gezet,

maar al snel lukte dat niet meer en had zij een luier nodig. Haar armen kon zij nauwelijks gebruiken, haar schouders waren vrijwel onbeweeglijk. Haar handen deden pijn en hadden nauwelijks kracht. Patiënte kreeg last van doorligplekken. Zij dronk nog wel, maar at niet meer. Verzorging door de verpleging van het verzorgingshuis waar zij verbleef ervoer zij, door de pijn die dat veroorzaakte, als een 'hel'. Patiënte wenste geen nader onderzoek naar haar krachtverlies, malaise en misselijkheid. Anti-depressiva en pijnstilling hadden geen effect. Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Patiënte leed onder haar verlies van eetlust en de erger wordende decubitus. Zij leed ernstig onder de bedlegerigheid en haar steeds verder toenemende afhankelijkheid. Zij had steeds haar geleidelijke achteruitgang geaccepteerd, maar ervoer haar lijden nu als uitzichtloos en ondraaglijk, wat voor de arts invoelbaar was.

Als consulent werd benaderd een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. Deze bezocht patiënte vijf dagen voor het overlijden. Blijkens zijn verslag was patiënte bedlegerig en kon zij zich nauwelijks bewegen. Patiënte voelde zich misselijk en kon niet meer eten. Zij leed onder haar doorligplekken, die haar verzorging pijnlijk maakten en haar lijden verdiepten. Patiënte, die altijd een actieve vrouw was geweest die zichzelf goed kon redden en die steeds voor iedereen klaar had gestaan, leed onder haar afhankelijkheid die werd veroorzaakt door artrose en een onbegrepen neurologisch beeld dat tot krachtverlies en gevoelstoornissen leidde. Het in bed moeten liggen wachten op de dood, terwijl zij af en toe hevige pijnen leed, ervoer zij als ondraaglijk lijden, hetgeen de consulent invoelbaar vond. Het vooruitzicht bestond dat haar onvermogen zich te bewegen, de pijn en decubitus en haar afhankelijkheid alleen maar zouden toenemen. Zij zou steeds verder verzwakken en uiteindelijk sterven.

De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

Dementie

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

Daarnaast is bij patiënten met dementie in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden. De ondraaglijkheid van hun lijden bestaat veelal uit hun beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in het besef dat dit proces alleen maar zal voortschrijden en op den duur zal leiden tot fundamentele afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf. Wanneer een patiënt (de gevolgen van) zijn ziekte ervaart en zich bewust is van de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. Van belang is daarnaast dat 'angst voor toekomstig lijden' een reële inschatting is van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang. Ook hier geldt weer dat de specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt. (De casus 6, 7 en 8 dienen als voorbeeld)

Psychiatrische ziekte of stoornis

Dat zeker bij levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding in geval van een psychiatrische ziekte of stoornis in het algemeen veel aandacht van de arts is geboden bij een euthanasiewens van patiënten, is eerder in dit verslag reeds besproken. Naast het aspect van de wilsbekwaamheid, de vraag of de patiënt in staat kan worden geacht zijn verzoek vrijwillig en weloverwogen te doen, staat de vraag centraal of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden; met name de vraag of het door patiënt als ondraaglijk ervaren lijden als uitzichtloos kan worden aangemerkt vormt hierbij een punt van aandacht voor de arts. (zie casus 5)

Coma

Het bewustzijn is een belangrijk gegeven bij de beoordeling door de arts van het (ondraaglijk) lijden. Omdat een patiënt in coma – vanwege de afwezigheid van bewustzijn – niet lijdt, kan er dus ook geen sprake zijn van ondraaglijk lijden. Euthanasie kan dan niet plaatsvinden.

Anders dan in geval van coma dat (spontaan) is ontstaan als gevolg van ziekte of daarbij optredende complicaties, kan uitvoering van euthanasie wel gerechtvaardigd zijn als het

coma een gevolg is van medisch handelen (het toedienen van medicatie voor symptoombestrijding) en daarom in principe omkeerbaar is.

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

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

Palliatieve sedatie

Bij palliatieve sedatie wordt het bewustzijn van een patiënt opzettelijk verlaagd om zo in de laatste levensfase het onbehandelbare lijden weg te nemen. Palliatieve sedatie kan alleen worden toegepast als het overlijden spoedig is te verwachten.¹¹ De mogelijkheid van palliatieve sedatie betekent niet altijd dat de vraag om euthanasie verdwijnt.

Er zijn patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het einde toe bij bewustzijn te willen blijven. In dat geval kunnen arts en patiënt dan ook tot de overtuiging komen dat palliatieve sedatie geen redelijke oplossing is.

c. Voorlichting aan de patiënt

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

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

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

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

d. Geen redelijke andere oplossing

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

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

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

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

Ook zijn er patiënten die bang zijn suf te worden of het bewustzijn te verliezen en daarom geen hogere doses (morphine) willen. De arts moet de patiënt dan goede voorlichting geven en met hem bespreken of deze angst terecht is, omdat sufheid en verwarring soms van korte duur zijn.

Het weigeren van (palliatieve) behandeling of van verzorging is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt. Als arts en patiënt tot een gemeenschappelijke conclusie komen, wordt van de arts verwacht dat hij in de verslaglegging ten behoeve van de beoordeling door de commissie, aangeeft waarom eventuele andere oplossingen voor deze patiënt niet redelijk of niet aanvaardbaar werden geacht.

Casus 13

Geen redelijke andere oplossing aanwezig

Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw tussen de 80 en 90 jaar, was al jarenlang ongelukkig door eenzaamheid, het ontbreken van elk perspectief en herinneringen aan de oorlog. Patiënte werd begin 2010 door een psycholoog onderzocht. De stemming van patiënte was verdrietig. Zij kon niet omgaan met de situatie waarin zij verkeerde, was niet erg mobiel en kwam bijna niet meer buiten. Patiënte voelde zich gevangen en vond het heel moeilijk om afhankelijk van anderen te zijn. Er leek sprake te zijn van een reactieve depressie. De psycholoog adviseerde de arts om patiënte antidepressiva te geven; zij nam die enige tijd in, maar haar stemming verbeterde niet. Door een zwakke algehele conditie was patiënte kwetsbaar en gevoelig voor infecties. Patiënte was door pijn aan haar handen, veroorzaakt door artrose, niet meer in staat haar belangrijkste hobby's uit te oefenen. In de laatste weken voor het overlijden nam het somatisch lijden van patiënte toe door nierbekkenontsteking, waarvoor antibiotica werden gegeven. De ontsteking reageerde daar wel op, maar patiënte was regelmatig incontinent. Er was ook sprake van benauwdheid in rust, mogelijk op basis van een pneumonie. Patiënte had neiging tot dehydratie, viel fors af en leed chronisch pijn aan haar rug en schouders alsook aan haar -bij een ongeluk in het verleden verbrijzeld- been. Voor de pijn en benauwdheid werd met een redelijk effect morfine gegeven. Patiënte ging in korte tijd echter hard achteruit, verzwakte verder, kon niet meer worden gemobiliseerd, werd bedlegerig en afhankelijk en ontwikkelde doorligplekken. Patiënte gaf aan geen levenverlengende behandelingen, zoals antibioticakuren, meer te willen ondergaan. Het lijden van patiënte werd bepaald door een combinatie van psychische en somatische klachten. De arts was overtuigd van de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

Patiënte had sinds het ongeval, waarbij zij een verbrijzeld been had opgelopen en waardoor zij grotendeels rolstoelafhankelijk was geworden, ongeveer tien jaar voor het overlijden met haar toenmalige huisarts over de mogelijkheid van levensbeëindiging gesproken. Anderhalf jaar voor het overlijden verhuisde patiënte naar een verzorgingstehuis waar zij zich erg ongelukkig voelde. Vanaf die tijd werd haar euthanasiewens steeds intenser. Zij heeft toen ook een uitgebreide wilsverklaring opgesteld en deze met haar (nieuwe) huisarts, de opleider van de arts, besproken.

Enkele weken voor het overlijden, toen patiënte lichamelijk steeds verder achteruitging, heeft zij de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht en dit verzoek diverse malen herhaald. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.

De door de arts als consulent geraadpleegde onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts bezocht patiënte omstreeks een week voor de levensbeëindiging.

Blijkens zijn verslag lag patiënte sterk vermagerd in bed. Zij was volledig bij bewustzijn, helder van geest en goed in staat om het gesprek met de consulent te voeren. Patiënte was heel expliciet in haar, al jaren bestaande, euthanasiewens. Uit recent psychologisch onderzoek was naar voren gekomen dat het oordeelsvermogen van patiënte intact was. Er bestond geen aanwijzing voor dementie. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Het lijden van patiënte bevatte een belangrijke psychische component, maar er was ook de somatische kant. De lichamelijke toestand van patiënte was uitermate kwetsbaar. Zij had chronisch pijn, ondanks morfine. Met het verhogen van de dosering daarvan zouden ook de bijwerkingen toenemen. Patiënte wees levenverlengende behandelingen af. Zij vertelde zich erg ongelukkig te voelen in haar nieuwe woonomgeving, een verzorgingstehuis. Het psychisch lijden van patiënte werd bepaald door eenzaamheid, nare (oorlog)herinneringen en gebrek aan perspectief. Stemningsverbeterende medicijnen hadden geen effect op haar

gevoelens gehad. De recente lichamelijke achteruitgang versterkte in de beleving van patiënte de zinloosheid van haar al langer bestaande lijden. Er bestond voor patiënte geen reëel vooruitzicht op verbetering, waardoor het lijden uitzichtloos was. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk en mensonwaardig. Er waren geen reële alternatieve behandelmogelijkheden om het lijden te verlichten. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Het was de commissie niet geheel duidelijk waar precies de “knik” in het lijden van patiënte zat, waardoor haar euthanasiewens concreet was geworden. De arts gaf desgevraagd aan dat patiënte al langere tijd weinig plezier meer had in haar leven, aangaf levensmoe te zijn en graag te willen sterven. De snellere lichamelijke achteruitgang in de laatste maanden maakte dat haar verzoek dringender werd, reden voor de arts en zijn opleider om psychogeriatrisch onderzoek te laten uitvoeren door een psycholoog en specialist ouderengeneeskunde. Hieruit kwam naar voren dat er geen aanwijzingen waren voor een dementieel proces en dat patiënte een goed ziektebesef en ziekte-inzicht had. Er waren aanwijzingen voor een reactieve depressie; begin 2010 werd een poging gedaan om deze te behandelen met medicatie waarvan al snel bleek dat deze noch op de depressieve klachten noch op de euthanasiewens enig effect had. De arts zag de depressieve klachten ook meer in het licht van een aanpassingsstoornis dan van een echte depressie. De arts was voortdurend overtuigd geweest van de wilsbekwaamheid van patiënte; zij uitte haar wens herhaaldelijk. Het breekpunt in het lijden van patiënte werd gevormd door de snelle lichamelijke achteruitgang als gevolg van recidiverende urineweginfecties en een nierbekkenontsteking, waarvoor zij niet meer wilde worden opgenomen of met antibiotica behandeld. Zij wenste alleen nog maar palliatieve behandeling.

De commissie wilde alsnog graag van de arts vernemen hoe het existentiële en fysieke lijden van patiënte zich tot elkaar verhielden en of hij had overwogen nog andere deskundigen te raadplegen ter onderbouwing van de beoordeling van de aard van het psychisch lijden, waaruit het verzoek van patiënte onder andere voortkwam.

Verder wilde de commissie weten of de arts had overwogen om een psychiater de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens te laten beoordelen.

De arts gaf een mondelinge toelichting. Patiënte was sinds haar plaatsing in het verzorgings-tehuis, half 2008, opgenomen in de praktijk van de opleider van de arts. De arts kende patiënte sinds medio 2009. Patiënte was altijd al zwaar op de hand geweest. Deze gemoedstoestand werd versterkt door haar woonsituatie. Zij voelde zich ongelukkig in het tehuis, omdat zij geen aansluiting vond bij andere bewoners; ook was de verleende zorg niet optimaal. De arts en de opleider hadden op alle mogelijke manieren getracht om de toestand van patiënte te verbeteren. Een eventuele verhuizing was niet mogelijk gebleken, omdat alternatieve huisvesting in feite niet beschikbaar was. De arts en de opleider boden patiënte hulp aan van een psychiater, psycholoog, GGZ-ouderenzorg of maatschappelijk werk om te proberen haar eenzaamheid- en somberheidsproblematiek te verbeteren, maar patiënte wees deze voorstellen van de hand. Patiënte ging de laatste maanden voor het overlijden lichamelijke snel achteruit. Zij vermagerde en verzwakte, werd bedlegerig en kreeg doorligplekken. Zij was ondanks medicatie benauwd. Bovendien leed patiënte door de zorgafhankelijkheid, die zij als mensonterend ervoer. De arts vond het somatisch lijden van patiënte ernstig en invoelbaar ondraaglijk.

Patiënte wilde geen levensverlengende behandeling meer ondergaan, omdat zij zich eenzaam voelde en ongelukkig was in het tehuis waar zij woonde en niet meer kon genieten van activiteiten, die voor haar een groot deel van de kwaliteit van leven hadden bepaald. Wel accepteerde zij toediening van morfine, opgevoerd tot drie keer daags 10 mg, om benauwdheid en pijn te bestrijden. Het was volgens de arts het goed recht van patiënte om verdere behandeling te weigeren. Patiënte wees de arts op haar schriftelijke wilsverklaring. De grootste wens van patiënte was euthanasie. Naar de mening van de arts waren de palliatieve mogelijkheden voldoende benut en werden deze voor het overige beperkt, omdat patiënte

verdere palliatieve maatregelen afwees en vasthield aan haar euthanasiewens. Onder andere de onzekerheid van de duur van een palliatief traject deed de arts besluiten het euthanasieverzoek van patiënte in te willigen. De geraadpleegde SCEN-arts was het eens met de arts en gaf, door zijn beoordeling dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, de arts een steun in de rug.

De arts had niet overwogen om nog een psychiater te raadplegen om de wilsbekwaamheid van patiënte te laten vaststellen, omdat de arts niet twijfelde aan haar wilsbekwaamheid. De arts was er van overtuigd dat patiënte niet leed aan een vitale depressie. Zij was zeker geen psychiatrische patiënte, maar was somber door haar woonsituatie. De arts was echter van mening dat het somatisch lijden de doorslag had gegeven bij de euthanasiewens van patiënte. Het was voor de arts zelf doorslaggevend geweest op het verzoek van patiënte in te gaan.

De commissie overweegt ten aanzien van het zorgvuldigheidsvereiste dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt het volgende:

Patiënte had een, al zeker anderhalf jaar bestaande, duidelijke, consistente, veelvuldig herhaalde euthanasiewens. De commissie heeft zich afgevraagd of het verzoek van patiënte niet in overwegende mate werd ingegeven door een psychiatrische aandoening. Patiënte weigerde psychiatrisch onderzoek, maar een maand voor het overlijden kwam uit onderzoek, uitgevoerd door een ggz-psycholoog van een geriatrisch onderzoekscentrum, naar voren dat er geen aanwijzingen waren voor cognitief verval of dementie; wel leek sprake te zijn van een reactieve depressie. Patiënte was somber en verdrietig door haar lijden als gevolg van fysieke en psychische problemen.

De psycholoog adviseerde de arts patiënte anti-depressiva voor te schrijven ten einde haar stemming te verbeteren. Zij gebruikte deze kortdurend, echter zonder resultaat. Hierdoor raakte de arts er nog meer van overtuigd dat er geen sprake was van een vitale depressie, maar van een aanpassingsstoornis. Gelet hierop mocht de arts, zonder nader specialistisch onderzoek, concluderen dat het verzoek van patiënte niet was ingegeven door een psychiatrische stoornis. Patiënte was wilsbekwaam, wat werd bevestigd door de consulent.

De commissie overweegt ten aanzien van het zorgvuldigheidsvereiste dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing voorhanden was, het volgende:

Het gaat bij dit zorgvuldigheidsvereiste om de vraag of er uitzicht bestaat op verbetering van de situatie van patiënte binnen een afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen het resultaat en de belasting van patiënte. Gelet op de fysieke achteruitgang die al langer gaande was en de snelle verslechtering van conditie in de laatste weken voor het overlijden, de hoge leeftijd van patiënte en haar al jarenlang bestaande sombere gemoedstoestand kon de arts tot de conclusie komen dat er geen reëel perspectief op verlichting van het lijden meer geboden kon worden.

De commissie is van oordeel dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

e. Consultatie

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

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

Het raadplegen door de arts van een collega, die, voorafgaande aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. is wettelijk verplicht.

Een dergelijke raadpleging (doorgaans aangeduid als consultatie) is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het door de consulent gegeven consult helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en helpt hem te reflecteren alvorens hij besluit tot het inwilligen van het verzoek.

De consulent dient de patiënt te zien om te beoordelen of de arts die de levensbeëindiging wil gaan uitvoeren niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d.; deze zelfde eis geldt voor een eventueel tweede of volgende, door de arts geraadpleegde consulent.

Wordt een reeds eerder geconsulteerde consulent opnieuw geraadpleegd dan kan deze consultatie, afhankelijk van de hierna beschreven omstandigheden, ook bestaan uit een telefonisch raadplegen van deze consulent.

Het gaat in genoemde gevallen om een formeel raadplegen van een tweede arts met een gerichte vraagstelling. Daarbij verstaat de commissie onder 'raadplegen' het kennismaken van de bevindingen van de consulent en het hiermee samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging.

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

In het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 (blz.15) wordt expliciet aangegeven dat de onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts gewaarborgd moet zijn.

Volgens het Federatiebestuur impliceert een en ander dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent, een familielid of een arts die

anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de arts die om het consult vraagt, in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Ook de schijn van afhankelijkheid dient volgens dit Standpunt te worden vermeden.

Dit betekent onder meer dat er geen familieband of zakelijke relatie mag bestaan tussen arts en consulent en in beginsel ook geen samenwerkingsrelatie in bredere zin. Zij mogen dus ook niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn.

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

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

Kennis vanuit een privésituatie betekent niet per definitie dat de consulent niet in staat zou zijn om tot een onafhankelijk oordeel te komen, maar kan wel degelijk de schijn van niet-onafhankelijkheid wekken. Bij kennis vanuit een intervisiegroep, een professionele activiteit, hangt het van de omstandigheden in de intervisiegroep af of dit de onafhankelijke beoordeling door de consulent in de weg staat. Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun mening daarover aan de commissie laten weten.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt onder meer in dat geen onderlinge familiebetrekking of vriendschap bestaat, dat de consulent geen (mede)behandelaar is (geweest) en dat hij patiënt ook niet uit de waarneming kent.

Voor de beoordeling van de melding is de schriftelijke verslaglegging¹² door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de toestand waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich uit over zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissie.

De consulent geeft zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot de arts en de patiënt. De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen

¹² De checklist consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding kan als leidraad dienen en is te vinden op www.euthanasiecommissie.nl

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

De arts moet daarom nagaan of het verslag van de consulent van voldoende kwaliteit is en of de consulent daarin zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d.. Zo nodig moet hij de consulent daarop nader bevragen.

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

- Indien de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de aldus geraadpleegde consulent bij zijn bezoek aan de patiënt vaststelt dat er nog geen sprake is van ondraaglijk lijden en/of van een concreet verzoek om uitvoering, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede bezoek nodig is.
- Als de consulent heeft aangegeven te verwachten dat er waarschijnlijk op korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit naar zijn mening dat lijden voor de patiënt zal bestaan, is in beginsel een tweede bezoek aan de patiënt niet noodzakelijk, evenmin als het door de arts (telefonisch) raadplegen van de consulent, indien dit ondraaglijk lijden zich daadwerkelijk op korte termijn voordoet. Toch is het ook in een dergelijke situatie raadzaam dat de arts de consulent (telefonisch) raadpleegt.
- Als de ondraaglijkheid van het lijden voor de consulent wel reeds invoelbaar is, maar de patiënt nog geen concreet verzoek om uitvoering van de euthanasie heeft gedaan, bijvoorbeeld i.v.m. afscheid van familie, is, als het concrete verzoek vervolgens wél is gedaan, een tweede bezoek of een (telefonische) raadpleging in beginsel evenmin noodzakelijk.
- Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede bezoek van consulent aan patiënt in beginsel wel nodig zijn (zie casus 14).

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

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

Casus 3 toont het belang van het tijdig raadplegen van de consulent.

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

‘Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)’ leidt artsen op tot consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als andere, onafhankelijke arts een zogeheten SCEN-arts benaderd. Het is de commissies opgevallen dat dit in toenemende mate ook het geval is wanneer de euthanasie door een specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd. Ook zijn specialisten steeds vaker zelf tevens SCEN-arts. SCEN-artsen hebben ook een rol als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies.

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

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

Het is de commissies echter ook opgevallen dat sommige SCEN-artsen de consultvragende arts aanbieden over de uitvoering te adviseren.

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

Casus 14

Omdat de ontwikkelingen na het bezoek van de consulent onvoorspelbaar bleken, kon in dit geval niet met een telefonisch raadplegen van de consulent vier maanden later worden volstaan

Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 50 - 60 jaar, waren bij analyse wegens algehele malaise, toegenomen buikomvang en gewichtsverlies in het voorjaar van 2009 zeer uitgebreide levermetastasen vastgesteld van een onbekende primaire tumor. De prognose was infaust.

Het lijden van patiënt bestond uit de algehele achteruitgang met extreme vermagering en uiteindelijk volledige bedlegerigheid en zorgafhankelijkheid. Door een darmverstopping en misselijkheid kon hij niet meer eten en drinken, waarmee voor hem de grens van een menswaardig leven was bereikt. Er was geen passende mogelijkheid meer om het lijden te verlichten. De uitzichtloosheid was evident. Patiënt wilde de verdere achteruitgang niet meer afwachten. Het lijden was voor hem ondraaglijk, wat voor de arts invoelbaar was.

Na de diagnosestelling had patiënt enkele malen met de arts gesproken over de mogelijkheid van euthanasie en een schriftelijke wilsverklaring opgesteld. Enkele dagen voor het overlijden verzocht patiënt de arts concreet om euthanasie.

Als consulent werd geraadpleegd een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. Deze bezocht patiënt vier maanden voor zijn overlijden en had een dag voor het overlijden nog telefonisch contact met de meldend arts. Er was gevraagd om een vroeg consult omdat patiënt nog goed aanspreekbaar was en gevreesd werd voor plotselinge forse verslechtering. De consulent bevestigde de ziektegeschiedenis van patiënt. Blijkens zijn verslag wenste de patiënt geen lange lijdensweg mee te maken. Als omstandigheden waarin hij de dood zou verkiezen boven verder lijden noemde hij onder meer onbehandelbare pijn, volledige bedlegerigheid, het niet meer herkennen van zijn naasten, plotseling hevig bloedverlies en coma. Hij had zijn euthanasiewens met de arts besproken en schriftelijk bevestigd. De consulent was er tijdens het gesprek van overtuigd geraakt dat het een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie betrof. Het lijden van patiënt was uitzichtloos, maar nog niet ondraaglijk. Volgens de consulent kon er op korte termijn een situatie ontstaan die kon worden gekenmerkt als ondraaglijk lijden voor patiënt. Op dat moment zou zijns inziens zijn voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Een dag voor het overlijden van patiënt nam de arts telefonisch contact op met de consulent en bracht hem op de hoogte van de actuele situatie van patiënt. De consulent vernam dat de conditie van patiënt in de laatste maanden langzaam achteruit was gegaan en dat hij rolstoelafhankelijk en uiteindelijk bedlegerig was geworden. Er was, waarschijnlijk op basis van de metastasen, een darmverstopping ontstaan. Patiënt kon niet meer eten en had veel pijn. Er waren geen reële behandelopties, de situatie was voor patiënt uitzichtloos en ondraaglijk. De consulent was naar aanleiding van het telefoongesprek met de arts van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hiervan werd door de consulent verslag gedaan.

De commissie stelde vast dat er ten tijde van het bezoek van de consulent aan de patiënt nog geen sprake was van een actueel verzoek om euthanasie en van ondraaglijk lijden. Vier maanden na het bezoek van de consulent vond uitvoering van de euthanasie plaats, nadat de arts een dag daarvoor telefonisch contact had opgenomen met de consulent. De commissie heeft de arts en de consulent uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven.

De consulent gaf aan dat hij, toen de arts telefonisch contact met hem opnam, zeer verrast en verbaasd was geweest dat de patiënt nog leefde. Vier maanden eerder was zijn toestand al zeer ernstig en was de verwachting dat hij nog maar korte tijd te leven had. Toen de arts hem belde omdat hij tot uitvoering van de euthanasie wilde overgaan had de consulent direct gedacht dat de situatie ook echt onhoudbaar moest zijn geworden. Hij had de arts meege-

deeld dat deze zijns inziens tot euthanasie kon overgaan.

Desgevraagd deelde de consulent mee dat hij bij zijn bezoek aan patiënt had geconcludeerd dat er nog geen sprake was van ondraaglijk lijden, zoals deze zelf ook had aangegeven. Hij had gezegd over zijn euthanasiewens te willen praten, maar nog geen uitvoering te wensen. De consulent had gedacht dat patiënt zich tijdens hun gesprek groot had gehouden en had toen al gedacht dat hij op korte termijn een actueel verzoek zou uiten. Hij was er toen al zeer slecht aan toe. De arts vertelde dat er vier maanden voor het overlijden bij de patiënt al sprake was van terminaal leverlijden. Patiënt had toen gezegd dat hij, wanneer hij bedlegerig zou worden en zou lijden, euthanasie wenste. Zijn toestand ging toentertijd snel achteruit. Er was op dat moment verzocht om een SCEN-consult, omdat patiënt helder was en zijn euthanasiewens nog kon bespreken. De arts had steeds gedacht dat patiënt spoedig zou overlijden. Het verdere ziektebeloop was evenwel geleidelijk geweest. Voor patiënt was de grens bereikt toen hij bedlegerig was geworden, niet meer zelf naar de wc kon en ook verder tot niets meer in staat was. Daarbij kwam toen de darmverstopping. De arts gaf aan dat het wonderbaarlijk was dat patiënt nog zo lang had geleefd. De dreiging van het einde was steeds actueel geweest. Zo was er, ongemerkt, een lange periode verstreken.

Op de vraag of de consulent een tweede bezoek aan de patiënt had overwogen antwoordde deze dat in de periode tussen zijn bezoek aan de patiënt en het telefoongesprek vlak voor de uitvoering geen contact had plaatsgevonden tussen hem en de arts. Toen deze hem belde had de consulent zich niet gerealiseerd dat het al vier maanden geleden was dat hij de patiënt had bezocht.

De arts voegde hieraan toe dat hij op grond van het eerdere consultverslag niet zeker wist of de consulent patiënt nog zou bezoeken. Hij had een dag voor de uitvoering de consulent op de hoogte gebracht van de ontstane situatie. Volgens deze was het duidelijk dat de door hem verwachte ondraaglijke situatie nu was ontstaan en hij beloofde een aanvullend verslag te sturen. Het was van meet af aan evident geweest dat de patiënt om euthanasie zou vragen. De consulent verwachtte dat deze na zijn bezoek op korte termijn concreet om euthanasie zou verzoeken.

De consulent bevestigde dit. Beiden beklemtoonden dat de patiënt er al tijdens het bezoek van de consulent zeer slecht aan toe was geweest, waarbij het duidelijk was dat er een concreet euthanasieverzoek zou worden gedaan. Daardoor hadden zij zich niet gerealiseerd dat er intussen vier maanden waren verstreken sinds het bezoek van de consulent; de ondraaglijkheid van het lijden was deze bij het telefoongesprek ook direct duidelijk. De consulent deelde mee door de omstandigheden en de feiten van dit geval op het verkeerde been te zijn gezet, waardoor hij tijdens het telefoongesprek direct aangaf dat de uitvoering zijns inziens kon plaatsvinden. Hij realiseerde zich dat hij patiënt voor de tweede maal had moeten bezoeken om de zorgvuldigheidseisen uitzichtloos en ondraaglijk lijden en vrijwillig en weloverwogen verzoek te beoordelen. Hij zou hiermee in de toekomst rekening houden.

Ten aanzien de consultatie heeft de commissie het volgende overwogen.

In casu had een vroegtijdige consultatie plaatsgevonden; vier maanden voor de uitvoering van de levensbeëindiging had de consulent de patiënt bezocht en een dag voor de uitvoering had telefonisch contact tussen de arts en de consulent plaatsgevonden. De consulent had in zijn verslag vermeld dat hij er tijdens het gesprek met patiënt van overtuigd was geraakt dat het een weloverwogen en vrijwillig verzoek om levensbeëindiging betrof. Ook vermeldde zijn verslag dat patiënt nog niet ondraaglijk leed, maar dat er *op korte termijn* een voor patiënt ondraaglijke situatie kon ontstaan. Pas op dat moment zou volgens de consulent aan de zorgvuldigheidseisen zijn voldaan. Deze verwachting bleek echter niet te worden bewaarheid.

Ten tijde van het bezoek van de consulent aan patiënt was ook geen sprake geweest van een concreet verzoek om levensbeëindiging. De commissie is van oordeel dat een tweede bezoek van de consulent aan de patiënt, kort voor de uitvoering van de levensbeëindiging, de overtuiging had moeten opleveren dat op dat moment sprake was van ondraaglijk lijden en van een concreet vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging. Pas dan zou aan alle

zorgvuldigheidseisen zijn voldaan. Gezien de lange tijdsduur tussen het bezoek van de consulent aan patiënt en de uitvoering van de levensbeëindiging én het feit dat - naar achteraf bleek - geen goede inschatting kon worden gemaakt van het ziekteverloop, was telefonisch overleg tussen de arts en de consulent *in dit geval* niet voldoende.

De commissie twijfelt niet aan de goede wil van beide artsen. Zij heeft er begrip voor dat zowel de arts als de consulent zich door de omstandigheden verrast voelden en dat de consulent, toen hij telefonisch door de arts werd benaderd, aannam dat er op dat moment wel sprake moest zijn van een actueel verzoek en van ondraaglijk lijden. Nu geen tweede bezoek van de consulent aan de patiënt heeft plaatsgevonden, waarbij die aanname is geverifieerd, is *in dit geval*, alle omstandigheden in aanmerking genomen, aan de consultatie –eis niet voldaan.

De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Casus 15

Consultatie heeft niet plaatsgevonden

Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 70 en 80 jaar, werd in het voorjaar van 2009, na al langer bestaande buikklachten, een non-Hodgkin Lymfoom gediagnosticeerd. Er was sprake van een uitgebreide massa die de darm dichtdrukte. Patiënte kreeg chemotherapie en er werd een sonde in de darm geplaatst om de ernstig gestoorde doorgang te bevorderen; zij kreeg parenterale voeding. Halverwege 2009 bleek dat de tumor helemaal niet reageerde op de chemotherapie. Patiënte was uitbehandeld. Haar conditie verslechterde met de dag. Patiënte kreeg morfine voor de pijn en Dormicum om te slapen.

Het lijden van patiënte werd bepaald door misselijkheid, braken, pijn in buik en rug, afnemende krachten en ontluistering.

Na eerdere gesprekken met de arts over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek had patiënte vanaf de zomer 2009 meerdere keren om levensbeëindiging verzocht. Op de dag van de levensbeëindiging was patiënte wel suf maar toch nog goed aanspreekbaar. Er was een recente schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

De arts raadpleegde geen consulent. Blijkens zijn verslag was patiënte de laatste twee weken voor het overlijden onverwacht snel achteruitgegaan, terwijl de palliatie wisselend effect had. Patiënte had nog een feestdag in het vooruitzicht. Een bezoek van een consulent vóór die tijd leek de arts voorbarig en een bezoek rond die feestdag ongewenst. Daarna werd patiënte suf en was een consultatie volgens de arts niet meer goed uitvoerbaar.

De commissie heeft de arts, omdat deze geen consulent had geraadpleegd, uitgenodigd een nadere mondelinge toelichting te geven.

De arts vertelde dat het patiënte, ondanks ernstige complicaties veroorzaakt door haar ziekte, relatief lang goed was gegaan. Zij kreeg wegens een darmafsluiting parenterale voeding en verkeerde daardoor nog in redelijke conditie. Toen de toestand van patiënte uiteindelijk toch verder achteruit ging en zij haar euthanasiewens op (korte) termijn had aangegeven, wilde de arts nog even wachten met het raadplegen van een consulent in verband met een feestdag waar patiënte naar uitkeek.

Zij verheugde zich daar op en de arts vond het niet getuigen van respect voor zijn patiënte om haar in die fase te laten bezoeken door een consulent. De arts nam zich voor na de bewuste feestdag een consulent te raadplegen, maar door snelle verslechtering van de toestand van patiënte was het daarvoor toen te laat. Zij was nog wel aanspreekbaar, maar toch niet meer helemaal helder, in elk geval te slecht om het gesprek met een consulent te kunnen voeren. Patiënte kwam in een toestand te verkeren die zij nooit had gewild. De arts had

eerder palliatieve sedatie overwogen en besproken met patiënte; zij wilde echter op een door haar zelf gekozen moment overlijden. De uitvoering van de euthanasie was goed verlopen op een manier zoals patiënte dat had gewild.

De arts gaf aan van deze casus te willen leren. Hij zei zich voor te nemen bij een verzoek om euthanasie in de toekomst, meteen een consulent te zullen raadplegen en indien noodzakelijk, doordat te lange tijd tussen consult en uitvoering zou zijn verstreken, deze consulent nog een tweede keer te raadplegen.

De commissie overweegt ten aanzien van de consultatie het volgende.

Het raadplegen door de arts van een collega die, voorafgaand aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zelfstandig (schriftelijk) een deskundig en onafhankelijk oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen, is wettelijk verplicht. De consultatie heeft tot functie een optimaal zorgvuldig besluitvormingsproces van de arts te waarborgen. De consultatie helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan én te reflecteren op zijn eigen afwegingen, alvorens hij besluit tot inwilliging van het verzoek.

De commissie is van oordeel dat het van belang is dat een arts tijdig contact opneemt met een consulent, zodat in alle rust afspraken kunnen worden gemaakt over diens bezoek aan patiënt. Het is ook van belang dat de behandelend arts patiënt tijdig op de hoogte stelt van de noodzaak van een bezoek door een consulent en hierover nadere uitleg verschaft. In dit geval heeft de arts nagelaten een consulent in te schakelen.

De commissie is van oordeel, mede gezien de lange ziektegeschiedenis van patiënte waarin zich al ernstige complicaties hadden voorgedaan, maar waarin bovendien nog meer complicaties dreigden te ontstaan, én het reeds door patiënte geuite concrete en weloverwogen verzoek, dat de arts op een eerder tijdstip een consulent had moeten en kunnen inschakelen. Door het niet tijdig raadplegen van een consulent is de arts in een moeilijke situatie terecht gekomen die te voorkomen was geweest. De commissie tekent hierbij aan dat zij zich bewust is van het feit dat het soms moeilijk is om de termijn waarbinnen de consultatie zou moeten plaatsvinden juist in te schatten. Bij dreigende afnemende cognitieve of communicatieve vermogens (bijvoorbeeld bij het risico op een snelle verslechtering van de situatie van patiënt of door bijwerkingen van de medicatie) kan het daarom zinvol zijn om vroegtijdig een consulent te raadplegen. De consultatie kan dan op een later moment door een kort aanvullend, eventueel telefonisch, consult worden afgerond, waarvan eveneens een schriftelijk verslag wordt gemaakt door de consulent.

In beginsel dient de consulent patiënt persoonlijk te bezoeken. Dit is een eenduidige norm waarvan slechts in zeer uitzonderlijke gevallen kan worden afgeweken.

Het kan gebeuren dat een bezoek door een consulent niet meer mogelijk is omdat de ziekte-toestand van patiënt dit, naar objectieve medische maatstaven, niet meer toelaat. Gedacht kan worden aan een situatie zoals in de onderhavige casus, waarin patiënte niet meer goed aanspreekbaar was door haar snel verslechterende toestand.

Ook in zo een situatie blijft de plicht tot consultatie bestaan. De behandelend arts zal dan in zijn verslag helder moeten motiveren waarom een bezoek van de consulent achterwege is gebleven.

Ofschoon het niet is uitgesloten dat aan het consultatievereiste (raadplegen van een onafhankelijke consulent, die de patiënt heeft gezien) kan zijn voldaan zonder dat de consulent een persoonlijk gesprek met patiënt heeft gevoerd, is de commissie van oordeel dat in dit geval een dergelijke consultatie wel degelijk had kunnen en moeten plaatsvinden.

De commissie kan, gezien het bovenstaande niet anders dan tot het oordeel komen dat de arts niet heeft voldaan aan het consultatievereiste en daarmee niet aan de wettelijke Zorgvuldigheidseisen.

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

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

Bij de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding wordt voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel het advies 13) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) / het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) in de Standaard Euthanatica (2007) gevolgd. De Standaard Euthanatica gaat bij levensbeëindiging op verzoek uit van intraveneuze toediening van een coma-inducerend middel, gevolgd door intraveneuze toediening van een spierverlappend middel. De KNMP geeft in de Standaard Euthanatica aan welke middelen voor de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek moeten worden gebruikt.

Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen ‘eerste-keus-middelen’¹⁴ en ‘tweede-keus-middelen’¹⁵. Met de laatste categorie middelen is minder ervaring (‘evidence’) opgedaan.

Daarnaast worden in de Standaard Euthanatica nog middelen genoemd die geen alternatief zijn voor het eerste keus middel. Ook staat erin welke middelen worden afgeraden. Wanneer een arts geen gebruik maakt van een eerste keus middel en het gebruik van het andere middel niet nader motiveert, zullen de commissies de arts nadere vragen stellen.

Bij de toetsing van de medisch zorgvuldige uitvoering is uitgangspunt dat tweede-keus-middelen zijn toegelaten, mits de arts het gebruik ervan afdoende motiveert. De commissies zullen zeker vragen stellen wanneer middelen zijn gebruikt, die niet als alternatief zijn genoemd of die worden afgeraden.

Het gebruik van niet geadviseerde coma-inducerende middelen kan voor de patiënt negatieve gevolgen hebben, die te voorkomen zijn door de geëigende middelen te gebruiken. Gegarandeerd moet zijn dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverlapper.

De commissies hebben geen bezwaar tegen de toediening van een middel als midazolam als pre-medicatie, voorafgaand aan het gebruik van een geadviseerd middel voor de inductie van het coma.

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

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

Zoals hiervoor gesteld, moet zijn gegarandeerd dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverlapper. Het gebruik van een in de Standaard Euthanatica geadviseerd coma-inducerend middel, maar ook de juiste dosering hiervan is van groot belang om ervoor te zorgen dat de patiënt de gevolgen van de spierverlapper niet kan ervaren. In casus 16 en 18 gebruikte de arts een lagere dosering coma-inducerend middel dan in de Standaard Euthanatica wordt geadviseerd.

In casus 16 had de arts zich laten adviseren door een apotheker. De commissie overwoog dat de arts en niet de apotheker verantwoordelijk is voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging en dus ook voor de keuze en dosering van de gebruikte middelen.

In 5 van de 6 gevallen¹⁶ waarin werd geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseis “medisch zorgvuldige uitvoering” had gehandeld kwamen de commissie tot dit oordeel nu niet kon worden gegarandeerd dat de patiënten door de gebruikte lage dosering van het coma-inducerend middel op het moment van toediening van de spierverlapper in diep coma waren.

Het is van belang dat de arts, alvorens de spierverlapper toe te dienen, de diepte van het coma adequaat controleert. De eerder in Hoofdstuk I genoemde gezamenlijke werkgroep van KNMP / WINAp en KNMG zal hierover richtlijnen vaststellen.

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

De arts moet bij de patiënt aanwezig, dan wel in de directe omgeving blijven totdat deze is overleden. Mogelijk is immers dat zich complicaties voordoen, bijvoorbeeld dat patiënt de drank weer uitbraakt. De arts kan dan – alsnog – euthanasie toepassen.

De arts mag de euthanatica niet bij de patiënt achter laten. Dat kan gevaar opleveren, ook voor anderen dan de patiënt.

13 Standaard Euthanatica 2007: toepassing en bereiding (2007)

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

15 Opgenomen in de tabel op pagina 26 van de Standaard Euthanatica 2007: toepassing en bereiding (2007)

16 zie voetnoot 4

Casus 16

**Uitvoering met een niet in de Standaard Euthanatica 2007 geadviseerde dosis thiopental, geen adequate comacheck; ondanks volgen advies apotheker blijft arts verantwoordelijk
Oordeel: onzorgvuldig**

Bij patiënt, een man tussen de 70 en 80 jaar, werd in 2009 een longcarcinoom geconstateerd met hersenmetastasen, die een halfzijdige verlamming links veroorzaakten. Er was geen genezing meer mogelijk. Patiënt werd zonder succes behandeld met palliatieve chemotherapie. Hij werd in een hospice opgenomen.

Patiënt, die ondraaglijk leed onder zijn toenemende aftakeling, de daarmee samenhangende afhankelijkheid en de uitzichtloosheid van zijn situatie, had de arts om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Volgens het verslag van de als onafhankelijke consulent benaderde huisarts, tevens SCEN-arts, was deze van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van 500 mg thiopental en 12 mg Pavulon.

De commissie heeft de arts verzocht haar nader te informeren met betrekking tot de bij de uitvoering gebruikte dosering van de euthanatica. De arts lichtte schriftelijk toe dat hij de euthanatica niet had kunnen krijgen via zijn gebruikelijke apotheker, omdat deze op vakantie was. De apotheker naar wie hij werd verwezen had hem een euthanasiekit gegeven die 500 mg thiopental en 12 mg Pavulon bevatte. De apotheker had de arts verzekerd dat 500 mg thiopental voldoende zou zijn om patiënt in een diep coma te brengen. Hij gaf de arts een tweede euthanasiekit mee met het oog op eventuele breuk of verspilling van de euthanatica in de eerste kit.

Tijdens de uitvoering van de levensbeëindiging zag de arts dat patiënt na inspuiting van de thiopental al in coma raakte. Patiënt, die sterk was vermagerd, was diep comateus; hij had nog wel enige ademhaling en een voelbare pols. Omdat de arts al na toediening van 500 mg thiopental de klinische overtuiging had dat patiënt diep in coma was, besloot hij niet nogmaals 500 mg thiopental te geven. Na inspuiting van 12 mg Pavulon overleed patiënt binnen een minuut. De arts lichtte voorts toe dat hij bij voorgaande door hem uitgevoerde levensbeëindigingen altijd 1000 mg thiopental had toegediend, waarna patiënt na een ademstilstand overleed. Hij vond het evident dat de dosering van 500 mg thiopental bij een minder cachectische patiënt onvoldoende zou zijn om een voldoende diep coma te induceren. Bij twijfel zou 1000 mg of zelfs 2000 mg thiopental moeten worden toegediend. Voordat een curare-middel wordt gespoten moet een patiënt immers in diep coma zijn. De arts was er van overtuigd dat patiënt in casu na inspuiting van 500 mg thiopental in een diep coma verkeerde.

De arts lichtte desgevraagd mondeling toe dat het zijn ervaring was dat patiënten bij het toedienen van een geringe dosis thiopental al wegzakken. Ook in de onderhavige situatie was dit het geval geweest: het hoofd van patiënt viel meteen na toediening van thiopental weg, patiënt had nog nauwelijks enige ademhaling en een nauwelijks palpeerbare pols.

De arts verklaarde dat hijzelf ruim dertig jaar in het vak zat en geen enkele twijfel had gehad over het coma. Hij erkende dat hij niet op de cornea reflex had gecontroleerd, noch op andere wijze de diepte van het coma had onderzocht. Hij had dat niet gedaan omdat er familieleden bij waren.

De arts stelde dat hij voorafgaand aan een levensbeëindiging de familie van patiënt altijd informeert over de methode die daarbij zal worden gevolgd. In die toelichting wijst hij er op dat er door hem voor de zekerheid nog een tweede middel (Pavulon) zal worden toegediend ter verslapping van de spieren. De arts verklaarde er moeite mee te hebben om, wanneer een patiënt- in tegenstelling tot deze uitleg- al overlijdt op basis van thiopental, alsnog Pavulon te moeten toedienen aan een dood lichaam.

De arts lichtte toe dat er in dit geval circa één minuut zat tussen het toedienen van de thiopental en de Pavulon. Patiënt overleed vervolgens binnen één minuut.

Uit gesprekken met collega's was naar voren gekomen dat met één of twee ampullen van 500 mg thiopental kan worden volstaan wanneer men te maken heeft met cachectische (sterk vermagerde) mensen. Wanneer hij enige twijfel had gehad over de diepte van het coma zou hij een tweede ampul van 500 mg hebben gebruikt. Hij was er echter 100 % van overtuigd geweest dat patiënt diep comateus was.

De arts verklaarde dat hij circa dertien maal een euthanasie had uitgevoerd met 1000 mg thiopental en nooit een probleem had gehad. Dit had zijn indruk versterkt dat 1000 mg voldoende was. Hij wist niet dat het WINAp, het wetenschappelijk instituut van de KNMP, een ophoging van de dosering tot boven de 1000 mg had geadviseerd. Hij stelde natuurlijk bereid te zijn aan dat protocol te voldoen.

De commissie merkt ten aanzien van de uitvoering het volgende op:

Bij de beoordeling van de vraag of de levensbeëindiging naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht is uitgevoerd hanteert de commissie in beginsel de Standaard Euthanatica van de KNMP / WINAp, 2007 als leidraad. Hierin wordt als coma inducerend middel thiopental in een dosering van 2000 mg geadviseerd; dit omdat de in de vorige versie (1998) van dit advies aanbevolen dosering van 1500 mg in sommige gevallen te laag is gebleken.

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

De commissie benadrukt dat de arts verantwoordelijk is voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging, ook wanneer deze informatie heeft ingewonnen bij een deskundige, in dit geval een apotheker.

De commissie overweegt dat de arts de spierverslapper een minuut na toediening van het coma inducerend middel heeft toegediend en dat patiënt na nog een minuut was overleden. Door toediening van de Pavulon zijn de spieren van patiënt verlamd geraakt, waardoor deze tot niets meer in staat was. Mocht patiënt op dat moment niet in coma zijn geweest, dan kon hij dat vanwege de verlamming van de spieren niet meer kenbaar maken. Gezien de lage dosering thiopental (500 mg) bestaat er geen garantie dat patiënt gedurende de gehele uitvoering van de levensbeëindiging daadwerkelijk in coma was. Dit klemt temeer nu de arts weliswaar heeft vastgesteld dat patiënt een nauwelijks waarneembare ademhaling had en een nauwelijks palpeerbare pols, maar had verzuimd de diepte van het coma vast te stellen via de cornea reflex.

De commissie is van oordeel dat de arts, door het coma te induceren door middel van thiopental in een dosering van 500 mg, het risico heeft genomen dat patiënt gedurende de levensbeëindiging niet in coma was.

Zij tekent daarbij aan niet te twijfelen aan de goede bedoelingen van de arts, die meende te mogen afgaan op de deskundigheid van de door hem geraadpleegde apotheker.

De commissie kan echter niet tot een ander oordeel komen dan dat de uitvoering van de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig is uitgevoerd en oordeelt dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Casus 17

Toediening pancuronium bleek niet intraveneus; door snelle actie apotheker kon levensbeëindiging zorgvuldig worden uitgevoerd; noodzaak van reserveset

Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen de 60 en 70 jaar, werd een melanoom op de rug met lymfogene metastasering in beide liezen vastgesteld. Patiënt onderging een uitgebreide lymfeklierdis-

sectie en werd behandeld met radiotherapie. Daarna openbaarden zich metastasen in de buik, lever en milt. Het lijden van patiënt werd bepaald door bedlegerigheid, pijnklachten, passageproblemen en vooral door ernstige en niet te behandelen benauwdheid, die maakte dat patiënt zijn lijden als ondraaglijk ervoer.

De patiënt had de arts om levensbeëindiging verzocht. De door de art geraadpleegde onafhankelijke consulent bevestigde in het verslag de ziektegeschiedenis van patiënt, diens uitzichtloos en ondraaglijk lijden en vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Volgens de consulent was aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

De levensbeëindiging vond plaats door intraveneuze toediening door de arts van 2000 mg. thiopentalnatrium; hij spoot vervolgens 20 mg. pancuronium. Toen kort daarop duidelijk werd dat de pancuronium niet in de bloedbaan was terechtgekomen, diende de arts 20 minuten later in de andere arm (opnieuw) 20 mg. pancuronium, intraveneus toe. Binnen enkele minuten was patiënt overleden.

Omdat bij de commissie vragen waren gerezen met betrekking tot de precieze toedracht bij de uitvoering van de levensbeëindiging en de dosering van de gebruikte middelen, heeft zij de arts een mondelinge toelichting gevraagd.

De arts vertelde dat hij, vanwege de snelle achteruitgang van patiënt, de afspraak had gemaakt om de volgende dag in de avond de levensbeëindiging uit te voeren. De arts moest haast maken bij de voorbereidingen. De volgende ochtend kreeg de arts van een naaste van patiënt telefonisch het dringend verzoek het moment van levensbeëindiging te vervroegen naar de middag. Na aankomst bij de patiënt overlegde hij met deze en informeerde de aanwezigen over de procedure. De arts bracht de infuusnaald in op de handrug en maakte vervolgens de euthanatica klaar. Nadat de arts de patiënt had ingespoten met de aanbevolen dosering van 2000 mg thiopentalnatrium diende hij een pijnprikkel toe onder de oksel en constateerde een diep coma. Daarop spoot de arts 20 mg pancuronium. Toen de patiënt na ongeveer 8 minuten nog niet was overleden, bleek bij nader onderzoek dat de spierverslapper niet in de bloedbaan van patiënt was terechtgekomen, maar subcutaan was ingespoten. De arts belde daarop met de apotheek en kreeg met spoed binnen 5 minuten een nieuwe dosering van 20 mg pancuronium aangeleverd. De arts bracht een nieuwe infuusnaald in. Hij voerde een comacheck uit door middel van toediening van een pijnprikkel onder de oksel. Vervolgens spoot de arts de tweede dosering pancuronium, waarna patiënt kwam te overlijden. De arts belde met de lijkschouwer, die kort daarop arriveerde. De arts liet aan de lijkschouwer de verpakking van de gebruikte euthanatica zien en vertelde hem over de complicatie die zich had voorgedaan bij de toediening van de eerste dosering pancuronium. De arts vertelt dat hij voorafgaande aan de uitvoering Dormicum aan de patiënt had toegediend als pre-medicatiemiddel.

Desgevraagd stelt de arts dat de apotheker niets had gezegd over de noodzaak een reserveset met euthanatica bij zich te hebben. Ook had hij daarover niets gelezen in de door hem geraadpleegde protocollen. Tijdens de voorbereidingen had de arts bewust stilgestaan bij het feit dat de apotheker zeer dichtbij de locatie was gelegen waar de levensbeëindiging zou worden uitgevoerd; hij was ervan uitgegaan dat de apotheker snel extra doseringen kon aanleveren wanneer de nood aan de man zou zijn. De arts realiseert zich dat hij de eindverantwoordelijkheid draagt voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging.

De commissie is, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Casus 18

Coma inductie met niet in de Standaard Euthanatica geadviseerde dosering thiopental, gefaseerd toegediend

Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 80 en 90 jaar, was in de herfst van 2004 een vorm van leukemie vastgesteld, waarvoor zij medicamenteus werd behandeld.

Vanwege bijwerkingen werd deze behandeling in de herfst van 2009 gestaakt om het natuurlijke beloop af te wachten. Er was sprake van toenemende, mogelijk aan anemie gerelateerde, moeheid en lusteloosheid. Het lijden van patiënte bestond uit ernstige moeheid, waardoor zij tot niets meer in staat was, maar vooral uit de zorgafhankelijkheid en verlies van regie. Dit lijden was uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk, wat voor de arts invoelbaar was.

In de eerste maanden van 2009 had patiënte al gesproken over haar euthanasiewens en ook in schriftelijke wilsverklaringen uitvoerig beschreven wat zij onder ondraaglijk lijden verstonde en wanneer ze euthanasie wenste. De laatste maand vóór het overlijden verzocht patiënte de arts regelmatig om euthanasie. Enkele dagen voor het overlijden werd het verzoek actueel.

De als consulent geraadpleegde onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts voerde de levensbeëindiging uit door intraveneuze toediening van 750 mg thiopental en 20 mg Pavulon, gevolgd door nogmaals 750 mg thiopental.

Omdat er bij de commissie vragen bestonden over de wijze van uitvoering van de levensbeëindiging, heeft zij de arts verzocht haar hierover nader te informeren. De arts heeft een schriftelijke en mondelinge toelichting gegeven.

De arts verklaarde voor wat betreft de wijze van uitvoering van de levensbeëindiging bekend te zijn met de 'Standaard Euthanatica' uitgegeven door de KNMP/WINAp in 2007. Hij was het echter niet eens met de daarin opgenomen adviezen, zoals coma inductie met 2000 mg thiopental. Patiënten zouden volgens hem dan aan een overdosering thiopental overlijden. Hij haalde een artikel aan van een anesthesist, waarin deze adviseerde om aan cachectische mensen gefaseerd thiopental toe te dienen. Desgevraagd verklaarde de arts dat hij het heel vervelend vindt wanneer een patiënt al tijdens het inspuiten van de middelen overlijdt.

Bovendien was hij bang dat een patiënt zou stikken door toedienen van 2000 mg thiopental ineens. Verder speelde mee dat hij zich graag wilde houden aan de wijze van levensbeëindiging zoals hij die tevoren met een patiënt had besproken. De arts merkte tenslotte op dat hij de richtlijn van de KNMP/WINAp onvoldoende onderbouwd vindt. Patiënte woog circa 65 kg. Na toediening van 750 mg thiopental had hij de diepte van het coma via een pijnprikkel vastgesteld en daarna 20 mg Pavulon ingespoten. Vervolgens had hij de resterende 750 mg thiopental toegediend. Patiënte was twee minuten later overleden. Gekozen was voor spreiding van de thiopental om patiënte niet hieraan te laten overlijden, maar wel het coma lang genoeg in stand te houden. De euthanasie was volgens de arts zonder problemen verlopen.

De commissie merkt op dat de arts het leven van patiënte heeft beëindigd door een gefaseerde toediening van euthanatica. Hij heeft patiënte eerst 750 mg thiopental, vervolgens 20 mg Pavulon en aansluitend nogmaals 750 mg thiopental toegediend. De arts gaf de voorkeur aan deze handelwijze boven het advies van de KNMP/WINAp.

De commissie kan zich voorstellen dat de arts een overlijden tijdens het inspuiten van de middelen niet plezierig vindt. Voor het beoordelen of een levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft plaats gevonden hanteert de commissie de door de KNMP/WINAp in 2007 uitgebrachte "Standaard Euthanatica, bereiding en toepassing" als leidraad. In deze uitgave is de eerder (1998) aanbevolen dosering van 1500 mg thiopental verhoogd naar 2000 mg,

omdat bij sommige patiënten de dosering van 1500 mg te laag was gebleken.

De commissie stelt vast dat de arts voor wat betreft de door hem toegediende dosering thiopental en ten aanzien van de wijze van toedienen afwijkt van het advies van de KNMP/WINAp, 2007.

De commissie merkt tevens op dat de arts ook in een eerder door hem gemelde zaak een van dit advies afwijkende methode van levensbeëindiging heeft toegepast. Naar aanleiding van deze eerdere melding is door de inspectie voor de Gezondheidszorg ondermeer bezwaar gemaakt tegen zijn wijze van uitvoeren. De Inspectie gaf de arts te kennen dat hij, door Nesdonal te titreren tot een patiënt buiten bewustzijn is, het risico nam dat geen diep coma bereikt was voordat Pavulon werd geïnjecteerd, zodat het mogelijk was dat de patiënt in een of andere vorm van bewustzijn verstikte. Ook heeft de inspectie de arts dringend in overweging gegeven de 'Aandachtspunten bij euthanasie of hulp bij zelfdoding' van de KNMG en de 'Standaard Euthanatica' van de KNMP/WINAp, 2007 nauwgezet te volgen en hem meege-deeld extra te hechten aan bijstelling van zijn handelen.

De arts geeft hiervan geen blijk in de onderhavige casus.

De commissie is van mening dat de arts door een gefaseerde toediening van het coma inducerend middel het risico heeft genomen dat patiënte slechts zeer kortdurend in coma zou blijven of niet diep genoeg in coma zou raken. Door toediening van de Pavulon raken de spieren van een patiënt verlamd, waardoor deze tot niets meer in staat is. Mocht de patiënte in de onderhavige casus op het moment van toediening van de Pavulon al uit het coma aan het bijkomen zijn geweest of nog niet volledig in coma zijn geraakt, dan kon zij dat vanwege de verlamming van de spieren niet meer kenbaar maken. Gezien de lage dosering Pentothal bestaat er geen garantie dat patiënte gedurende de toediening van de spierverslapper daadwerkelijk diep in coma was. Het feit dat de arts nog thiopental heeft nagespoten verkleint niet het risico dat patiënte aanvankelijk iets heeft kunnen ervaren en dat niet meer kenbaar heeft kunnen maken.

Naar het oordeel van de commissie zijn de door de arts aangedragen motieven om voor een afwijkende methode van levensbeëindiging en een afwijkende dosering te kiezen onvoldoende overtuigend en niet acceptabel.

De commissie komt tot het oordeel dat de arts de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd en daarmee niet heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Casus 19

Coma inductie met Dormicum bij gebrek aan thiopental; patiënt was echter reeds in coma vóór het begin van de uitvoering van de euthanasie

Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen de 50 en 60 jaar, werd een maand voor overlijden als diagnose dikke darm kanker gesteld met metastasering in o.a. de lever. Hij werd geopereerd, waarna zich leverfunctiestoornissen en pijnklachten voordeden en een snelle progressie van het ziekteproces duidelijk werd. Als medicatie kreeg hij onder meer dexamethason, slaap- en pijnstillende medicatie, echter zonder het gewenste effect.

Het lijden van patiënt werd bepaald door moeilijk te bestrijden pijnklachten en kortademigheid met verlies van contact met zijn naasten. Patiënt had een langzaam, slopend sterfbed van een naaste meegemaakt. Samen met zijn lichamelijke teloorgang en de uitzichtloosheid van zijn situatie maakte dit dat patiënt zijn lijden als ondraaglijk ervoer. Hij had met de arts meerdere gesprekken gevoerd over de mogelijkheid van levensbeëindiging, enkele dagen voor het overlijden concreet om levensbeëindiging verzocht en zijn verzoek nadien herhaald; hij had een euthanasieverklaring aan de arts gegeven.

Volgens de door de arts geraadpleegde onafhankelijke consultant was aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

De levensbeëindiging op verzoek vond plaats door intraveneuze toediening door de arts van 30 mg Dormicum, na het reeds eerder toedienen van Dormicum 10 mg en 20 mg Pancuronium.

Bij de commissie waren vragen gerezen met betrekking tot de precieze toedracht van de uitvoering van levensbeëindiging, de bewustzijnstoestand van patiënt ten tijde van de besluitvorming over te gaan tot euthanasie en de gebruikte middelen. De commissie heeft de arts uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting.

De arts vertelt dat hij met de patiënt had afgesproken dat op diens indicatie -wanneer de pijnklachten voor hem ondraaglijk zouden worden- de euthanasieprocedure zou worden gestart. Patiënt had daarbij nadrukkelijk aangegeven dat hij geen continue, maar tijdelijke sedatie wenste tot het moment dat de euthanasie zou worden uitgevoerd. Patiënt hoopte dat hij wellicht tussentijds aan een natuurlijke dood zou overlijden.

De laatste dagen voor het overlijden verzocht patiënt de arts, in verband met ernstige pijnklachten en benauwdheid, steeds vaker om sedatie door middel van Dormicum. Op de dag voorafgaand aan het overlijden gaf patiënt aan nog niet toe te zijn aan euthanasie. Vroeg in de ochtend op de dag van het overlijden echter gaf de patiënt aan dat hij de sterk toegenomen pijnklachten en benauwdheid niet meer wilde meemaken. Hij herinnerde de arts aan de gemaakte afspraak. Het was voor de arts duidelijk wat patiënt hiermee bedoelde, namelijk geen continue sedatie maar euthanasie. Daarop bracht de arts, ter voorbereiding van de euthanasie, bij patiënt een waaknaald in op de handrug om effectief intraveneuze pijnbestrijding mogelijk te maken en diende hem intraveneus 5 mg. Dormicum toe, waarop deze in diepe slaap viel. Bij het tweede bezoek van de arts, ruim vier uur later, kreunde de patiënt hoorbaar, ademde zwaar rochelend en maakte een benauwde indruk. Daarop sedeerde de arts de patiënt door middel van toediening van 10 mg. Dormicum. Vervolgens belde of bezocht de arts de meest nabij gelegen apotheken voor de levering van euthanatica. Deze bleken geen euthanatica met een geldige houdbaarheidsdatum in voorraad te hebben. De arts werd geconfronteerd met het dilemma: óf meer tijd reserveren om de in de Standaard Euthanatica 2007 aanbevolen middelen te verkrijgen en het lijden te laten voortduren of, zoals hij had afgesproken met patiënt, op dat moment overgaan tot uitvoering van euthanasie en zich daarbij te behelpen met middelen die door de Standaard Euthanatica, 2007 waren afgeraden. De arts realiseerde zich hierbij dat de logistieke voorbereiding van de euthanasieprocedure door de ontwikkeling van het ziektebeeld was ingehaald. Toen de arts korte tijd later constateerde dat patiënt nog steeds zwaar rochelend ademde en geen reactie gaf op aanspreken of toediening van een pijnprikkel was volgens de arts het moment aangebroken waarop de wens van patiënt voor euthanasie actueel was geworden. De arts koos onder de druk van het moment voor het gebruik van (coma-inducerende) middelen die waren afgeraden door de Standaard Euthanatica 2007 en ging over tot uitvoering van euthanasie door middel van intraveneuze toediening van eerst 30 mg. Dormicum (midazolam). De arts wachtte zeven minuten om het toegediende middel optimaal te laten inwerken. Daarop stelde de arts de diepte van de coma vast door middel van toediening van een pijnprikkel in de monnikskapspier. Vervolgens diende de arts 20 mg. pancuronium toe, waarna patiënt vier minuten later kwam te overlijden.

De arts begrijpt dat de aanbevolen middelen in de Standaard Euthanatica, 2007 zijn bedoeld om een adequaat diep coma te induceren vóórdat de spierverslapper wordt toegediend en daarmee te voorkomen dat de patiënt de levensbeëindiging bewust meemaakt.

De arts geeft aan dat hij van zijn ervaring heeft geleerd, dat hij zich voorneemt bij een volgende keer meer aandacht te besteden aan de logistieke voorbereiding van de euthanasie en verklaart dat hij daarbij conform de Standaard Euthanatica, 2007 zal handelen.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts

tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Voor wat betreft de keuze van het moment is de commissie van mening dat de arts, gezien de gesprekken die de arts en de patiënt daarover hebben gevoerd en de relatie die de arts en de patiënt hadden, de arts op de ochtend van de uitvoering tot de conclusie kon komen dat voor de patiënt het moment van uitvoering inderdaad was aangebroken.

Met betrekking tot het vereiste dat de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd, overweegt de commissie het volgende.

Voor het beoordelen of een levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft plaatsgevonden, hanteert de commissie de door de KNMP/WINAp in 2007 uitgebrachte “Standaard Euthanatica, bereiding en toepassing” als leidraad. Een lege artis uit te voeren euthanasie dient volgens deze richtlijn te geschieden door intraveneuze toediening van een barbituraat om een coma te induceren, gevolgd door een spierverslappend middel. Deze Standaard Euthanatica, 2007 noemt midazolam als coma-inductor onbetrouwbaar, omdat in enkele gevallen zelfs een hoge intraveneuze dosis niet toereikend bleek. Daarom is midazolam volgens de Standaard geen alternatief voor thiopental.

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

De commissie stelt vast dat de arts in casu met de toediening van Dormicum (midazolam) voor de inductie van het coma een middel heeft gebruikt dat door de KNMP/WINAp in haar “Standaard Euthanatica, 2007” is afgeraden. Hij is hiertoe overgegaan omdat het geadviseerde middel op dat moment niet binnen afzienbare termijn was te verkrijgen en heeft gekozen voor het beschikbaar zijnde middel Dormicum.

De commissie constateert dat de arts bij de patiënt *-vóórdat hij met de uitvoering van de euthanasie begon-* heeft kunnen vaststellen en ook daadwerkelijk heeft vastgesteld dat deze *-door de al eerder gegeven sedatie met Dormicum-* niet meer reageerde op pijnprikkels en dus al in coma was. Het argument waarom Dormicum in de Standaard als coma-inductor onbetrouwbaar wordt genoemd, was kennelijk bij deze patiënt en op dit moment niet van toepassing: de patiënt was al in coma door de sedatie. De arts heeft vervolgens nog eens 30 mg Dormicum intraveneus gegeven, zeven minuten gewacht, en toen, na nog eens het coma te hebben geconstateerd, de spierverslapper toegediend.

De commissie is van oordeel dat de arts, ondanks het feit dat hij een volgens de Standaard Euthanatica, 2007 onbetrouwbare coma-inductor (Dormicum) heeft gebruikt, deze uitvoering toch zorgvuldig heeft verricht, omdat hij kon vaststellen en ook heeft vastgesteld dat het risico van deze onbetrouwbare coma-inductor (geen voldoende diep coma) kennelijk bij deze patiënt en op dit moment niet aanwezig was, omdat de patiënt bij de start van de uitvoering van de euthanasie al niet meer reageerde op pijnprikkels door de reeds eerder gegeven sedatie met het zelfde middel.

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

Hoofdstuk III **Werkzaamheden van de commissies**

Wettelijk kader

In Nederland zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294).

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

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

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

Rol van de commissies

Wanneer een arts het leven van een patiënt op diens verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, meldt hij dat aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen¹⁷. De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De verklaring van de geconsulteerde arts en – indien aanwezig – een schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd. De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en eventueel door de arts ver-

strekte overige relevante stukken, zoals patiëntenjournaal en specialistenbrieven, mee. Na ontvangst van de stukken door de commissie, ontvangen zowel de lijkschouwer als de arts een ontvangstbevestiging.

De commissies toetsen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen; de commissies overwegen of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. Het komt voor dat een arts wordt gevraagd schriftelijk op nadere vragen te reageren¹⁸. Ook gebeurt het dat door de commissie telefonisch contact met de arts wordt opgenomen om een punt te laten toelichten. Als de door de arts aldus verstrekte informatie niet volstaat, kan de arts worden uitgenodigd een mondelinge toelichting op zijn melding te geven. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

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

De capaciteit van de secretariaten van de commissies houdt reeds een aantal jaren geen gelijke tred met de toename van het aantal meldingen. In 2010 heeft enige uitbreiding van de personele formatie plaatsgevonden. Echter door opgelopen achterstanden, inwerktijd van nieuwe “krachten” en langdurige ziekte bij de secretariaten bleek ook in dit verslagjaar de afhandelingstermijn van zes weken bij een groot aantal meldingen helaas niet haalbaar.

Zoals in de inleiding is beschreven nemen de commissies hun werkwijze onder de loep en bezien zij waar, met in acht nemen van de wettelijke voorschriften en met behoud van kwaliteit van de oordelen, verdere efficiëntieverbetering mogelijk is.

De commissies geven over de meldingen die zij toetsen een oordeel. In bijna alle gevallen luidt hun oordeel dat de arts

¹⁷ Als hulpmiddel bij het opstellen van een dergelijk verslag is het zogenaamde Modelverslag beschikbaar. Dit kan worden ingevuld of worden gebruikt als leidraad en is te vinden op www.euthanasiacommissie.nl

¹⁸ In circa 6% van de gemelde gevallen in 2005, zo blijkt uit het evaluatierapport WTL

overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de meldend arts geïnformeerd.

Indien een commissie bij de behandeling van een melding van oordeel is dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen, zendt zij het voorgenomen oordeel voor advies en commentaar naar alle leden en plaatsvervangende leden van de eigen en andere commissies. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar harmonisatie en eenheid bij het toetsen. Uiteindelijk beslist de bevoegde commissie.

De commissies hebben in 2010 in 9 gevallen geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In dat geval wordt het oordeel niet alleen naar de meldend arts gezonden, maar, conform de WTL, ook naar het College van procureurs-generaal en naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het College bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan.¹⁹

De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of na het eindoordeel van de commissie nadere stappen moeten volgen, bijvoorbeeld in de vorm van het voeren van een gesprek met een arts of het aanhangig maken van een tuchtzaak (zie bijlage II).

Met het College en de Inspectie voeren de coördinerend voorzitter en plaatsvervangend coördinerend voorzitter van de commissies jaarlijks overleg.

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

Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben allen een plaatsvervanger. Ook heeft elke commissie een secretaris, eveneens een jurist, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. De commissies hebben de rol van een deskundigencommissie, waarbij moet worden opgemerkt dat het oordeel van de commissies een eindoordeel is indien het handelen van de arts als zorgvuldig wordt beschouwd. De secretariaten hebben als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden.

De secretariaten zijn organisatorisch ondergebracht bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), een in Den Haag gevestigde uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

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

De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consulta-

tie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN) van de KNMG.

De commissies tezamen krijgen alle verslagen van de door de meldend artsen geraadpleegde consulenten onder ogen en hebben daarmee een totaalbeeld van de kwaliteit van deze verslaglegging. De kwaliteit van de verslaglegging behoeft permanente aandacht, maar de commissies zien ook een duidelijke verbetering van de kwaliteit van de verslaglegging en stellen dit zeer op prijs.

De bevindingen van de commissies worden in algemene termen teruggekoppeld naar de SCEN-organisatie.

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

¹⁹ Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), Staatscourant, 6 maart 2007, nr. 46/pag.14

Bijlagen

I Overzicht meldingen

**II Overzicht van afhandeling van meldingen door het
Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg**

III Wettekst

Bijlage I

Overzicht meldingen

Overzicht van meldingen totaal

Overzicht van 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 3136 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 2910 gevallen was er sprake van euthanasie (d.w.z. actieve levensbeëindiging op verzoek van patiënt), in 182 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 44 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 2819 gevallen een huisarts, in 193 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 115 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 9 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	2548
hart- en vaataandoeningen	158
aandoeningen van het zenuwstelsel	75
overige aandoeningen	237
combinatie van aandoeningen	118

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 2499 gevallen thuis plaats, in 182 gevallen in een ziekenhuis, in 109 gevallen in een verpleeghuis, in 127 gevallen in een verzorgingshuis en in 219 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

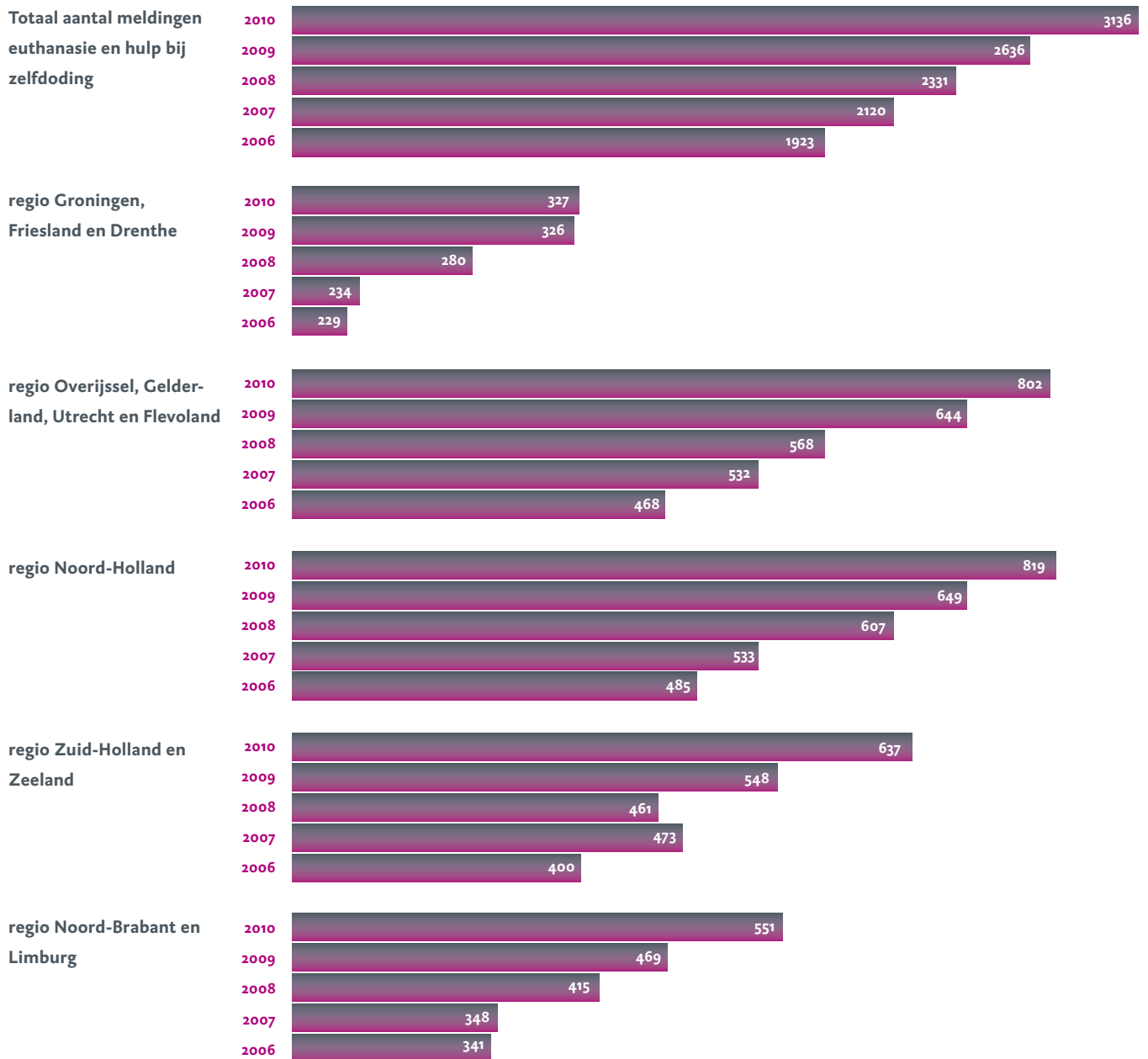
Bevoegdheid en eindoordeel

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

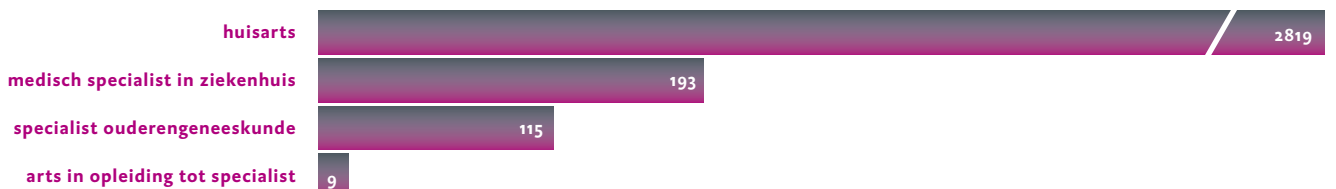
Duur beoordeling

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

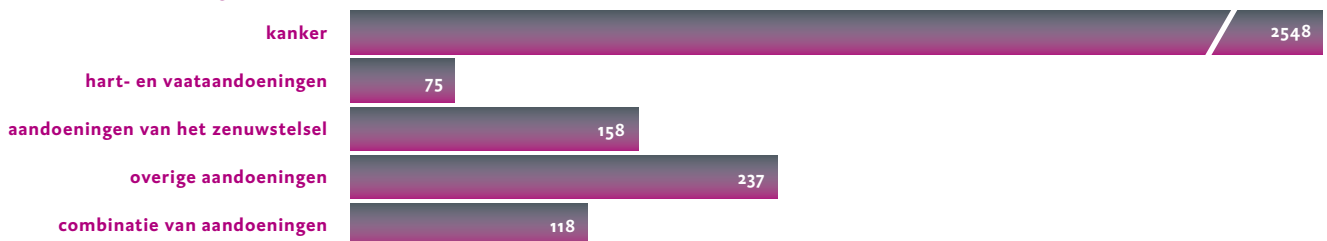
Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2010, 2009, 2008, 2007 en 2006



Meldende artsen 2010



Aandoeningen 2010



Overzicht van meldingen per regio



Regio Groningen, Friesland en Drenthe

Overzicht van 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 327 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 301 gevallen was er sprake van euthanasie, in 25 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 1 geval betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 296 gevallen een huisarts, in 18 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 13 gevallen een specialist ouderengeneeskunde.

Aandoeningen

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

kanker	271
hart- en vaataandoeningen	5
aandoeningen van het zenuwstelsel	18
overige aandoeningen	19
combinatie van aandoeningen	14

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 266 gevallen thuis plaats, in 15 gevallen in een ziekenhuis, in 13 gevallen in een verpleeghuis, in 15 gevallen in een verzorgingshuis en in 18 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

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

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 51 dagen.

b Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Overzicht van 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 802 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 753 gevallen was er sprake van euthanasie, in 29 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 20 gevallen betrof het een combinatie van beiden

Artsen

De meldend arts was in 726 gevallen een huisarts, in 45 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 29 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 2 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	653
hart- en vaataandoeningen	22
aandoeningen van het zenuwstelsel	37
overige aandoeningen	67
combinatie van aandoeningen	23

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 656 gevallen thuis plaats, in 41 gevallen in een ziekenhuis, in 30 gevallen in een verpleeghuis, in 28 gevallen in een verzorgingshuis, in 47 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 14 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 79 dagen.



Regio Noord-Holland

Overzicht van 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 819 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 726 gevallen was er sprake van euthanasie, in 79 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 14 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 734 gevallen een huisarts, in 54 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 26 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 5 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	648
hart- en vaataandoeningen	20
aandoeningen van het zenuwstelsel	45
overige aandoeningen	69
combinatie van aandoeningen	37

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 636 gevallen thuis plaats, in 52 gevallen in een ziekenhuis, in 23 gevallen in een verpleeghuis, in 42 gevallen in een verzorgingshuis en in 66 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 11 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 82 dagen.



Regio Zuid-Holland en Zeeland

Overzicht van 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 637 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 595 gevallen was er sprake van euthanasie, in 37 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldende arts was in 578 gevallen een huisarts, in 35 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis, en in 24 gevallen een specialist ouderengeneeskunde.

Aandoeningen

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

kanker	519
hart- en vaataandoeningen	13
aandoeningen van het zenuwstelsel	32
overige aandoeningen	42
combinatie van aandoeningen	31

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 494 gevallen thuis plaats, in 41 gevallen in een ziekenhuis, in 25 gevallen in een verpleeghuis, in 27 gevallen in een verzorgingshuis en in 50 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

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

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 53 dagen.



Regio Noord-Brabant en Limburg

Overzicht van 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 551 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 535 gevallen was er sprake van euthanasie en in 12 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen was er sprake van een combinatie van beiden.

Artsen

De meldend arts was in 486 gevallen een huisarts, in 41 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 23 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	457
hart- en vaataandoeningen	15
aandoeningen van het zenuwstelsel	26
overige aandoeningen	40
combinatie van aandoeningen	13

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 447 gevallen thuis plaats, in 33 gevallen in een ziekenhuis, in 18 gevallen in een verpleeghuis, in 15 gevallen in een verzorgingshuis, in 38 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

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

Duur beoordeling

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

Bijlage II

**Overzicht van afhandeling van meldingen door het Openbaar Ministerie
en de Inspectie voor de Gezondheidszorg**

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

1. Overzicht afhandeling meldingen 2010 door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Casus 4

Onzorgvuldig wegens gebreken in de weloverwogenheid van het verzoek en gebreken in de consultatie

College van procureurs-generaal:

Het College was van oordeel dat geen consultatie in de zin van de wet had plaatsgevonden. Weliswaar heeft een SCEN-arts patiënte verschillende keren bezocht maar tijdens geen van deze bezoeken was sprake van een concreet verzoek om euthanasie en de ondraaglijkheid van het lijden was voor de consulent nog niet invoelbaar. De euthanaserend arts had niet tot de uitvoering van de levensbeëindiging mogen besluiten alvorens de consulent opnieuw een bezoek had afgelegd aan de patiënte en voornoemde consulent zich een oordeel had gevormd over de zorgvuldigheidseisen.

Over de weloverwogenheid van het verzoek geldt het volgende. In een gesprek met de arts heeft de officier van justitie de overtuiging gekregen dat het verzoek van de patiënte vrijwillig en weloverwogen tot stand was gekomen. De arts heeft de patiënte na het doen van het verzoek nog 24 uur bedenktijd gegeven. Op de dag van de uitvoering heeft de arts uitdrukkelijk met patiënte gesproken over haar verzoek en op het laatste moment heeft hij nog gevraagd naar haar wens. Ook uit de overige omstandigheden, zoals de aanwezigheid van alle kinderen die afscheid hebben genomen van hun moeder en de manier waarop de arts met hen heeft gesproken, mocht de arts de overtuiging krijgen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Er bestond geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden en na het gesprek met de officier van justitie geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen verzoek. Er was bovendien geen sprake van een gebrek in de medisch zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er daarom geen reden voor vervolging zodat is besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

De arts heeft zich open opgesteld in de gesprekken met de toetsingscommissie en de officier van justitie en de arts heeft lering heeft getrokken uit de onderhavige casus. De kans op recidive is derhalve gering. Aangezien de IGZ al doende was gesprekken te regelen met de arts en de consulent was het niet noodzakelijk deze casus nog eens nadrukkelijk onder de aandacht van de IGZ te brengen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft een gesprek met de arts en de SCEN-arts gevoerd.

De arts heeft naar het oordeel van de inspectie voldoende aanmerkelijk gemaakt dat hij lering heeft getrokken uit deze casus waardoor hij in de toekomst, naast de andere zorgvuldigheidseisen bij de uitvoering van euthanasie, zal voldoen aan de zorgvuldigheidsvereiste van consultatie om zijn besluitvormingsproces bij een eventuele volgende euthanasie te waarborgen. De Inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

Casus 14

Onzorgvuldig wegens vroegtijdige consultatie terwijl er nog geen sprake was van ondraaglijk lijden en een concreet verzoek

College van procureurs-generaal:

Het College was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan met uitzondering van de eis van de onafhankelijke consultatie. Er bestond geen onduidelijkheid over het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, geen onduidelijkheid over het weloverwogen en vrijwillige verzoek en geen onduidelijkheid over de medisch zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er daarom geen reden tot vervolging, zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot.

Gelet op de opstelling van de arts in een gesprek met de toetsingscommissie en in het gesprek met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, lijkt de vrees voor recidive niet gerechtvaardigd.

De IGZ had in deze zaak al opgetreden, zodat er geen aanleiding was de gebreken in de consultatie (nogmaals) onder de aandacht van de IGZ te brengen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie voerde telefonisch een gesprek met de arts en de SCEN-arts waarin de bevindingen van de Toetsingscommissie werden besproken. De arts en de SCEN-arts stelden zich tijdens dit gesprek open, transparant en toetsbaar op. De inspectie twijfelt niet aan de integriteit van de arts en de SCEN-arts in deze kwestie. De arts en de SCEN-arts hebben lering getrokken uit de casus.

De inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts en de SCEN-arts.

Casus 15

Onzorgvuldig wegens het niet raadplegen van een consulent

College van procureurs-generaal:

Het College was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan met uitzondering van de eis van onafhankelijke consultatie.

Nu er geen onduidelijkheid bestond over de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het

vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek noch over de medisch zorgvuldige uitvoering, bestond er gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek geen reden voor vervolging, zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot.

Gelet op de opstelling van de euthanaserend arts in een gesprek met de toetsingscommissie was de vrees voor recidive niet gerechtvaardigd. De officier van justitie heeft de arts in een gesprek, waarin het belang van de onvoorwaardelijke consultatie is benadrukt, op de hoogte gesteld van het onvoorwaardelijk sepot.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft een gesprek gevoerd met de arts. Door het onzorgvuldig uitvoeren van euthanasie heeft de arts naar het oordeel van de inspectie de professionele normen van de beroepsgroep overtreden.

Tijdens het gesprek heeft arts voldoende aannemelijk gemaakt dat hij lering heeft getrokken uit deze casus. De arts heeft de casus besproken met zijn associé en binnen de HAGRO. De arts heeft in het gesprek met de inspectie en ook in brieven aan de inspectie in het bijzonder aangegeven dat hij in de toekomst bij elke door hem gemelde euthanasie aan de wettelijke eisen waaronder het criterium van consultatie van een tweede, onafhankelijke arts, zal voldoen. De inspectie acht het van belang dat artsen bij ingrijpend handelen- zoals het uitvoeren van euthanasie- een intrinsieke noodzaak voelen om zich toetsbaar op te stellen. De inspectie ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

Casus 16

Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering

Gebruik van een kwart van de voorgeschreven hoeveelheid coma-inducerend middel

Diepte coma niet adequaat vastgesteld

College van procureurs-generaal:

Het College was van oordeel dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan behalve die van de medisch zorgvuldige uitvoering. Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, geen onduidelijkheid over het weloverwogen en vrijwillig verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie. Het betrof alleen een gebrek in de uitvoering van de euthanasie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er daarom geen reden tot vervolging zodat besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot. De arts heeft lering getrokken uit de onderhavige zaak.

Een ander dan strafrechtelijk optreden is in zo'n geval zinvol en optreden van Inspectie voor de Gezondheidszorg is gewenst. Het College heeft de zaak daarom onder de aandacht van de IGZ gebracht.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd. De arts beseft dat hij is afgeweken van een belangrijk onderdeel van de

Standaard Euthanatica van de KNMP (2007). Hij heeft daartoe deze casus besproken met de apotheker die hem had geadviseerd. Hierna heeft de apotheker besloten de doseringen van de euthanasiesets aan te passen conform de voornoemde richtlijn.

Een adequate check van de diepte van het coma was ook achterwege gebleven omdat de arts dat gezien de omstandigheden niet gepast vond. De arts heeft ingezien dat het controleren van de corneareflex niet belastend is voor de patiënt. De arts heeft inzicht getoond in waar hij niet de nodige zorgvuldigheid in acht heeft genomen. Tevens heeft hij aangetoond lering uit de casus getrokken te hebben. De arts heeft aangegeven geen euthanasie meer te verlenen. Voor de inspectie is geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

Casus 18

Onzorgvuldig wegens gebrek in de medisch zorgvuldige uitvoering

College van procureurs-generaal:

Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie. Het betrof alleen een gebrek in de uitvoering van de euthanasie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er in beginsel geen reden tot vervolging.

Het was echter de tweede keer in korte tijd dat deze arts zich niet had gehouden aan de zorgvuldigheidseis van medische uitvoering.

De arts had zich in tegenstelling tot in een eerdere casus wel toetsbaar opgesteld en zijn handelen desgevraagd toegelicht aan de commissie; de arts was gemotiveerd afgeweken van de Standaard Euthanatica 2007. De commissie achtte de motivering voor de afwijking echter niet valide. Voor het College is de invulling van de medisch zorgvuldige uitvoering door de KNMP, KNMG en de regionale toetsingscommissies leidend. Desalniettemin lag vervolging nog niet in de rede nu de beslissing om de vorige casus voorwaardelijk te seponeren, de arts pas bekend werd gemaakt na de uitvoering van de onderhavige euthanasie. Daarom heeft het College ook in dit geval besloten tot een sepot onder voorwaarden. Optreden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg was (opnieuw) gewenst en daartoe heeft het College deze zaak nadrukkelijk onder de aandacht van IGZ gebracht.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft deze casus in samenhang met een eerdere casus over de arts onderzocht en heeft naar aanleiding hiervan vervolgacties ondernomen jegens de arts en de beroepsgroep. De arts heeft in reactie op beide casus een artikel geschreven in het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde over de thiopental-dosering. De arts heeft dit artikel op instigatie van de inspectie onder de aandacht van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINap) gebracht.

2 Overzicht afhandeling meldingen 2009 door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarvan bij het ter perse gaan van het Jaarverslag 2009 nog geen afloopbericht was ontvangen.

Als casus 12 opgenomen in het jaarverslag 2009

Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering

College van procureurs-generaal:

Na een gesprek van de officier van justitie met de arts was het College van oordeel dat de arts tot de overtuiging had kunnen komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Er bestond geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie. Het betrof alleen een gebrek in de uitvoering van de euthanasie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er daarom geen reden tot vervolging, zodat is besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

De arts heeft welwillend meegewerkt aan het onderzoek van de toetsingscommissie en het gesprek met de officier van justitie. Verder heeft de arts in een gesprek met de Inspecteur van de IGZ aangegeven dat hij de uitvoering heeft besproken in zijn intervisiegroep. Het oordeel van de toetsingscommissie heeft de arts ertoe gebracht zijn handelen aan te passen en zich bij een eventuele volgende euthanasie te vergewissen van de diepte van het coma bij de patiënt alvorens hij een spierverlapper toedient. De arts heeft lering getrokken uit de zaak.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

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

Als casus 19 opgenomen in jaarverslag 2009

Onzorgvuldig. Hulp bij zelfdoding, arts had euthanaticum achtergelaten en was zelf niet aanwezig bij inname door patiënt

Afhandeling door het OM en de IGZ was ten tijde van het ter perse gaan van het Jaarverslag 2009 nog niet bekend.

College van procureurs-generaal:

Het College was van oordeel dat in casu aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan met uitzondering van de eis van de medisch zorgvuldige uitvoering. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bestaat in zo'n geval in het algemeen geen reden tot vervolging. Anders dan strafrechtelijk optreden is in zo'n

geval zinnig en optreden van de IGZ gewenst.

De arts had de uitvoering van de levensbeëindiging volledig uit handen gegeven door het euthanaticum bij patiënt achter te laten en was niet aanwezig bij de inname daarvan en bovendien had de arts tegenover de toetsingscommissie aangegeven hulp bij zelfdoding op een zelfde manier te zullen uitvoeren als hij weer in die gelegenheid gesteld werd, omdat hij dit een menselijke manier vond.

In deze omstandigheden heeft het College aanleiding gezien de officier van justitie een gesprek te laten voeren met de arts. In het gesprek zijn de risico's die de arts genomen heeft aan de orde gesteld: de arts heeft het middel uit handen gegeven en in verband daarmee de controle op de dosering van het middel. Bovendien heeft de arts derden in een positie gebracht waarin hen mogelijk een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. De strafuitsluitingsgrond geldt immers alleen voor artsen. De arts heeft aangegeven geen hulp bij zelfdoding meer te geven en uitsluitend nog euthanasie te zullen toepassen. De kans op onzorgvuldige uitvoering van hulp bij zelfdoding is derhalve gering. Het College heeft het sepot in deze zaak aan voorwaarden verbonden en de zaak onder de aandacht van de IGZ gebracht.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft een gesprek met de arts gevoerd. De inspectie is van oordeel dat de arts onzorgvuldig en verwijtbaar heeft gehandeld in de voorbereidingsfase van de hulp bij zelfdoding. Wanneer de arts zich beter had voorbereid, bijvoorbeeld door het Standpunt federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 te raadplegen, dan had hij geweten dat de patiënt niet alleen gelaten mag worden met euthanatica. Ook rekent de inspectie het de arts zwaar aan dat hij de patiënt en zijn naasten in een risicovolle situatie heeft gebracht. Een waardig stervensproces van de patiënt stond door het risico op complicaties onder druk en de nabestaanden kwamen door toedoen van de arts in een situatie terecht die strafrechtelijk vervolgbaar is.

De arts toonde inzicht in het feit dat hij onjuist en onzorgvuldig heeft gehandeld. De arts gaf aan te stoppen met verlenen van hulp bij zelfdoding. Voor de inspectie is geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

Indien de inspectie in de toekomst een soortgelijke melding over de arts ontvangt, zal de inspectie de inhoud van de onderhavige melding laten meewegen in de beoordeling van de nieuwe melding.

Bijlage III

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Staatsblad 2001, nr. 194

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

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

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

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

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

Hoofdstuk I **Begripsomschrijvingen**

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

Hoofdstuk II **Zorgvuldigheidseisen**

Artikel 2

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

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

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

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

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

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

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

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

Artikel 9

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

Artikel 10

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

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

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

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

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8. Rapportage**Artikel 17**

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

Artikel 18

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

Artikel 19

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

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

Het Wetboek van Strafrecht wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

Artikel 293

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

B

Artikel 294 komt te luiden:

Artikel 294

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

C

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

D

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

De Wet op de lijkbezorging wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 7 komt te luiden:

Artikel 7

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

B

Artikel 9 komt te luiden:

Artikel 9

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

C

Artikel 10 komt te luiden:

Artikel 10

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

D

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

E

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

Artikel 22

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

Hoofdstuk V Slotbepalingen

Artikel 23

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

Artikel 24

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

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

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001

Beatrix

De Minister van Justitie,

A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,

A.H. Korthals