

REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2020

INHOUD

VOORWOORD	5
HOOFDSTUK I ONTWIKKELINGEN IN 2020	
1 Jaarverslag	9
2 Meldingen	
Aantal meldingen	11
Verhouding man - vrouw	11
Verhouding levensbeëindiging op verzoek - hulp bij zelfdoding	11
Aard van de aandoeningen	13
Dementie	13
Psychiatrische aandoeningen	13
Stapelings van ouderdomsaandoeningen	13
Overige aandoeningen	15
Leeftijd	13
Locatie van de levensbeëindiging	15
Meldende artsen	17
Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie	17
(Echt)paren	17
Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	19
'Grijstinten' in de toetsingspraktijk	19
3 Werkwijze RTE, ontwikkelingen	20
VO's en NVO's	20
Complexe meldingen	24
Reflectiekamer	24
Organisatie	26

HOOFDSTUK II CASUÏSTIEK

1	Inleiding	28
2	Arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	31
2.1	Vijf representatieve meldingen	31
	Oordeel 2020-153 Kanker	32
	Oordeel 2020-95 Aandoening van het zenuwstelsel	34
	Oordeel 2020-96 Longaandoeningen	35
	Oordeel 2020-102 Hart- en vaataandoeningen	36
	Oordeel 2020-152 Combinatie van aandoeningen	37
2.2	Meldingen geordend naar vijf zorgvuldigheidseisen van de WTL	38
	Vrijwillig en weloverwogen verzoek	39
	Oordeel 2020-85	
	Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	40
	Oordeel 2020-100	41
	Consultatie	42
	Oordeel 2020-147	43
	Medische zorgvuldige uitvoering	44
	Oordeel 2020-77	45
	Oordeel 2020-83	46
2.3	Meldingen betreffende mensen met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van ouderdomsaandoeningen	47
	Psychiatrische aandoening	47
	Oordeel 2020-53	48
	Stapeling van ouderdomsaandoeningen	51
	Oordeel 2020-110	52
	Dementie	53
	Oordeel 2020-76	54
	Vergevorderde dementie	55
	Oordeel 2020-118	56
3	Arts heeft <i>niet</i> gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	72
	Niet gehandeld overeenkomstig het vereiste van consultatie van ten minste één onafhankelijke andere arts	72
	Oordeel 2020-151	72
	Niet gehandeld overeenkomstig het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering	74
	Oordeel 2020-98	74

VOORWOORD

Naar de uitspraken van de Hoge Raad in een zaak waarbij aan een patiënt met een inmiddels vergevorderde dementie op basis van een schriftelijke wilsverklaring euthanasie was verleend, werd reikhalzend uitgekeken, zo eindigde het voorwoord van het jaarverslag van de RTE over 2019. Inmiddels heeft de Hoge Raad in april 2020 de weg gewezen bij de beantwoording van de drie navolgende springende vragen die in deze zaak waren gerezen:

- 1 Indien een schriftelijke wilsverklaring van een inmiddels wilsonbekwame patiënt niet geheel eenduidig is “moet het verzoek niet alleen maar worden uitgelegd aan de hand van de bewoordingen, maar gaat het ook om andere omstandigheden waaruit de bedoelingen van de patiënt kunnen worden afgeleid. Er is dus ruimte voor interpretatie van het schriftelijke verzoek”, aldus de Hoge Raad.
- 2 Premedicatie kan blijkens het volgende onderdeel van de uitspraak van de Hoge Raad onder omstandigheden medisch zorgvuldig handelen inhouden: “Bij de uitvoering van de levensbeëindiging zal de arts rekening moeten houden met mogelijk irrationeel of onvoorspelbaar gedrag van de patiënt. Dat kan aanleiding zijn de patiënt tevoren medicatie toe te dienen.”
- 3 Over de vraag of overleg met een inmiddels wilsonbekwame patiënt over het moment en de wijze waarop de euthanasie zal worden uitgevoerd moet plaatsvinden, heeft de Hoge Raad het oordeel van de Rechtbank in stand gelaten. “Een dergelijk gesprek zou niet alleen zinloos zijn, omdat bij de patiënte het begrip over deze onderwerpen ontbrak, maar zou mogelijk ook nog grotere agitatie en onrust hebben veroorzaakt.”, aldus de Rechtbank.

De RTE hebben de EuthanasieCode 2018 in lijn gebracht met de hierboven weergegeven onderdelen van de arresten van de Hoge Raad.

De (gewijzigde) EuthanasieCode¹ bedoelt immers een toegankelijk en actueel overzicht te geven van de wijze waarop de zorgvuldigheidseisen uit de WTL door de RTE op grond van wet en jurisprudentie worden uitgelegd en toegepast bij de beoordeling van euthanasie-meldingen.

Het aantal meldingen waarin een arts euthanasie verleende aan een inmiddels wilsonbekwame patiënt op basis van een schriftelijke wilsverklaring is – evenals in voorgaande jaren – uiterst gering. In 2020

1 De EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2020) is te downloaden op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl). Desgewenst is ook een apart inlegvel te downloaden om in de papieren versie van de EuthanasieCode 2018 in te voegen.

betrof het twee van de bijna 7000 meldingen. Maar het verlenen van euthanasie in de situatie waarin met de patiënt geen communicatie meer mogelijk is, levert voor de arts ontegenzeggelijk medisch en anderszins gecompliceerde dilemma's op. De arresten van de Hoge Raad en de ten gevolge daarvan aangepaste EuthanasieCode geven de arts die zich voor die dilemma's geplaats ziet duidelijk houvast.

De ten gevolge van Covid 19 getroffen maatregelen hebben uiteraard ook ingrijpende gevolgen gehad voor de RTE. Het zou voor de betrokken artsen buitengewoon onaangenaam geweest zijn indien het tijdsverloop tussen de verleende euthanasie en de ontvangst van het oordeel daarover van de RTE aanzienlijk zou zijn opgelopen, als gevolg van het indringende verzoek om zoveel mogelijk thuis te werken. Grote dank gaat uit naar alle medewerkers van de RTE – en van hen in het bijzonder naar de procesondersteuners – die zich in hoge mate hebben ingespannen om de euthanasiemeldingen, die grotendeels nog op papier aan de RTE worden aangeleverd, snel en effectief digitaal ter beoordeling aan de leden van de RTE toe te zenden. Het tijdsverloop tussen ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel is als gevolg van die inspanning gelijk aan dat van 2019, te weten circa 29 dagen. Dank gaat in dit verband eveneens uit naar alle RTE leden die via beeldbelvergaderingen in commissieverband de zogenaamd vragen oproepende meldingen zijn blijven beoordelen. Voor ons allen geldt ondertussen dat wij ons er in hoge mate op verheugen om elkaar –corona volente– weer in levende lijve te treffen.

Aan het begin van de eerste lock-down periode werden SCEN-artsen geconfronteerd met de vraag of zij consulten via beeldbel afspraken konden doen plaatsvinden. De wet schrijft immers voor dat de onafhankelijke arts die geraadpleegd dient te worden door de arts die bereid is de gevraagd euthanasie te verlenen “de patiënt heeft gezien...”. Op verzoek van de KNMG heeft de RTE doen weten dat – als gevolg van deze uitzonderlijke situatie – SCEN-consulten ook via beeldbel afspraken geoorloofd waren.

In het afgelopen jaar ontving de RTE bijna 7000 meldingen; een stijging van circa 9% ten opzichte van het aantal meldingen in 2019. Dat is 4,1% van het totaal in 2020 in Nederland overleden personen. In slechts twee van de in 2020 ontvangen meldingen is sprake van corona als de medische grondslag op basis waarvan de euthanasie werd verleend. Daarnaast bleek in vier meldingen een corona-infectie naast andere medische aandoeningen de grondslag te vormen voor de verleende euthanasie. Een direct causaal verband tussen Covid19 en de stijging van het aantal meldingen is op grond daarvan onwaarschijnlijk.

Met ingang van 1 februari 2021 ben ik teruggetreden als coördinerend voorzitter van de RTE. Ik heb die functie gedurende bijna 5 jaar met grote inzet en overtuiging vervuld.

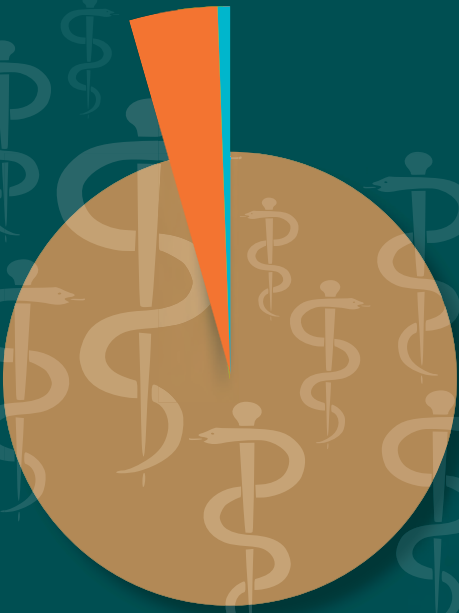
Ieder verzoek om euthanasie stelt de arts voor medische, ethische en juridische dilemma's. Op grond van mijn ervaring de afgelopen vijf jaar heb ik kunnen vaststellen dat de wijze waarop artsen met die dilemma's omgaan ertoe leidt dat de Nederlandse euthanasiepraktijk een buitengewoon zorgvuldige is. De artsen helpen zodoende hun patiënten om desgevraagd een einde te maken aan hun ondraaglijke en uitzichtloze lijden. Hun komt daartoe alle denkbare lof toe.

Het is mij een grote eer geweest om een steentje te hebben mogen bijdragen aan het bewaken van de naleving van de zorgvuldigheidseisen neergelegd in de WTL en om als "boegbeeld" van de RTE organisatie op te hebben mogen treden. Omdat beide elementen bij hem in uitstekende handen zijn, heb ik het coördinerend voorzitterschap inmiddels met vertrouwen overgedragen aan mr. Jeroen Recourt.

Jacob Kohnstamm
Amsterdam, februari 2021

8

VERHOUDING LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK / HULP BIJ ZELFDODING



A pie chart illustrating the ratio of assisted suicide, self-suicide with help, and a combination of both. The chart is divided into three segments: a large brown segment representing assisted suicide (6705 cases), a smaller orange segment representing self-suicide with help (216 cases), and a very thin cyan segment representing a combination of both (17 cases). The background features a repeating pattern of medical symbols (Rod of Asclepius).

● Levensbeëindiging op verzoek	6705
● Hulp bij zelfdoding	216
● Combinatie van beide	17

HOOFDSTUK I

ONTWIKKELINGEN IN 2020

I

1 JAARVERSLAG

Voor nadere informatie over de hoofdlijnen van de wet, de werkwijze van de commissies etc. zie (de gewijzigde) EuthanasieCode 2018² en www.euthanasiecommissie.nl.

In het jaarverslag doen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) verslag van hun werkzaamheden over het afgelopen kalenderjaar. Ze leggen daarmee verantwoording af aan samenleving en politiek over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak. Die wettelijke taak behelst het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidseisen zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In dit jaarverslag worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip euthanasie. Alleen waar dat nodig is, zal een onderscheid worden gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het jaarverslag heeft daarnaast tot doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de wijze waarop de commissies concrete meldingen hebben getoetst en beoordeeld. In het jaarverslag wordt daarom in hoofdstuk II uitgebreid verslag gedaan van veel voorkomende en bijzondere oordelen.

Er is naar gestreefd om het jaarverslag voor een breed publiek toegankelijk te maken door zoveel mogelijk juridische en medische termen te vermijden of nader uit te leggen.

9

² De EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2020) is te downloaden op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl). Desgewenst is ook een apart inlegvel te downloaden om in de papieren versie van de EuthanasieCode 2018 te voegen.



10

MAN-VROUWVERHOUDING

mannen	3562
vrouwen	3376

2 MELDINGEN

Aantal meldingen

De overzichten met het aantal meldingen van euthanasie in de vijf afzonderlijke regio's zijn te raadplegen op de website (zie: euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

In 2020 hebben de RTE 6.938 meldingen van euthanasie ontvangen. Dat is 4,1% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2020³ is overleden (168.566). Het betekent een stijging van het aantal meldingen ten opzichte van 2019 (6.361 meldingen) met 9,1% en is het hoogste aantal meldingen dat de RTE ontving sinds het bestaan van de WTL. Ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen is sprake van een daling met 0,1 procentpunt in vergelijking met 2019. Daarbij verdient opmerking dat in 2020 ongeveer 15.000⁴ personen meer zijn overleden dan werd verwacht.

Man-vrouwverhouding

De man/vrouw verhouding in de meldingen was opnieuw nagenoeg gelijk: 3.562 mannen en 3.376 vrouwen (respectievelijk 51,3% en 48,7%).

Verhouding levensbeëindiging op verzoek/hulp bij zelfdoding

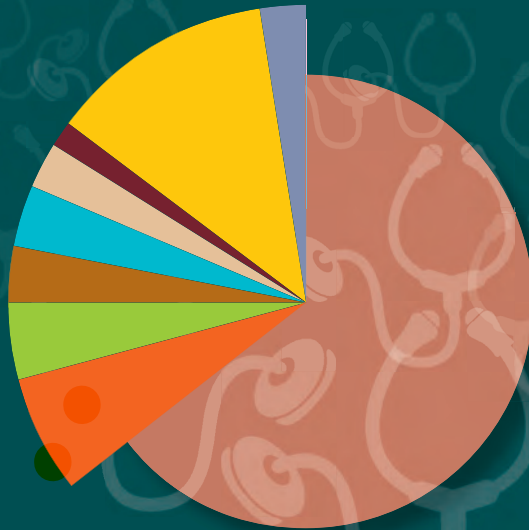
Zie voor de aandachtspunten bij de medisch zorgvuldige uitvoering de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 35 e.v.

In 6.705 (96,6%) meldingen was er sprake van levensbeëindiging op verzoek, in 216 (3,1%) van hulp bij zelfdoding en in 17 meldingen (0,25%) betrof het een combinatie van beide. Dit laatste doet zich voor als een patiënt, na het innemen van een door de arts overhandigde drank in het kader van de hulp bij zelfdoding, niet binnen een tussen arts en patiënt afgesproken tijdsbestek overlijdt. De arts gaat dan alsnog over tot de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek door het intraveneus toedienen van een coma-inducerend middel gevolgd door een spierverslapper.

11

³ Bron: Centraal Bureau Statistiek, 5 februari 2020

⁴ Bron: Centraal Bureau Statistiek



12

AARD VAN DE AANDOENINGEN

● kanker	4480
● aandoeningen van het zenuwstelsel	458
● hart- en vaataandoeningen	286
● longaandoeningen	209
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	235
● dementie	170
<i>dementie in de beginfase: 168</i>	
<i>ver(der)gevorderde dementie: 2</i>	
● psychiatrische aandoeningen	88
● combinatie van aandoeningen	856
● overige aandoeningen	156

Aandoeningen

Meest voorkomende aandoeningen

In 90,6% van de meldingen (6.289) was sprake van mensen met:

- niet (meer) te genezen kanker (4.480);
- aandoeningen van het zenuwstelsel (458), bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS, ALS;
- hart- en vaataandoeningen (286);
- longaandoeningen (209) of een combinatie van aandoeningen (856).

Dementie

Bij twee meldingen was in 2020 sprake van patiënten in een ver(der) gevorderd stadium van dementie. Deze patiënten waren niet meer in staat waren om over hun verzoek te communiceren en hun schriftelijke wilsverklaring was bepalend voor het vaststellen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Eén van deze meldingen is opgenomen in hoofdstuk II van dit jaarverslag en beide zijn op de website van de RTE gepubliceerd onder nummer 2020-88 en 2020-118.

In 168 meldingen vormde dementie in de beginfase de grondslag van het lijden. Het betrof patiënten in een fase van dementie, waarin zij nog inzicht hadden in (de symptomen van) hun ziekte, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun euthanasieverzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek nog konden overzien. Melding 2020-76, opgenomen in hoofdstuk II, is hier een voorbeeld van.

Psychiatrische aandoeningen

In 88 meldingen van euthanasie vond het lijden zijn grondslag in een of meer psychiatrische aandoeningen. Van deze 88 meldingen was 35 keer de meldende arts een psychiater, 14 keer een huisarts, 6 keer een specialist ouderengeneeskunde en 33 keer een andere arts. In 68 meldingen waarin euthanasie werd verleend aan een patiënt op grond van diens psychiatrische aandoening(en), was de uitvoerend arts verbonden aan Expertisecentrum Euthanasie (EE, voorheen stichting Levens-eindekliniek). In dergelijke meldingen dient de arts grote behoedzaamheid aan de dag te leggen, zoals in melding 2020-53 (opgenomen in hoofdstuk II) gebeurde.

Stapelning van ouderdomsaandoeningen

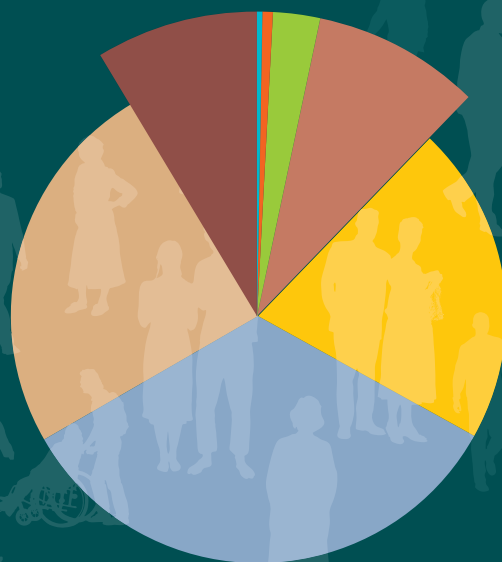
Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen - zoals visusstoornissen (stoornis in zien), gehoorstoornissen, osteoporose (botontkalking), artrose (slijtage), evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang (kennen en weten neemt af) - kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op oudere leeftijd op en kunnen een optelsom van een

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018, p. 46 e.v.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 44 e.v.

Zie voor de aandachtspunten bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018, p.23 e.v.

LEEFTIJD



● tot 30 jaar	23
● 30-40 jaar	49
● 40-50 jr	178
● 50-60 jr	608
● 60-70 jr	1452
● 70-80 jr	2320
● 80-90 jr	1722
● 90 of ouder	586

of meerdere daarmee samenhangende klachten vormen. Deze hebben lijden tot gevolg dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren door deze patiënt. In 2020 ontvingen de RTE 235 meldingen in deze categorie. Een oordeel dat betrekking heeft op een melding van stapeling van ouderdomsaandoeningen is opgenomen in hoofdstuk II onder het nummer 2020-62.

Overige aandoeningen

Tot slot gebruiken de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie 'overige aandoeningen'. Het betreft aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom. Dit waren 156 meldingen in 2020.

Leeftijd

Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 44

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie heeft betrekking op de leeftijdscategorie 70-80 jaar, 2320 (33,4%) gevolgd door de leeftijdscategorieën 80-90 jaar en 60-70 jaar, respectievelijk 1722 (24,8%) en 1452 (20,9%).

In 2020 beoordeelden de RTE één melding van euthanasie bij een minderjarige (12 t/m 17 jaar). De oudste patiënt was 106.

In de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn 72 meldingen ontvangen. In 44 van deze meldingen werd de grondslag van het lijden gevormd door kanker en in zestien meldingen was de grondslag een psychiatrische aandoening. Binnen de categorie dementie heeft het hoogste aantal meldingen betrekking op mensen tussen 70-80 jaar oud (64 meldingen) gevolgd door de leeftijdscategorie 80-90 (62 meldingen). Binnen de categorie psychiatrie waren er in 2020 in de leeftijdscategorie 60-70 dertig meldingen, in de leeftijdscategorie 50-60 jaar vijftien. Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' waren de meeste meldingen in de leeftijd 90 jaar of ouder (150 meldingen).

Locatie van de levensbeëindiging

Zoals ook in eerdere jaren vond in verreweg de meeste meldingen het overlijden van de patiënt thuis plaats (5.676; 81,8%). In de overige meldingen was de plaats van overlijden een hospice (475; 6,9%), een verpleeghuis (305; 4,4%), een verzorgingshuis (214; 3,1%), een ziekenhuis (136; 2,0%) of een andere, bijvoorbeeld bij familie thuis, in een woonzorgcentrum of een zorghotel (132; 1,9%).



16

MELDENDE ARTSEN

● huisarts	5715
● specialist ouderengeneeskunde	243
● medisch specialist in ziekenhuis	254
● arts in opleiding tot specialist	70
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld artsen verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie of een basisarts)	656

Meldende artsen

In het overgrote deel van de meldingen was een huisarts de meldende arts (5.715; 82,4% van de meldingen). De overige meldende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (243), medisch specialisten (254) en artsen in opleiding (70). Ten slotte is er nog een groep meldingen (656) waarbij de meldend artsen een andere achtergrond hebben, de meesten van hen zijn verbonden aan EE.

Het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan EE (916) nam in 2020 vrijwel niet toe ten opzichte van 2019 (904).

EE-artsen worden vaak ingeschakeld als de arts die bij de behandeling van een patiënt betrokken is, het euthanasieverzoek als te ingewikkeld ervaart. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie verlenen of artsen die alleen euthanasie willen verlenen in geval van een terminale aandoening verwijzen patiënten regelmatig door naar EE. Naast het doorverwijzen door een behandelend arts komt het ook voor dat de patiënt zelf of, op diens verzoek, zijn familie het contact met EE legt. Een groot deel van de meldingen waarbij sprake was van een psychiatrische aandoening was afkomstig van een EE-arts: 68 van de 88 meldingen (ruim 77%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 81 van de 170 meldingen (47,6%) afkomstig van een EE-arts. Verder waren 105 van de 235 meldingen (44,7%) waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen, afkomstig van EE-artsen.

17

Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie

Levensbeëindiging door euthanasie staat het doneren van organen en weefsel niet in de weg. In de door de Transplantatiestichting opgestelde Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie is de procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven. De RTE ontvingen in 2020 zes meldingen waarin werd aangegeven dat sprake was van orgaandonatie na euthanasie.

(Echt)paren

In 26 meldingen werd aan twee partners gelijktijdig euthanasie verleend (dertien paren). De oordelen 2020-148 en 2020-149 op de website zijn daar een voorbeeld van. Vanzelfsprekend dient iedere melding dan afzonderlijk aan de zorgvuldigheidscriteria, die de WTL vereist, te voldoen. Daarbij moeten beide partners door een andere consulent bezocht worden, om de onafhankelijke beoordeling van de casus te waarborgen.



18

LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING

● thuis	5676
● hospice	475
● verzorgingshuis	214
● verpleeghuis	305
● ziekenhuis	136
● anders	132

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

Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

In twee meldingen in 2020 zijn de RTE tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 van de WTL heeft voldaan. Deze twee uitspraken zijn opgenomen in hoofdstuk II.

Grijstinten in de toetsingspraktijk

We zouden onvoldoende recht doen aan de nuances van de toetsingspraktijk als we alleen zouden weergeven hoe vaak de RTE tot het oordeel kwamen dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig een of meer van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De toetsingspraktijk kent daarnaast 'grijstinten'. Inclusief de hierboven genoemde twee meldingen waarin de commissie oordeelde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, heeft de commissie in dertien meldingen bij de arts, en in een enkel geval bij de consulent, om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. In veertien meldingen heeft de commissie de meldende arts, en in een enkel geval de consulent, uitgenodigd om tijdens de commissievergadering antwoord te geven op bij de commissie gerezen vragen, al dan niet nadat eerst schriftelijke vragen aan de arts waren gesteld. Doorgaans waren deze mondelinge en schriftelijke toelichtingen van artsen en consulenten voor de commissie zo verhelderend dat zij tot het oordeel is gekomen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Daarnaast hebben de commissies ook regelmatig aanwijzingen gegeven aan artsen over de wijze waarop zij hun handelen en het melden daarvan in de toekomst kunnen verbeteren.

3 WERKWIJZE RTE, ONTWIKKELINGEN

VO's en NVO's.

Sinds 2012 hanteren de RTE de volgende werkwijze bij de beoordeling van een melding. Nadat een melding is binnengekomen, wordt het dossier door de secretaris van de commissie, een jurist, geselecteerd als vragen oproepend (VO-melding) of niet vragen oproepend (NVO-melding). Meldingen worden als NVO geselecteerd wanneer de secretaris van de commissie de inschatting maakt dat de gegeven informatie volledig is en dat door de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, tenzij de melding in een categorie valt die per definitie als VO wordt aangemerkt. Na de eerste selectie door de secretaris van de RTE worden de meldingen door de commissie beoordeeld. Bij de als NVO geselecteerde meldingen gebeurt de beoordeling digitaal. De commissie geeft haar definitieve oordeel als de melding inderdaad niet vragen oproepend is. **Is de commissie echter, anders dan het voorlopig oordeel van de secretaris luidde, van mening dat de melding toch vragen oproept, dan kwalificeert de commissie die melding als VO. In 2020 is dat in 42 meldingen het geval geweest (0,6%).**

In het geval een melding geen enkele vraag oproept, krijgt de arts altijd een verkort oordeel. In een dergelijk oordeel wordt verwezen naar de feiten in de melding en de arts op de hoogte gesteld van het feit dat de commissie op grond daarvan tot het oordeel is gekomen dat de arts aan alle zorgvuldigheidsvereisten heeft voldaan. Een dergelijke verkort oordeel werd vanaf medio 2018 reeds verzonden bij NVO-meldingen waarin kanker, ALS, COPD of hartfalen of een combinatie van twee of meer van die aandoeningen aan het lijden van de patiënt ten grondslag lag. Inmiddels is besloten bij alle NVO meldingen de arts op die manier te berichten.

Is daarentegen sprake van een VO-melding, dan wordt de melding in een vergadering van de commissie besproken en wordt een oordeel uitgeschreven. In dat oordeel maakt de commissie inzichtelijk welk aspect van de melding vragen oproept en welke overwegingen haar heeft doen besluiten tot het oordeel 'voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' dan wel 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' te komen.

Door op deze wijze de oordelen in vragen oproepende meldingen ten aanzien van bepaalde aspecten uitvoeriger te beschrijven, verwachten de RTE voor artsen en andere belangstellenden beter inzichtelijk te maken op welke wijze de RTE tot hun oordeel komen en wat in hun afweging het doorslaggevende argument was voor dat oordeel. In het verkorte oordeel en in de brief die een uitgeschreven oordeel begeleidt, is opgenomen dat respectievelijk de casuïstiek van de

Voorbeeld verkort oordeel

Geachte heer, mevrouw (naam),

Op (datum) heeft de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: de toetsingscommissie) uw verslag en bijbehorende stukken ontvangen betreffende uw melding van levensbeëindiging op verzoek bij de heer/mevrouw (naam), geboren op (datum), overleden op (datum). De door u aangeleverde stukken zijn bestudeerd door de toetsingscommissie.

Gelet op de feiten en omstandigheden als vermeld in de stukken is de toetsingscommissie van oordeel dat u tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt(e) en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. U heeft de patiënt(e) voldoende voorlicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. U heeft met de patiënt(e) tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. U heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt(e) heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Ten slotte heeft u de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Op grond van het bovenstaande is de toetsingscommissie tot het oordeel gekomen dat u heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De toetsingscommissie bestond uit:

(naam), voorzitter, jurist

(naam), lid, arts

(naam), lid, ethicus

De toetsingscommissie stuurt dit oordeel *niet* toe aan de consulent. Wij geven u in overweging om de consulent op de hoogte te stellen van de uitkomst.

De toetsingscommissie attendeert u erop dat het mogelijk is dat een geanonimiseerde versie van de casuïstiek van uw melding gepubliceerd wordt op de website of in het jaarverslag van de RTE.

Vertrouwende u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,

Hoogachtend,
Voorzitter (handtekening)

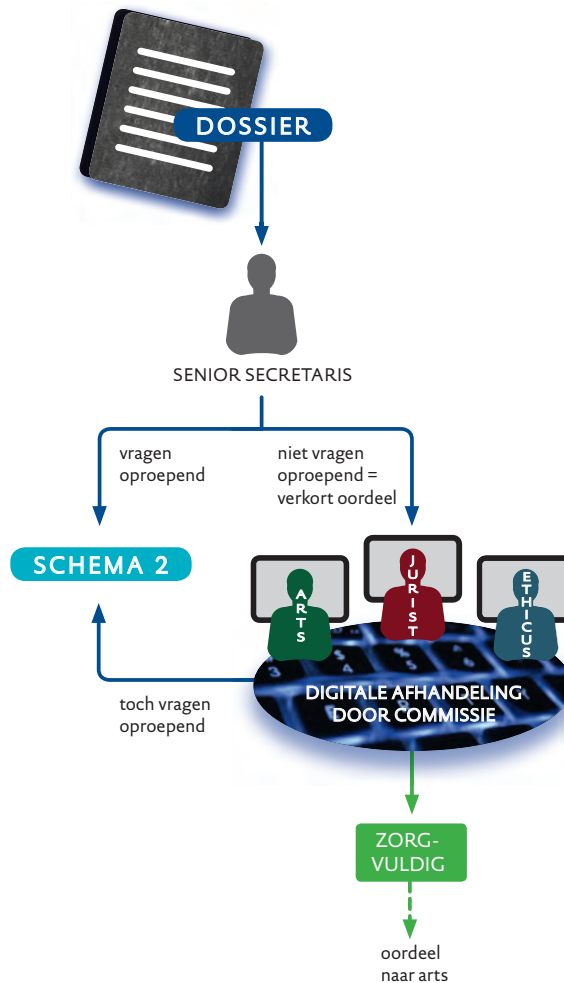
Secretaris (handtekening)

melding of het oordeel geanonimiseerd kan worden gepubliceerd. Ook wordt de arts in overweging gegeven om de uitkomst van het oordeel mee te delen aan de SCEN-arts. De RTE zenden hun oordelen immers niet aan de SCEN arts, maar alleen aan de arts die de euthanasie verleent.

Voorbeelden van NVO meldingen zijn onder andere te vinden in hoofdstuk 2.1. Opmerking verdient dat daar een samenvatting van de casuïstiek van de betreffende melding is weergegeven en niet van het aan de arts verzonden oordeel, de arts is immers met een verkort oordeel door de commissie van haar bevindingen op de hoogte gesteld.

SCHEMA 1

95,5% VAN DE MELDINGEN (NVO)

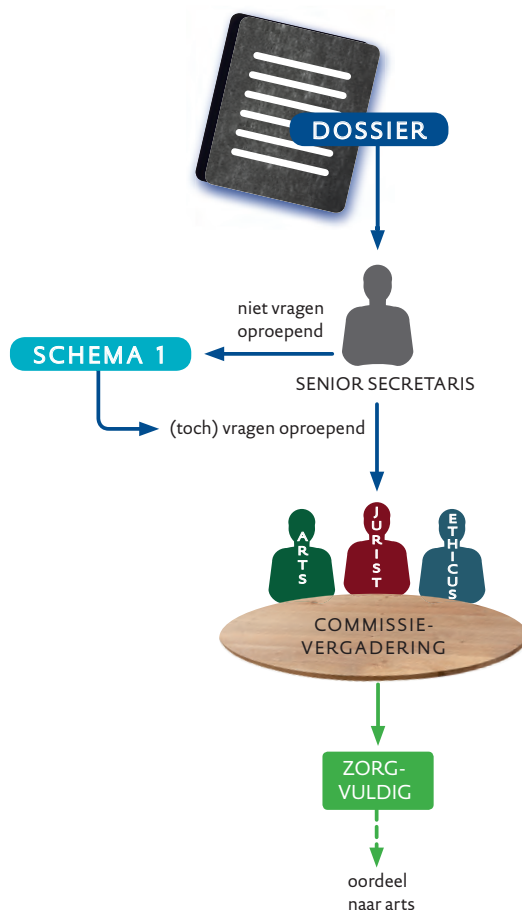


Ook op de website van de commissies (www.euthanasiecommissie.nl) wordt de casuïstiek van een deel van de NVO meldingen uitgeschreven en -samen met het oordeel van de commissies -geplaatst.

In 2020 werd 95,5% van het aantal ontvangen meldingen als NVO geselecteerd door de secretaris van de commissies. Dat is (opnieuw) een stijging ten opzichte van het jaar daarvoor. Dat laat zich ook dit jaar grotendeels verklaren doordat de definitie is aangepast wanneer een dossier als VO-melding móet worden aangemerkt door de secretaris van de commissie. Voor het overige deel komt dat doordat artsen steeds vollediger zijn in hun verslaglegging.

SCHEMA 2

4,5% VAN DE MELDINGEN (VO)



23

Van alle ontvangen meldingen werden er 623 (4,5%) direct bestempeld als vragen oproepend (VO), bijvoorbeeld (maar niet uitsluitend) omdat sprake was van een psychiatrische aandoening, omdat vragen rezen over de uitvoering van de euthanasie of omdat het door de meldende arts aangeleverde dossier toch te summier was om tot een oordeel te komen.

Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel bedroeg in 2020 gemiddeld 29 dagen. Die termijn valt binnen de in artikel 9, eerste lid van de WTL vastgestelde termijn van zes weken en is gelijk aan die in 2019. Dat ondanks het feit dat de coronapandemie het werk van de commissies niet eenvoudiger maakte.

Complexe meldingen

De commissies voeren onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het wenselijk wordt geacht dat alle RTE-leden zich erover kunnen uitspreken. Zo is het een vaste werkwijze dat een commissie die meent dat een melding niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, het voorgenomen concept oordeel met onderliggend dossier op het RTE intranet aan alle andere commissieleden voorlegt. Na kennisneming van de reacties komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

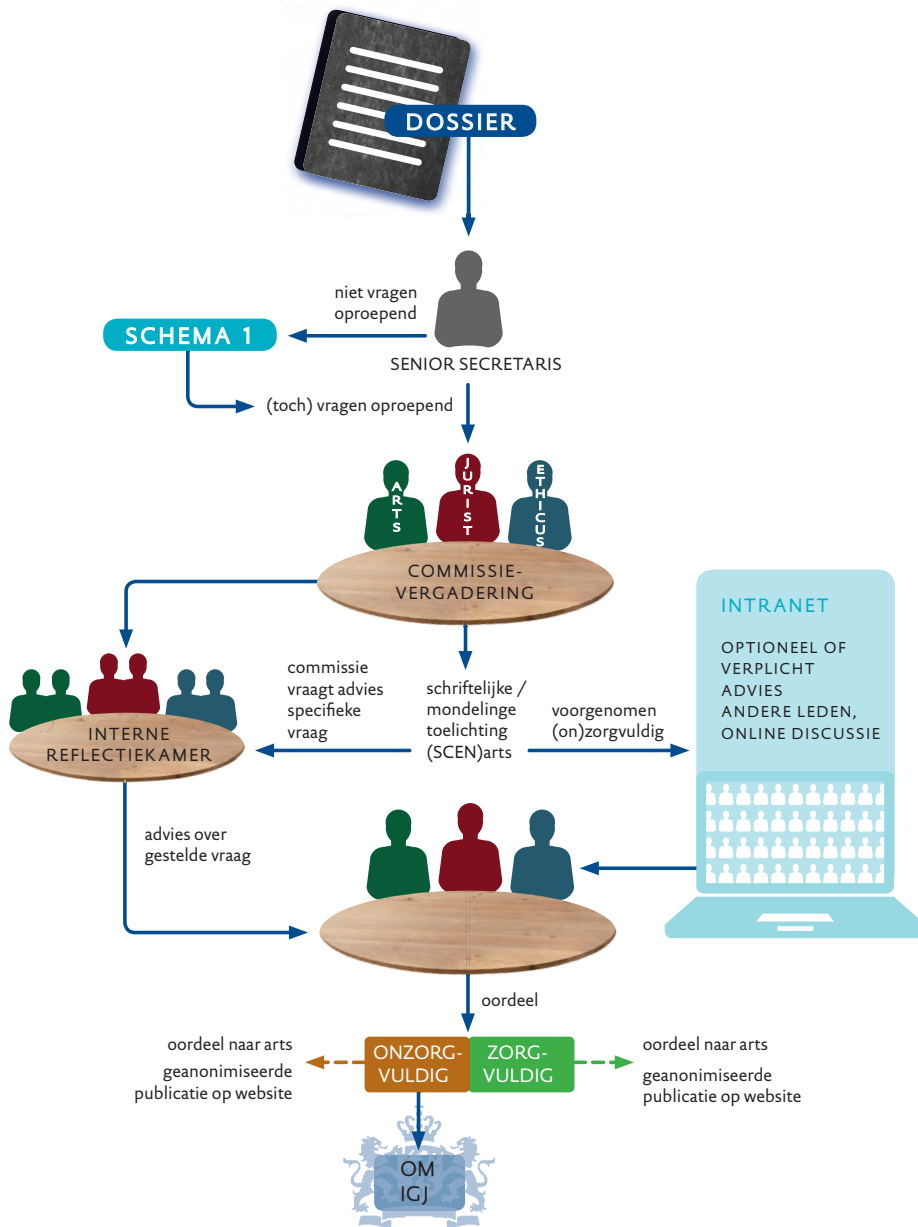
Ook in andere meldingen waarin de commissie behoefte heeft aan een intern debat worden voorgenomen oordelen op het intranet gezet. Doel is om de kwaliteit van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en zoveel mogelijk uniformiteit in de oordelen te bereiken. In 2020 zijn, inclusief de meldingen die als 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' werden beoordeeld, elf meldingen in discussie gebracht.

Reflectiekamer

De RTE hebben in 2016 besloten om een interne reflectiekamer in te stellen, onder meer met het doel om de onderlinge afstemming en harmonisatie verder te bevorderen. De reflectiekamer bestaat uit twee juristen, twee artsen en twee deskundigen inzake ethische of zingevingsvraagstukken, die allen ten minste drie jaar deel uitmaken van de RTE en naar verwachting nog ten minste twee jaar aanblijven. Zij worden bijgestaan door een secretaris. Een commissie kan de reflectiekamer raadplegen in geval van een complex vraagstuk. De reflectiekamer beoordeelt een melding niet in zijn geheel, maar buigt zich over één of meer specifieke door de advies vragende commissie geformuleerde vragen. Gegeven de tijd die het werk van de reflectiekamer vergt, wordt de meldende arts geïnformeerd over het feit dat het oordeel mogelijk langer dan normaal op zich zal laten wachten. In 2020 werden door de commissies aan de reflectiekamer geen adviezen gevraagd.

SCHEMA 3

< 1% VAN DE MELDINGEN (VO)



Uit een evaluatie van de reflectiekamer bleek dat de leden van de commissies van mening waren dat de reflectiekamer haar bestaansrecht bewezen heeft. De reflectiekamer heeft in 2020 –op verzoek van en aan het voorzittersoverleg- advies uitgebracht over de gevolgen van in april 2020 gewezen arresten van de Hoge Raad voor de toetsingspraktijk. Naar aanleiding van dat advies is de EuthanasieCode 2018 herzien. In 2021 zal de reflectiekamer een aanvang maken met het actualiseren van de EuthanasieCode naar aanleiding van de ontwikkelingen van de toetsingspraktijk in de afgelopen jaren.

Organisatie

2020 was een lastig jaar voor de secretariaten van de RTE's, zoals voor zoveel organisaties. Door de coronacrisis moesten de meeste medewerkers vanuit huis werken. Omdat het werk van de RTE's als 'vitaal' is aangemerkt, hebben de procesondersteuners op de locaties Arnhem en Den Haag er voor kunnen zorgen dat het werk door kon gaan. Dat het werk op het secretariaat continu is doorgegaan, ondanks de crisis, is een bijzondere prestatie die het verdient om genoemd te worden in dit jaarverslag. Dat in 2020 het aantal meldingen van euthanasie met 9% is gestegen ten opzichte van 2019 en de doorlooptijd nagenoeg gelijk is gebleven, is een groot compliment voor de medewerkers waard.

De RTE zijn ingedeeld in vijf regio's. Elke regio heeft drie juristen (voorzitter), drie artsen en drie deskundigen inzake ethische of zingevingsvraagstukken ("ethicus"). Daarmee bestaan de RTE uit 45 commissieleden.

De commissieleden worden openbaar geworven en op voordracht van de commissies voor vier jaar benoemd door de ministers van VWS en J&V. Ze kunnen eenmaal worden herbenoemd.

De commissies zijn onafhankelijk. Dat wil zeggen dat de commissies de euthanasiemeldingen toetsen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en oordelen *zonder* bemoeienis van de minister, politiek of derden. Anders gezegd: de leden en de coördinerend voorzitter worden wel benoemd door de ministers, maar de ministers zijn niet bevoegd 'aanwijzingen' te geven over de inhoud van de oordelen.

In 2020 hebben elf leden van afscheid van de RTE genomen. Dat was het gevolg van het aflopen van hun benoemingstermijn, die aanving in 2012 bij de uitbreiding van het aantal leden van 30 naar 45 (een deel van die leden beëindigde haar werkzaamheden reeds op een eerder moment om persoonlijke redenen). Per 1 december 2020 zijn tien nieuwe leden benoemd.

In 2020 ging de algemeen secretaris van de RTE, mw. mr. Nicole Visée, met pensioen. Zij was vanaf de inwerkingtreding van de WTL in dienst. Haar kennis van de WTL en de toetsingspraktijk, alsmede haar gedrevenheid en betrokkenheid worden node gemist. Met de komst per 1 november 2020 van mw. mr. Simone Madunić is op adequate wijze in haar opvolging voorzien.

De coördinerend voorzitter van de RTE zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor, waarbij ook steeds een vertegenwoordiger van de artsen en de ethici aanwezig is. De coördinerend voorzitter is daarnaast voorzitter van een commissie van één van de vijf regio's.

De commissies worden bijgestaan door een secretariaat met ongeveer 25 medewerkers. Het secretariaat bestaat uit de algemeen secretaris, secretarissen (juristen) en administratief medewerkers (procesondersteuners). De secretarissen hebben een raadgevende stem in de commissievergadering. De inhoudelijke coördinatie van de secretarissen is in handen van de algemeen secretaris. De secretariaten staan functioneel onder leiding van de adjunct-directeur van de directie *Eenheid secretariaten tuchtcolleges voor de gezondheidszorg en toetsingscommissies euthanasie (ESTT)*.

De medewerkers van het secretariaat zijn formeel in dienst van het ministerie van VWS en ondergebracht bij de directie ESTT. Bij deze Eenheid werken ruim 100 medewerkers. Daarnaast maken het bedrijfsbureau en het management (directeur en adjunct-directeur) daarvan deel uit. De administratief medewerkers van de RTE zijn verantwoordelijk voor alle administratieve processen, van registratie van de kenmerken van een binnengekomen melding tot toezending van het oordeel van de commissie aan de meldend arts en/of Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

In 2020 bedroegen de kosten voor de RTE ruim € 3,7 miljoen euro. € 778.000 had betrekking op vergoedingen voor de commissieleden. De kosten voor materieel, inhuur van extern personeel, ICT- en locatiekosten bedroegen € 553.000. € 2.641.000 werd besteed aan personeel (management, bedrijfsbureau en secretariaten).

Het secretariaat van de commissies was in 2020 gehuisvest op twee locaties in het land: Arnhem en Den Haag. Per maart 2021 heeft de verhuizing van het secretariaat naar Utrecht plaatsgevonden. Zodra de coronamaatregelen het toelaten, zullen alle vergaderingen van de commissies eveneens gaan plaatsvinden in Utrecht.

II

HOOFDSTUK 2 CASUÏSTIEK

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk laten we oordelen van de RTE zien. In de kern bestaat het werk van de RTE uit het beoordelen van meldingen van artsen betreffende levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: euthanasie).

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

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

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

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

Bij het toetsen kijken de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018⁵ die opgesteld is op basis van eerdere beslissingen van de RTE. Verder houden de commissies rekening met beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De RTE oordelen of *vast is komen te staan* dat er voldaan is aan het vereiste van voorlichting (c), consultatie (e) en medisch zorgvuldige uitvoering (f). Het gaat om zaken die feitelijk kunnen worden nagegaan. De overige drie zorgvuldigheidseisen schrijven voor dat de arts tot de *overtuiging is gekomen* dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b) en dat een redelijke andere oplossing ontbreekt (d). Gegeven de formulering van deze drie zorgvuldigheidseisen ('de overtuiging heeft gekregen') is aan de arts een zekere beoordelingsruimte gelaten. Bij de toetsing van het handelen van de arts op deze drie punten kijken de commissies daarom naar de wijze waarop de arts het onderzoek naar de feiten heeft verricht en naar de motivering die de arts voor zijn besluitvorming geeft. De RTE toetsen dus of de arts, gegeven diens door de wet gegeven beoordelingsruimte, tot de beslissing heeft kunnen komen dat aan deze drie zorgvuldigheidseisen is voldaan. Daarbij kijken de RTE naar de wijze waarop de arts zijn of haar beslissing onderbouwt. Het verslag van de consulent draagt vaak bij aan deze onderbouwing.

29

De Hoge Raad overweegt in haar arrest van 21 april 2020 (4.11.2) dat deze vorm van toetsing ook de strafrechter raakt:

Bij de beoordeling van de zorgvuldigheid van het medisch handelen van de arts gelden ten aanzien van de grenzen waarbinnen dat medisch handelen moet plaatsvinden de inzichten en normen van medische professionals. Voor zover een geval van levensbeëindiging op verzoek van de patiënt leidt tot een strafrechtelijk vervolging, kan de strafrechter uitleg geven aan de wettelijke regeling, maar past hem een terughoudende opstelling bij de beantwoording van de vraag welk medisch handelen binnen dit kader aanvaardbaar is.

De oordelen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, zijn onderverdeeld in oordelen waarin de commissie tot de conclusie is gekomen dat 'voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen' (paragraaf 2) en oordelen waarin de commissie tot de conclusie kwam dat dit *niet* het geval was (paragraaf 3). Dit laatste wil zeggen dat de betreffende commissie van oordeel is dat de arts ten aanzien van de naleving van een of meer van de zorgvuldigheidseisen tekort is geschoten.

⁵ De EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2020) is te downloaden op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl). Desgewenst is ook een apart inlegvel te downloaden om in de papieren versie van de EuthanasieCode 2018 in te voegen.

Paragraaf 2 is onderverdeeld in drie sub-paragrafen. Eerst (paragraaf 2.1) geven we vijf meldingen weer die representatief zijn voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangen. Meldingen waarbij genezing niet (meer) mogelijk was en er sprake was van kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, longaandoeningen, hart- en vaataandoeningen of een combinatie van aandoeningen. In deze meldingen wordt het oordeel niet tot in detail uitgeschreven maar ontvangt de arts een verkort oordeel. Dat is een brief waarin staat dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

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

Verder beschrijven we (in paragraaf 2.3) vier oordelen waarin euthanasie is toegepast bij een patiënt uit een bijzondere groep: patiënten met een psychiatrische aandoening, patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen en patiënten met dementie (twee oordelen). De meerderheid van deze zaken wordt gemeld door artsen van het Expertisecentrum Euthanasie. De geselecteerde oordelen in paragraaf 2.3 echter zijn uitgevoerd door een behandelend arts.

In paragraaf 3 komen de twee meldingen aan de orde waarin de RTE dit jaar hebben geoordeeld dat er *niet* voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. De ene melding betreft een arts die volgens het oordeel van de commissie niet voldaan had aan de eisen die gesteld worden aan de consultatie. In de andere melding oordeelde de commissie dat de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig was uitgevoerd.

Bij alle oordelen staat een nummer. Dat nummer verwijst naar de weergave van het oordeel op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl). In die gevallen waarin de arts een uitgeschreven oordeel heeft ontvangen, staat op de website meestal nog wat meer informatie. Als de arts een verkort oordeel heeft gekregen is er ten behoeve van publicatie op de website of voor het jaarverslag een korte samenvatting van de feiten uit de melding beschreven.

2 ARTS HEEFT GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

2.1 Vijf voorbeelden van meest voorkomende meldingen

Zoals uit hoofdstuk 1 blijkt wordt euthanasie voor het overgrote deel verricht bij patiënten met kanker (64,6% van de meldingen), aandoeningen van het zenuwstelsel (6,6% van de meldingen), hart- en vaataandoeningen (4,1% van de meldingen), longaandoeningen (3,0% van de meldingen) en een combinatie van aandoeningen (12,3% van de meldingen). Als voorbeelden daarvan dienen onderstaande vijf meldingen (allemaal voorbeelden van Niet Vragen Oproepende (NVO) meldingen). Deze oordelen geven een beeld van de problematiek die de RTE het meeste tegenkomen.

Het eerste oordeel is het meest compleet uitgeschreven om te laten zien dat de commissies naar alle zorgvuldigheidseisen kijken. Bij de andere oordelen is dat in het jaarverslag achterwege gelaten. Daar wordt de aandacht gericht op het lijden.

KANKER

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, bijzondere wijze van toediening, op de website te vinden onder nummer 2020-153.

Bij een vrouw, tussen 70 en 80 jaar oud, werd in het voorjaar van 2020 eierstokkanker (tubacarcinoom) vastgesteld. Toen men haar wilde opereren bleek dat geen goede mogelijkheid meer te zijn en werd haar chemotherapie voorgesteld. Aanvankelijk wilde zij dat niet omdat het niet genezend was en haar kwaliteit van leven erdoor zou verminderen. Haar familie drong erop aan de chemotherapie toch te proberen. Het bleek al snel dat zij er slecht tegen kon: zij had diarree en tintelingen in handen en voeten. Daarom stopte zij met de chemotherapie. Eind september kreeg de vrouw buikpijn en had zij ernstige verstopping. Daarvoor kreeg zij middelen maar die hielpen onvoldoende. Als palliatieve middelen (lijden verzachtende middelen) heeft zij eerst wietolie geprobeerd, later oxycodon (een krachtige pijnstillert) en uiteindelijk morfine. De pijn was hiermee, op regelmatige krampen na, te verdragen. Daarnaast kreeg zij zetpillen tegen de misselijkheid en het braken. Dat had weinig effect maar de vrouw wilde geen andere manieren meer proberen omdat dit alleen maar haar lijden zou verlengen. De arts schreef in haar verslag dat zowel de behandelend gynaecologen als zijzelf de vrouw hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

Het lijden van de vrouw bestond eruit dat ze amper meer eten of drinken kon binnenhouden, dat zij steeds misselijk was en heel erg vermoeid. Door de vermoeidheid had zij problemen om de aandacht ergens bij te houden, waardoor zij niet meer kon lezen of televisiekijken. De vrouw leed verder onder de angst voor toename van verlies van functies en van ontluistering. De arts zag dat de vrouw uitgeput was. Zij kende haar als een positief ingesteld persoon die koos voor kwaliteit van leven. Die kwaliteit was nu ver te zoeken. Daarom begreep de arts dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk was. Omdat er sprake was van een ernstige mate van eierstokkanker (graad 3 c), er uitzaaiingen waren in het buikvlies (peritonitis carcinomatosa), en er geen manieren waren om het lijden te verlichten was de arts overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden.

Geruime tijd voordat de vrouw ziek werd, besprak ze met de arts haar wens tot euthanasie als zij geen kwaliteit van leven meer zou ervaren. Zij had als ziekenverzorgende en in haar familie veel ziekte en lijden gezien en had duidelijk voor ogen wat zij wel en wat zij niet meer zou willen. Nadat zij gestopt was met de chemotherapie heeft zij haar wensen betreffende euthanasie op papier gesteld. In alle daaropvolgende gesprekken met de arts is euthanasie aan de orde gekomen. Eén dag voor haar overlijden gaf de vrouw aan dat het zo slecht ging dat zij nu euthanasie wilde. De arts was ervan overtuigd dat er sprake was van een vrijwillig

en weloverwogen verzoek. Ze had die overtuiging omdat zij meerdere keren met de vrouw onder vier ogen had gesproken over euthanasie en nooit enige twijfel had gezien. Zij zag de vrouw als een onafhankelijk, slim persoon die zich niet liet beïnvloeden door anderen.

Een week voor haar overlijden verzocht de vrouw om de SCEN-arts in te schakelen. Zij was bang dat als zij langer wachtte, zij suf of verward zou zijn. De consulent kwam een dag later. Hij gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van de vrouw. Op het moment van zijn bezoek vond de vrouw haar lijden nog net niet ondraaglijk. Op het moment dat zij dat wel vond (drie dagen later), nam de arts contact op met de consulent en kwam de laatste tot de conclusie dat nu aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.⁶ De vrouw had, omdat er bijna geen infuus bij haar geprikt kon worden, voor de chemotherapie een port-a-cath gekregen (een implanterbaar hulpmiddel - een katheter - waarmee artsen gemakkelijk toegang kunnen krijgen tot grote, diep gelegen aders). Zij had verzocht deze port-a-cath te laten zitten om die te gebruiken voor een mogelijke euthanasie. De euthanatica zijn via deze toegang toegediend. Wat betreft de controle of er sprake was van een voldoende diep coma om de spierverlapper veilig toe te dienen, had de arts een pijnprikkel toegediend en naar de (afwezigheid) gekeken van de wimperreflex (een onwillekeurige beweging die gemaakt wordt als de wimper wordt aangeraakt).

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

⁶ Te raadplegen via www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding. De KNMG en KNMP zijn bezig met het herzien van de Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Naar verwachting zal die nieuwe richtlijn in de loop van 2021 bekend worden gemaakt.

AANDOENINGEN VAN HET ZENUWSTELSEL

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, voortschrijdend verlies van functies door de ziekte van Parkinson, op de website te vinden onder nummer 2020-95.

Bij een vrouw, ouder dan negentig jaar, werd acht jaar voor het overlijden de ziekte van Parkinson vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief (lijden verzachtend) van aard. Sinds ongeveer vier jaar voor het overlijden verbleef de vrouw in een verzorgingshuis.

Het lijden van de vrouw bestond uit voortschrijdend verlies van functies. Zo was er sprake van slikklachten, dysarthrie (spraakstoornis die wordt veroorzaakt door een beschadiging van het zenuwstelsel), balansstoornissen en krachtverlies. De vrouw kon zich niet voortbewegen en was volledig zorgafhankelijk geworden. Zij was zelfstandig tot niets meer in staat, zelfs omdraaien in bed of verzitten in haar rolstoel lukte niet meer. Hierdoor was een pijnlijke doorligwond (decubitus) op haar stuit ontstaan. Ook was de vrouw bang om te stikken als gevolg van de slikproblemen.

De vrouw leed onder het verlies van haar autonomie, de afhankelijkheid van anderen, de uitzichtloosheid van haar situatie en de reële angst voor verdere aftakeling. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts, specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis waar de vrouw verbleef, was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

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

LONGAANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, hulp bij zelfdoding, op de website te vinden onder nummer 2020-96.

Een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, had reeds jaren COPD (een chronische belemmerende longaandoening). Uiteindelijk werd vastgesteld dat de ziekte in de fase COPD GOLD III was gekomen en had zij terugkerende ontstekingen in de luchtwegen. De vrouw was de hele dag benauwd en na de geringste inspanning kortademig en volledig uitgeput. Uiteindelijk was zij zelfstandig tot niets meer in staat. Zelfs rechtop in bed gaan zitten ging niet meer. Ook had zij geen energie meer om behoorlijk te kunnen eten. Daardoor vermagerde zij sterk en verzwakte nog meer. De vrouw kon alleen nog maar op de bank zitten of in bed liggen en kon niet meer bezig zijn met hobby's zoals puzzelen of lezen. Zij gaf aan 'volledig op te zijn'.

De vrouw leed onder de leegte van haar bestaan, het gebrek aan perspectief en de reële angst om te stikken tijdens een hoestbui. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk. De vrouw werd maximaal behandeld met medicijnen. Zij weigerde het gebruik van extra zuurstof omdat dit haar leven alleen maar zou rekken. Dat wilde zij onder deze omstandigheden niet meer. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief (lijden verzachtend) van aard.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

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

HART- EN VAATAANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, afzien van amputatie, op de website te vinden onder nummer 2020-102.

Bij een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, werd een half jaar voor het overlijden ischemie (onvoldoende doorbloeding) aan het linker onderbeen vastgesteld. Sinds vier maanden voor het overlijden was sprake van Fontaine stadium IV (de fase waarin lichaamsweefsel begint af te sterven). Er was nauwelijks nog doorbloeding naar het onderbeen en er ontstond necrose (afsterven van weefsel). De vrouw onderging nog een dotterbehandeling (behandelen van een vernauwing in een bloedvat) maar zonder het gewenste resultaat. Gezien haar matige conditie, haar leeftijd en de mogelijke complicaties zoals een ontsteking of een delier (verwardheid) wilde zij geen amputatie van haar onderbeen. Daarbij speelde ook een rol dat de vrouw hiermee haar zelfstandigheid zou verliezen. Dat vond ze vreselijk. De vrouw verbleef inmiddels in een hospice (een instelling die gespecialiseerd is in lijden verzachtende zorg voor mensen in de laatste levensfase).

Het lijden van de vrouw bestond uit voortdurende hevige pijn aan het linkerbeen en verlies van de mogelijkheden om zich te verplaatsen. Voor haar waren onafhankelijkheid en zelfbeschikking altijd erg belangrijk geweest. Zij leed onder het verlies van regie, de pijn, de afhankelijkheid van anderen en onder de reële angst voor ontstekingen en bloedvergiftiging (sepsis) met verdere ontluistering tot gevolg. Zij wilde verdere achteruitgang niet meer meemaken en waardig sterven. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

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

COMBINATIE VAN AANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, hartfalen, jicht en nierproblemen, op de website te vinden onder nummer 2020-152.

Bij een man, tussen tachtig en negentig jaar oud, werd drie jaar voor zijn overlijden hartfalen in de laatste fase vastgesteld. Daardoor was zijn mogelijkheid om zich te verplaatsen sterk afgenomen. Verder had hij jicht in zijn handen en voeten. Aan zijn handen had hij knobbels en wonden waardoor hij ze moeilijk kon gebruiken. Sinds een aantal jaren had hij ook ernstige problemen met zijn nieren. De man gaf aan dat hij alleen nog maar behandelingen wilde die thuis uitgevoerd konden worden. Naar aanleiding van zijn ervaringen met het verblijf van zijn echtgenote in een verpleeghuis, wenste hij daar niet naar toe te gaan. Hij wilde geen behandelingen (zoals morfine) die leiden tot verder verlies van functies of verminderde mogelijkheden tot zich verplaatsen.

Door de combinatie van klachten kwam de man zijn huis al langere tijd niet meer uit. De laatste maanden nam zijn hulpbehoefendheid toe. Het lukte hem niet meer zelfstandig naar de wc te gaan en zichzelf goed te verzorgen. Dit ging gepaard met pijn en kortademigheid. Voor de man was dit ondraaglijk lijden.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden van de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

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

2.2. Vijf voorbeelden van meldingen geordend naar vier zorgvuldigheidseisen

Hieronder worden vijf oordelen beschreven waarbij vijf zorgvuldigheidseisen aan de orde komen: de overtuiging van de arts dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), van ondraaglijk en uitzichtloos lijden waarbij een redelijke andere oplossing ontbreekt (b en d), de consultatie van een onafhankelijke arts (e) en de uitvoering van de levensbeëindiging (f). Van dat laatste geven we gezien de bijzonderheden van die meldingen twee voorbeelden. Ook deze meldingen waren aangemerkt als NVO's. De artsen van deze meldingen hebben op één na allen een verkort oordeel ontvangen.

In de EuthanasieCode worden de zorgvuldigheidseisen van de WTL besproken en toegelicht. Uit deze bespreking kan ook worden afgeleid welke eisen de wet *niet* stelt. Samengevat is het *niet* vereist dat de patiënt aan een levensbedreigende aandoening lijdt; ook niet dat de patiënt in de stervensfase is; ook niet dat er een behandelrelatie is tussen arts en patiënt; ook niet dat er naast een mondeling verzoek een schriftelijk verzoek is; ook niet dat het verzoek duurzaam is; ook niet dat de consulent 'toestemming' geeft; ook niet dat de wilsbekwaamheid altijd door een andere arts wordt vastgesteld en ook niet dat de familie bij het euthanasieverzoek betrokken wordt, laat staan dat die moet instemmen met het verzoek. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 55.)

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De WTL bepaalt dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Uit de wet vloeit voort dat de patiënt zelf het verzoek moet doen. De meeste patiënten zijn tot het moment van het verlenen van de euthanasie in staat tot een normaal (mondeling) gesprek.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, combinatie van aandoeningen, echtgenote is tegen euthanasie, op de website te vinden onder nummer 2020-85.

Bij een man, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, werd bijna een jaar voor het overlijden ALS (Amyotrofische Laterale Sclerose, een progressieve zenuw-/spierziekte) vastgesteld. Daarnaast was er sprake van een chronisch pijnsyndroom (voortdurende pijn waarvoor geen medische oorzaak gevonden kan worden) waarvoor de man meerdere operaties en behandelingen met medicijnen had gehad. Dat alles had weinig resultaat opgeleverd. De man leed onder zijn snelle lichamelijk achteruitgang, de voortdurend aanwezige pijn, het verlies van zelfstandigheid, de reële angst om te stikken en de uitzichtloosheid van zijn situatie. Hij vond zijn situatie ontluisterend en ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De man verzocht drie maanden voor het overlijden voor de eerste keer om euthanasie. Zijn vrouw was daar om godsdienstige redenen fel tegen en kon niet achter zijn verzoek staan. Dit leidde tot een innerlijke strijd bij de man over welke wens hij belangrijker moest vinden: die van zijn vrouw of die van hemzelf. Hij trok zijn verzoek in om zijn vrouw de tijd te geven zijn euthanasieverzoek te aanvaarden. Uiteindelijk verzocht hij twee weken voor het overlijden om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie. Diezelfde dag werd de man opgenomen in een hospice (een instelling die gespecialiseerd is in lijden verzachtende zorg voor mensen in de laatste levensfase).

De arts stelde vast dat de man bij zijn definitieve verzoek, twee weken voor het overlijden, vastberaden was en ondanks de tegenstand van zijn vrouw vasthield aan dit verzoek. De echtgenote vond dat de arts de euthanasie had opgedrongen aan haar man. De arts heeft hierover nagedacht maar toch besloten tot uitvoering over te gaan. Dat deed zij omdat de man zo duidelijk was geweest in zijn verzoek, niet alleen aan haar maar ook aan de verpleging van het hospice, de consulent en haar collega in de praktijk. Het recht op zelfbeschikking van de man woog voor de arts zwaarder dan de bezwaren van de echtgenote. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De commissie was van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN EN GEEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

De arts moet de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden bij de patiënt. In de EuthanasieCode staat daar onder andere het volgende over:

Lijden is een breed begrip. Lijden kan het gevolg zijn van pijn en benauwdheid, overheersende uitputting en moeheid, lichamelijke achteruitgang, uitzichtloosheid, maar ook van een toenemende afhankelijkheid of een door de patiënt ervaren ontluistering of verlies van waardigheid. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 22.)

De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt, in het licht van zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts mede gelet op het voortraject invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 24-25.)

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Deze zorgvuldigheidseis, die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, houdt verband met het ingrijpende en onomkeerbare karakter van euthanasie. Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven. (...) Het gaat bij deze zorgvuldigheidseis om een overtuiging van arts en patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Er is sprake van een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënt redelijke, uitweg is om het lijden te verzachten of weg te nemen. Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkte kans op een positief resultaat zal in het algemeen niet als een redelijk alternatief kunnen worden aangemerkt. Een medische ingreep of behandeling die het lijden aanzienlijk kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans een redelijk alternatief zijn. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 27.)

Rond het levenseinde speelt palliatieve zorg (waaronder begrepen pijnbestrijding en palliatieve sedatie) een belangrijke rol. In gevallen waarin het lijden van de patiënt (in overwegende mate) samenhangt met pijn, kan pijnstilling een alternatief zijn voor euthanasie. Een patiënt kan echter goede redenen hebben om palliatieve zorg te weig-

ren, bijvoorbeeld omdat hij niet suf wil worden (door hogere doseringen morfine) of zijn bewustzijn niet wil verliezen (door palliatieve sedatie). Belangrijk is dat de arts de patiënt goed voorlicht over de voor- en nadelen van palliatieve zorg, maar de uiteindelijke beslissing om van deze optie gebruik te maken ligt bij de patiënt.

Weigeren van palliatieve sedatie zal in het algemeen uitvoering van euthanasie niet in de weg staan. (Gewijzigde Euthanasiecode 2018, p 27-28.)

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

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, stapeling van ouderdomsaandoeningen, weigering van ophoging medicijnen, Experticeentrum Euthanasie, op de website te vinden onder nummer 2020-100.

Een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, leed sinds acht jaar voor het overlijden aan een degeneratieve scoliose van de rug (ernstige kromming van de wervelkolom met slijtage) en poly-artrose (slijtage in twee of meer gewrichten). De vrouw viel regelmatig en ongeveer een jaar voor het overlijden had zij daarbij een gebroken pols opgelopen. Ook was er sprake van verminderde smaak en een verslechtering van haar zicht en gehoor. Sinds anderhalve maand voor het overlijden verbleef de vrouw in een woon-zorgcentrum.

Het lijden van de vrouw bestond uit voortdurend aanwezige pijn in de heupen, knieën, polsen, handen en rug. Deze pijn was ook met medicijnen onvoldoende terug te dringen. Verdere ophoging van de medicijnen wilde de vrouw niet omdat zij niet wilde versuffen en omdat zij bang was dat zij daardoor nog vaker zou vallen. Vanaf vier maanden voor het overlijden verslechterde de situatie van de vrouw snel. Zij was nagenoeg volledig zorgafhankelijk geworden en kon slechts nog heel korte stukjes lopen achter een rollator. Ook kon zij niet meer met haar hobby's bezig zijn. De vrouw bracht haar dagen zittend op een stoel door. Omdat lezen of tv-kijken haar te veel vermoeiden, had ze daarbij geen enkele afleiding. De vrouw, die altijd zelfstandig was geweest, leed onder de afhankelijkheid van anderen, de voortdurende pijn en de zinloosheid van haar bestaan. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De commissie oordeelde dat de arts met deze overtuiging binnen de beoordelingsruimte bleef die hem door de wet gegeven is.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

CONSULTATIE

De arts behoort voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen die de patiënt ziet en beoordeelt of er voldaan is aan de vereiste van het verzoek, het lijden, het ontbreken van een redelijk alternatief en de voorlichting van de patiënt. In de EuthanasieCode 2018 staat daarover onder andere:

De geraadpleegde consulent geeft een onafhankelijk oordeel over de vraag of hij vindt dat aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen (a tot en met d) is voldaan en doet daarvan schriftelijk verslag aan de arts. Dit consult is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het helpt de arts na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op het euthanasieverzoek alvorens hij besluit tot uitvoering daarvan.

De commissie hecht er aan dat de uitvoerend arts het consult aanvraagt. Indien daarvan wordt afgeweken, verwacht de commissie dat de arts dit toelicht in zijn verslag. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 28-29.)

Het is niet uitzonderlijk dat er enige tijd is gelegen tussen het bezoek van de consulent aan de patiënt en de uitvoering van het euthanasieverzoek. Doorgaans is dat geen probleem. De wet zegt niets over de 'houdbaarheidsduur' van een consulentenrapport. In het algemeen kan worden gesteld dat het verslag van toepassing blijft zolang de omstandigheden van de patiënt niet wezenlijk veranderen en het ziekteproces verloopt zoals verwacht. Daarbij zal het vaker gaan om dagen of weken dan om maanden. Naarmate de termijn tussen het bezoek van de consulent en de uitvoering van de euthanasie langer is, ligt een nieuw contact tussen arts en consulent meer voor de hand en zal het uitblijven daarvan bij de commissies vragen oproepen. Soms zal de consulent de patiënt een tweede keer moeten bezoeken. Soms zal met een telefonisch contact tussen arts en consulent, dan wel tussen consulent en patiënt, kunnen worden volstaan. Precieze normen hiervoor zijn niet te geven. Dit is ter beoordeling van de arts, in het licht van de eerdere bevindingen van de consulent en de ontwikkelingen die zich nadien met betrekking tot de patiënt voordoen. De arts zal dit zo nodig wel aan de commissie moeten kunnen uitleggen. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 33.)

CONSULTATIE

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, uitgeschreven oordeel, combinatie van aandoeningen, ‘houdbaarheid’ van consultatie, arts neemt traject over nadat consulent is geraadpleegd, Experticeentrum Euthanasie, op de website te vinden onder nummer 2020-147.

Bij een vrouw, tussen tachtig en negentig jaar oud, deden zich in de tien jaar voor haar overlijden enkele TIA's voor (een tijdelijke afsluiting van een bloedvat in de hersenen) met als gevolg algehele vermoeidheid en krachtverlies aan de linkerkant van haar lichaam. Verder was haar linker kunstheup weggehaald (heupextirpatie) en was er geen nieuwe geplaatst (Girdlestone-situatie). Sinds enkele jaren was de vrouw bovendien blind geworden aan haar linkeroog en was het zicht in haar rechteroog sterk achteruitgegaan. Ook was zij slechthorend. De vrouw leed onder de invloed die de beperkingen hadden op haar leven. Deze toestand en de wetenschap dat er geen zicht was op enige verbetering van haar situatie maakten haar lijden ondraaglijk. Toen ze al ver was in de euthanasie-procedure heeft ze op uitdrukkelijk en emotioneel verzoek van haar zoon de uitvoering van de euthanasie enige tijd uitgesteld.

Ongeveer tweeënhalve maand voor haar overlijden verzocht de vrouw de haar begeleidende arts van Experticeentrum Euthanasie (EE) om uitvoering van euthanasie. Deze arts voerde drie gesprekken met de vrouw. Ook benaderde zij een SCEN-arts om een consultatie te doen. De SCEN-arts bezocht de vrouw ongeveer anderhalve maand voor haar overlijden. Naar het oordeel van de SCEN-arts was aan de door hem te beoordelen zorgvuldigheidseisen voldaan.

Op een gegeven moment moest de arts van EE zich terugtrekken vanwege met de corona-epidemie samenhangende risico's voor de gezondheid. Een andere arts van EE nam de afronding van de euthanasie op zich. Deze tweede arts heeft de vrouw elf dagen voor haar overlijden bezocht. De vrouw wilde nog steeds euthanasie. De arts besloot dat te doen met gebruikmaking van het al aanwezige consultatieverslag.

De commissie is van oordeel dat met de door de arts gevolgde werkwijze aan de onder e genoemde zorgvuldigheidseisen - het raadplegen van ten minste één onafhankelijk arts - is voldaan. De arts heeft kennisgenomen van het door de SCEN-arts opgemaakte verslag en heeft ook contact met hem opgenomen toen hij de behandeling van het euthanasieverzoek op zich nam. Verder heeft hij aangegeven dat hij de consulent als onafhankelijk zag. Bij de waardering van het consultatieverslag heeft hij de bevindingen van zijn collega van EE betrokken.

Ten aanzien van de tijd die verstreek tussen het SCEN-consult en de daadwerkelijke uitvoering oordeelt de commissie als volgt. De periode van ruim zes weken was in dit geval niet zo lang dat het consult daardoor minder waarde had. De situatie van de vrouw was sinds het bezoek van de consulent immers niet wezenlijk veranderd. Ook had de consulent in de wisseling van de arts geen aanleiding gezien om nog een keer bij de vrouw op bezoek te gaan. Verder stelde de vrouw zelf de uitvoering uit vanwege persoonlijke redenen. Ook dat leidt er niet toe dat er getwijfeld moet worden aan de eerder getrokken conclusie van de consulent dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie komt tot het oordeel dat de arts heeft voldaan aan het vereiste van ten minste één onafhankelijke arts raadplegen die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen is volgens de commissie voldaan.

44

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Over de medisch zorgvuldige uitvoering zegt de EuthanasieCode onder andere:

Komt het tot euthanasie, dan moet deze door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het geïndiceerde coma. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseisen hanteren de commissie de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 2012. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 35.)

In het geval van levensbeëindiging op verzoek gaat de genoemde richtlijn uit van de intraveneuze toediening van een coma-inducerend middel, gevolgd door de intraveneuze toediening van een spierverlappend middel. De richtlijn noemt de middelen die kunnen worden gebruikt en de aanbevolen dosering daarvan. Wijkt de arts van de richtlijn af, dan zal hij dit afdoende moeten kunnen beargumenteren. 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 individuele wensen van de patiënt, zoveel als mogelijk is, te vervullen, voor zover die wensen passen binnen het kader van de richtlijn. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 35.)

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING 1

AANDACHTSPUNTEN: NVO, Expertisecentrum Euthanasie, kanker, hogere dosis coma-opwekkend middel, op de website te vinden onder nummer 2020-77.

Bij een man, tussen de vijftig en zestig jaar oud, werd anderhalf jaar voor het overlijden kanker in de mond- en keelholte vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief (lijden verzachtend) van aard. Sinds vier maanden voor het overlijden verbleef de man, nadat de thuissituatie onhoudbaar was geworden, in een hospice (een instelling gespecialiseerd in lijden verzachtende zorg voor mensen in de laatste levensfase).

Het was erg belangrijk voor de man om de komst van zijn kleinkind af te wachten. Na de geboorte, ongeveer zes weken voor het overlijden, was de man gestopt met de sondevoeding en wilde hij onder palliatieve sedatie overlijden. De sedatie had niet het bedoelde effect, de man werd telkens wakker. Daarbij bleef de tumor in zijn hals, mond en aangezicht groeien waardoor hij niet alleen het gevoel had te stikken maar ook veel pijn had. Die pijn was ook met heel hoge hoeveelheden medicijnen niet te verminderen tot een aanvaardbaar situatie. Hierop maakte de man ruim twee weken voor het overlijden zijn euthanasiewens kenbaar bij de behandelend specialist ouderengeneeskunde. Deze kon om voor hem belangrijke redenen niet aan het verzoek voldoen. Hierop wendde de man zich tot Expertisecentrum Euthanasie.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van 4000 mg van het coma-opwekkend middel thiopental (in plaats van de in de KNMG/KNMP-richtlijn voorgeschreven 2000 mg), gevolgd door 150 mg rocuronium (een spierverslapper die leidt tot de dood). Daarna overleed de man. De arts was overgegaan tot het toedienen van een hogere dosering thiopental vanwege de snelle gewenning bij de man aan de eerder gegeven medicijnen en de wetenschap dat de man moeilijk te sederen was.

De arts motiveerde dit handelen door te vermelden dat de SCEN-arts had geadviseerd om met de apotheek de dosering thiopental te overleggen omdat er steeds snel gewenning was opgetreden voor de gegeven medicatie. De arts besloot daarop een dubbele dosis thiopental te geven.

De commissie is van oordeel dat de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING 2

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding na onderling overleg, uitgeschreven oordeel, kanker, invullen van persoonlijke wens betreffende uitvoering, op de website te vinden onder nummer 2020-83.

Een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, vroeg de arts of zij zelf een rol kon spelen bij de uitvoering van de euthanasie. De uitvoering ging volgens de arts als volgt: nadat de arts had gecontroleerd of het infuus doorankelijk was, heeft de vrouw zelf de lidocaïne (een middel waarmee plaatselijke pijn bestreden wordt) gespoten. Daarna zijn de arts en de vrouw samen begonnen met het spuiten van het middel dat het coma opwekt (propofol). Alleen bij het eerste - zeer kleine - deel van het toedienen van de propofol heeft de vrouw enige kracht kunnen zetten.

De commissie overweegt dat volgens de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012 alleen een arts de euthanatica mag toedienen. De patiënt mag zelf een actieve rol uitoefenen, bijvoorbeeld het openen van het infuuskraantje, zolang dit een zorgvuldige uitvoering van de euthanasie niet in de weg staat. In de EuthanasieCode 2018 (gewijzigde versie, p 35) staat verder dat het van belang is de individuele wensen van de patiënt, zoveel als mogelijk is, te vervullen, voor zover die wensen passen binnen de richtlijn.

Uit de stukken is gebleken dat de vrouw de regie over haar leven tot het einde toe wilde bewaken. Uit de telefonische toelichting van de arts is verder duidelijk geworden dat de vrouw niet koos voor hulp bij zelfdoding. Dat wilde zij niet omdat ze daarmee een slechte ervaring had gehad bij een kennis van haar. Bovendien wilde zij de mogelijk vieze smaak van de barbituraatdrank niet proeven.

De commissie is van oordeel dat de arts, geheel volgens de hierboven weergegeven opvatting van de EuthanasieCode 2018, de wens van de vrouw heeft mogen vervullen en dat dit ook past binnen de richtlijn. Het inspuiten van de lidocaïne en een gedeelte van de het coma-opwekkende middel door de vrouw zelf, kan volgens de commissie worden gezien als de actieve rol die een patiënt mag vervullen in overeenstemming met de richtlijn. Uit het woord 'bijvoorbeeld' in die richtlijn volgt immers dat niet uitsluitend op het openen van de infuuskraan is gedoeld. De commissie betreft in haar oordeel dat de levensbeëindiging op verzoek is uitgevoerd met de middelen en in de hoeveelheid als aanbevolen in de richtlijn en dat de arts de diepte van de geïnduceerde coma op de juiste wijze heeft gecontroleerd.

Gelet op het bovenstaande is de commissie van oordeel dat de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

2.3 Vier voorbeelden betreffende patiënten met een bijzondere aandoening (psychiatrische aandoening, stapeling ouderdomsklachten en dementie)

PSYCHIATRISCHE AANDOENING

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is niet beperkt tot patiënten in de laatste levensfase. Ook mensen met een langere levensverwachting zoals psychiatrische patiënten kunnen ervoor in aanmerking komen. Wel moet in een dergelijke situatie met grote behoedzaamheid gehandeld worden. Die grote behoedzaamheid betekent dat naast de gewone consulent ook een onafhankelijke psychiater geraadpleegd moet worden. Daarbij gaat het met name om diens oordeel met betrekking tot de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Bij dat laatste geldt dat als de patiënt een redelijk alternatief afwijst, niet gesproken kan worden van uitzichtloos lijden. Het is echter niet zo dat een patiënt alle nog denkbare behandelingen moet ondergaan. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 45.)

Een groep waarbij de arts ook extra behoedzaam moet zijn, zijn patiënten met een (lichte) verstandelijke beperking. Ook zij kunnen een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie doen.⁷ In deze gevallen zal bijzondere aandacht moeten uitgaan naar de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van zijn euthanasieverzoek. Daarom moet de arts, naast de gewone consulent die een oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d in principe ook een arts raadplegen die deskundig is wat betreft wilsbekwaamheid (zoals een arts voor verstandelijk gehandicapten). Als het contact met én een consulent én een deskundige tot een te grote belasting voor de patiënt zou leiden, kan het raadplegen van één (SCEN-)consulent die ook deskundige is voldoende zijn. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 48.)

⁷ Zie ook NVAVG, Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking, 2007.

PSYCHIATRIE

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, uitgeschreven oordeel, meerdere psychiatrische aandoeningen, verstandelijke beperking, op de website te vinden onder nummer 2020-53.

Een vrouw, tussen vijftig en zestig jaar oud, met een verstandelijke beperking, had al geruime tijd last van een blijvende depressieve stoornis die samenging met paniekaanvallen, gevoelens van spanning en angst, 'stemmen' die haar opdrachten gaven (imperatieve hallucinaties), voortdurende gedachten aan zelfdoding en slapeloosheid. Als de spanning opliep beet zij zich in haar hand. Zij sliep slecht en kon nergens meer van genieten. Zij wilde enkel nog sterven.

Twee jaar voor het overlijden begon de vrouw met verschillende behandelaars over euthanasie te praten. Acht maanden voor het overlijden verzocht zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie. De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater die de vrouw twee weken voor het overlijden onderzocht. Als consult raadpleegde de arts een onafhankelijk SCEN-arts. De SCEN-arts bezocht de vrouw vijf dagen voor het overlijden.

Aan de hand van de feiten en omstandigheden zoals die in het dossier staan en voor zover belangrijk geeft de commissie haar overwegingen weer wat betreft de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Bij verzoeken om euthanasie waarbij sprake is van psychiatrische problematiek moet grote aandacht besteed worden aan de wilsbekwaamheid van degene die om euthanasie vraagt. De commissie overweegt dat dit in deze melding gezien de verstandelijke beperking van de vrouw extra van toepassing is.

De commissie is van oordeel dat de arts met grote behoedzaamheid te werk is gegaan bij het vaststellen van de wilsbekwaamheid van de vrouw. Daarbij houdt de commissie er ook rekening mee dat de arts in het dossier op duidelijke wijze heeft toegelicht waarom zij ervan overtuigd was dat het verzoek van de vrouw vrijwillig en weloverwogen was. Deze overtuiging was gebaseerd op meerdere en uitvoerige gesprekken die zij met de vrouw had. Op grond van die gesprekken stelde de arts vast dat de vrouw eenduidig was in haar doodswens en haar vraag om euthanasie. De arts constateerde dat de vrouw na jarenlange strijd de balans had opgemaakt en bewust had gekozen om afscheid te nemen van het leven. Zij vond de vrouw wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek.

De arts heeft advies gevraagd van een onafhankelijk psychiater met bijzondere deskundigheid op het gebied van patiënten met verstandelijke beperking. Deze arts constateerde dat de vrouw zwakbegaafd was. Daardoor was er een beperkt vermogen om terug te kijken op en na te denken over haar doodswens en kon de vrouw die wens alleen voortdurend en op dezelfde manier benadrukken. De onafhankelijk psychiater concludeerde dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.

Ook de geraadpleegde SCEN-arts kwam tot dat oordeel. Hoewel de vrouw volgens de consulent moeite had om zich in woorden uit te drukken, kon zij de consulent goed over haar situatie en haar doodswens vertellen. De vrouw toonde tijdens het gesprek duidelijk begrip van haar situatie, kon vertellen wat er zou gaan gebeuren bij euthanasie en beseftte goed wat zij vroeg van de arts. Volgens de consulent stond de vrouw niet onder druk van anderen en had zij al vele jaren nagedacht over haar verzoek.

De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden en ontbreken redelijke andere oplossing

Voor de commissie is op grond van de stukken wat dit betreft het volgende vast komen te staan. Vanaf 2001 was de vrouw langdurig behandeld voor haar psychiatrische aandoeningen en werd zij diverse keren opgenomen. Na het overlijden van haar echtgenoot in 2014 namen haar klachten in ernst toe. De vrouw doorliep het hele psychose-behandelprotocol en het hele depressie-behandelprotocol met uitzondering van MAO-remmers (een middel tegen depressies). De vrouw werkte aan alle behandelingen mee; een paar keer stopte ze met het innemen van medicijnen vanwege de bijwerkingen. Vanaf januari 2019 werd een behandelplan ingezet gericht op voortdurende gedachten aan zelfdoding en een depressie met vitale kenmerken (een vorm van depressie waarbij mensen naast de depressieve verschijnselen last hebben van vroeg wakker worden, zich in de ochtend het meest depressief voelen, geremd zijn in de motoriek, eetlustvermindering en gewichtsverlies en grote schuldgevoelens). De vrouw werd onder andere behandeld met elektroshocktherapie omdat dit nog niet was geprobeerd. Zij stopte hier na vijftien keer mee omdat zij geen verbetering ervoer en zij als gevolg van de behandelingen onaanvaardbare lichamelijke klachten kreeg. De arts heeft met een collega overlegd over behandeling met ketamine (een verdovingsmiddel) en MAO-remmers. Met de ketamine werd niet begonnen omdat een dergelijke behandeling in de onderzoeksfase zit en nog niet bewezen effectief is. De arts besprak behandeling met MAO-

remmers met de vrouw, maar zij weigerde dit. De arts schatte ook in, na overleg met haar collega, dat de kans dat deze medicijnen effect zou hebben erg klein was.

Ongeveer vier maanden voor het overlijden werd de vrouw op aanraden van de arts op een afdeling voor mensen met een verstandelijke beperking met psychiatrische problematiek geplaatst. Daar werd er voor gezorgd dat er steeds mensen bij haar in de buurt waren en was er een uitgebreid dagprogramma om haar af te leiden van haar gedachten aan zelfdoding. Het verblijf had geen positief effect op de klachten van de vrouw en zij bleef volhouden dat zij dood wilde.

De door de arts geraadpleegde onafhankelijk psychiater heeft onderzoek gedaan naar behandelmogelijkheden. Hij stelde vast dat de vrouw uitgebreide behandelingen had ondergaan waarbij zij nooit verbetering had ervaren. Hij constateerde verder dat vanaf 2019 alle behandelingen die daarvoor nog niet waren geprobeerd waren ingezet of besproken. Deze behandelingen leidden ook niet tot herstel. Hij was het eens met de vaststelling van de arts dat er geen echte behandelopties waren voor de vrouw en dat haar lijden uitzichtloos was.

Ook de door de arts geraadpleegde SCEN-arts stelde ten aanzien van de redelijke andere oplossing vast dat de vrouw zonder enig resultaat een uitputtend aantal verschillende behandelingen had ondergaan. Zij kwam, uitgaand van het verslag van de onafhankelijk psychiater, tot de slotsom dat er geen redelijke behandelmogelijkheden meer waren. Ook zij meende dat het lijden van de vrouw uitzichtloos was.

Uit het voorgaande volgt naar het oordeel van de commissie dat de arts ten aanzien van het vaststellen van de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van redelijke andere alternatieven de bedoelde grote behoedzaamheid in acht heeft genomen. De arts heeft uitgebreid onderzocht of de situatie van de vrouw te verbeteren was. Verder heeft zij in het modelverslag uitgebreid toegelicht en onderbouwd waarom zij concludeerde dat er geen redelijke behandelalternatieven meer waren. Zij heeft ook een ter zake deskundige geraadpleegd die haar na uitvoerig onderzoek bevestigde in deze conclusies. Daarnaast werd de arts door de geraadpleegde SCEN-arts gesteund in haar oordeel dat het lijden voor de vrouw uitzichtloos was en dat er geen mogelijkheden meer waren om dit lijden te verlichten.

De commissie is van oordeel dat de ondraaglijkheid van het lijden van de vrouw uit de stukken voldoende duidelijk is geworden. Daarbij wordt ook in aanmerking genomen dat alle bij de zaak betrokken artsen ervan over-

tuigd waren dat het lijden van de vrouw ondraaglijk was. De commissie geeft hierover dan ook geen verdere overwegingen.

De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat bij de vrouw sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Verder is de commissie van oordeel dat de arts samen met de vrouw tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen is volgens de commissie voldaan.

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Het lijden van de patiënt moet zijn oorzaak vinden in een medische aandoening die zowel somatisch als psychiatrisch van aard kan zijn. Het hoeft het niet te gaan om één overheersend medisch probleem. Het lijden van de patiënt kan ook het gevolg zijn van een stapeling van grotere en kleinere gezondheidsproblemen. De optelsom van medische problemen kan, in samenhang met de ziektegeschiedenis, de levensgeschiedenis, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt, een lijden doen ontstaan dat voor de patiënt ondraaglijk is. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 24.)

STAPELING VAN OUDERDOMS- AANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, verlies van zelfstandigheid en mogelijkheid tot verplaatsen, op de website te vinden onder nummer 2020-110.

Een vrouw, ouder dan negentig jaar, brak vijf maanden voor het overlijden na een val haar heup. Na ontslag uit het ziekenhuis (bijna drie maanden voor het overlijden) werd zij opgenomen in een verpleeghuis. Zij kon zich niet meer verplaatsen, kon niet meer staan of lopen en moest in en uit bed worden getakeld. Daarnaast was sprake van maculadegeneratie (een oogziekte), ernstige presbycusis, (ouderdomslechthorendheid), terugkerende ontstekingen in de urinewegen en incontinentie voor urine.

Het lijden van de vrouw bestond uit zich niet kunnen verplaatsen en ernstige pijn aan haar heup die ook met medicijnen niet voldoende bestreden kon worden. Ook leed zij onder het slecht zien en horen. Door haar omstandigheden bracht de vrouw haar dagen alleen door in haar kamer. De vrouw, die altijd onafhankelijk en zelfstandig was geweest, leed onder het plotselinge verlies van zelfstandigheid. Tot haar val had zij thuis gewoond zonder enige vorm van hulp. De opname in het verpleeghuis en de volledige afhankelijkheid vond ze vreselijk. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Verder kon uit de stukken worden afgeleid dat de arts en de specialisten de vrouw voldoende hadden voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

Vanaf het moment dat de vrouw in het verpleeghuis werd opgenomen had zij met de arts, een specialist ouderengeneeskunde in opleiding, over euthanasie gesproken. Ruim twee maanden voor het overlijden heeft de vrouw de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts raadpleegde een onafhankelijke SCEN-arts als consulent. Hij bezocht de vrouw twee weken voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

DEMENTIE

In het geval er bij een patiënt sprake is van dementie wordt van de arts gevraagd met grote behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder de eis inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het ondraaglijk lijden van de patiënt. In de beginfase van dementie is in het algemeen de gewone consultatieprocedure voldoende. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige collega vraagt. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 46-47.)

In bijna alle gevallen die tot nu toe aan de commissies zijn gemeld, ging het om patiënten die nog voldoende inzicht in hun ziekte hadden en die nog wilsbekwaam waren ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze patiënten wordt, naast een actuele achteruitgang in cognitieve vermogens en functioneren, veelal medebepaald door de angst voor verdere achteruitgang en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor (in het bijzonder) de autonomie en de waardigheid van de patiënt. Het gaat om de beleving van het steeds verder voortschrijdende verlies van persoonlijkheid, functies en vaardigheden en het besef dat dit proces alleen maar door zal gaan. Dit vooruitzicht kan groot, actueel lijden doen ontstaan. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 46-47.)

In de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in die gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een euthanasieverzoek heeft opgesteld. Artikel 2, tweede lid, WTL bepaalt dat een schriftelijke wilsverklaring een mondeling verzoek kan vervangen en dat de in artikel 2, eerste lid, WTL genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. De omstandigheid dat de patiënt zijn wil niet meer kan uiten zal doorgaans aanleiding geven om naast de reguliere consulent een tweede onafhankelijke ter zake deskundige arts te raadplegen. Deze beoordeelt of de patiënt wilsbekwaam is en zo niet of de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt en of redelijke alternatieven ontbreken. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 38 en 41-42.)

Hieronder volgt eerst een oordeel waarbij er sprake was van een patiënte met dementie die wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Daarna komt een oordeel in een melding waarin de euthanasie is uitgevoerd op basis van een schriftelijke wilsverklaring. Het soort melding waarover de Hoge Raad in het voorjaar van 2020 zich heeft uitgesproken (ECLI:NL:HR2020:712).

BEGINFASE DEMENTIE WILSBEKWAME PATIËNT MET DEMENTIE

AANDACHTSPUNTEN: NVO, ziekte van Alzheimer, wilsbekwaam, op de website te vinden onder nummer 2020-76.

Bij een vrouw, ouder dan negentig jaar, werd vier maanden voor het overlijden dementie vastgesteld, waarschijnlijk de ziekte van Alzheimer. De vrouw ging verstandelijk steeds verder achteruit. Hierdoor kon zij steeds minder alledaagse handelingen verrichten. De vrouw was een groot deel van de dag bezig met het zoeken naar dingen en raakte regelmatig de draad kwijt tijdens een gesprek. Zij schaamde zich voor zichzelf en verloor in toenemende mate de greep op haar dagelijks leven.

Deze situatie maakte de vrouw ongelukkig en angstig wat emotioneel erg veel van haar vroeg. Ze ervoer een 'leeg gevoel in haar hoofd' en vond dat verschrikkelijk. De vrouw leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie, het verlies van zelfredzaamheid, het reële vooruitzicht van verdere verstandelijke achteruitgang en de angst zichzelf en haar waardigheid (verder) te verliezen. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De vrouw had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Tweënhalf week voor het overlijden heeft zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Hij stelde vast dat de vrouw haar verzoek goed kon verwoorden en zich bewust was van de strekking van haar verzoek.

De arts raadpleegde een onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde ter beoordeling van de wilsbekwaamheid van de vrouw. De specialist ouderengeneeskunde bezocht de vrouw ongeveer twee weken voor het overlijden en concludeerde dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Verder kon uit de stukken worden afgeleid dat de arts de vrouw voldoende had voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

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

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

VERGEVORDERDE DEMENTIE

In de EuthanasieCode 2018 werd ingegaan op euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een verzoek om euthanasie (4.1) en op euthanasie bij mensen met dementie (4.4). Deze paragrafen zijn herschreven op basis van het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2020. In het onderstaande wordt voor de overwegingen steeds eerst een stuk van de (nieuwe) paragrafen van de EuthanasieCode weergegeven (waaraan een verwijzing naar de desbetreffende overweging van de Hoge Raad is toegevoegd). Vervolgens wordt weergegeven hoe die overwegingen terug te vinden zijn in het eerste oordeel over euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring na het arrest van de Hoge Raad. Onderstaande is het wettelijke uitgangspunt hierbij:

Art. 2 lid 2 WTL bepaalt dat in het geval van een schriftelijke wilsverklaring de in art. 2 lid 1 WTL genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. Dat betekent volgens de wetsgeschiedenis dat de zorgvuldigheidseisen “zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing zijn”.⁸

In de gewijzigde EuthanasieCode (p 39) wordt daarover gesteld dat dit betekent dat

de zorgvuldigheidseisen moeten worden ingevuld op een manier die recht doet aan de bijzonderheid van dergelijke gevallen. Er moet rekening worden gehouden met de specifieke omstandigheden, zoals het gegeven dat communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is en de patiënt dus geen vragen meer kan beantwoorden. Doorgaans zal de arts al contact hebben gehad met de patiënt toen deze nog wel in staat was zijn wil te uiten. Ontstaat nadien een situatie waarin de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt een rol gaat spelen, dan zal de informatie uit de eerdere mondelinge contacten met de patiënt voor de arts bijzonder waardevol zijn.

Extra vermelding verdienen de overwegingen 4.3.1 en 4.11.2 van de Hoge Raad.

In de eerste overweging (4.3.1) maakt de Hoge Raad expliciet duidelijk dat een arts ook in een situatie van vergevorderde dementie gevolg kan geven aan een eerder vastgelegd schriftelijk verzoek om euthanasie. In de tweede (4.11.2) zegt de Hoge Raad:

Bij de beoordeling van de zorgvuldigheid van het medisch handelen van de arts gelden ten aanzien van de grenzen waarbinnen dat medisch handelen moet plaatsvinden de inzichten en normen van de beroepsgroep.

⁸ Aldus de toelichting op het amendement dat leidde tot de opneming in art. 2 lid 2 WTL van de zinsnede over de “overeenkomstige toepassing” (Kamerstukken II, 26691, nr. 35).

WILSONBEKWAME PATIËNT MET SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARING

AANDACHTSPUNTEN, VO, ziekte van Alzheimer, wilsonbekwaam, schriftelijke wilsverklaring, eerste oordeel na uitspraak van de Hoge Raad, op de website te vinden onder nummer 2020-118.

Introductie van de melding

Bij een vrouw, tussen zeventig en tachtig jaar oud, werd drie jaar voor het overlijden op basis van al langer bestaande klachten de ziekte van Alzheimer vastgesteld. In 2015 had zij een wilsverklaring opgesteld waarin ze aangaf wanneer ze niet meer wilde leven. Daarover heeft ze ongeveer zestien maanden voor haar overlijden met de arts gesproken, die op dat moment nieuw voor haar was. Na dit gesprek verzocht de arts een onafhankelijk psychiater de wilsbekwaamheid van de vrouw te beoordelen. In de maanden daarna had de vrouw nog goede momenten, maar naarmate de tijd vorderde, verslechterde haar situatie steeds meer. De geestelijke achteruitgang van de vrouw was van dien aard dat zij uiteindelijk haar eigen kinderen niet meer herkende en volledig afhankelijk werd van de zorg van anderen. Daarnaast was sprake van verlies van waardigheid en een voortdurende toestand van innerlijke onrust waarbij zij verdriet en onmacht uitte. De vrouw was niet meer in staat om te vertellen wat haar dwars zat.

Een maand voor het overlijden verzocht de echtgenoot van de vrouw de arts om het verzoek om euthanasie zoals dat was neergelegd in haar wilsverklaring in te willigen.

De arts raadpleegde twee onafhankelijke SCEN-artsen als consulenten. De eerste consulent bezocht de vrouw drieënhalve week voor het overlijden. Dit gesprek verliep volgens de familie van de vrouw op een vervelende manier. Ook de consulent was er niet tevreden over. Daarom en wegens het uitblijven van het verslag van de consulent raadpleegde de arts een andere consulent. Deze tweede consulent heeft de vrouw negen dagen voor het overlijden bezocht. In de periode tussen beide consultaties had de arts een onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde gevraagd zich op basis van het medisch dossier en de overige stukken een oordeel te vormen over mogelijke opties om het lijden van de vrouw te verminderen.

De arts heeft over de uitvoering van de euthanasie overleg gehad met een arts van Experticeentrum Euthanasie (EE) en een draaiboek opgesteld. Op basis van dit draaiboek heeft zij de vrouw een drank gegeven om haar in slaap te brengen. Daarna heeft de arts de levensbeëindiging uitgevoerd conform de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

De commissie overweegt uitgebreid ten aanzien alle zes zorgvuldigheidseisen en betreft daarin het vereiste van het consulteren van een ter zake deskundige arts.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Volgens de gewijzigde EuthanasieCode 2018 (p 39) moet (conform overweging 4.5.1 van het arrest van de Hoge Raad)

de arts tot de overtuiging zijn gekomen dat de patiënt de schriftelijke wilsverklaring destijds vrijwillig en weloverwogen heeft opgesteld. De arts zal zich hierbij moeten baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten, nu mondelinge verificatie van de wensen van de patiënt niet mogelijk is.

Daarnaast moet de arts (conform overweging 4.5.2 van het arrest van de Hoge Raad)

vaststellen dat de actuele situatie van patiënt is begrepen in de situatie die patiënt heeft geschetst in zijn schriftelijke wilsverklaring. Dit vergt allereerst de vaststelling van de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring. De arts dient de schriftelijke wilsverklaring daarbij uit te leggen met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt. Daarbij moet de arts letten op alle omstandigheden van het geval en niet slechts op de letterlijke bewoordingen van het verzoek. Er is dus ruimte voor interpretatie van de schriftelijke wilsverklaring. De schriftelijke wilsverklaring moet steeds ten minste inhouden dat de patiënt om euthanasie verzoekt in de situatie waarin hij zijn wil niet meer kan uiten. Indien de patiënt zijn verzoek ook gehonoreerd wil zien als er geen sprake is van ondraaglijk lijden ten gevolge van fysiek lijden, moet daarnaast uit de schriftelijke wilsverklaring naar voren komen dat de patiënt zijn (verwachte) lijden aan deze situatie aanmerkt als ondraaglijk en dat hij dit aan zijn verzoek ten grondslag legt. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 39.)

Wat betreft het vrijwillig en weloverwogen opstellen van het schriftelijk verzoek overweegt de commissie dat de vrouw ongeveer vierenhalf jaar voor het overlijden een schriftelijke wilsverklaring bij een notaris had opgesteld met daarin een verzoek om euthanasie en een daarbij horende bijzondere bepaling betreffende dementie. Daarbij betreft de commissie dat de diagnose Alzheimer toen nog niet was gesteld en uit de schriftelijke wilsverklaring zelf volgt dat zij ten overstaan van een notaris heeft verklaard dat zij in bezit was van haar volle verstandelijke vermogens.

Ik heb dit euthanasieverzoek zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben bij de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

Dit schriftelijke euthanasieverzoek heeft rechtskracht en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet erkende schriftelijke verklaring van mij voor het geval dat ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie zoals bedoeld in deze verklaring. (...)

Dit euthanasieverzoek blijft onverminderd van kracht, ongeacht de tijd die mocht zijn verstreken na de ondertekening ervan. Het is mij volkomen duidelijk dat ik dit euthanasieverzoek kan herroepen. Door dit euthanasieverzoek te ondertekenen aanvaard ik dus bewust de mogelijkheid dat een arts op het verzoek ingaat, waarover ik bij actueel bewustzijn misschien anders zou zijn gaan denken. (...)

Dat de vrouw toen wilsbekwaam was is ook aannemelijk omdat de arts, tijdens het kennismakingsgesprek met de vrouw, constateerde dat het begrip van de vrouw onbeschadigd was. De vrouw kon nog duidelijk aangeven wat zij wel en niet wilde.

De commissie komt op basis van de stukken tot het oordeel dat er op het moment dat de vrouw haar schriftelijke wilsverklaring opstelde geen aanleiding was om aan te nemen dat zij toen niet wilsbekwaam was.

In de bijzondere bepaling betreffende dementie in de wilsverklaring gaf de vrouw aan:

Mijn gevolmachtigde zal, wanneer ik dat zelf niet meer kan, mijn belangen op medisch gebied volledig behartigen en daarbij de verwezenlijking van de door mij ingevulde en ondertekende wilsverklaringen door mijn behandelend arts(en) nastreven. In dat verband zal mijn gevolmachtigde mijn wilsverklaringen onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts(en) en ervoor zorg dragen dat mijn verzoek om levensbeëindiging door mijn arts serieus zal worden beoordeeld en zo mogelijk ingewilligd en het in de wilsverklaringen opgenomen behandelverbod volledig zal worden gerespecteerd.

In haar schriftelijke wilsverklaring had de vrouw haar euthanasieverzoek als volgt verwoord.

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren waarin ik uitzichtloos lijd, en/of waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat en/of mijn verdergaande ontluistering te voorzien is, verzoek ik mijn arts uitdrukkelijk mij de middelen toe te dienen of te verstrekken om mijn leven te beëindigen. (...)

De commissie stelt vast dat de schriftelijke wilsverklaring van de vrouw in algemene bewoordingen is opgesteld. Zo wordt niet concreet gemaakt wat zij verstond onder uitzichtloos lijden, een waardige levens-

staat of ontluistering. De arts verklaarde desgevraagd in haar mondelinge toelichting dat zij de schriftelijke wilsbepaling van de vrouw ook erg algemeen vond en haar daarom tijdens het kennismakingsgesprek had gevraagd toe te lichten wat voor haar uitzichtloos lijden zou zijn. De vrouw benoemde hierbij heel nadrukkelijk dat zij geen opname in een verpleeghuis wilde. Zij verwees daarbij naar een naast familielid dat jaren boos in een verpleeghuis had gewoond. Dit wilde zij voor zichzelf voorkomen. Verder was er volgens haar ook sprake van ontluistering als zij volledig afhankelijk zou zijn van anderen, niet meer in staat om zelfstandig dingen te kunnen ondernemen en haar kinderen te herkennen.

Uit de stukken blijkt dat de arts na dit kennismakingsgesprek ongeveer elke zes tot acht weken met de vrouw heeft gesproken. Uit de verslaglegging daarvan komt een beeld naar voren van een persoon die gaandeweg steeds verwarder raakte. Bij gesloten vragen kon de vrouw echter aangeven dat zij niet naar een verpleeghuis wilde. De gedachte bij haar veilige bakken, zijnde haar echtgenoot, weg te moeten maakte haar onrustig en angstig.

Verder blijkt uit de stukken en het gesprek met de arts dat de vrouw sinds ongeveer drie maanden voor het overlijden niet meer in staat was voor zichzelf te zorgen. Zij kon zichzelf niet meer aan- of uitkleden of wassen en zij moest nu geholpen worden bij het naar de wc gaan. De vrouw had bij alles hulp nodig van haar echtgenoot. Zij vertoonde voortdurend onrustig gedrag en was zich niet bewust van haar verlies van waardigheid. De vrouw kon zichzelf niet altijd schoonhouden voor ontlasting en raakte dan in paniek. De thuissituatie was zeer zorgelijk geworden en opname in een verpleeghuis dreigde. De vrouw gaf geen teken meer van herkenning van haar kinderen en werd zelfs onrustig als zij zonder haar echtgenoot bij de kinderen was.

De echtgenoot gaf een maand voor het overlijden bij de arts aan dat de vrouw niet meer kon genieten en dat zij deze situatie nooit gewild zou hebben. Ook de dochter van de vrouw heeft dit aan de arts verklaard toen die daarnaar vroeg. Verder heeft de arts contact gehad met de behandelend casemanager dementie (persoonlijke begeleider voor iemand met dementie). Deze had de vrouw onlangs nog bezocht en verklaarde dat zij in de afgelopen vier maanden een andere persoon was geworden. De vrouw was nu volledig zorgafhankelijk, in zichzelf gekeerd, voortdurend onrustig en zeer stemmingsgevoelig. De casemanager, die de vrouw ruim anderhalf jaar had begeleid, liet weten dat dit juist de situatie was waarin de vrouw zich niet wilde bevinden en waarom zij destijds haar schriftelijke wilsverklaring had laten opstellen.

De commissie is op basis van alle gegevens ervan overtuigd geraakt dat op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging sprake was van de omstandigheden die de vrouw in haar schriftelijke wilsverklaring had beschreven, dan wel waar zij in haar schriftelijke wilsverklaring op doelde. De vrouw had in die wilsverklaring niet precies opgeschreven wat zij onder waardige levensstaat of ontluistering verstond. Daar staat echter tegenover dat vaststaat dat de vrouw niet meer betekenisvol kon communiceren, hulp nodig had bij alledaagse dingen, geen greep meer had op haar denken en handelen, dat er af en toe sprake was van incontinentie voor ontlasting en verlies van waardigheid en dat zij haar kinderen niet meer herkende.

De arts had zelf, toen de vrouw nog wilsbekwaam was, van haar gehoord dat zij niet volledig afhankelijk wilde zijn van anderen, dat zij niet naar een verpleeghuis wilde en dat zij de situatie vreesde als ze haar naasten niet meer zou herkennen. Daarnaast heeft de arts met de naasten van de vrouw gesproken. Zij bevestigden dat hun moeder en echtgenote niet in deze situatie terecht had willen komen. De casemanager dementie zei dat ook.

Naar het oordeel van de commissie heeft de arts de schriftelijke wilsverklaring uitgelegd zoals de opsteller die bedoelde. Voor de commissie is voldoende duidelijk geworden waardoor de arts de overtuiging had dat er een situatie was ontstaan waarin voor de vrouw geen sprake meer was van een waardige levensstaat, waar verdergaande ontluistering zou optreden en een opname in het verpleeghuis dreigde. Een situatie die de vrouw heel duidelijk niet gewild had.

De commissie stelt vast dat uit het euthanasieverzoek, in samenhang bezien met de bijbehorende bijzondere bepaling bij de schriftelijke wilsverklaring betreffende dementie volgt dat de vrouw verzocht om euthanasie wanneer zij door de dementie wilsonbekwaam was geworden en het daaruit volgend lijden aan haar verzoek ten grondslag had gelegd. Hiermee voldeed de schriftelijke wilsverklaring van de vrouw aan de door de Hoge Raad benoemde elementen van wilsbekwaam schriftelijk verzoek waarin het verwachte lijden is omschreven/dan wel duidelijk gemaakt kan worden met informatie van anderen.

De commissie heeft onderzocht of de arts grote behoedzaamheid heeft betracht bij het vaststellen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek (het raadplegen van een ter zake deskundige die een oordeel geeft over onder andere de wilsbekwaamheid van de patiënt). Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat de arts zelf meerdere gesprekken met de vrouw heeft gevoerd, zich uitgebreid heeft verdiept in de medische situatie van de vrouw, uitvoerig heeft gesproken met de

familie en de casemanager dementie. Ook heeft de arts kennisgenomen van de schriftelijke wilsverklaring. Daarnaast heeft de arts een onafhankelijk psychiater geraadpleegd die vijftien maanden voor het overlijden vaststelde dat enige communicatie met de vrouw wel mogelijk was, maar dat haar spontane spraak schaars was en zij geregeld woorden herhaalde. De onafhankelijk psychiater constateerde dat de op de voorgrond staande afasie (het gestoord zijn van spreken, begrijpen, lezen en schrijven) het onmogelijk maakte om te beoordelen in welke mate de vrouw de situatie nog kan overzien, abstract kon redeneren en beslissingen kon nemen. Omdat er op het moment van onderzoek nog geen actueel verzoek was, heeft deze psychiater de wilsbekwaamheid niet verder beoordeeld. Wel stelde zij terugkijkend vast dat de vrouw wilsbekwaam was toen zij de schriftelijke wilsverklaring opstelde. De commissie overweegt dat deze psychiater de wilsbekwaamheid van patiënte weliswaar niet nader heeft beoordeeld, maar vindt dat in deze specifieke situatie niet onoverkomelijk. Immers, naar het oordeel van de commissie staat vast dat de vrouw ten tijde van het daadwerkelijke verzoek, ruim een jaar na het gesprek met de psychiater, niet meer in staat was haar wil te uiten.

Geen noodzaak tot herbevestiging van de euthanasiewens en afwezigheid van uitingen dat de euthanasie niet uitgevoerd kan worden (contra-indicaties)

De Hoge Raad is ingegaan op de vraag of een patiënt met vergevorderde dementie vlak voor het overlijden moet kunnen aangeven of hij of zij nog steeds euthanasie wil en of en hoe rekening moet worden gehouden met aanwijzingen dat de patiënt geen euthanasie meer wil (overweging 4.5.3) en of de arts daarnaar moet vragen (overweging 4.10). In de gewijzigde EuthanasieCode (p 40) is dat als volgt verwoord:

De arts moet bedacht zijn op met het euthanasieverzoek strijdige contra-indicaties, zoals blijkend uit verbale uitingen en gedragingen van de patiënt. De arts zal moeten beoordelen of eventuele contra-indicaties in de weg staan aan het kunnen uitvoeren van euthanasie. Contra-indicaties afkomstig uit de periode toen de patiënt zijn wil nog kon uiten kunnen worden opgevat als de intrekking of aanpassing van de eerdere schriftelijke wilsverklaring. De euthanasie kan dan niet plaatsvinden. Contra-indicaties afkomstig uit de periode toen patiënt (bijvoorbeeld door voortgeschreden dementie) zijn wil niet meer kon uiten kunnen niet meer worden opgevat als de intrekking of aanpassing van de eerdere schriftelijke wilsverklaring. Ze kunnen wel worden opgevat als een indicatie die, in samenhang met het hele ziektebeeld en gedrag van patiënt, relevant is voor de beoordeling van de actuele lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt. Deze beoordeling is tevens relevant in verband met de hierna aan de orde komende beantwoording van de vraag of sprake is van ondraaglijk lijden van de patiënt.

De arts is niet verplicht om te informeren naar een actuele levens- of stervenswens van een patiënt die zijn wil niet meer kan uiten. Daarmee zou een eis worden gesteld die de wet niet kent. De specifieke positie van een patiënt die zijn wil niet meer kan uiten brengt met zich mee dat mondelinge verificatie van zijn wens en zijn lijden niet mogelijk is. Met een verificatie-eis zou afbreuk worden gedaan aan de schriftelijke wilsverklaring, die nu juist bedoeld is voor de situatie dat degene die deze heeft afgegeven niet langer in staat is zijn wil te uiten.

De commissie stelt vast dat de arts meerdere pogingen heeft ondernomen om contact te leggen met de vrouw om te onderzoeken of zij mondeling of op een andere manier kon aangeven dat zij geen euthanasie meer wenste. Uit de stukken is duidelijk geworden dat dergelijke uitingen er niet zijn geweest. Uit de gesprekken met de arts, de tweede consultant en de casemanager dementie blijken er juist meermalen uitingen te zijn geweest die erop wijzen dat de vrouw nog altijd een euthanasieverzoek had. De arts verklaarde dat de vrouw tijdens de gesprekken onder andere opmerkingen maakte als 'ik wil dit niet' of 'ik wil niet meer'. Hoewel de arts deze uitspraken moeilijk te wegen vond gelet op de wilsonbekwaamheid van de vrouw, concludeerde zij dat de vrouw in ieder geval geen tegengestelde uitingen heeft laten zien. De tweede consultant bevestigde dat de uitvoering van euthanasie niet strijdig is met de uitingen van de patiënt. De commissie meent dat ook dat de arts gelet op het voorgaande, tot de conclusie kon komen dat uitvoering van de euthanasie in de lijn lag van de schriftelijke wilsverklaring van de vrouw en dat daarvoor geen contra-indicaties bestonden.

De commissie is gezien het voorgaande van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte, waarbij het schriftelijk euthanasieverzoek als bedoeld in artikel 2, tweede lid, van de WTL, in de plaats kon treden van het mondeling verzoek.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing

Wat betreft de ondraaglijkheid van het lijden is conform de overwegingen 4.6.2 en 4.6.3 van de Hoge Raad de EuthanasieCode aangepast:

Ten tijde van de uitvoering van de euthanasie moet er sprake zijn van een situatie waarin aannemelijk is dat de patiënt ondraaglijk lijden ervaart.⁹ Er kan sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden door fysieke aandoeningen, maar er kan ook sprake kan zijn van actueel ondraaglijk

⁹ Zie voor een uitzondering op de regel dat de patiënt lijden moet ervaren par. 4.7 van de EuthanasieCode 2018.

lijden als de patiënt in de situatie verkeert die hij in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft aangemerkt als (verwacht) ondraaglijk lijden. De enkele omstandigheid dat de patiënt zich bevindt in de in de schriftelijke wilsverklaring beschreven situatie volstaat niet voor de conclusie dat er daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden. (Gewijzigde EuthanasieCode, p 40.)

De gewijzigde EuthanasieCode vervolgt met de stelling dat De arts zal steeds op een zorgvuldige en navolgbare wijze moeten vaststellen dat daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt. De arts kan zich hierbij baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten. Als de arts er niet van overtuigd is dat er sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt, kan er geen euthanasie plaatsvinden.

Op basis van rechtsoverweging 5.3.3 staat daar verder De vaststelling of er feitelijk sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden is een medisch-professioneel oordeel en derhalve voorbehouden aan de arts. De toetsing achteraf of de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden komt neer op een marginale toetsing of de arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 40.)

De commissie betreft in haar oordeel dat uit het dossier en uit de mondelinge toelichting is gebleken dat de arts zich grondig in de situatie van de vrouw heeft verdiept. De arts heeft stapsgewijs onderzocht of er sprake was van actueel ondraaglijk lijden van de vrouw. Daarnaast heeft de arts meerdere keren met de vrouw, haar familie en de casemanager dementie gesproken, en ook bij andere collega's ruggenspraak gezocht. Door deze gesprekken en op basis van observaties constateerde de arts uiteindelijk dat de vrouw ondraaglijk leed.

De arts beschrijft dat de vrouw altijd een keurig en verzorgd persoon was geweest die niet afhankelijk wilde zijn van anderen. Door het lijden dat de vrouw in haar naaste omgeving had gezien, werd zij zeer stellig in haar wens niet naar een verpleeghuis te willen. Verder was zij niet meer in staat voor zichzelf te zorgen en moest zij geholpen worden bij de alledaagse dingen zoals aan- en uitkleden. Ook wist ze niet meer wat ze lekker vond om te eten en kon ze geen keuze maken in het eten en drinken dat haar werd voorgezet. De vrouw was ook regelmatig de weg kwijt in haar eigen huis en moest overal door haar echtgenoot naartoe begeleid worden. Verder was er sprake van innerlijke onrust waarbij er uitingen

waren van verdriet (huilen), onmacht en zwerfgedrag. De arts stelde vast dat de vrouw haar waardigheid verloor. Zij zag tijdens de diverse bezoeken aan de vrouw geregeld onmacht en verdriet. Uiteindelijk kon de vrouw niet meer genieten van de kleine geneugten van het leven zoals een kopje koffie of een glas rosé in haar tuin. De vrouw gaf bij herhaling aan 'ik wil dit niet', waarbij de zin vaak los wordt uitgesproken, dus niet als antwoord op een vraag of handeling. De arts concludeerde dat de vrouw niet meer gelukkig was in de situatie waarin zij zich bevond en leed aan haar dementie.

De eerste consulent concludeerde evenwel dat er geen sprake was van ondraaglijk lijden. Zij stelde vast dat uit de filmpjes van de vrouw en de beschrijvingen van haar familie en betrokken behandelaars volgde dat er sprake is van verdriet en ontluistering. De beschrijvingen betroffen gedrag en uiterlijkheden waaruit niet zonder meer de conclusie getrokken kon worden dat er sprake was van lijden. Dat het om lijden ging was de manier waarop de anderen het zagen en uitlegden. Tijdens het bezoek zag de consulent dat de vrouw niet gelukkig was als ze huilde en zoekend door het huis liep. Zij vond dat ontluisterend en vermoedde dat dit de ontluistering was waar de vrouw in haar schriftelijke wilsverklaring op doelde. De consulent had tijdens haar bezoek echter niet de indruk dat de vrouw ondraaglijk leed.

Het gesprek met de eerste consulent was volgens de familie op een vervelende manier verlopen, waarbij de omgang van de consulent met hun echtgenote en moeder als 'onaardig' werd ervaren. Tijdens de mondelinge toelichting verklaarde de arts dat deze consulent (klaarblijkelijk) een grote gelijkenis vertoonde met de vorige huisarts van de vrouw met wie de relatie verstoord geraakt was. De vrouw was na het bezoek van de consulent dagen van slag geweest, aldus de arts. Enkele dagen na het bezoek heeft de consulent uit eigen beweging telefonisch contact opgenomen met de echtgenoot van de vrouw om het verloop van het gesprek te bespreken en haar excuses aan te bieden.

De arts zag zich genoodzaakt een andere consulent te raadplegen. Tijdens de mondelinge toelichting verklaarde de arts dat zij niet op zoek was naar een positief advies van een consulent. Een negatief advies van de tweede consulent zou zij ter harte hebben genomen. Het raadplegen van de tweede consulent kwam voort uit de manier waarop het gesprek met de eerste consulent was verlopen. Door dat verloop hadden de naasten van de vrouw en de arts er geen voldaan gevoel aan overgehouden en was er geen vertrouwen meer in deze consulent. Tijdens het bezoek van de tweede consulent was er ook nog geen verslag van de eerste consulent beschikbaar. Over het feit dat de eerste consulent de ondraaglijkheid van het lijden niet invoelbaar vond, heeft de arts zich nader verant-

woord aan het slot van haar modelverslag. Gelet op deze handelswijze heeft de arts zich niet alleen extra beraden, maar ook op inzichtelijke wijze met redenen omkleed waarom zij de beoordeling van het lijden door de eerste consulent terzijde heeft geschoven.

De tweede consulent concludeerde dat sprake was van ondraaglijk lijden. De vrouw kon dit niet meer met woorden duidelijk maken, maar dit bleek volgens de tweede consulent uit haar onmacht en onvermogen. Deze onmacht heeft de tweede consulent waargenomen tijdens zijn bezoek en heeft hij kunnen afleiden uit de beschikbare videobeelden en dagboek aantekeningen van haar echtgenoot.

De commissie betreft verder in haar beoordeling dat ditzelfde beeld werd geschetst door de casemanager dementie en de begeleiders van de zorgboerderij waar de vrouw enkele maanden voor het overlijden op proef was. De casemanager verklaarde schriftelijk dat zij alleen verdriet zag in het gezicht, ogen en houding van de vrouw. De vrouw was volledig in zichzelf gekeerd. Dit terwijl zij vier maanden daarvoor nog wel opgewekt was en kon genieten van kleine dingen. Ook tijdens de observaties op de zorgboerderij werd waargenomen dat de vrouw erg angstig en onrustig was en zelfs over het hek probeerde te klimmen om weg te komen. De algemene indruk was dat de vrouw haar boosheid niet kon uiten en zij zonder haar baken van veiligheid, haar echtgenoot, en zonder haar eigen omgeving de greep op haar leven kwijtraakte.

De commissie overweegt dat de arts in het modelverslag en tijdens de mondelinge toelichting uitgebreid heeft gemotiveerd hoe haar besluitvorming is verlopen. Hierbij heeft de arts zich laten leiden door haar eigen waarnemingen, de videobeelden die door de familie van de vrouw zijn gemaakt, de gesprekken met de directe naasten van de vrouw en de schriftelijke verklaringen van de casemanager dementie en medewerkers van de zorgboerderij. De arts werd door de tweede consulent bevestigd in haar conclusie dat sprake was van voor de vrouw ondraaglijk (actueel) lijden. Daarbij wordt door de commissie bovendien in aanmerking genomen dat de eerste consulent tijdens haar bezoek ook heeft gezien dat de vrouw door haar huis dwaalde en af en toe moest huilen en op die momenten ongelukkig was. Zij benoemde dit weliswaar niet als ondraaglijk lijden maar de arts, de tweede consulent en de casemanager dementie deden dat wel. Uit het voorgaande volgt naar het oordeel van de commissie dat de arts uitgebreid heeft stilgestaan bij de vraag of zij, ondanks dat de vrouw haar lijden niet meer passend kon verwoorden, tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk was.

Wat betreft de gevraagde grote behoedzaamheid constateert de commissie dat de arts heeft volstaan met het raadplegen van twee onafhan-

kelijke consulenten die niet ter zake deskundig waren. Hiermee zag de commissie zich voor de vraag gesteld of de arts ook ten aanzien van het vaststellen van de ondraaglijkheid van het lijden zich aan de bedoelde grote behoedzaamheid heeft gehouden.

In die afweging heeft de commissie de volgende omstandigheden betrokken. De arts heeft de casemanager dementie gevraagd zich uit te laten over de toestand van de vrouw op dat moment. Deze casemanager verklaarde schriftelijk dat de vrouw tijdens de eerste gesprekken haar euthanasieverzoek nog kon verwoorden en duidelijk kon aangegeven wat zij wel en niet wilde. In gesprekken was de vrouw meestal aandachtig luisterend aanwezig en kon zij zo nu en dan een kleine rake opmerking maken. Maar het deelnemen aan gesprekken werd gaandeweg steeds lastiger. Zij kon nog genieten van gezelschap, samen een kopje theedrinken en had nog een sprankeling in haar ogen. Echter, tijdens het laatste bezoek constateerde de casemanager dat de vrouw een andere persoon was geworden dan degene die zij enkele maanden daarvoor nog was. Haar gezicht was fors ingevallen, zij was bijna de hele tijd in zichzelf gekeerd en staarde voor zich uit naar een onbestemd punt op de grond. Daarnaast was de vrouw de hele tijd erg onrustig: zij ging rechtop zitten, staan en weer zitten en spande steeds zichtbaar haar buikspieren aan. De vrouw maakte desgevraagd nog enkele opmerkingen als 'ik vind het niet leuk meer, het is niet leuk meer' en 'ik ben zo heel moe, heel de tijd zo heel moe'; waarna zij ook in tranen raakte. De casemanager concludeerde dat de eerdere opgewektheid en sprankeling van de vrouw was verdwenen en was vervangen door verdriet. Verdriet dat de casemanager waarnam in het gezicht, ogen en houding van de vrouw. De commissie concludeert dan ook dat de arts niet alleen door de tweede consulent maar ook door de casemanager dementie werd bevestigd in het feit dat sprake was van actueel ondraaglijk lijden.

Hoewel hiermee geen ter zake deskundige is geraadpleegd zoals doorgaans wel als gebruikelijk wordt gezien als er sprake is van een patiënte met vergevorderde dementie, is de commissie uiteindelijk toch tot het oordeel gekomen dat de arts op zorgvuldige wijze de ondraaglijkheid van het lijden heeft onderzocht en onderbouwd. Daarbij wordt als doorslaggevend gezien dat de arts het verloop van het lijden van de vrouw zelf nauwgezet heeft kunnen volgen en heeft vastgelegd en dat de casemanager dementie een uitgebreid verslag heeft geschreven met veel bijzonderheden over het verloop van de dementie bij de vrouw. Daarnaast heeft de tweede consulent zich goed georiënteerd en zijn indrukken mede weten te interpreteren door gesprekken met de naasten van de vrouw, de casemanager dementie en de arts alsook door bestudering van de beschikbare videobeelden. Tot slot wordt door de commissie overwogen dat de arts de ondraaglijkheid van het lijden ook heeft doorgeproken met een arts van EE.

De commissie is gezien het voorgaande van oordeel dat de arts op zorgvuldige wijze de ondraaglijkheid van het lijden heeft onderzocht en onderbouwd.

Uitzichtloos lijden en geen redelijke andere oplossing

De Hoge Raad overweegt in 4.8.1 van zijn arrest

De arts moet tot de overtuiging zijn gekomen dat er zowel naar medisch inzicht, als in het licht van de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, geen redelijke andere oplossing is voor de actuele situatie waarin de patiënt zich bevindt.

In de gewijzigde EuthanasieCode (p 41) staat daar verder over:

De arts zal zich hierbij moeten baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten van de patiënt. Omdat de patiënt zijn wil niet meer kan uiten komt veel betekenis toe aan hetgeen de patiënt hierover in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft opgenomen en erover gezegd heeft toen met hem nog wel communicatie mogelijk was.

Zoals door de commissie reeds is overwogen was sprake van een situatie zoals beschreven in de schriftelijke wilsverklaring van de vrouw. De eerste consulent constateerde dat pogingen om door verandering van omgeving een redelijke andere oplossing te vinden erg snel waren opgegeven. Dat terwijl patiënten met dementie juist langere tijd nodig hebben om te wennen. Zij zag in een opname in een verpleeghuis nog een redelijke andere oplossing en pas na ongeveer zes weken zou beoordeeld kunnen worden hoe ernstig de vrouw in die omgeving zou lijden.

De arts had een andere opvatting. De redenen daarvoor waren dat de vrouw tijdens het kennismakingsgesprek, toen zij nog wilsbekwaam was, uitdrukkelijk heeft aangegeven niet naar een verpleeghuis te willen. Ook had de vrouw dat op latere momenten nog kunnen bevestigen in reactie op gesloten vragen. Daarom en om hetgeen in de schriftelijke wilsverklaring was opgenomen was de arts ervan overtuigd dat een proefopname in een verpleeghuis geen redelijk alternatief was voor de vrouw.

De tweede consulent bevestigde de arts hierin. Hij meende dat de persoonlijkheid van de vrouw het groepsproces in een verpleeghuis niet zou verdragen. Verder was de vrouw niet meer in staat deel te nemen aan activiteiten zoals spelletjes. Hij voegde eraan toe dat een dergelijke opname altijd haar schrikbeeld was geweest.

De arts voelde zich in haar opvatting ook gesteund door een door haar geraadpleegde specialist ouderengeneeskunde. De arts had deze specialist ouderengeneeskunde gevraagd of zij nog mogelijkheden zag om de kwaliteit van leven van de vrouw te verbeteren en haar lijdensdruk te verminderen. De specialist ouderengeneeskunde bestudeerde het medisch dossier van de vrouw, haar schriftelijke wilsverklaring, de beschikbare videobeelden en de overige stukken. Zij was van mening dat in de thuis-situatie alles was geprobeerd (waaronder dagbesteding, medicijnen en activiteiten aan huis). Dat had niet het bedoelde effect gehad. De arts verklaarde tijdens de mondelinge toelichting dat de specialist ouderengeneeskunde tijdens een telefonisch contact had aangegeven dat zij een proefopname bij deze vrouw, die niet kon gedijen op een zorgboerderij, niet zinvol vond. Dat voelde bijna als pesten, temeer nu dit uitdrukkelijk tegen haar wil was.

De commissie stelt wat betreft de verlangde grote behoedzaamheid vast dat de arts de specialist ouderengeneeskunde niet officieel als deskundige heeft geraadpleegd. Zij heeft zijdelings contact met haar heeft gezocht om meer zekerheid te krijgen over haar eigen opvatting. De commissie overweegt dat het beter was geweest als de arts deze specialist ouderengeneeskunde had benaderd met een vraagstelling gericht op de zorgvuldigheidseisen. Daar staat tegenover dat de – onafhankelijke – specialist ouderengeneeskunde zich wel heeft uitgelaten over de vraag of er nog redelijke alternatieven waren voor de vrouw.

De commissie is gezien het voorgaande van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de vrouw uitzichtloos en ondraaglijk leed en dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Voorgelicht over de situatie en de vooruitzichten

Conform de overwegingen 4.7.1 en 4.7.2 van de Hoge Raad staat in de gewijzigde EuthanasieCode (p 41):

De arts moet tot de overtuiging zijn gekomen dat de patiënt destijds voldoende was voorgelicht over zijn situatie en vooruitzichten en over de betekenis en de consequenties van zijn schriftelijke wilsverklaring. Tevens moet de arts zich, binnen de beperkingen die het onvermijdelijke gevolg zijn van de toestand van patiënt, inspannen om hierover betekenisvol te communiceren met de patiënt, tenzij duidelijk is dat die beperkingen meebrengen dat dit onmogelijk is.

De commissie overweegt dat uit de stukken volgt dat de vrouw weinig betrokkenheid van haar vorige huisarts had ervaren nadat vastgesteld was dat zij de ziekte van Alzheimer had. Dit had het vertrouwen geschaad waardoor de vrouw was overgestapt naar een andere huisarts.

Tijdens het kennismakingsgesprek met de nieuwe huisarts had de vrouw toegelicht in welke situatie zij niet terecht wilde komen en zij heeft daarbij uitdrukkelijk verwezen naar de door haar ondertekende wilsverklaring. Hieruit volgt naar het oordeel van de commissie dat de vrouw zich bewust was van haar ziektebeeld en het bijbehorende verloop daarvan. Daarnaast blijkt, zowel uit de stukken als uit de mondelinge toelichting, dat de arts met de vrouw heeft gesproken over haar euthanasiewens. Ook nadat een samenhangend gesprek met de vrouw niet (goed) meer mogelijk was maakte deze tijdens deze gesprekken ook losse opmerkingen als 'ik wil dit niet' of 'ik wil niet meer'. De commissie is gezien het voorgaande van oordeel dat de arts geprobeerd heeft om tot een betekenisvolle communicatie met patiënte te komen.

Wat betreft dit zorgvuldigheidsvereiste is de commissie van oordeel dat patiënte destijds voldoende was voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten, alsmede over de betekenis en de consequenties van haar schriftelijke wilsverklaring.

Consultatie

De eis dat ten minste één andere, onafhankelijke arts, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld onder artikel 2 lid 1 sub a tot en met d van de WTL geldt

onverminderd in geval van euthanasie bij een patiënt die zijn wil niet meer kan uiten. De wet schrijft voor dat de consulent de patiënt ziet. Dat is ook in deze situatie mogelijk. Van communicatie tussen de consulent en de patiënt zal niet of nauwelijks sprake zijn. Dat betekent dat de consulent naast zijn eigen observatie, ook informatie van de arts en aanvullende informatie van anderen dan de arts zal moeten gebruiken om tot een oordeel te komen en zijn verslag te maken. Daarbij kan het gaan om het patiëntendossier en mondelinge informatie van de arts, specialistenbrieven, de inhoud van de wilsverklaring en gesprekken met naasten en/of verzorgenden. (Gewijzigde EuthanasieCode, p 41.)

De commissie constateert dat de arts twee consulenten heeft geraadpleegd. Beide consulenten hebben de vrouw gezien en gesproken. Daarnaast hebben beide consulenten eigen onderzoek verricht door het bestuderen van de schriftelijke wilsverklaring, het medisch dossier, de gemaakte videobeelden en het voeren van gesprekken met de naaste familie. Vervolgens hebben beide consulenten hun schriftelijk oordeel over de zorgvuldigheidseisen gegeven. Zoals uit het voorgaande volgt is de commissie van oordeel dat de arts voldoende heeft gemotiveerd waarom zij is overgegaan tot het raadplegen van een andere consulent en waarom zij de conclusies van de eerste consulent terzijde heeft

geschoven. De tweede consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

Zoals reeds overwogen door de commissie is de arts niet overgegaan tot het raadplegen van een tweede onafhankelijk arts die deskundig is met betrekking tot dementie. Desgevraagd verklaarde de arts dat zij ervan uitging dat zij door het raadplegen van de psychiater en het benaderen van de specialist ouderengeneeskunde invulling had gegeven aan deze eis. Ook gaf zij aan dat zij nog te rade is gegaan bij de casemanager dementie en op advies van de tweede consulent nog heeft gesproken met een arts van EE. Met het verslag van de psychiater en de adviezen van de door haar geraadpleegde collega's dacht zij voldoende geïnformeerd en geadviseerd te zijn. Geen van deze collega's heeft haar gewezen op het feit dat raadpleging van een specifieke deskundige met betrekking tot de wilsbekwaamheid, alsmede de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden, aangewezen kon zijn. Dat sterkte haar in haar gedachte dat het zo goed was.

Hiermee zag de commissie zich voor de vraag gesteld of de arts de zich aan de bedoelde grote behoedzaamheid had gehouden. De commissie komt tot de conclusie dat dit zo is. Daarbij houdt zij rekening met de contacten van de arts met de genoemde artsen en de wijze waarop de arts heeft nagedacht over haar handelen na de conclusies van de geraadpleegde consulenten. Daarbij neemt de commissie ook in aanmerking dat de formulering van de Hoge Raad, met de bewoordingen 'doorgaans aanleiding geeft' enige ruimte biedt om alle omstandigheden te wegen. Desalniettemin wil de commissie benadrukken dat onder deze specifieke omstandigheden weliswaar geconcludeerd kan worden dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, maar het zeker de voorkeur had verdiend een ter zake deskundige te raadplegen. De arts heeft zich tijdens de mondelinge toelichting tegenover de commissie toetsbaar opgesteld en zich tijdens het gesprek beraden op haar handelen in deze melding. Zij verklaarde dat zij dacht aan de zorgvuldigheidseisen te hebben voldaan. Echter, uit het gesprek met de commissie concludeerde zij dat zij volgens de regels een onafhankelijk deskundige (met op de bijzondere situatie gerichte vraagstelling) had moeten raadplegen, dat zou zij in de toekomst ter harte nemen.

De commissie is gezien het voorgaande van oordeel dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.

Medisch zorgvuldige uitvoering

In overweging 4.10 stelt de Hoge Raad

Onderdeel van een medisch zorgvuldige uitvoering is een voorbereiding en uitvoering waarbij ook rekening wordt gehouden met mogelijk irrationeel of onvoorspelbaar gedrag van de patiënt.

In de gewijzigde EuthanasieCode (p 42) wordt dat als volgt verder uitgewerkt:

De toepassing van euthanasie moet op een voor de patiënt zo comfortabel mogelijke manier gebeuren. Als er bij een wilsonbekwame patiënt aanwijzingen zijn dat onrust, agitatie of agressie kan ontstaan bij de uitvoering van euthanasie, kunnen de door de arts in acht te nemen medische maatstaven hem tot de conclusie brengen dat premedicatie is aangewezen. Als er geen betekenisvolle communicatie mogelijk is met de patiënt als gevolg van de situatie waarin de patiënt zich bevindt, is het niet noodzakelijk dat de arts met de patiënt overlegt over het moment en de wijze waarop de euthanasie zal worden uitgevoerd. Zo'n gesprek zou niet alleen zinloos zijn omdat bij een dergelijke patiënt het begrip over deze onderwerpen ontbreekt, maar zou mogelijk ook agitatie en onrust kunnen veroorzaken.

De commissie stelt vast dat de arts de uitvoering uitvoerig heeft besproken tijdens het overleg met de arts van EE en een draaiboek heeft opgesteld. Ook heeft de arts mondeling verklaard dat zij behalve met de arts van EE het draaiboek heeft besproken met de familie en de apotheker. Naar aanleiding van het overleg met EE heeft de arts besloten over te gaan tot het toedienen van premedicatie. De arts gaf tijdens de mondelinge toelichting aan dat het onrustige gedrag van de vrouw daartoe aanleiding gaf. De vrouw dronk dit middel zonder problemen op. Toen de vrouw in slaap was, heeft de arts de levensbeëindiging uitgevoerd conform de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

De commissie is gezien het voorgaande van oordeel dat de arts de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. Het eindoordeel van de commissie is dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste en tweede lid, WTL.

3 ARTS HEEFT NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In dit verslagjaar zijn de RTE twee keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij de toepassing van euthanasie niet gehandeld heeft conform de zorgvuldigheidseisen. Eén keer betrof dat het vereiste betreffende de consultatie, één keer de uitvoering.

Niet gehandeld overeenkomstig het vereiste van consultatie van ten minste één onafhankelijke andere arts

In de EuthanasieCode 2018 is vastgelegd dat onafhankelijkheid betekent dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Ook de schijn van niet-onafhankelijkheid moet worden voorkomen.

De vereiste onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van uitvoerend arts houdt in dat er geen persoonlijke, organisatorische, hiërarchische of financiële relatie bestaat. Zo komt bijvoorbeeld een praktijkgenoot, medelid van de maatschap, een familielid of een arts die in een al dan niet financiële afhankelijkheidsrelatie tot de arts staat (zoals een arts-assistent) niet in aanmerking. Ook een consulent die patiënt is van de uitvoerend arts komt hiervoor niet in aanmerking. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 31.)

72

CONSULENT PATIËNT VAN UITVOEREND ARTS; SCHIJN VAN NIET ONAFHANKELIJKHEID NIET VOORKOMEN

AANDACHTPUNTEN: VO-melding, uitgeschreven oordeel, consultatie, schijn van niet onafhankelijkheid, de arts had moeten overwegen of een andere arts als consulent ingeroepen kon worden, op de website te vinden onder nummer 2020-151.

In deze melding benaderde de arts een consulent via het daarvoor ontwikkelde oproepsysteem. Na de consultatie constateerde de arts dat de SCEN-arts bij haar ingeschreven staat als patiënt. Daarop heeft de arts contact opgenomen met de consulent. Deze gaf aan dat hij dacht dat het feit dat hij bij de arts ingeschreven stond als patiënt niet tot problemen zou leiden. In het modelverslag heeft de uitvoerend arts aangegeven: “Geen werk- of persoonlijke relatie. De SCEN-arts is wel als patiënt ingeschreven in de praktijk van de uitvoerende huisarts, maar er is geen actieve behandelrelatie, noch een collegiale relatie.” De consulent heeft eenzelfde antwoord gegeven ten aanzien van de onafhankelijkheid. Hij heeft eraan toegevoegd dat naar zijn “oordeel de onafhankelijkheid tussen de arts en de SCEN-arts in deze voldoende gewaarborgd is.”

Zowel de arts als de consulent zijn op gesprek geweest bij de commissie. De consulent heeft aangegeven dat hij zo'n tien jaar in de praktijk van de arts staat ingeschreven. In die tijd is hij ongeveer drie keer bij haar geweest voor het halen van een verwijsbrief. De consulent heeft niet het gevoel dat er sprake is van een arts-patiënt relatie. In zijn ogen is hij geen patiënt bij haar geweest.

De arts ziet de consulent als haar patiënt. Zij benoemt hun relatie als gelijkwaardig. Beide artsen zijn bekend met de EuthanasieCode 2018. De consulent heeft nog niet zo lang geleden de SCEN-opleiding gedaan, waar de onafhankelijkheid tussen arts en consulent aan bod is gekomen. Of specifiek de relatie tussen 'arts-consulent als patiënt van de arts' besproken is, staat hem niet volledig bij.

De arts heeft, op een vraag van de commissie, aangegeven dat het eventueel mogelijk was geweest om een andere, onafhankelijke SCEN-arts als consulent te raadplegen, hoewel zij dat wel bezwaarlijk had gevonden voor haar patiënte. Deze mogelijkheid is niet ter sprake gekomen in het onderling overleg tussen de arts en de consulent.

De commissie twijfelt er niet aan dat de consulent in dit geval zijn eigen onafhankelijk oordeel heeft gevormd. Desalniettemin is de commissie van oordeel dat deze situatie niet wenselijk is omdat de schijn van niet-onafhankelijkheid voorkomen had moeten worden. In de EuthanasieCode2018 is nadrukkelijk opgenomen dat een dergelijke relatie tussen arts en consulent het niet mogelijk maakt om als consulent op te treden. Beide artsen zijn bekend met de EuthanasieCode 2018. Verder stond de consulent al jaren ingeschreven bij de arts en hebben zij elkaar in dit verband een aantal keer gesproken. De commissie is van oordeel dat de arts en consulent de relatie met elkaar hadden moeten bespreken voorafgaand aan de consultatie. Toen dat niet gebeurde, had de arts in ieder geval moeten overwegen of het nog mogelijk was een andere consulent te vragen. De ontstane situatie had voorkomen moeten worden om alle schijn van niet-onafhankelijkheid te voorkomen.

De commissie concludeert dat de arts niet heeft voldaan aan het vereiste betreffende de consultatie.
Aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Niet gehandeld overeenkomstig het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering

GEBREKKIGE VOORBEREIDING LEIDT TOT ALTERNATIEVE TOEDIENING VAN MIDDELEN MET HET RISICO OP PIJN BIJ DE PATIËNT

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, uitgeschreven oordeel, uitvoering, op de website te vinden onder nummer 2020-98.

Bij een ernstig zieke, sterk vermagerde bedlegerige vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud was afgesproken om euthanasie toe te passen. Omdat de arts ruime ervaring heeft met het inbrengen van een infuus (hij doet dat ook vaak voor collega's) had hij niet gerekend op problemen wat dat betreft. Echter, zowel in de armen als de benen van de vrouw was geen geschikte ader te vinden.

De arts heeft toen alternatieven overwogen zoals het inzetten van een specialistisch thuiszorgteam of het laten inbrengen van een lange lijn in het ziekenhuis. De vrouw wilde echter niet wachten met de uitvoering. De arts kon dat begrijpen. Hij wilde het haar gezien haar toestand niet aandoen om naar het ziekenhuis te moeten worden vervoerd. Aan het vragen van hulp van de ambulancedienst of de mogelijkheid contact op te nemen met een anesthesist of een radioloog heeft hij niet gedacht.

De arts besloot vervolgens om, zoals hij jaren geleden bij zijn opleider had geleerd en een keer had toegepast in een noodsituatie, de euthanatica in de rechter dijbeenslagader (arteria femoralis) te spuiten. Het vat is groot en de toediening van euthanatica zou daarom vrij gemakkelijk gaan. Het toedienen van het middel dat het coma opwekt (thiopental) ging goed en de vrouw raakte snel in een diep coma. De arts heeft niet de indruk gehad dat de vrouw pijn had bij toediening van het middel. Zij was een beetje onrustig maar zakte snel diep weg. Hij heeft de diepte van het coma gecontroleerd door het geven van een pijnprikkel. Vervolgens heeft de arts de spierverslapper (rocuronium) toegediend. Toen de vrouw daaraan niet overleed, diende hij nogmaals 150 gram rocuronium toe. Deze keer in de linker dijbeenslagader. Daarna is de vrouw snel overleden.

Met deze handelwijze is de arts afgeweken van de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012. De commissie overweegt dat de arts de uitvoering van de levensbeëindiging niet voldoende heeft voorbereid. Zo heeft hij er niet voor gekozen om, zoals geadviseerd in de richtlijn, één dag vóór de uitvoering te kijken of de vrouw gemakkelijk te prikken zou zijn en om bij haar een infuusnaald

in te (laten) brengen. De commissie houdt hierbij ook rekening met het feit de arts, toen er geen geschikte ader bij de vrouw beschikbaar bleek te zijn, de hem op dat moment bekende alternatieven heeft overwogen en hiervan beredeneerd heeft afgezien. Verder betreft de commissie in haar overweging het feit dat de arts niet had gedacht aan de alternatieven die in de richtlijn staan zoals het inroepen van hulp van anderen.

De commissie constateert dat de arts, door de euthanatica in de dijbeenslagader van de vrouw toe te dienen, op een ongebruikelijke wijze is afgeweken van de richtlijn. Navraag bij een lid van de richtlijncommissie Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (een internist-intensivist), leerde dat toediening van een basische stof, zoals thiopental, in de dijbeenslagader kan leiden tot krampachtige samentrekking van de ader (arterie spasme) en daardoor onvoldoende doorbloeding (ischemie) kan veroorzaken die tot pijn kan leiden. Om die reden is deze toedieningsweg niet gewenst. In het Farmacotherapeutisch Kompas wordt eveneens geadviseerd om thiopental niet op deze wijze toe te dienen vanwege dit gevaar. De arts is ervan overtuigd dat de vrouw geen pijn heeft geleden. Hij denkt dat, mede vanwege de verkalking van de aders van de vrouw, er weinig kans was op krampachtig samentrekken van de ader.

De commissie overweegt dat de arts door zijn gebruikte toedieningswijze het risico heeft genomen dat de vrouw pijn zou ervaren na de toediening van de euthanatica. Het feit dat de arts meent dat zij geen pijn heeft geleden doet daar niet aan af. De commissie heeft er begrip voor dat de arts in het belang van zijn patiënte heeft afgezien van vervoer naar het ziekenhuis en dat hij ervoor heeft gekozen, zoals de vrouw hem dat nadrukkelijk vroeg, de euthanasie niet uit te stellen. De commissie ziet zich echter genoodzaakt om te oordelen dat de arts de uitvoering van de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

COLOFON

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

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

Druk:
Xerox/OBT, Den Haag

april 2021