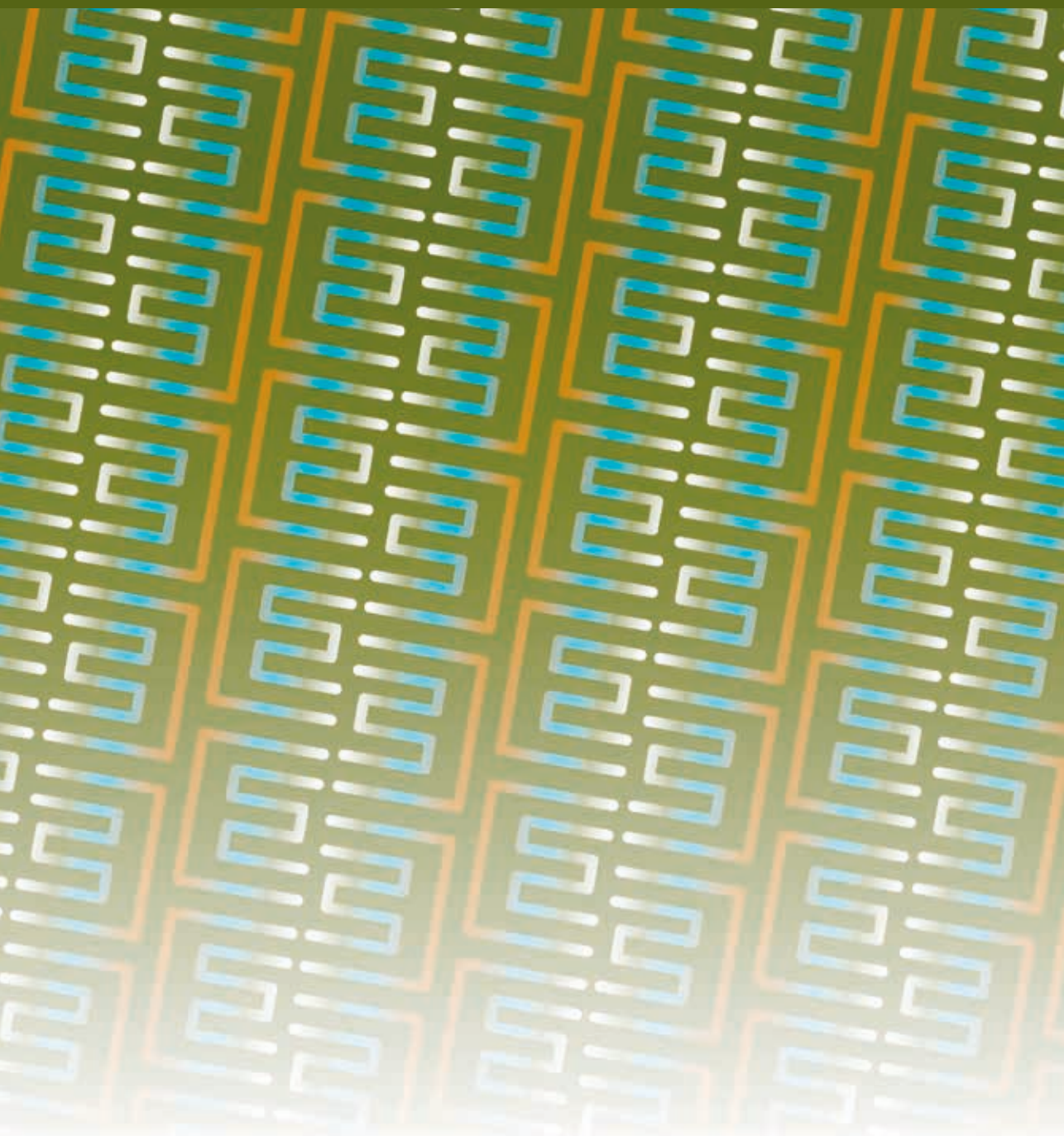


REGIONALE  
TOETSINGSCOMMISSIES  
EUTHANASIE

RTE

JAARVERSLAG 2017



REGIONALE  
TOETSINGSCOMMISSIES  
EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2017

# INHOUD

VOORWOORD	5
-----------	---

## HOOFDSTUK I ONTWIKKELINGEN IN 2017

1 Jaarverslag	9
2 Meldingen	
Aantal meldingen	9
Verhouding man - vrouw	9
Verhouding levensbeëindiging op verzoek - hulp bij zelfdoding	11
Aard van de aandoeningen	11
Dementie	11
Psychiatrische aandoeningen	11
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	13
Combinatie van aandoeningen en overige aandoeningen	13
Leeftijd	13
Locatie van de levensbeëindiging	15
Meldende artsen	15
Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie	15
Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	17
'Grijstinten' in de toetsingspraktijk	17
3 Werkwijze RTE, ontwikkelingen	19
VO's en NVO's	19
Complexe meldingen	22
EuthanasieCode 2018	22
Reflectiekamer	22
Oordeelbrief	22
Organisatie	23

## HOOFDSTUK II CASUÏSTIEK

1 Inleiding	25
2 Arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	28
2.1 Vijf representatieve zaken	28
Casus 2017-68 Kanker	28
Casus 2017-84 Aandoening van het zenuwstelsel	30
Casus 2017-86 Aandoening van het zenuwstelsel	31
Casus 2017-49 Longaandoening	32
Casus 2017-59 Hart- en vaataandoeningen	33
2.2 Zaken geordend naar vier zorgvuldigheidseisen van de WTL	34
Vrijwillig en weloverwogen verzoek	34
Casus 2017-12	34
Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	36
Casus 2017-07	36

Geen redelijke andere oplossing	38
Casus 2017-08	38
Medische zorgvuldige uitvoering	40
Casus 2017-82	40
2.3 Zaken betreffende mensen met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van	
ouderdomsaandoeningen	41
Psychiatrische aandoening	41
Casus 2017-42	38
Dementie	43
Casus 2017-06	43
Casus 2017-14	44
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	47
Casus 2017-38	47
Casus 2017-19	49
3 Arts heeft <i>niet</i> gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheids- eisen	
	51
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig de vereisten van vrijwillig en weloverwogen verzoek en uitzichtloos en ondraaglijk lijden	51
Casus 2017-73	51
Schriftelijke wilsverklaring	55
Casus 2017-103	55
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig de vereisten van uitzichtloos lijden én het ontbreken van een redelijke andere oplossing	63
Casus 2017-31	63
Casus 2017-79	66
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van (extra) consultatie bij een psychiatrisch patiënt	70
Casus 2017-24	70
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van consultatie van ten minste één onafhankelijke andere arts	74
Casus 2017-10	74
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering	76
Casus 2017-02	76
Casus 2017-11	78
Casus 2017-28	79
Casus 2017-118	81



# VOORWOORD

## MAATSCHAPPELIJKE DISCUSSIE

Het jaar 2017 is, gezien vanuit de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), een jaar met tegenstrijdige gezichten.

Enerzijds geeft de in mei van dat jaar gepubliceerde Derde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) zonder meer een positief beeld van het draagvlak voor en de praktijk van de euthanasie in Nederland.

Anderzijds publiceerde een aantal artsen begin 2017 een manifest in de media waarin zij zich keren tegen het toepassen van euthanasie bij vergevorderde demente patiënten op grond van een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring. Euthanasie zou huns inziens alleen verantwoord zijn bij patiënten die hun verzoek om euthanasie nog zelf mondeling tot uitdrukking kunnen brengen.

Bovendien plaatste een aantal psychiaters in het najaar van 2017 publiekelijk vraagtekens bij de toepassing van euthanasie in het geval van psychiatrische patiënten; de vraag of een psychiatrische patiënt die om euthanasie verzoekt wilsbekwaam is en is uitbehandeld, laat zich - aldus deze psychiaters - veelal niet beantwoorden door een ander dan de behandelende psychiater. En ten aanzien van de toetsingspraktijk komt de evaluatie naast complimenten ook met aanbevelingen over hoe het werk beter kan.

Evenals voorgaande jaren is in het leeuwendeel van de door de RTE getoetste meldingen sprake van patiënten waarbij genezing niet meer mogelijk is en waarbij uitsluitend nog sprake is van palliatieve zorg (zorg gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven). Het betreft patiënten die lijden aan kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaatziekten of longaandoeningen, beginnende dementie, aan een combinatie van deze aandoeningen of aan een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

De publieke discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten en bij vergevorderde demente patiënten betreft een relatief zeer beperkt aantal van de meldingen; drie meldingen in 2017 hebben betrekking op vergevorderde demente patiënten, en in 83 van de in totaal 6585 meldingen is sprake van patiënten met een psychiatrische aandoening. Deze zaken zijn onmiskenbaar complex en worden door de RTE beoordeeld niet dan na indringende bestudering en bespreking van alle onderdelen van de dossiers. Indien er dan nog vragen leven over de melding, wordt de arts die de euthanasie uitvoerde, opgeroepen om mondeling tijdens een commissievergadering nadere uitleg te geven. Eind 2017 is besloten om de arts van een melding waarbij de euthana-

sie heeft plaatsgevonden op basis van een schriftelijke wilsverklaring bij een patiënt die lijdt aan gevorderde vorm van dementie hoe dan ook te vragen tijdens een commissievergadering een toelichting te geven over de besluitvorming en toepassing van de euthanasie. Vermeldenswaard is in dit verband dat van de 15 artsen die lid zijn van de RTE er twee psychiater, drie specialist ouderengeneeskunde en één klinisch geriater zijn.

In de discussie over de waarde die toegekend mag worden aan de schriftelijke wilsverklaring opgesteld toen de patiënt nog wilsbekwaam was, wordt impliciet soms het merkwaardige verwijt gemaakt dat de RTE zich aan de desbetreffende passage van de WTL houdt. Artikel 2, lid 2, WTL bepaalt dat een arts gevolg kan geven aan een schriftelijk verzoek om levensbeëindiging van een patiënt van zestien jaar of ouder die niet langer in staat is zijn wil te uiten. Indien de RTE dit soort meldingen categorisch het oordeel 'zorgvuldig' zou onthouden, zou met recht het verwijt gemaakt kunnen worden dat zij zich niet aan de door de wetgever opgedragen taak houden (het beoordelen of de arts heeft gehandeld in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen zoals omschreven in de WTL, inclusief het bepaalde in art 2, lid 2 van die wet).

6 De opvatting dat de arts die bij een patiënt die lijdt aan een psychiatrische aandoening, euthanasie toepast, de behandelende psychiater moet zijn, is niet in lijn met hetgeen door de wetgever is bepaald. Noch uit de wettekst, noch uit de parlementaire geschiedenis is die eis af te leiden. Blijkens de nieuwe concept Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is de beroepsgroep evenmin van mening dat euthanasie uitsluitend door de behandelende psychiater toegepast zou mogen worden. Wel dient de arts in lijn met de wet, de jurisprudentie en de oordelen van de RTE, in het geval dat het verzoek om euthanasie voortkomt uit psychiatrisch lijden, naast de wettelijk voorgeschreven onafhankelijke consulent ook een onafhankelijke psychiater te raadplegen. Deze laatste om een onafhankelijk oordeel te geven in het bijzonder over de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het al dan niet ontbreken van een redelijke andere oplossing. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een (SCEN-) consulent die tevens psychiater is de voorkeur hebben<sup>1</sup>.

## DERDE EVALUATIE WTL

In de Derde evaluatie van de WTL<sup>2</sup> zijn enkele conclusies en aanbevelingen geformuleerd die direct betrekking hebben op de werkzaamheden van de RTE.

1 Dit laatste is ook neergelegd in de EuthanasieCode 2018

2 Gepubliceerd mei 2017.

De aanbeveling om de argumentatie van de oordelen van de RTE, vooral in complexe zaken, inzichtelijker te maken voor de buitenwereld is ter hand genomen. Een commissie, waarin ook buitenstaanders gevraagd zullen worden om zitting nemen, is ingesteld met de opdracht suggesties hieromtrent te doen. Het is in dit verband relevant om te vermelden dat over twee complexe meldingen waarin lastige of nieuwe rechtsvragen spelen, advies is gevraagd aan de dit jaar door de RTE ingestelde (interne) reflectiekamer.

Het ten uitvoer brengen van de aanbeveling om de mogelijkheden van de werklust van de RTE te verminderen, heeft een hoge prioriteit. Dit jaar is het aantal meldingen met 8% gestegen. Omdat het aantal secretariaatsmedewerkers ongeveer gelijk gebleven is evenals het aantal RTE leden, heeft die stijging (opnieuw) een substantiële verhoging van de werklust veroorzaakt.

Deels ten gevolge van die stijging, deels ten gevolge van het relatief hoge ziekteverzuim bij het secretariaat en deels door het vertrek van een aantal medewerkers, lukte het de RTE dit jaar niet om alle meldingen binnen de wettelijke termijn van zes weken, van een gemotiveerd oordeel te voorzien. De afdoeningstermijn is in 2017 van gemiddeld 37 dagen gestegen naar 52 dagen.

Als eerste stap in de richting van vermindering van de werklust die zonder aanpassing van de WTL mogelijk is, is dit jaar gewerkt aan vereenvoudiging van de afdoening van een groot deel van de niet vragen oproepende meldingen (NVO's). De bestudering van die meldingen op zich is niet veranderd (iedere melding wordt over de volle breedte door een jurist, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken beoordeeld. De formulering van het oordeel in NVO-meldingen zal echter met ingang van medio 2018 korter en bondiger zijn dan tot op heden het geval is.

Over de aanbeveling om te onderzoeken of, in het kader van de vermindering van de werklust, het goed zou zijn de werkwijze van de RTE te veranderen zal in de eerste helft van 2018 koers worden bepaald. De aanbeveling in de Derde evaluatie van de WTL om nader onderzoek te doen naar de mogelijkheid om cassatie in het belang der wet tegen oordelen van de RTE mogelijk te maken, is in lijn met hetgeen daarover in het Jaarverslag RTE 2016 is bepleit. Tegen de achtergrond van het besluit van het Openbaar Ministerie om, voor het eerst sinds de inwerkingtreding van de wet (2002), strafrechtelijke vooronderzoeken te starten naar aanleiding van oordelen van de RTE uit 2016 en 2017, geeft deze aanbeveling een hoge actualiteitswaarde.

mr. Jacob Kohnstamm  
*Coördinerend voorzitter Regionale Toetsingscommissies Euthanasie*

Den Haag, maart 2018





8

## VERHOUDING MAN-VROUW

mannen	3384
vrouwen	3201

# HOOFDSTUK I

## ONTWIKKELINGEN IN 2017



### 1 JAARVERSLAG

*Voor nadere informatie over de hoofdlijnen van de wet, de werkwijze van de commissies etc. zie EuthanasieCode 2018 en 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 dan ook stilgestaan bij die meldingen.

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

9

### 2 MELDINGEN

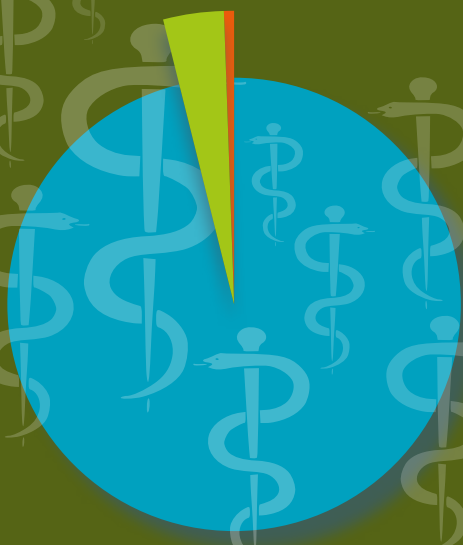
#### Aantal meldingen

*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 2017 hebben de RTE 6.585 meldingen van euthanasie ontvangen, waarvan twee uit de BES-eilanden. Het betreft 4,4% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2017 is overleden (150.027). In 2016 ontvingen de RTE 6.091 meldingen ofwel 4% van het totale sterftcijfer (148.973). Het aantal meldingen van euthanasie is dus gegroeid in 2017 maar blijft relatief klein ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland.

#### Verhouding man-vrouw

De verhouding man/vrouw bij het aantal meldingen was nagenoeg gelijk: 3.384 mannen (51,4%) en 3.201 vrouwen (48,6%).

VERHOUDING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK /  
HULP BIJ ZELFDODING

A pie chart illustrating the ratio of assisted suicide, help with suicide, and a combination of both. The chart is divided into three segments: a large blue segment representing assisted suicide (6306 cases), a smaller green segment representing help with suicide (250 cases), and a very small red segment representing a combination of both (29 cases). The chart is set against a background of a large blue circle with a white caduceus symbol, surrounded by several smaller, faded caduceus symbols.

● Levensbeëindiging op verzoek	6306
● Hulp bij zelfdoding	250
● Combinatie van beide	29

## Verhouding levensbeëindiging op verzoek / hulp bij zelfdoding

In 6.306 gevallen (ruim 95,8%) was er sprake van levensbeëindiging op verzoek, in 250 (3,8%) van hulp bij zelfdoding en in 29 gevallen (0,4%) betrof het een combinatie van beide.

## Aard van de aandoeningen

### Meest voorkomende aandoeningen

In ruim 89,4% van de gemelde zaken (5.893) was sprake van mensen met niet meer te genezen kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS, ALS), hart- en vaat-aandoeningen, longaandoeningen of een combinatie van deze. De aantallen betreffen respectievelijk: 4.236 (kanker), 782 (combinatie van aandoeningen), 374 (aandoeningen van het zenuwstelsel), 275 (hart- en vaat-aandoeningen) en 226 (longaandoeningen).

### Dementie

Bij drie meldingen was sprake van patiënten in een stadium met een ver(der) gevorderde dementie die niet meer in staat waren om over hun verzoek te communiceren en waarbij de schriftelijke wilsverklaring bepalend was voor het vaststellen van de vrijwilligheid van het verzoek. Zie bijvoorbeeld zaak 2017-14 opgenomen in hoofdstuk II. In 166 meldingen vormde dementie in de beginfase de grondslag van het lijden. Het betrof patiënten in een fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen daarvan, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun verzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek nog konden overzien. Zaak 2017-06, opgenomen in hoofdstuk II, is hier een voorbeeld van.

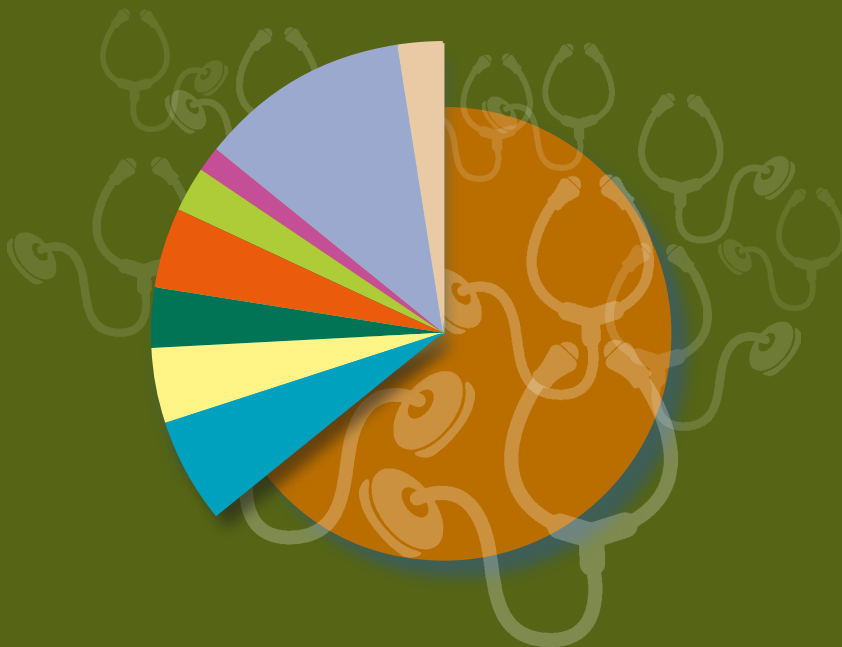
### Psychiatrische aandoeningen

In 83 meldingen van euthanasie vond het lijden zijn grondslag in een psychiatrische aandoening. Van deze 83 meldingen was in 36 gevallen de meldende arts een psychiater, in 22 gevallen een huisarts, in zes gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in negentien gevallen een andere arts (bijvoorbeeld een arts in opleiding tot psychiater). In dergelijk gevallen dient een grote behoedzaamheid aan de dag te worden gelegd, zoals in zaak 2017-42 (opgenomen in hoofdstuk II) gebeurde. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft in de Richtlijn verzoek hulp bij zelfdoding psychiatrische patiënten 2009 beschreven volgens welke procedures psychiaters moeten handelen in het geval van een euthanasieverzoek door een patiënt<sup>3</sup>.

*Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie Euthanasie-Code 2018 p. 42*

*Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening Euthanasie-Code 2018 p. 40*

<sup>3</sup> Deze richtlijn en andere op het onderwerp betrekking hebbende stukken zijn te raadplegen op de website van de NVvP ([nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie](http://nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie)).



12

## AARD VAN DE AANDOENINGEN

● kanker	4236
● aandoeningen van het zenuwstelsel	374
● hart- en vaataandoeningen	275
● longaandoeningen	226
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	293
● dementie	169
<i>dementie in de beginfase: 166</i>	
<i>ver(der)gevorderde dementie: 3</i>	
● psychiatrische aandoeningen	83
● combinatie van aandoeningen	782
● overige aandoeningen	147

De NVvP heeft aangekondigd naar verwachting in 2018 een herziene versie van de Richtlijn vast te stellen.

### Stapeling van ouderdomsaandoeningen

*Zie voor de aandachtspunten bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen EuthanasieCode 2018 p. 21*

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen - zoals visusstoornissen, gehoorstoornissen, osteoporose, artrose, evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang - kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op oudere leeftijd op. Het is de optelsom van een of meer van deze aandoeningen en daarmee samenhangende klachten die een lijden doen ontstaan dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt door déze patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren. In 2017 ontvingen de RTE 293 meldingen in deze categorie.

### Combinatie van aandoeningen en overige aandoeningen

In 782 gevallen was er sprake van een zogenaamde ‘combinatie van aandoeningen’. Onder de categorie ‘combinatie van aandoeningen’ worden alle meldingen geregistreerd waarbij sprake is van een combinatie van aandoeningen uit de hiervoor genoemde categorieën: bijvoorbeeld wanneer de grondslag van het lijden zowel gelegen is in de aandoening kanker als in een hart- en vaataandoening of wanneer het lijden zijn grondslag vindt in dementie of een psychiatrische aandoening in combinatie met COPD.

Tot slot gebruiken de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie ‘overige aandoeningen’. Het betreft aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom. Dit waren 147 gevallen in 2017.

## Leeftijd

*Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten EuthanasieCode 2018 p. 40*

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie heeft betrekking op de leeftijdscategorie 70-80 jaar, namelijk 2.002 (30,4%), gevolgd door de leeftijdscategorie 80-90 jaar, namelijk 1.634 (24,8%) en 60-70 jaar, namelijk 1.405 (21,3%).

In 2017 ontvingen de RTE geen melding van euthanasie bij een minderjarige (12 t/m 17 jaar).

In de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn 73 meldingen ontvangen. In 46 van deze gevallen werd de grondslag van het lijden gevormd door kanker en in dertien gevallen lag een psychiatrische aandoening ten grondslag aan het lijden. Binnen de categorieën dementie en psychiatrie heeft het hoogste aantal melding betrekking op mensen tussen 80-90 jaar oud (63 meldingen) respectievelijk 50-60 jaar oud (16 meldingen). Binnen de categorie ‘stapeling van ouderdomsaandoeningen’ is dit 90 jaar of ouder (199).



14

## MELDENDE ARTSEN

● huisarts	5636
● specialist ouderengeneeskunde	382
● medisch specialist in ziekenhuis	247
● arts in opleiding tot specialist	68
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld artsen verbonden aan de Stichting Levensidekliniek of een basisarts)	252

## Locatie van de levensbeëindiging

In het overgrote deel van de meldingen (5.308, oftewel 80,6%) vond de levensbeëindiging thuis plaats. In de overige gevallen was de plaats van overlijden een hospice (436, oftewel 6,6%), een verzorgingshuis (286, oftewel 4,3%), een verpleeghuis (287, oftewel 3,8%), een ziekenhuis (172, oftewel 2,6%) of een andere, bijvoorbeeld bij familie thuis, in een woonzorgcentrum of een zorghotel (96, oftewel 1,5%).

## Meldende artsen

In het overgrote deel van het aantal meldingen (5.636) was een huisarts de meldende arts (85% van het totaal aantal meldingen). De overige meldende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (382), medisch specialisten (247) en artsen in opleiding tot specialist (68). Ten slotte is er nog een grote groep artsen met een andere achtergrond (252), de meesten van hen zijn verbonden aan de Stichting Levensindeciniek (SLK).

De RTE hebben in 2017 het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan de SLK zien toenemen naar 751 (in 2016: 487). Een stijging van 54% ten opzichte van 2016.

Zoals uit de meldingsgegevens blijkt, worden bij ingewikkelde zaken vaak SLK-artsen ingeschakeld, al dan niet op initiatief van de behandelend arts. Een groot deel van de meldingen waarbij sprake was van een psychiatrische aandoening was afkomstig van een SLK arts: 52 van de 83 meldingen (oftewel ruim 62%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 57 meldingen (dus ruim 33%) afkomstig van een SLK arts. Verder waren 108 meldingen waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen (oftewel 37%) afkomstig van SLK-artsen. Uit de dossiers blijkt dat artsen deze zaken als complex kunnen ervaren of dat artsen om principiële redenen doorverwijzen naar de SLK. Daarnaast zijn er artsen die alleen euthanasie willen verlenen in geval van een terminale aandoening. Ook zij verwijzen hun patiënten soms door naar de SLK.

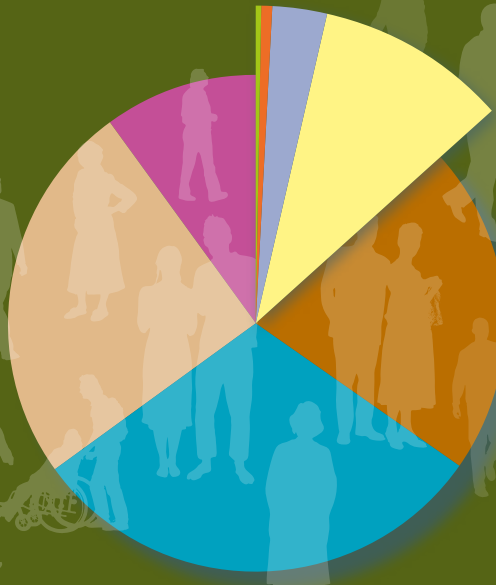
## Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie

Vrijwillige levensbeëindiging door euthanasie staat op zich niet aan het doneren van organen en weefsel in de weg. In de door de Transplantatiestichting opgestelde Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie (juli 2017) is de te volgen procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven<sup>4</sup>. De RTE ontvingen in 2017 vier meldingen waarin werd

<sup>4</sup> De richtlijn en de achtergronden en onderbouwing die er aan ten grondslag hebben gelegen zijn te raadplegen via [transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie](http://transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie).



## LEEFTIJD



30 jaar of jonger	22
30-40 jaar	51
40-50 jaar	183
50-60 jaar	635
60-70 jaar	1405
70-80 jaar	2002
80-90 jaar	1634
90 jaar of ouder	653

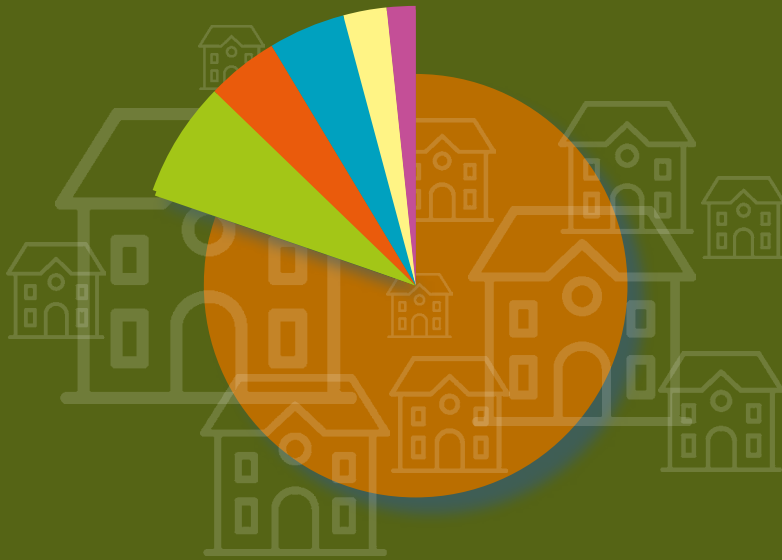
aangegeven dat sprake was van orgaandonatie na euthanasie. Zaak 2017-86 (zie hoofdstuk II) is daarvan een voorbeeld.

### Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

In twaalf van de 6.585 gemelde gevallen zijn de RTE tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 van de WTL heeft voldaan: dat is 0,18% van het totaal aantal meldingen. Iets meer dan de helft daarvan betreft de procedurele eisen van consultatie van een onafhankelijke arts (één) en medisch zorgvuldige uitvoering (zes). Vier van de overige zaken betreffen de vereisten van een weloverwogen en vrijwillig verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van aan andere redelijke oplossing; meestal in combinatie met elkaar. En ten slotte is er één zaak waarin de arts niet voldaan heeft aan een extra vereiste dat gesteld wordt bij psychiatrische patiënten: het raadplegen van een onafhankelijke psychiater die met name dient te beoordelen of de patiënt wilsbekwaam is ter zake van het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of er redelijke alternatieven ontbreken.

### ‘Grijstinten’ in toetsingspraktijk

Aan de nuances van de toetsingspraktijk wordt onvoldoende recht gedaan als zou worden volstaan met het weergeven van de zaken waarbij de RTE tot het oordeel kwamen dat er door de arts niet was gehandeld overeenkomstig een of meer van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De toetsingspraktijk kent daarnaast vele ‘grijstinten’. Inclusief de hierboven genoemde 12 zaken heeft de commissie in 75 zaken bij de meldende arts, en in een enkel geval bij de consulent, om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. In 44 zaken heeft de commissie de meldende arts, en in een enkel geval de consulent dan wel de voormalige huisarts van de patiënt, uitgenodigd om tijdens de commissievergadering een mondelinge toelichting te geven over bij de commissie gerezen vragen. Doorgaans waren deze mondelinge en schriftelijke toelichtingen van artsen en consulenten voor de commissie zo verhelderend dat zij tot het oordeel kon komen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dat neemt niet weg dat de commissies ook regelmatig aanwijzingen hebben gegeven aan artsen over de wijze waarop zij hun handelen in de toekomst kunnen verbeteren.



## 18

### LOCATIE VAN DE LEVENSBEEÏNDIGING

● Thuis	5308
● Hospice	436
● Verzorgingshuis	286
● Verpleeghuis	287
● Ziekenhuis	172
● Anders	96

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

### 3 WERKWIJZE RTE, ONTWIKKELINGEN

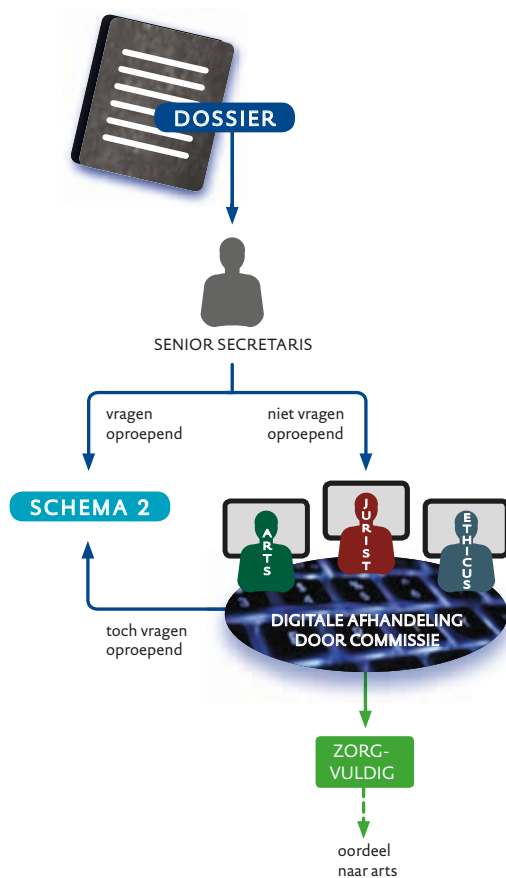
#### VO's en NVO's

Sedert 2012 maken de RTE direct na de ontvangst van de melding een onderscheid tussen zogenaemde 'niet vragen oproepende' meldingen (NVO-meldingen) en 'vragen oproepende' meldingen (VO-meldingen). NVO-meldingen en bijbehorende dossiers worden wekelijks digitaal aan de commissie bestaande uit een jurist, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingvraagstukken voorgelegd en beoordeeld. Dat zorgt ervoor dat deze meldingen binnen de gestelde termijn afgehandeld kunnen worden. In 2017 bestond 81% van het aantal ontvangen meldingen uit NVO-meldingen.

Meldingen worden als NVO geselecteerd wanneer de secretaris van de commissie, een ervaren jurist, de inschatting maakt dat de gegeven

#### SCHEMA 1

± 80% VAN DE MELDINGEN (NVO)



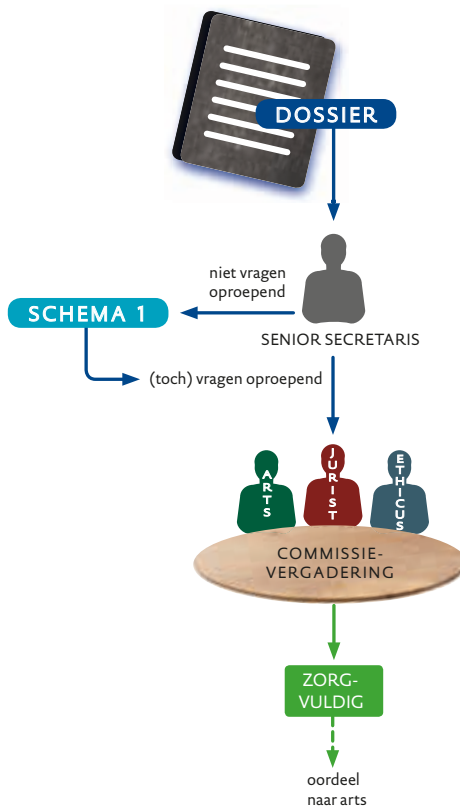
informatie zo volledig is en het zo waarschijnlijk is dat er door de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan dat de commissie in staat wordt geacht deze digitaal goed te kunnen beoordelen. Als voorbeeld van dergelijke NVO-meldingen zijn in hoofdstuk II de zaken 2017-68, 2017-84, 2017-49 en 2017-59 opgenomen.

Een klein aantal van de als NVO geselecteerde meldingen (92, oftewel 1,4% van het totaal aantal meldingen) werd alsnog als VO-melding in de commissievergadering besproken. De afspraak is dat als één van de commissieleden van mening is dat een NVO-melding wel degelijk vragen oproept, de melding wordt doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering.

De overige 19% van het aantal ontvangen meldingen, die wel – mondeling te bespreken – vragen oproepen (bijvoorbeeld in verband met complexe problematiek zoals psychiatrie en dementie of omdat het door de meldende arts aangeleverde dossier te summier was) werden door de RTE beoordeeld in de maandelijkse commissievergaderingen.

## SCHEMA 2

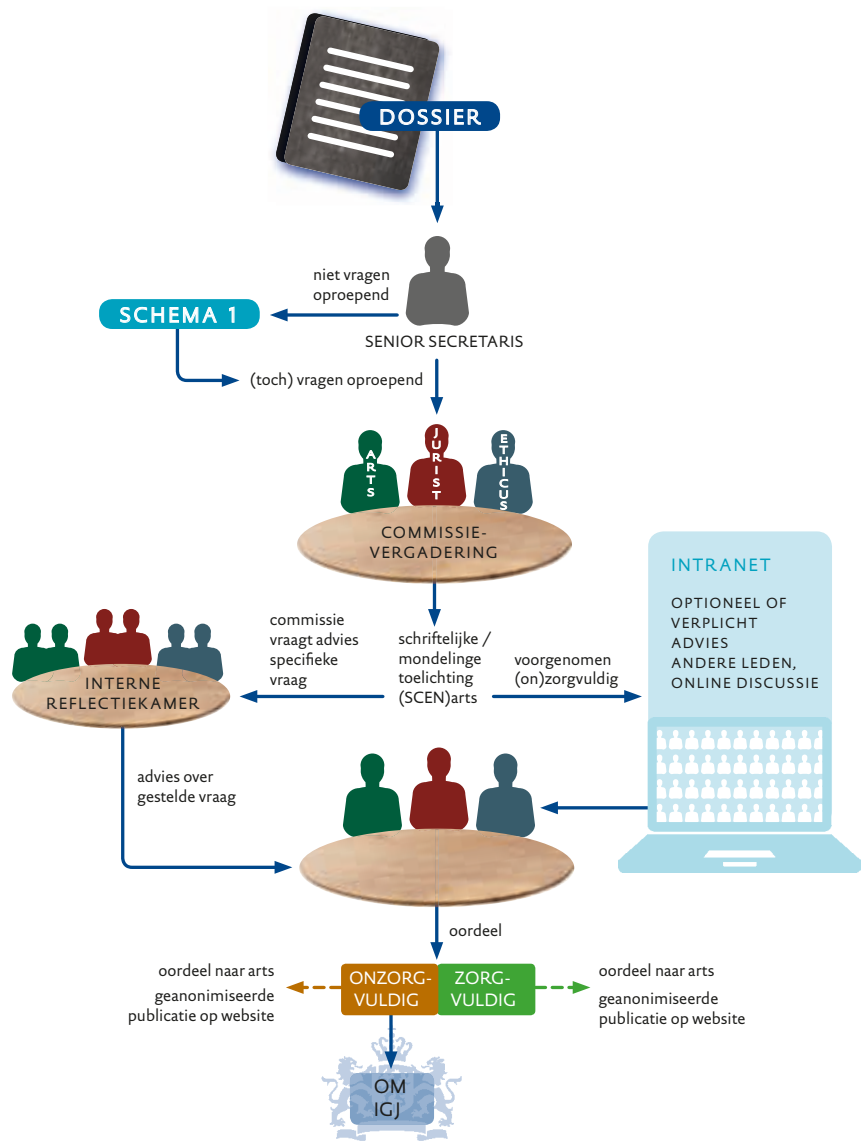
± 19% VAN DE MELDINGEN (VO)



In 2017 werden op deze wijze 5.765 meldingen door de RTE afgedaan (oftewel 87,6% van het aantal ontvangen meldingen). Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel bedroeg in 2017 gemiddeld 52 dagen. Daarmee werd de in artikel 9, eerste lid van de WTL vastgestelde termijn van zes weken licht overschreden.

**SCHEMA 3**

± 1% VAN DE MELDINGEN (VO)



## Complexe meldingen

De commissies voeren onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het noodzakelijk wordt geacht dat alle leden zich daarover kunnen uitspreken. Zo is het een vaste werkwijze dat de commissie die meent dat een melding niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, de zaak met het voorgenomen concept oordeel op het RTE intranet zet. Na kennisneming van de reacties komt de betreffende commissie tot een definitief oordeel. Ook in andere zaken waarin de behandelende 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 om in de oordelen zoveel mogelijk uniformiteit, in de naar hun aard uiteenlopende zaken, aan te brengen. In 2017 zijn zeventien zaken op die manier in discussie gebracht.

## EuthanasieCode 2018

*De Euthanasie-Code 2018 kan worden geraadpleegd op <https://www.euthanasiacommissie.nl/de-toetsingscommissies/euthanasiecode>*

In het voorjaar van 2018 zal een geactualiseerde versie van de in 2015 gepubliceerde Code of Practice onder de titel “EuthanasieCode 2018, de toetsingspraktijk toegelicht” het licht zien. De EuthanasieCode 2018 geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten die de RTE van belang achten bij de uitoefening van hun wettelijke taak. Doel van deze Code is om, vooral voor (uitvoerend) artsen en consultants, op een toegankelijke wijze inzichtelijk te maken hoe de RTE de wettelijke zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen.

## 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 deskundigen inzake ethische of zingevingvraagstukken, twee artsen en een secretaris van de RTE. De reflectiekamer kan door een commissie geraadpleegd worden in geval van een complex vraagstuk. De reflectiekamer beoordeelt een melding niet in zijn geheel, maar buigt zich over een concrete door de adviesvragende commissie geformuleerde vraag of vragen. Gegeven de tijd die het werk van de reflectiekamer mogelijk vergt, wordt de meldende arts geïnformeerd over de verlengde afhandeling. In 2017 werden twee zaken voorgelegd aan de reflectiekamer. In zaak 2017-24 (zie hoofdstuk II) oordeelde de commissie na de reflectiekamer geraadpleegd te hebben dat de arts niet de vereiste extra behoedzaamheid in acht heeft genomen.

## Oordeelbrief

De stijging van het aantal euthanasiemeldingen heeft de RTE aanleiding gegeven om de eigen werkprocessen kritisch tegen het licht te

houden en om die, daar waar mogelijk, efficiënter in te richten. Vanzelfsprekend staat de zorgvuldigheid daarbij voorop. De huidige werkwijze van de RTE houdt in dat na ontvangst van elke melding aan de hand van de wettelijke toetsingscriteria een gemotiveerd conceptoordeel wordt geschreven. Deze conceptoordelen worden vervolgens, na toetsing door de leden van de commissie, aan de arts verstuurd.

Ofschoon elke euthanasie, zeker voor de direct betrokkenen, zijn eigen unieke kenmerken heeft, blijkt in de toetsingspraktijk een vrij groot aantal meldingen betrekkelijk overzichtelijk te zijn. Het betreft meldingen waarin zich geen bijzonderheden voordeden en het handelen van de arts daarom, zonder verdere vraagstelling of nadere bijzondere overwegingen van de RTE, als ‘zorgvuldig’ werd beoordeeld. Het betreft meldingen waarin het lijden wordt bepaald door kanker, longaandoeningen, aandoeningen van het zenuwstelsel en bepaalde hart- en vaataandoeningen. Teneinde voor deze meldingen de periode te verkorten tussen de ontvangst van de melding door de RTE en het verzenden van het oordeel, zal in de loop van 2018 het tot dan toe gebruikelijke uitvoeriger beschreven oordeel vervangen worden door een korte zogenaamde oordeelbrief. De desbetreffende meldingen in deze overzichtelijke zaken zullen op dezelfde wijze inhoudelijk worden beoordeeld door een jurist, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingvraagstukken. De meldende arts zal vervolgens, indien de commissie van oordeel is dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, in een korte brief op de hoogte worden gesteld van de uitkomst van de beraadslaging. De werkwijze voor VO-meldingen en de NVO-meldingen die naar het oordeel van de commissie niet voor een vereenvoudigde afdoening met een oordeelbrief in aanmerking komen, zal niet gewijzigd worden.

## Organisatie

De RTE, bestaande uit vijf regionale commissies, zijn zelfstandig en onafhankelijk. Elke regio kent drie commissies van drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingvraagstukken. In totaal hebben de RTE dan ook 45 leden. Iedere commissie wordt bijgestaan door een secretaris (een ervaren jurist) die een raadgevende stem heeft. De leden van de RTE worden benoemd door de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie en Veiligheid voor een periode van vier jaar, nog eenmaal te verlengen met vier jaar.

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



voorbereiding en afhandeling van de toetsing van meldingen door de commissies. Daarnaast ondersteunen de medewerkers van de secretariaten de commissies bij gezamenlijke vraagstukken zoals de totstandkoming en het actualiseren van de EuthanasieCode of het opstellen van het jaarverslag.

De bedrijfsondersteuning van de RTE wordt verleend door de Directie ESTT van het Ministerie van VWS. In 2017 waren van deze directie 30 medewerkers (23,3 fte) werkzaam op de secretariaten van de RTE. Daarnaast levert het centrale bedrijfsbureau van 11 medewerkers (7,36 fte) ook diensten en advies aan de secretariaten RTE.

Het budget op basis van de verdeling van de fte voor de toetsingscommissies is € 4.105.200,-. Dit bedrag is globaal onder te verdelen in een vacatiegeldenregeling (20,5%), een personeelsbudget (59%) en een materieelbudget (20,5%). Uit de vacatiegeldenregeling worden de werkzaamheden van de commissieleden betaald. Met het personeelsbudget worden de medewerkers van de ondersteunende secretariaten en de medewerkers van het bedrijfsbureau betaald. Het materieelbudget is voor bekostiging van de huisvesting, IT-middelen, kantoorbenodigdheden et cetera. De commissieleden kregen in 2017 in totaal een vergoeding van € 800.845,-. De personeelskosten voor de ondersteuning van de toetsingscommissies bedroegen € 2.419.200,-. De materieelkosten ten behoeve van de toetsingscommissies waren € 846.000,-

# HOOFDSTUK II

## CASUÏSTIEK

# II

### 1 INLEIDING

*De tekst van de WTL en andere relevante wetsbepalingen in het Wetboek van Strafrecht en de Wet op de lijkbezorging zijn te raadplegen via [euthanasiecommissie.nl/zorgvuldigheidseisen](http://euthanasiecommissie.nl/zorgvuldigheidseisen)*

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

Een arts die euthanasie heeft toegepast, 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 consultant, delen van het medisch dossier van de patiënt, 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 wordt 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 en de relevante jurisprudentie. Verder houden zij rekening met eerdere beslissingen van de RTE en met beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (sinds 1 oktober 2017 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting).

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). Dit is wat juristen ‘volle toetsing’ noemen.

Wat betreft de drie zorgvuldigheidseisen vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b) en geen redelijke andere oplossing (d) moet de arts *aannemelijk maken* dat hij gelet op de omstandigheden van het geval, *in redelijkheid tot de overtuiging kon komen* dat daaraan was voldaan. Dit is wat juristen ‘marginale toetsing’ noemen. Het betekent dat de RTE deze zorgvuldigheidseisen niet ‘vol toetsen’ en dus niet opnieuw dezelfde vragen beoordelen als de arts die de eerdere beslissing heeft genomen. Dat kunnen de RTE ook niet omdat de patiënt is overleden. Daar staat tegenover dat dit bij uitstek de onderwerpen zijn waar de geconsulteerde arts naar kijkt.

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

Paragraaf 2 is onderverdeeld in drie subparagrafen.

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

Zaken waarin genezing niet meer mogelijk is en sprake is van kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen of longaandoeningen.

Daarna (paragraaf 2.2) richten we de aandacht op verschillende (wettelijke) zorgvuldigheidseisen. Daarbij gaan we met name in op het vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b), het ontbreken van een redelijke andere oplossing (d) en de zorgvuldige uitvoering (f). We presenteren in die paragraaf zaken die meer ingewikkeld zijn. Dat uit zich in meer gegevens over de patiënt, diens verzoek en lijden, en extra overwegingen van de commissie. Er zijn twee zorgvuldigheidseisen die op deze plaats niet expliciet aan de orde komen: de voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten (c), en het consulteren van ten minste één onafhankelijke arts (e). Het vereiste onder (c) is in het algemeen nauw verweven met andere zorgvuldigheidseisen waaronder de eis dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Daarvan kan alleen sprake zijn als de patiënt goed op de hoogte is van zijn gezondheidssituatie en zijn vooruitzichten. De zorgvuldigheidseis inzake de consultatie komt aan de orde bij de zaken die als niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen beschreven worden.

Ten slotte (paragraaf 2.3) beschrijven we een aantal zaken waarin euthanasie of hulp bij zelfdoding is toegepast bij een patiënt uit een bijzondere categorie: patiënten met een psychiatrische aandoening

(één zaak), demente patiënten (twee zaken) en patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen (twee zaken).

In alle gevallen die beschreven zijn in paragraaf 2 is de commissie dus tot het oordeel gekomen dat de arts voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen die de WTL stelt.

In paragraaf 3 komen tien van de twaalf zaken aan de orde waarin de commissie geoordeeld heeft dat er *niet* voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Het gaat daarbij om twee zaken waarbij de commissie oordeelde dat de arts niet voldaan heeft aan het vereiste betreffende het vrijwillig en weloverwogen verzoek én het vereiste van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (2017-73 en 2017-103); twee zaken waarbij, volgens de commissie, niet voldaan is aan het vereiste van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden (2017-31 en 2017-79) en één waarbij niet voldaan is aan de grotere behoedzaamheid bij levensbeëindiging op verzoek van een psychiatrische patiënt (2017-24). Verder zijn er nog zeven zaken waarin niet voldaan is aan een van de meer procedurele vereisten consultatie (2017-10) en medisch zorgvuldige uitvoering (zes zaken, waarvan vier zaken in paragraaf 3 zijn opgenomen: 2017-02, 2017-11, 2017-28 en 2017-118).

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

## 2. ARTS HEEFT GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

### 2.1 Vijf representatieve zaken

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

In de eerste beschreven zaak is bijna het complete oordeel opgenomen. Tot de persoon herleidbare gegevens zijn weggelaten. Het geeft weer hoe een oordeel van de RTE eruit ziet. De vijf zaken samen geven een beeld van de problematiek die de RTE het meest tegenkomen. Drie van de vier keer is daar een bijzonder kenmerk aan toegevoegd als vroegtijdige consultatie, de combinatie van euthanasie en orgaan-donatie en euthanasie bij iemand die zijn woonplaats hoofdzakelijk in het buitenland had.

28

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-68 op de website*

### CASUS 2017-68 KANKER

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding; vroegtijdige consultatie omdat door uitzaaiingen naar de hersenen het gevaar bestond dat in de nabije toekomst er geen gesprek meer met de patiënt gevoerd kon worden.

#### FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

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

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

Bij een man, tussen 70 en 80 jaar, werd acht jaar voor het overlijden ernstig huidkanker vastgesteld. Hij werd hiervoor behandeld. Vier maanden voor het overlijden werden uitzaaiingen naar de longen en de hersenen geconstateerd. In de laatste maand voor het overlijden kreeg de man een epileptisch toeval waarna zijn situatie snel achteruit ging. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de man bestond uit verwardheid, slaperigheid en incontinentie voor urine en ontlasting. Ook had hij last van het toenemend onvermogen te kunnen communiceren. De man was tot niets meer in staat, kon nauwelijks meer zelfstandig lopen, was bedlegerig geraakt en

was volledig afhankelijk van de zorg van anderen geworden. Hij wist dat er enkel achteruitgang zou zijn en leed onder de zinloosheid en uitzichtloosheid van zijn situatie, het gebrek aan kwaliteit van leven en de verdere lichamelijke aftakeling.

De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten de man voldoende hadden voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

#### b. Verzoek tot levensbeëindiging

De man had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Drie dagen voor het overlijden heeft hij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

#### c. Consultatie

De arts raadpleegde tweemaal dezelfde onafhankelijke SCEN-arts als consulent.

De eerste maal bezocht de consulent de man ongeveer twee maanden voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over de man was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Er was sprake van een vroegtijdige consultatie in verband met de dreiging dat de uitzaaiingen in de hersenen in de nabije toekomst communicatie onmogelijk zou maken.

De consulent gaf in het verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van de patiënt.

In het verslag kwam de consulent, mede op basis van het gesprek met de man, tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Er was nog geen sprake van ondraaglijk lijden en er was nog geen concreet verzoek tot euthanasie.

De tweede maal bezocht de consulent de man één dag voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts was geïnformeerd over de ontwikkeling van het ziekteproces sinds het eerste bezoek. De consulent gaf in het tweede consultatieverslag een samenvatting van de ontwikkeling van het ziekteproces sinds het eerste bezoek. In haar verslag kwam de consulent tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Er was nu wel sprake van ondraaglijk lijden en een concreet verzoek tot euthanasie.

#### d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP

Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012<sup>5</sup>.

### BEOORDELING

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

### BESLISSING

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

## CASUS 2017-84 AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding; in het buitenland wonende patiënt met Nederlandse nationaliteit die in verband met euthanasie naar Nederland terugkwam

Een man, tussen 60 en 70 jaar oud, kreeg toenemend neurologische verschijnselen. De eerste symptomen werden zichtbaar met schrijven, daarna ontstonden bewegingen waarover hij geen controle had en concentratieproblemen. Verder kreeg hij taalproblemen, woordvindproblemen, problemen met bewegen en lopen en evenwichtsstoornissen. Aanvankelijk werd gedacht aan de ziekte van Parkinson, echter een maand voor het overlijden bleek na neurologisch onderzoek dat sprake was van

<sup>5</sup> Te raadplegen via [www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding](http://www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding).

de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, een snel progressieve ziekte met mentale en fysieke aftakeling.

Genezing van deze ziekte is niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de man bestond uit het snel achteruit gaan van het vermogen kennis op te nemen en te verwerken en van lichamelijke achteruitgang. Hij kon niet meer lopen, maakte bewegingen die veroorzaakt werden door onregelmatige krampen van spieren en kon nog met moeite spreken. Patiënt, die altijd een hardwerkende man was geweest en enkele weken voor het overlijden nog een wandeling van meerdere kilometers had gemaakt, was in zes weken tijd zowel volledig afhankelijk van anderen geworden wat betreft zijn dagelijkse verrichtingen, als volledig zorgafhankelijk. Ook raakte hij zijn geheugen steeds meer kwijt. De man die niet als een kasplantje wilde leven, ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De man had jarenlang in het buitenland gewoond en had altijd gezegd dat hij, als hij ooit ziek en hulpbehoevend zou worden, terug naar Nederland zou komen en euthanasie zou vragen.

Bij de eerste kennismaking met de arts, twee weken voor het overlijden, heeft de man met de arts over euthanasie gesproken. Eén dag hierna heeft hij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De man heeft zijn verzoek nadien meermalen tegenover de arts herhaald.

Volgens de arts was er sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook de consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

## CASUS 2017-86 AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding; euthanasie gecombineerd met orgaandonatie

Bij een vrouw, tussen 50 en 60 jaar oud, werd twee jaar voor het overlijden ALS vastgesteld (een ziekte waarbij zenuwen in het ruggenmerg en in een deel van de hersenen afsterven). Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-86 op de website*



Het lijden van de vrouw bestond uit toenemende verslechtering van haar situatie. Er was sprake van ernstige uitval van functies. Eten lukte niet meer en zij kon niet meer goed communiceren. De vrouw, die altijd onafhankelijk, actief en communicatief ingesteld was geweest, was volledig afhankelijk van anderen en tot bijna niets meer in staat. Zij wist dat er geen verbetering van haar situatie mogelijk was en er alleen verslechtering in het verschiet lag. 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. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook heeft hij een onafhankelijke SCEN-arts geraadpleegd die tot de conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De vrouw wilde haar organen doneren. Na overleg is zij thuis in slaap gebracht en is er een buisje in haar luchtpijp aangebracht voor zuurstof-toediening. Daarna is zij naar het ziekenhuis vervoerd waar de euthanasie heeft plaatsgevonden.

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

## CASUS 2017-49 LONGAANDOENING

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding

Een vrouw, tussen 50 en 60 jaar oud, leed al sinds veertien jaar aan een chronische vernauwing van de longen (COPD). Uiteindelijk was sprake van zeer ernstig longlijden. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

De vrouw had last van algehele malaise, kortademigheid, spierklachten en vermoeidheid. Zij was altijd een zelfstandige vrouw geweest maar was nu in toenemende mate aan haar bed gebonden. Zij was zuurstofafhankelijk geworden en moest door andere verzorgd worden. Zij leed onder de uitzichtloosheid van de situatie, het gebrek aan kwaliteit van leven en de angst om te stikken. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook heeft hij een onafhankelijke SCEN-arts geraadpleegd die tot de conclusie kwam dat

aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

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

## CASUS 2017-59 HART- EN VAATAANDOENINGEN

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-59 op de website*

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding

Een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oud, kreeg vijf maanden voor haar overlijden hartfalen. Haar situatie werd uiteindelijk terminaal. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

De vrouw leed onder hevige benauwdheid bij de geringste inspanning, haar immobiliteit en uitputting. Ook had zij last van intense jeuk en rugpijn. De vrouw was tot niets meer in staat en was aan haar bank gekluisterd geraakt. Zij leed onder de angst om te vallen en de uitzichtloosheid van haar situatie. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook heeft hij een onafhankelijke SCEN-arts geraadpleegd die tot de conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

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

## 2.2. Zaken geordend naar vier zorgvuldigheidseisen van de WTL

*Zie voor enkele algemene aspecten inzake vrijwillig en weloverwogen verzoek de EuthanasieCode 2018 p. 17 en verder*

### VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De WTL bepaalt dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De wet schrijft niet voor dat het moet gaan om een schriftelijk verzoek. Toch kan het soms helpen als er wel een schriftelijk verzoek aanwezig is. Daarvan getuigt onderstaande casus.

### CASUS 2017-12

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; euthanasie bij patiënte met een verlaagd bewustzijn; schriftelijke wilsverklaring

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-12 op de website*

*Zie voor specifieke aandachtspunten inzake de schriftelijke wilsverklaring de EuthanasieCode 2018 p. 36 en verder*

Een vrouw, tussen 60 en 70 jaar oud, die al jarenlang met kanker en de gevolgen daarvan leefde, kreeg zes maanden voor haar overlijden opnieuw longkanker. Een kanker die gepaard ging met een ontsteking van het borstvlies en het longvlies en, zo vermoedde men, aangetaste lymfevaten. Haar toestand verslechterde snel in de laatste dagen voor het overlijden. Haar lijden bestond uit toenemende pijn, kortademigheid en bedlegerigheid. Zij leed onder het verlies van kwaliteit van leven en het vooruitzicht dat haar toestand alleen maar zou verslechteren. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De vrouw had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Ongeveer een jaar voor het overlijden had zij een wilsverklaring aan de arts overhandigd. Drie dagen 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.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht de vrouw de dag van de levensbeëindiging nadat hij door de arts over haar was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Tijdens zijn bezoek was de vrouw niet meer in staat te communiceren. De consulent zag dat de vrouw extreem uitgemergeld was, naar adem moest happen en een gespannen en verkrampt gelaat had. Zij maakte op hem de indruk dat ze aanhoudend en uitzichtloos leed. Omdat de vrouw haar wens niet meer kon uitspreken was haar wilsverklaring voor de consulent richtinggevend wat betreft de beoordeling van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van haar verzoek. In zijn verslag kwam hij tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Hoewel de vrouw op het moment van de uitvoering van euthanasie niet aanspreekbaar was, gaf zij wel tekenen van ondraaglijk lijden. Conform EuthanasieCode 2018 p. 46 kan bij een patiënt met een verlaagd bewustzijn in zo'n geval tot uitvoering van euthanasie worden overgegaan.

Wat de consultatie betreft, overweegt de commissie dat uit de stukken is gebleken dat de vrouw op het moment van de consultatie niet meer aanspreekbaar was. De consulent stelde wel vast dat er tekenen van ondraaglijk lijden waren en hij was ervan overtuigd dat de vrouw tevoren uitdrukkelijk had aangegeven een dergelijk lijden niet te willen meemaken. De Code of Practice geeft in par. 3.6 aan dat ook aan het vereiste van onafhankelijke consultatie voldaan kan zijn als patiënt ten tijde van het bezoek van de consulent niet meer aanspreekbaar is. De consulent zal dan zijn oordeel met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen moeten baseren op informatie van de arts, de wilsverklaring, het dossier en informatie van anderen.

De commissie oordeelt dat de arts voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen.

## UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

*Zie voor enkele algemene aspecten inzake uitzichtloos en ondraaglijk lijden de Euthanasie-Code 2018 p. 20 en verder*

De arts moet de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden bij de patiënt. De lijdensdruk die een patiënt ervaart, heeft zelden slechts één dimensie. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden, waaronder de uitzichtloosheid, die de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De arts moet dus alle aspecten onderzoeken die tezamen het lijden voor de patiënt ondraaglijk maken.

### CASUS 2017-07

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; vaststellen van ondraaglijkheid van het lijden kan heel lastig zijn

Een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oud, had sinds vier jaar duizeligheidsklachten. Ze voelde zich continu licht in het hoofd en bewegen, vooral draaien, wakte misselijkheid op. Drie jaar voor het overlijden werd een dubbelzijdige aandoening van het binnenoor vastgesteld. Vanwege de sterk afgenomen automatisatie van evenwicht, oriëntatie en beeldstabilisatie ervoer zij blijvende problemen. Typische aanhoudende klachten waren onder meer wisselende gezichtsscherpte, verminderde evenwichtscontrole met verhoogde kans op vallen, snel optredende vermoeidheid en misselijkheid bij bewegende beelden. Drie jaar voor het overlijden maakte zij een hartinfarct door en anderhalf jaar voor het overlijden werd bij haar een pacemaker geplaatst. In het laatste half jaar voor het overlijden was er sprake van een aanzienlijke achteruitgang in haar functioneren. Ongeveer drie maanden voor het overlijden liet de vrouw haar pacemaker uitzetten en stopte ze met alle medicatie, behalve met die voor een goede nachtrust.

Het lijden van de vrouw bestond uit de progressieve achteruitgang in haar functioneren. Het kostte haar steeds meer tijd en moeite om algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) uit te voeren. Zij voelde zich erg gehinderd door haar evenwichtsproblemen en snelle vermoeidheid. Zij moest voortdurend oppassen met omdraaien. Zij moest haar hoofd rustig bewegen, anders werd ze naar en misselijk. Zij viel regelmatig. Zij kon meerdere dingen niet meer die voor haar erg belangrijk waren, zoals wandelen in de natuur, naar de supermarkt lopen en zelf haar boodschappen doen, boeken lezen, naar muziek luisteren en sociaal functioneren in gezelschappen. Zij ervoer steeds minder levensvreugde. Zij was altijd een levenslustig en sociaal persoon geweest en hechtte veel waarde aan haar autonomie. Zij leed onder haar lichamelijke achteruitgang, het verlies van levensvreugde, het niet meer kunnen genieten van sociale omgang met mensen en het dreigende verlies van autonomie. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk.

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-07 op de website*

De vrouw had eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken. Deze was niet bereid op haar euthanasieverzoek in te gaan omdat zij het lastig vond om de ondraaglijkheid van het lijden vast te stellen en omdat zij zich door patiënte onder druk gezet voelde. Hierop wendde de vrouw zich tot de Stichting Levenseindekliniek (SLK). De arts voerde, samen met een verpleegkundige van de SLK, drie gesprekken met de vrouw. Aanvankelijk had de arts er moeite mee om de ondraaglijkheid van het lijden bij haar vast te stellen, met name vanwege haar opgewekte presentatie. De vrouw probeerde de pluspunten van haar toestand te benadrukken en de ellende weg te drukken. Zij typeerde zichzelf als iemand die van doorpakken wist, een grote wilskracht had, optimistisch en veerkrachtig was, zich met weinig middelen heel goed kon redden en niet gauw klaagde. Precies door deze eigenschappen was het voor de vrouw moeilijk om haar ondraaglijk lijden onder woorden te brengen. Bij het derde gesprek was de arts niettemin overtuigd van de ondraaglijkheid van haar lijden.

Volgens de geconsulteerde SCEN-arts was de cruciale vraag of er sprake was van ondraaglijk lijden bij iemand die nog zo veel dingen kon en nog zo energiek leek. De vrouw maakte hem duidelijk dat haar lijden door haarzelf als ondraaglijk werd gevoeld. Dit werd vooral bepaald door het progressief verlies van functies en door het verlies van haar levenslust. Zij had alleen nog de automatismen van haar levenslustigheid over, maar niet meer het gevoel dat er bij hoorde. De consulent kon de vrouw begrijpen ten aanzien van haar euthanasieverzoek en concludeerde, hoewel met enige aarzeling, dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

De commissie overweegt ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden het volgende: Aanvankelijk twijfelde de arts aan de ondraaglijk van het lijden bij patiënte, met name vanwege haar opgewekte en optimistische presentatie. Na meerdere gesprekken met de vrouw en overleg met collega's raakte de arts er echter gaandeweg van overtuigd dat het maatschappelijke isolement en het verlies van zinvolle tijdsbesteding, die uit de doofheid en de duizeligheid voortvloeiden, een ondraaglijk lijden voor de vrouw betekenden. Zij had een geestelijk erg rijk en zelfstandig leven geleid, en dat eindigde nu in een angstige toestand van afhankelijkheid, valgevaar, isolement en het vooruitzicht van nog verdere aftakeling. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd, volgens de commissie, voldaan.

## GEEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

*Het ontbreken van een redelijke andere oplossing moet gezien worden in relatie tot de uitzichtloosheid in de Euthanasie-Code 2018 p. 24 en verder*

Een arts moet samen met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de arts zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Immers, als er minder ingrijpende manieren zijn om het lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven. In onderstaande zaak waren er slechts nog experimentele behandelingen beschikbaar voor een jonge patiënte met een zeer uitgebreid psychiatrisch verleden. De commissie was van oordeel dat er geen redelijke andere oplossing meer voor handen was.

## CASUS 2017-08

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; geen redelijke andere oplossing

Deze casus betreft een vrouw, tussen 18 en 30 jaar oud, met een zeer uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis met langdurig bestaande symptomen van ernstige somberheid (depressie) gecompliceerd door een chronische eetstoornis en een persoonlijkheid die gekenmerkt wordt door dwanggedachten. Door de eetstoornis ontstonden verschillende lichamelijke klachten zoals vermagering, verzwakking, vermoeidheid en botontkalking. Daarnaast leed zij onder een erfelijke aandoening waardoor het bindweefsel niet goed wordt aangelegd, vooral haar gewrichten en huid waren daardoor aangedaan.

De vrouw zat gevangen tussen haar eetrituelen en een onbehandelbare somberheid. Zij had het gevoel dat ze vijf jaar geleden was doodgegaan: zij voelde zich sindsdien nog slechts een lege huls. De leegte werd naar haar eigen zeggen “gevuld” door de eetstoornis. Ze had nergens interesse in en nauwelijks energie om iets te ondernemen. Haar tijd werd grotendeels in beslag genomen door haar eet- en braakrituelen. Daarnaast speelde de lichamelijke achteruitgang een rol; zij was vermagerd, moe en duizelig. En hoewel zij talenten had op creatief terrein en geïnteresseerd was in bijvoorbeeld de zorg voor dieren, had ze voor het uitvoeren van deze hobby's door haar eetrituelen en de ondermijnende effecten die deze hadden op haar gezondheid, nauwelijks gelegenheid. Haar lichamelijke situatie ging op het laatst snel achteruit. Zij gaf zelf aan dat zij het meest leed onder de depressie.

De vrouw was voor haar depressies in het ziekenhuis en thuis behandeld met alle soorten beschikbare medicatie, gesprekstherapieën en met ECT (elektroconvulsie therapie: onder narcose wordt met plakkers op het hoofd elektrische stroom door het brein gestuurd). Zij werd in gespecialiseerde klinieken intensief begeleid voor de eetstoornis. De vrouw heeft aan alle geboden behandelingen actief meegewerkt. De behandelingen hadden tijdelijk een positief effect op de eetstoornissen en de depressie.

Beide soorten klachten kwamen echter telkens snel na beëindiging van de behandeling en/of opname terug. Genezing was niet meer mogelijk. Voor de vrouw waren slechts nog experimentele behandelingen beschikbaar. Er waren dus, ondanks haar jonge leeftijd, geen reële behandelopties meer voorhanden.

De arts raadpleegde omstreeks vier maanden voor de levensbeëindiging een onafhankelijk psychiater om de uitzichtloosheid van het lijden en de eventuele behandelalternatieven te beoordelen. Deze onafhankelijke psychiater constateerde, evenals de behandelaars eerder hadden gedaan, dat de vrouw ernstig disfunctioneerde op alle levensgebieden; en dat er sprake was van hopeloosheid en uitzichtloosheid die haar duurzame, consistente doodswens in gang hadden gezet. De depressie reageerde inderdaad niet op behandelingen conform protocol en deed naar de mening van de onafhankelijke psychiater vermoeden dat er sprake was van een genetische kwetsbaarheid.

Ook de consulent meende dat de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos leed. Hij zag een ernstig psychiatrisch zieke jonge vrouw. Ze had veel geprobeerd om haar psychische gezondheid te verbeteren, maar tevergeefs. Hij kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt ten aanzien van het bestaan van een redelijke andere oplossing het volgende: patiënte was sinds haar vroege jeugd uitputtend behandeld zowel voor haar eetstoornis als voor haar depressie. Er waren, ondanks haar zeer jonge leeftijd, geen behandelopties meer. Door de consulent en door de onafhankelijke psychiater werd de arts bevestigd in haar oordeel dat verdere behandeling geen structurele verbetering meer zou brengen en dat er voor patiënte geen reële alternatieven meer waren. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd, volgens de commissie, voldaan.



## MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

*Zie voor de medische zorgvuldige uitvoering de EuthanasieCode 2018 p. 33 en verder*

Een euthanasie moet door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat daarbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het door de arts teweeg gebrachte coma. Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseisen hanteren de RTE de KNMG/KNMP-richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' uit 2012 als leidraad. De onderstaande zaak maakt duidelijk dat een afwijking van de richtlijn niet altijd betekent dat er niet voldaan is aan het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering.

### CASUS 2017-82

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-82 op de website*

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; geen toediening van spierverslapper als patiënt al is overleden

De arts heeft de levensbeëindiging uitgevoerd door het toedienen van 2000 mg thiopental. De patiënt overleed vrijwel direct hierna. Omdat de arts heeft vastgesteld dat de patiënt was overleden, heeft hij geen spierverslapper meer toegediend.

De commissie oordeelt dat de euthanasie zorgvuldig is uitgevoerd.

## 2.3 Zaken betreffende mensen met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van ouderdomsklachten

### PSYCHIATRISCHE AANDOENING

*Zie voor aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de EuthanasieCode 2018 p. 40 en verder*

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 krijgt vorm in het vereiste dat ook een onafhankelijke psychiater of andere deskundige geraadpleegd moet worden. Daarbij gaat het met name om een oordeel met betrekking tot de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het al dan niet ontbreken van een redelijke andere oplossing.

### CASUS 2017-42

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-42 op de website*

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; grote behoedzaamheid bij patiënt met psychiatrische aandoening

Een man, tussen 60 en 70 jaar oud, leed sinds zijn late tienerjaren aan een stemmingsstoornis. Als jonge man werd hij langdurig in instellingen opgenomen. Daarnaast werd hij uitgebreid behandeld in de thuissituatie. Er werden veel therapieën met medicijnen geprobeerd, die ofwel geen succes hadden ofwel te veel bijwerkingen. Vijf jaar voor het overlijden werd de man na een poging tot zelfdoding opgenomen en onderging hij ECT (electroconvulsie therapie: onder narcose wordt met plakkers op het hoofd elektrische stroom door het brein gestuurd). Na tien van de twaalf geplande behandelingen gaf hij aan hiermee te willen stoppen omdat hij geen verbetering ervoer. Voor andere behandelingen was hij niet meer te motiveren; de man had jarenlang aan alle behandelingen meegewerkt, zonder dat ze enige verbetering hadden gebracht. Het lijden van de man bestond uit de continue aanwezigheid van angsten. Hij zat vrijwel de hele dag op zijn kamer en op het balkon en durfde alleen 's avonds naar buiten. Wanneer hij buiten kwam had hij last van argwaan (paranoïde) en betrekkingswanen (alledaagse of toevallige gebeurtenissen worden uitgelegd als betrekking tot de eigen persoon). Daardoor raakte hij sociaal vereenzaamd. Daarnaast had de man een structureel onvermogen om zich aan te passen aan onvermijdelijk veranderende situaties en om zijn leven een zinvolle invulling te geven. Aan zijn verhuizing naar een beschermde woonomgeving en de beëindiging van zijn werk op een sociale werkplaats had de man nooit kunnen wen-

nen. Bovendien was het vooruitzicht dat hij om leeftijdsredenen toenemend afhankelijk zou worden van de zorg van anderen en er daarmee een steeds groter beroep op zijn sociale aanpassingsvermogen zou worden gedaan, voor hem onverdraaglijk. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De arts raadpleegde ongeveer anderhalve maand voor het overlijden een onafhankelijke psychiater. Zij vroeg de onafhankelijke psychiater welke diagnose hij kon stellen en of deze gelijk was aan wat in de documentatie werd teruggevonden en of er nog behandelopties waren voor patiënt. De onafhankelijke psychiater concludeerde dat de hoofddiagnose, een schizo-affectieve stoornis, juist was en dat er in dat kader ook enkele chronische psychotische kenmerken waren (toestand waarbij iemands contact met de werkelijkheid ernstig verstoord is, zoals het zien van beelden of horen van stemmen die er niet zijn). Volgens de onafhankelijke psychiater waren er nog mogelijkheden voor behandeling, maar deze waren gezien de voorgeschiedenis van patiënt weinig kansrijk en hadden dus een slechte prognose. De psychiater achtte de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek om levensbeëindiging,

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. Ook de consulent achtte de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. De consulent trok de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt dat in geval van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts, een psychiater, dat in het voorliggende geval ook gedaan. De arts heeft, naast de onafhankelijke SCEN-arts, een onafhankelijke psychiater geconsulteerd. De psychiater achtte de patiënt wilsbekwaam ten aanzien van het verzoek om levensbeëindiging en meende dat er de alternatieven die beschikbaar waren om het lijden te stelpen bij deze man niet zouden werken.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen heeft de arts, volgens de commissie, voldaan.

## DEMENTIE

*Zie voor aandachtspunten bij patiënten met dementie de EuthanasieCode 2018 p. 42 en verder*

Bij dementie en euthanasie kan een onderscheid worden gemaakt tussen euthanasie bij een patiënt met beginnende dementie (dat wil zeggen de fase waarin een patiënt doorgaans nog inzicht geeft in zijn ziekte en in de symptomen, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid) en euthanasie bij een patiënt met verder gevorderde dementie waarbij twijfels bestaan of de patiënt nog wilsbekwaam is ten aanzien van het verzoek; en euthanasie bij een patiënt bij wie het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat deze niet zelf niet meer om euthanasie kan vragen. In een dergelijke situatie kan een schriftelijke wilsverklaring de plaats innemen van het concrete verzoek.

### CASUS 2017-06 BEGINFASE VAN DEMENTIE

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-06 op de website*

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; wilsbekwaam; ondraaglijk lijden

Een vrouw, tussen 50 en 60 jaar oud, kampte sinds enige tijd met onder meer geheugenproblemen. Vijf jaar voor het overlijden werd de diagnose ziekte van Alzheimer gesteld, waarvoor zij werd behandeld met medicatie. In de loop der tijd ging haar gezondheid steeds meer achteruit. In een tussentijds bericht aan de arts over de voortgang van de behandeling, enkele maanden voor het overlijden, sloot de behandelend psychiater een depressie uit en verklaarde dat de vrouw haar verzoek om euthanasie consistent en volkomen helder uitte. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de vrouw bestond uit vergeetachtigheid, een onvermogen om complexe handelingen uit te voeren, somberheid en afhankelijkheid van de zorg van anderen. Zij kon niet langer zelfstandig functioneren. Koken, het bedienen van diverse apparaten, zelfstandig hardlopen of wandelen ging niet meer. Zij was zich bewust van het feit dat zij dingen vergat en dat maakte haar onzeker. Zij was bang steeds dingen fout te doen. Voorheen was zij de spil binnen haar gezin geweest die alles organiseerde, het frustreerde haar dat zij die functie niet meer kon vervullen. De vrouw, die ruim dertig jaar lang met patiënten met dementie had gewerkt, wilde niet verder aftakelen en eindigen op de manier die zij zo vaak bij patiënten had gezien. Zij leed onder het verlies van autonomie en onder het verlies van kwaliteit van leven. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Ruim vier maanden voor het overlijden heeft de vrouw de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Uit de stellig-

heid waarmee patiënte tijdens meerdere gesprekken met de arts haar euthanasiewens uitte, leidde de arts af dat zij zich ten volle bewust was de strekking van haar euthanasieverzoek en haar situatie. De arts achtte haar wilsbekwaam. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent was van mening dat de vrouw een goed begrip had van haar situatie en zij de consequenties van haar euthanasieverzoek kon overzien. Volgens hem was zij niet depressief, maar was haar stemming bedrukt onder invloed van haar ziektebesef. Ook hij achtte de vrouw wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasiewens.

De commissie oordeelt dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was voldaan.

## CASUS 2017-14 GEVORDERDE DEMENTIE

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNT:** VO-melding; onenigheid onder geraadpleegde specialisten

Bij een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oud, werd drie jaar voor het overlijden een dementiesyndroom, meest passend bij de ziekte van Alzheimer, vastgesteld. Genezing daarvan is niet mogelijk. De vrouw werd voor advies en ondersteuning bijgestaan door een vaste begeleider en was opgenomen in een verzorgingshuis. In de laatste periode voor het overlijden was de dementie dusdanig gevorderd dat opname op een gesloten psychogeriatrische afdeling noodzakelijk werd geacht. De vrouw wilde dit pertinent niet en dreigde herhaaldelijk in dat geval uit het raam te zullen springen.

Haar lijden bestond uit de toename van haar vergeetachtigheid en het verlies van grip op de wereld om haar heen. Zij leed sterk onder het vooruitzicht op een gesloten afdeling te worden geplaatst en daarmee haar autonomie te verliezen. Dit vooruitzicht leidde bij haar tot een toename van angsten en geïrriteerdheid. Zij associeerde een plaatsing op een gesloten afdeling met haar traumatische oorlogservaringen en zij wilde haar vrijheid niet opnieuw kwijtraken. Plaatsing op een dergelijke afdeling was voor haar de absolute grens. In dat geval wilde zij, ook gezien haar ervaringen met dementerende naaste familieleden, niet meer leven.

De vrouw had ongeveer twintig jaar voor het overlijden voor het eerst een schriftelijke wilsverklaring opgesteld. Twee jaar voor het overlijden heeft zij een nieuwe schriftelijke wilsverklaring opgesteld, die behalve op haar lichamelijke achteruitgang ook betrekking had op haar geestelijke toestand.

De arts stelde op grond van zijn gesprekken met de vrouw vast dat zij zeer resoluut was in haar weigering tot plaatsing op een gesloten afdeling en dat zij ook zeer resoluut was ten aanzien van haar euthanasiewens. Hij had van het hoofd verzorging van de afdeling waar de vrouw verbleef ook vernomen dat de vrouw twee jaar eerder, bij de intake, al had aangegeven nooit naar een gesloten afdeling te willen. De patiënte had dit nadien nog regelmatig met haar besproken.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde de vrouw ongeveer een maand voor het overlijden onderzocht ter beoordeling van haar wilsbekwaamheid. Volgens de specialist ouderengeneeskunde leek de vrouw geen inzicht te hebben in haar eigen ziekte(proces) en beperkingen. Zij leek geen overzicht te hebben over het gebeuren of inzicht in wat er speelde. Hij achtte haar niet wilsbekwaam om complexe zaken goed te overzien en daarin beslissingen te nemen.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts, tevens ouderenspsychiater. Volgens de consulent was er geen sprake van een psychotische of stemmingsstoornis en bestond er mede vanwege de traumatische oorlogservaringen bij de vrouw een grote behoefte aan regie en autonomie. Zij kon de complexiteit van haar situatie niet meer overzien. Zij kon echter wel – wanneer dit op een rustig wijze aan haar werd voorgelegd - duidelijk aangeven dat zij haar vrijheid wilde behouden; dat zij niet op een gesloten afdeling wilde worden geplaatst; en niet verder wilde aftakelen. Zij had dan voldoende begrip hiervan en was hierin consistent, aldus de consulent. Volgens de consulent was de vrouw wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek en was dit verzoek vrijwillig en weloverwogen.

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

De commissie is van mening dat de arts in dit geval voldoende behoedzaam te werk is gegaan. De arts heeft een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd, alsook een consulent die als ouderenspsychiater werkzaam is. Beiden hebben een oordeel gegeven over de wilsbekwaamheid van patiënte. De specialist ouderengeneeskunde

achtte haar niet wilsbekwaam om beslissingen in complexe zaken te nemen. De consulent daarentegen was van oordeel dat zij ter zake van het euthanasieverzoek wel wilsbekwaam was. Gelet op de uitvoerige onderbouwing van de consulent van zijn standpunt, afgezet tegen de meer summiere motivering van de specialist ouderengeneeskunde, en gelet op de gesprekken die de arts zelf met patiënte heeft gevoerd, is de commissie van oordeel dat de arts de visie van de consulent/ouderenspsychiater als meer overtuigend kon beschouwen en dat hij in redelijkheid tot de conclusie heeft kunnen komen dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen is voldaan.

## STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Zie in dit kader de EuthanasieCode 2018 p. 21 en verder en p. 51

Wil een patiënt in aanmerking komen voor euthanasie dan moet zijn lijden een medische grondslag hebben. Maar niet is vereist dat er een *levensbedreigende* aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen - zoals visusstoornissen, gehoorstoornissen, osteoporose, artrose, evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang - kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op oudere leeftijd op. Het is de optelsom van een of meer van deze aandoeningen en daarmee samenhangende klachten die een lijden doen ontstaan dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt door déze patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren. Hieronder twee van dit soort zaken.

### CASUS 2017-38

Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-38 op de website

**OORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; consulent geeft negatief advies, arts voert toch uit.

Bij een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oud, was sprake van ernstige vermoeidheid, slijtage in meerdere gewrichten en botontkalking. Als gevolg daarvan liep zij een half jaar voor het overlijden bij een val een breuk op in haar knieschijf op. Patiënte was daarnaast bekend met ouderdomslethorendheid (rechts doof en links 40% resterend). Zij onderging tweemaal een staaroperatie. Uiteindelijk was haar linkeroog blind en het rechteroog had verminderd zicht. Er was ook sprake van lichte cognitieve stoornissen. Na haar val revalideerde patiënte in een ziekenhuis en kon, nadat ze opnieuw had geleerd trap te lopen, weer terug naar huis. Zij was, zeker na dit traject, in toenemende mate broos. Haar huisarts, de tijdens de revalidatie behandelende specialist ouderengeneeskunde en de door de arts geraadpleegde onafhankelijke geriater waren van mening dat de klachten van patiënte niet meer zouden verbeteren.

Het lijden van de vrouw bestond uit intense vermoeidheid, toenemend gehoorverlies, verlies van gezichtsvermogen, duizeligheid en dagelijks pijn in bijna alle gewrichten. Zij vermagerde. Er was sprake van broosheid. Zij liep slecht en was wankel ter been. Zij was bang om te vallen maar weigerde een rollator te gebruiken. Zij vond dat een verlies van haar waardigheid. Haar verminderde gehoor was hinderlijk voor haar sociale contacten en zij kon door haar cognitieve achteruitgang haar hobby's niet meer uitoefenen zoals zij gewend was. Hierdoor had zij weinig bezigheden waaraan zij nog voldoening en zelfrespect kon ontleen. Patiënte, die altijd een zeer zelfstandige vrouw was geweest, vond het



vrekelijk dat zij niet langer meer kon zijn, wie zij altijd was geweest. Zij leed vooral onder de dreigende toename van afhankelijkheid. Zij had daar een voorproefje van meegemaakt door de breuk in de knieschijf. Zij had de opname en revalidatie afschuwelijk gevonden. Een verdere aftakeling wilde zij niet meemaken. Zij verlangde naar een einde aan haar leven. 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.

De arts en de huisarts hebben in overleg met elkaar nader onderzoek laten uitvoeren door onder anderen een vaatchirurg, reumatoloog en KNO-arts. Ook raadpleegde de arts een onafhankelijk klinisch geriater. Laatstgenoemde vermoedde dat er sprake was van 'voltooid leven problematiek' met een mogelijke depressie die bijdroeg aan het lijden. Op advies van deze geriater had de vrouw een korte periode antidepressiva gebruikt om haar stemming te doen verbeteren. Deze medicijnen gaven geen positief resultaat en zorgden voor teveel bijwerkingen. De vrouw vond zichzelf niet depressief. Er werd nog geprobeerd om haar te laten verhuizen naar een meer geborgen woonomgeving. Zij wilde dat absoluut niet. Geen van de betrokken artsen zag nog wezenlijke behandelalternatieven.

De geconsulteerde SCEN-arts constateerde weliswaar dat de vrouw constant moest inleveren en te maken had met zeer serieuze problemen, maar hij vond toch dat er meer sprake was van een 'voltooid leven' gevoel op basis van de ervaren beperkingen dan van ondraaglijk lijden. Hij meende dat binnen afzienbare tijd andere medisch gerelateerde problemen zouden kunnen ontstaan, die ertoe zouden kunnen leiden dat er wel sprake zou zijn van, voor hem invoelbaar, ondraaglijk lijden. Hij kon de ondraaglijkheid van het lijden nu onvoldoende begrijpen. De consulent kwam daarom tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Naar aanleiding van het negatieve advies van de consulent, schreef de arts in het modelverslag dat zij aanvankelijk was misleid geweest door het relatief jeugdige uiterlijk van deze bijna 90-jarige patiënte, haar verzorgde huis en haar vlotte babbel. Patiënte probeerde altijd een schone schijn op te houden. Er waren veel gesprekken nodig geweest vóór de arts overtuigd was van het feit dat de vrouw ondraaglijk leed. De medische grondslag werd, naarmate de tijd verstreek, evidentier. De broosheid en vermoeidheid gingen een steeds grotere rol spelen. De consulent sprak de vrouw maar één keer en vergeleek de ondraaglijkheid van haar lijden met het lijden van andere zeer hoogbejaarde mensen en niet in het licht van de specifieke persoonlijkheid van deze vrouw. De arts heeft nog uitvoerig met de consulent gesproken. De arts begreep wel hoe de consulent redeneerde maar vond het niet eerlijk tegenover de vrouw om te wachten tot er nog meer lichamelijk lijden door een herseninfarct of iets dergelijk, was ontstaan.

De arts besloot geen tweede consulent te raadplegen omdat er een consultatie had plaatsgevonden en omdat zij meende dat zij haar overtuiging en het verschil van inzicht met de consulent voldoende kon onderbouwen. De arts overwoog daarbij dat een tweede consulent vermoedelijk ook niet door de façade van patiënte heen zou kunnen prikken. De arts zelf was overtuigd dat de vrouw ondraaglijk leed aan een combinatie van aandoeningen met een duidelijke medische grondslag waarmee zij moeilijk om kon gaan door haar persoonlijkheid.

De commissie overweegt dat de arts zich heeft laten leiden door het door patiënte goed onderbouwde verzoek en haar eigen in de loop van de tijd gegroeide overtuiging dat inderdaad sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Een arts kan een negatief advies van de consulent naast zich neer leggen en de euthanasie uitvoeren. De arts is volgens de WTL verantwoordelijk, maar zal goed moeten onderbouwen waarom hij/zij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven. De commissie is van oordeel dat de arts in haar verslagen uitgebreid en overtuigend heeft onderbouwd waarom zij tot de overtuiging is gekomen dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere mogelijkheden waren om het lijden te verlichten. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen.

## CASUS 2017-19

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-19 op de website*

**ORDEEL:** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; stapeling van ouderdomsaandoeningen

Een man, tussen 80 en 90 jaar oud, leed al geruime tijd aan onder andere slijtage in meerdere gewrichten, aan slijtage van de wervelkolom en aan maculadegeneratie (een netvliesveroudering in het oog waardoor het zicht vermindert). Het lijden van de man bestond uit toenemende verslechtering van zijn situatie. Hij had moeilijk te bestrijden pijn en was nauwelijks mobiel. Hij was altijd een zelfstandige man geweest en had met allerlei hulpmiddelen en ondersteuning lange tijd zijn autonomie, die een levensvoorwaarde voor hem was, kunnen behouden. Kort voor het overlijden was hij bedlegerig en afhankelijk geworden en hij leed daar ernstig onder. Hij wist dat er geen verbetering van zijn situatie mogelijk was en er alleen verslechtering in het verschiet lag. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren

geen voor de patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Met betrekking tot de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden overweegt de commissie als volgt. Gezien de optelsom van de ouderdomsaandoeningen en het als gevolg daarvan optredende verlies van autonomie, waardigheid en het gebrek aan kwaliteit van leven alsmede het volledig afhankelijk zijn van de zorg van anderen kon de arts tot de overtuiging komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

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

### 3. ARTS HEEFT NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Oordelen waarbij de RTE tot de beslissing zijn gekomen dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, zijn altijd omvangrijker dan andere oordelen. Dat komt omdat een dergelijk oordeel niet gegeven wordt zonder dat de arts in de gelegenheid wordt gesteld om een mondelinge toelichting te geven.

In dit verslagjaar zijn de RTE twaalf keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij de toepassing van euthanasie/hulp bij zelfdoding niet gehandeld heeft conform alle zorgvuldigheidseisen. Hieronder komen elf oordelen aan de orde in de volgorde waarop de zorgvuldigheidseisen in de wet worden genoemd.

#### NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE VEREISTEN VAN VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK EN UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

*Zie voor vrijwillig en en weloverwogen verzoek de EuthanasieCode 2018 p. 17 en verder en voor uitzichtloos en ondraaglijk lijden p. 20 en verder*

Een problematische situatie kan ontstaan als een patiënt kort voor het voorgenomen moment van uitvoering van euthanasie in een coma of in een toestand van verlaagd bewustzijn raakt. Wanneer de patiënt, zoals in onderstaande casus, spontaan in een niet op te heffen situatie van verlaagd bewustzijn geraakt terwijl er wel tekenen van (mogelijk) lijden zijn, kan de arts de euthanasie uitvoeren. Zijn er geen tekenen van (mogelijk) lijden dan is de euthanasie niet mogelijk. Als de patiënt in een dergelijke situatie terecht komt voordat de consulent hem heeft gezien zal de consulent zijn oordeel met betrekking tot het verzoek moeten baseren op informatie van anderen (arts, wilsverklaring, medisch dossier end.). Zijn oordeel over het lijden van de patiënt zal de consulent moeten baseren op zijn eigen observatie, het medisch dossier en de mondelinge informatie van anderen. Over die moeilijke situatie gaat onderstaande casus.

51

#### CASUS 2017-73

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; vrijwillig en weloverwogen verzoek; wilsverklaring; ondraaglijk lijden

Bij een vrouw, tussen 70 en 80 jaar oud, werd begin maart 2017 de diagnose uitgezaaide kanker van de pancreaskop gesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard (gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven).

Het lijden van de vrouw bestond uit zeer ernstige vermoeidheid, toenemende afhankelijkheid en bedlegerigheid. Zij was misselijk en kon niet

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-73 op de website*

meer goed eten en drinken. De vrouw, wiens echtgenoot kort ervoor was overleden, leed onder de snelle achteruitgang en ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De vrouw had in het najaar van 2016, samen met haar zieke echtgenoot, met de arts over euthanasie gesproken. Hierbij hadden zij beiden aangegeven dat zij in geval van ondraaglijke pijn, bedlegerigheid, bij gebrek aan kwaliteit van leven en wanneer overlijden binnen afzienbare tijd te verwachten was, geen behandeling meer zouden willen anders dan sedatie of euthanasie. Begin januari 2017 bevestigde de vrouw deze wens. Na het vernemen van de diagnose heeft zij verschillende keren met de arts over euthanasie gesproken. Ruim twee weken voor het overlijden heeft zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar verzoek daarna herhaald.

Twee dagen voor de uitvoering van de levensbeëindiging raakte de vrouw door een groot herseninfarct in coma. In de avond voorafgaand aan de levensbeëindiging en kort voordat de levensbeëindiging werd uitgevoerd had de vrouw nog even een verbeterd bewustzijn. Zij heeft toen op de vraag van de arts of zij inderdaad euthanasie wilde, hem in de hand geknepen en een vage positieve knik gegeven.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Voor de arts was het duidelijk dat patiënte leed op dat moment: zij had pijn, kreunde en huilde.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht de vrouw één dag voor de levensbeëindiging. De consulent merkte op dat de vrouw wel reageerde op aanspreken maar dat zij naar zijn beoordeling niet kon reageren op vragen. Volgens de consulent leek de vrouw geen pijn te hebben en was er op dat moment geen kortademigheid of ongemak. De ondraaglijkheid van het lijden - hoewel volgens de consulent niet meer te toetsen – bestond uit verlies van autonomie en bedlegerigheid. In zijn verslag kwam de consulent, mede op basis van de notities in het patiëntjournaal, gesprekken met de arts en de kinderen van patiënte, tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Na bestudering van de meldingsgegevens en een verdere schriftelijke toelichting van de arts had de commissie nadere vragen met betrekking tot de wil van patiënte, haar ondraaglijk lijden en haar bewustzijn één dag voor het overlijden. De arts lichtte de achtergrond toe van de vrouw en haar euthanasiewens. Patiënte verkeerde in een turbulente situatie: haar echtgenoot die kanker had was enkele maanden geleden door middel van euthanasie overleden. Niet lang daarna werd bij haar de diagnose uitgezaaide kanker aan de pancreaskop gesteld. In meerdere gesprekken die de arts met patiënte voerde, heeft zij aangegeven dat zij ook euthanasie zou willen. De euthanasie bij haar man vonden zij en haar kinderen een mooi proces waarbij zij in elkaars bijzijn afscheid konden nemen.

Volgens de arts wilde patiënte haar autonomie niet verliezen. Zij wilde niet bedlegerig worden, ondraaglijke pijn lijden en/of te maken krijgen met ernstige kortademigheid. De euthanasieprocedure was toen nog niet daadwerkelijk gestart maar dat was wel de intentie.

Eerder is met patiënte besproken dat zij een wilsverklaring zou opstellen. Deze zou digitaal opgesteld zijn, maar kon door omstandigheden (spoedverhuizing naar zoon, waarschijnlijk in computer van overleden echtgenoot) niet worden overlegd. Volgens de kinderen bestond de wilsverklaring. Na het doormaken van het herseninfarct kon de vrouw haar euthanasiewens niet meer verwoorden. De kinderen van patiënte wilden dat de arts haar euthanasiewens zou inwilligen. De arts licht toe dat hij palliatieve sedatie heeft overwogen en besproken met de familie. Vanwege de onvoorspelbaarheid van het overlijden dat dagen tot misschien wel een week zou kunnen duren, was dit geen optie voor de familie. Zij gaven aan dat patiënte dit absoluut niet gewild zou hebben.

Voor wat betreft de bevestiging van de euthanasiewens op de avond van de uitvoering realiseert de arts zich dat deze non-verbale signalen een kwestie van interpretatie zijn. Hij meende echter dat hij op basis van deze signalen tot de conclusie kon komen dat de vrouw daadwerkelijk euthanasie wilde. De arts geeft verder aan dat patiënte transpireerde en grimaste. Hij was ervan overtuigd dat patiënte ondraaglijk leed en pijn had.

De commissie overweegt dat patiënte, in een niet-omkeerbaar verlaagd bewustzijn verkeerde voordat de euthanasieprocedure tussen arts en patiënte in gang was gezet. Om tot euthanasie over te kunnen gaan, zal er in een dergelijke situatie in elk geval een door de patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring moeten zijn. Ook moeten er tekenen zijn van mogelijk lijden en zal de consulent de patiënte moeten zien (Euthanasie-Code 2018 p. 48).

Uit de verslaggeving van de arts constateert de commissie dat er geen schriftelijke wilsverklaring is overlegd. Tevens constateert de commissie dat de door de arts geraadpleegde consulent patiënte heeft gezien. Maar de consulent heeft aangegeven dat patiënte haar euthanasiewens niet kon verwoorden, niet kon reageren op vragen en geen pijn leek te hebben. De bevindingen van de consulent met betrekking tot de toestand van patiënte komen niet overeen met die van de arts. De commissie acht dit verschil in observatie van de consulent en de arts voorstelbaar gezien het wisselende niveau van bewustzijn bij patiënte.

Wat betreft de communicatie tussen de arts en de patiënt voorafgaand aan de euthanasie is in het gesprek vastgesteld dat de duiding van deze communicatie niet van tevoren, ook niet als inleiding tot de vraagstelling, is afgesproken. De commissie komt derhalve tot de conclusie dat het hoofdknikken en handknijpen in deze specifieke situatie onvoldoende zijn als kwalificatie van een bevestiging van de euthanasiewens van

patiënte. Dit klemt des te meer nu een onderliggende wilsverklaring ontbrak.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte. Tevens is de commissie van oordeel dat de overtuiging van de arts dat patiënte ondraaglijk leed, onvoldoende wordt geschraagd door feiten of omstandigheden die speelden in de periode vlak voor de euthanasie.

De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

## SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARING

*Zie voor aandachtspunten met betrekking tot de schriftelijke wilsverklaring de EuthanasieCode 2018 p. 36 en verder*

Een schriftelijke wilsverklaring kan in plaats komen van een mondeling verzoek (artikel 2 lid 2 WTL). De overige zorgvuldigheidseisen zijn dan van ‘overeenkomstige toepassing’. Belangrijk is dat de patiënt zo duidelijk mogelijk in de wilsverklaring aangeeft onder welke concrete omstandigheden zijn verzoek tot uitvoer zou moeten worden gebracht. Het moet gaan om omstandigheden waarin gesproken kan worden van de door de patiënt ervaren ondraaglijk lijden. De commissie had ten aanzien van beide vereisten vragen in onderstaande casus.

## CASUS 2017-103

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-103 op de website*

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; wilsverklaring; ondraaglijk en uitzichtloos lijden

Een vrouw, tussen 60 en 70 jaar oud, kampte sinds 2007 met klachten van vergeetachtigheid, somberheid en paniek. Zij werd steeds meer gesloten. In 2010 werd de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Haar ziekte had een progressief verloop. Eind 2013 werd de vrouw opgenomen in een verzorgingshuis waar zij verbleef in een kleinschalige verpleegunit, omdat het thuis niet meer ging. Op dat moment had zij al geen inzicht meer in haar situatie. Tegen haar familie had de vrouw altijd gezegd niet in een verpleeghuis te willen worden opgenomen. Het laatste halfjaar voor haar overlijden ging zij hard achteruit.

Volgens de arts werd het lijden van de vrouw gekenmerkt door geregeld onrustig roepen en schreeuwen. Een gevolg was onder andere dat zij niet meer in de groep kon verblijven. De vrouw had vaak weerstand bij en verzette zich tegen alle ADL-handelingen, ook bij het telkens (moeten) verschonen vanwege haar incontinentie voor urine en ontlasting. De vrouw was inmiddels rolstoelgebonden geworden. Hierdoor kon zij zich niet meer uit door haar als onaangenaam ervaren situaties verwijderen. Zij zat steeds meer in haar lijf gevangen. De vrouw kon alleen nog maar in een stoel zitten, zelf eten kon zij niet meer. Dichtbij haar komen mocht niet altijd. In een aantal gevallen werd zij boos. Dat was een groot probleem bij haar verzorging: patiënte sloeg, knoeide, schopte, greep en liet niet meer los. Er waren huilbuien en veel boosheid.

Volgens de arts was er bij patiënte sprake van een ‘overheersend grondlijden’. De arts was, net als de familie en de verzorgenden, op grond van non-verbale uitingen van de patiënte ervan overtuigd dat het lijden voor haar ondraaglijk was en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos.

Na het vernemen van de diagnose van de ziekte van Alzheimer was, volgens de kinderen van de vrouw haar eerste reactie geweest: “Oh nee, dit is niet wat ik wil”. Ze hadden het vaak met haar over dementie gehad



omdat verschillende familieleden dement in het verpleeghuis waren geëindigd. Dat had hun moeder vreselijk gevonden. Zij had altijd al gezegd, dat wanneer ze dement zou worden en naar het verpleeghuis zou moeten, het van haar niet meer hoefde. Dan wilde ze dood. De vrouw had eerder met haar huisarts, die haar behandelde tot haar opname in het verzorgingshuis in 2013, over euthanasie gesproken. In 2011 had zij een wilsverklaring opgesteld en aan haar huisarts overhandigd. Op dat moment was patiënte nog wilsbekwaam. In haar wilsverklaring had de vrouw onder meer aangegeven:

*[...] dat ik ten alle tijden zowel lichamelijk als mentaal ondragelijk lijden, voor mezelf wil voorkomen.*

*Daar de diagnose dementie (Alzheimer) en COPD is vastgesteld, zouden zowel mijn mentaal als lichamelijk lijden ervoor kunnen zorgen dat ik in een voor mij ondragelijke situatie terechtkom.*

*Middels deze wilsverklaring, wil ik vastleggen wat ik niet meer wil. Ik ben bekwaam om dit nu vast te leggen. Als mijn mentaal welbevinden, dusdanig achteruit gaat wil ik dat mijn specialist [...] hierin betrokken wordt, om mijn wilsverklaring te bekrachtigen.*

*[...]*

*Ik wil absoluut geen opname in het verpleeghuis. Ik wil dan dat er actieve euthanasie wordt uitgevoerd.*

*Ik vind het belangrijk om op een voor mij menswaardige manier te kunnen sterven en als bovengenoemde punten worden nageleefd, heb ik het vertrouwen dat dit dan ook kan gebeuren.*

Bij het overhandigen van haar wilsverklaring in 2011 heeft de vrouw de huisarts direct ook om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De huisarts wilde dit verzoek echter niet honoreren. De vrouw trok zich daarna steeds meer in zichzelf terug en was voor haar familie niet goed meer te bereiken. Er is daarna niet meer overwogen om het nog een keer aan te kaarten, omdat de huisarts zo stellig was in zijn weigering.

Tijdens haar verblijf in het verzorgingshuis hebben de kinderen besloten om haar euthanasiewens met de huisarts die aan het verzorgingshuis verbonden was, te bespreken. Deze huisarts heeft zich ongeveer vier maanden voor het overlijden tot de Stichting Levensindekliniek (SLK) gewend voor een tweede mening. Omdat de huisarts niet zelf de uitvoering van de euthanasie op zich wilde nemen is de SLK-arts met de patiënte verder gegaan. Zij heeft nog vier bezoeken aan de vrouw gebracht. De arts heeft haar op verschillende momenten van de dag geobserveerd. Ook heeft zij zich uitgebreid laten informeren door de familie en de verzorgenden.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent, een specialist ouderengeneeskunde, bezocht patiënte ruim een maand voor de levensbeëindiging nadat hij uitvoerig door de arts

over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De consulent kwam tot de conclusie dat er geen sprake was van ondraaglijk lijden en dat de wilsverklaring niet expliciet genoeg was. Er was dan ook naar zijn overtuiging niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

De arts heeft naar aanleiding van de uitkomst van de SCEN-consultatie de argumenten van de consulent serieus overwogen, hierover met hem persoonlijk van gedachten gewisseld en de uitvoering van de euthanasie uitgesteld om zich nader te kunnen beraden en te overleggen met haar collega's van de SLK. De arts besloot niet tot een herbeoordeling door een tweede consulent over te gaan, maar verzocht een collega-arts van de SLK - een klinisch geriater, tevens SCEN-arts - de vrouw ook nog eens te observeren. De arts gaf aan namelijk meer behoefte te hebben aan een moment van gezamenlijke reflectie met een collega, die ook ervaring met dit soort patiënten heeft en waarvan zij wist dat hij kritisch is. Deze collega heeft ongeveer anderhalve week voor het overlijden de patiënte beoordeeld. De arts had de collega beperkt mondeling geïnformeerd over de patiënte. De collega was van oordeel dat het niet mogelijk was inzicht te krijgen in haar denken of voelen anders dan door een interpretatie van haar non-verbale gedrag, een gedrag dat op zichzelf grotendeels automatisch leek te worden aangestuurd door externe prikkels. Van wat er binnen gebeurde was weinig te zien. Volgens de collega maakte patiënte in deze ontluistering een deerniswekkende indruk.

De arts heeft haar besluit om ondanks het negatieve SCEN-advies de euthanasie toch uit te voeren onder meer als volgt gemotiveerd:

- *De mate van lijden kan van moment tot moment verschillen. Ik heb patiënte vaker gezien dan de SCEN arts. Mijn beoordeling van het lijden wordt ook nog bevestigd door de observaties van het verzorgend personeel, dat patiënte nog veel vaker heeft meegemaakt en de familie.*
- *De wet schrijft voor, dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Hier wordt met "arts" de uitvoerend arts bedoeld en niet de SCEN arts. Ik ben wel degelijk tot de overtuiging gekomen van de ondraaglijkheid van het lijden.*
- *Bij de beoordeling van het lijden zijn altijd persoonlijke interpretatieverschillen mogelijk, hetgeen ook uit de literatuur blijkt [...]*

Gevraagd naar de wijze waarop de arts heeft bepaald dat er sprake was van ondraaglijk lijden, licht de arts toe dat zij vooral door wat zij heeft gezien tot de overtuiging was gekomen dat de vrouw ondraaglijk leed. Zij heeft de vrouw geobserveerd en gefilmd en naderhand ook het gemaakte beeldmateriaal van de verzorging van patiënte bekeken. De arts heeft onder andere waargenomen dat patiënte rustig in haar bed lag en vervolgens helemaal stijf werd als de verzorging haar kwam helpen. De SLK-verpleegkundige voegt daaraan toe dat de stemming van de vrouw plotseling kon veranderen en zij heel boos kon worden. De arts geeft desge-

vraagd aan dat zij de boosheid van de vrouw heeft geïnterpreteerd als ondraaglijk lijden. De arts realiseert zich terdege dat het altijd een kwestie van interpretatie blijft; demente patiënten zijn nu eenmaal vaak boos. De arts neemt voor haar beoordeling ook de voorgeschiedenis mee. Bij de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden van de vrouw heeft de arts dan ook tevens in acht genomen dat zij heel duidelijk had aangegeven absoluut niet in een verpleeghuis te willen worden opgenomen wegens dementie. De situatie waarin zij terecht was gekomen, was exact wat zij niet had gewild.

Volgens de arts was het lijden van patiënte uitzichtloos en was er geen redelijke andere oplossing voorhanden. De verzorging was deskundig. Men wist wat er aan de hand was met patiënte en wat er gedaan moest worden.

De arts is zich ervan bewust dat het oordeel van de consulent en haar eigen visie haaks op elkaar staan. Gevraagd naar de wijze waarop de arts het verslag van de door haar geraadpleegde consulent interpreteert, antwoordt de arts dat de consulent de mening van de familie en de verzorging buiten beschouwing heeft gelaten. De arts is het daar niet mee eens. Zij kennen patiënte per slot van rekening het beste. De arts geeft aan dat de consulent er ook voor had kunnen kiezen om de vrouw nog een tweede keer te bezoeken.

De arts wijst erop dat de collega-arts haar opvatting over de ondraaglijkheid van het lijden van de vrouw ondersteunde en dat de collega-arts dit ook aan haar te kennen heeft gegeven. Volgens de arts is het verslag van de collega-arts volkomen helder en is de zinsnede “een deerniswekkende indruk” voldoende duidelijk. Als de collega-arts haar opvatting niet had gedeeld, zou de arts niet tot euthanasie zijn overgegaan. De arts zag geen toegevoegde waarde in een herbeoordeling door een tweede onafhankelijke consulent.

Op de vraag waarom niet aan de expliciete wens van de vrouw gevolg is gegeven om, zoals zij in haar wilsverklaring had aangegeven, haar behandelend specialist in het ziekenhuis bij de procedure te betrekken om haar wilsverklaring te bekrachtigen, antwoordt de arts dat zij heeft getracht de behandelend specialist te traceren, maar dat hij niet meer werkzaam bleek te zijn op de plek waar de vrouw bij hem in behandeling was geweest.

Ten aanzien van een vrijwillig en weloverwogen verzoek overweegt de commissie als volgt.

De vrouw heeft volgens haar familieleden, direct na het vernemen van de definitieve diagnose van de ziekte van Alzheimer, aangegeven dat dit niet was wat zij wilde. Dat heeft ze ook aangegeven in haar wilsverklaring. Niet ter discussie staat de vraag of de vrouw ten tijde van het opstellen van haar wilsverklaring tot een redelijke waardering van haar belangen in staat was.

Wel kan de vraag gesteld worden of deze verklaring, nu deze een aantal jaren oud is en niet recent schriftelijk dan wel mondeling is herbevestigd nog onverkort geldig is. Zoals in de EuthanasieCode 2018 op p. 36 wordt aangegeven, stelt de WTL niet de eis dat een eenmaal opgestelde schriftelijke wilsverklaring een bepaalde geldigheidsduur heeft of op gezette tijden moet worden geactualiseerd. Echter, hoe ouder de wilsverklaring, hoe meer twijfel mogelijk is over de vraag of deze nog wel weer geeft wat de patiënt werkelijk wilde.

De vraag die onder meer voorligt is, nu patiënte haar wilsverklaring na de overhandiging aan haar huisarts in 2011 niet meer schriftelijk dan wel mondeling heeft herbevestigd, of de in de wilsverklaring neergelegde omstandigheden concreet genoeg beschreven zijn om te kunnen spreken van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

In de EuthanasieCode 2018 wordt in dit kader op p. 43 aangegeven dat de uitvoering van een euthanasieverzoek in de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren (of uitsluitend nog door eenvoudige uitingen of gebaren) mogelijk is in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Het moet gaan om een duidelijke verklaring, die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie. De arts en de consulent zullen dan het gehele ziekteproces en alle overige specifieke omstandigheden bij hun overwegingen moeten betrekken. Het komt dan aan op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van de patiënt, zowel gedurende het ziekteproces als vlak voor de uitvoering van de euthanasie. Op dat moment moet aannemelijk zijn dat uitvoering van de euthanasie in de lijn ligt van de eerdere schriftelijke wilsverklaring, en dat daarvoor geen contra-indicaties bestaan (zoals duidelijke tekenen dat de patiënt geen levensbeëindiging wil).

De commissie stelt vast dat patiënte in haar wilsverklaring heeft aangegeven dat zij te allen tijde zowel lichamelijk als mentaal ondraaglijk lijden voor zichzelf wilde voorkomen, dat zij euthanasie wenste op het moment dat opname in een verpleeghuis aan de orde zou zijn. En tevens dat zij op een menswaardige manier wilde sterven.

De commissie erkent dat er verschil van inzicht kan bestaan over de vereiste mate van gedetailleerdheid en concreetheid van de in de wilsverklaring omschreven omstandigheden waaronder een patiënt euthanasie wenst en dat over de vraag of de wilsverklaring in casu voldoende duidelijk was verschillend kan worden gedacht. Wat de commissie echter met name meeweegt in haar beoordeling of er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek is het feit dat de wilsverklaring uit 2011 nadien door patiënte niet meer is herbevestigd in de aanloop naar de opname in het verpleeghuis, bij familieleden noch bij de toenmalige huisarts en specialist en tevens dat de arts nimmer met patiënte over

haar euthanasiewens heeft gesproken. De commissie beschouwt de inhoud van de wilsverklaring, alles bijeen genomen, dan ook als onvoldoende om als grondslag te kunnen dienen voor de arts om in redelijkheid te kunnen vaststellen dat deze uitdrukking geeft aan de blijvende wil van patiënte tot aan het moment waarop zij haar wilsbekwaamheid verloor. Tevens speelt daarbij een rol dat de arts geen contact heeft gezocht met de voormalige huisarts en specialist van patiënte om zich een beeld te vormen van de wil van patiënte. De commissie is derhalve van oordeel dat de arts niet in redelijkheid heeft kunnen vaststellen dat er in casu sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte als omschreven in artikel 2 lid 2 van de WTL.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseis dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie als volgt. De beoordeling van de vraag of er sprake was van door patiënte ervaren ondraaglijk lijden waren zowel de arts als de consulent aangewezen op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van patiënte nu zij wilsonbekwaam was.

De arts heeft aangegeven dat zij vooral door wat zij heeft gezien tot de overtuiging was gekomen dat patiënte ondraaglijk leed. Bij de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte heeft de arts tevens in acht genomen dat patiënte in haar schriftelijke wilsverklaring heel duidelijk had aangegeven absoluut niet in een verpleeghuis te willen worden opgenomen.

De consulent kwam, op basis van zijn bezoek aan patiënte en nadat hij het beschikbare beeldmateriaal had bestudeerd, echter tot de conclusie dat er geen sprake was van ondraaglijk lijden, omdat zijn observatie en het beeldmateriaal het tegenovergestelde toonden van wat werd beweerd.

Aangezien de arts en de consulent lijnrecht tegenover elkaar stonden wat hun beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte betreft, heeft de commissie besloten het beeldmateriaal te bestuderen. De commissie is van mening dat het beeldmateriaal niet eenduidig richtinggevend steun biedt voor het oordeel van de arts dat er bij patiënte sprake was van ondraaglijk lijden. Daar komt bij dat de wilsverklaring tamelijk summier is wat de omschrijving van het lijden betreft. Het feit dat patiënte in haar wilsverklaring heeft aangegeven euthanasie te wensen op het moment dat opname in een verpleeghuis aan de orde zou zijn, is onvoldoende om ondraaglijk lijden in casu aan te nemen. Aannemelijk moet zijn dat patiënte daadwerkelijk ondraaglijk lijden ervoer zowel gedurende het ziekteproces als vlak voor de uitvoering van de euthanasie.

Ten aanzien van de consultatie overweegt de commissie dat de arts een negatief advies van de consulent naast zich neer kan leggen en de eutha-

nasie kan uitvoeren. De arts is volgens de WTL verantwoordelijk, maar zal goed moeten onderbouwen waarom hij/zij de beoordeling van de consulent terzijde heeft geschoven (KNMG Richtlijn 'Goede Steun en Consultatie bij Euthanasie', par. 23<sup>6</sup>). In de EuthanasieCode 2018 wordt op p. 28 in dit kader opgemerkt dat de arts het oordeel van de consulent zwaar moet laten wegen. Het is echter niet de taak van de consulent om de arts 'toestemming' te geven. Bij een verschil van mening tussen de arts en de consulent, kan de arts besluiten het verzoek van de patiënt niettemin te honoreren. Dat besluit zal de arts wel aan de commissie moeten kunnen uitleggen. Een mogelijkheid is ook dat de arts bij een verschil van inzicht tussen hem en de consulent een andere consulent benadert met specifieke kennis inzake deze problematiek. De arts zag echter in dit geval geen toegevoegde waarde in een herbeoordeling door een tweede onafhankelijke consulent. In plaats daarvan raadpleegde zij een collega-arts van de SLK. Deze arts kan volgens de commissie niet als onafhankelijke consulent in de zin van de WTL worden aangemerkt. De arts heeft uitgebreid toegelicht - zowel schriftelijk als mondeling - waarom zij ondanks het negatieve advies van de consulent toch tot uitvoering van euthanasie is overgegaan. Hierbij heeft de arts onder meer aangevoerd dat volgens haar de wet voorschrijft dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, en niet de SCEN-arts. De commissie wijst er op dat op grond van artikel 2 lid 1 sub e WTL de door een arts geraadpleegde onafhankelijke consulent wel degelijk zijn oordeel dient te geven of er in casu aan de zorgvuldigheidseisen zoals neergelegd in artikel 2 lid 1 sub a tot en met d WTL is voldaan, waaronder het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

In haar toelichting heeft de arts onder meer aangegeven dat zij had besloten tot uitvoering van de euthanasie over te gaan ondanks het negatieve advies van de consulent, omdat de door haar geraadpleegde collega-arts van de SLK haar mening deelde dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Als haar collega-arts haar opvatting niet had gedeeld, zou zij niet tot euthanasie zijn overgegaan. De commissie is echter van oordeel dat, naast het feit dat deze collega-arts niet als onafhankelijke consulent kan worden aangemerkt, het door de collega-arts opgestelde verslag zeer summier is en dat daarin niet voldoende wordt onderbouwd waarom de collega-arts van mening was dat er sprake was van door patiënte ervaren ondraaglijk lijden.

De commissie is van oordeel dat de arts onvoldoende heeft onderbouwd waarom het waargenomen gedrag van patiënte kon worden aangemerkt als ondraaglijk lijden.

6 Te raadplegen via [www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/goede-steun-en-consultatie-bij-euthanasie.htm](http://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/goede-steun-en-consultatie-bij-euthanasie.htm).

De arts heeft aangegeven dat zij de verzorging deskundig vond, dat men wist wat er aan de hand was met patiënte en wat er gedaan moest worden. Volgens de arts was de verzorging niet onbekwaam of minder bekwaam dan in een regulier verpleeghuis het geval zou zijn geweest. Echter, patiënte was opgenomen in een kleinschalige, gesloten woonvoorziening van een verzorgingshuis, niet in een verpleeginstelling die toegerust is voor de verzorging van patiënten die lijden aan vergevorderde dementie. De zorgproblematiek van patiënte oversteeg het niveau van het verzorgingshuis en maakte het alleszins redelijk aan te dringen op overplaatsing naar een gespecialiseerde instelling die berekend is op de 'zorgzwaarte' van deze patiënte. Het was volgens de commissie dan ook te overwegen geweest om patiënte over te plaatsen naar een voor haar geëigende zorgvorm waardoor er wellicht op basis van een andere aanpak/beleid/bejegening enige verbetering in haar situatie bewerkstelligd had kunnen worden.

Op grond van voorgaande overwegingen is de commissie van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos lijden waarvoor geen redelijke andere oplossing was.

## NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE VEREISTEN VAN UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN ÉN HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

*Zie voor het ontbreken van een redelijke andere oplossing de EuthanasieCode 2018 p. 24 en verder*

Het lijden van een patiënt wordt uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. Van uitzichtloos lijden is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, behandelopties ontbreken die gericht zijn op genezing of op verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg). De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het weg nemen van het lijden geen redelijk andere oplossing bestaat. De vraag of er sprake is van een redelijke andere oplossing moet worden beoordeeld in het licht van de actuele diagnose.

### CASUS 2017-31

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-31 op de website*

**ORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; uitzichtloos lijden

Bij een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oude, werd dertig jaar voor overlijden de diagnose vernauwing van de luchtwegen (COPD) gesteld. Zij werd daarvoor behandeld met inhalatiemedicatie, echter zonder resultaat. Het laatste jaar voor haar overlijden kreeg de vrouw toenemend last van kortademigheid, met name bij inspanning. Behandeling met extra zuurstof wees zij af. Verder had de vrouw sinds 2002 last van ouderdomslethorendheid en sinds 2014, nadat reuk en smaak waren uitgevallen, last van een slechte eetlust. Zij ervoer daarnaast beperkingen als gevolg van kromstand van haar vingers. Dit was deels het gevolg van verharding van de huid en anderzijds door verdikte pezen, waardoor zogenaamde ‘trigger fingers’ ontstonden (de vinger loopt vast door een ontsteking in de peesschede en van de pees en blijft gebogen staan en schiet regelmatig los). Injecties hadden aanvankelijk gunstig effect, maar later niet meer. Het lijden van patiënte bestond uit de optelsom van haar klachten, waarbij de kortademigheid op de voorgrond stond. Zij was kortademig, met name bij inspanning, kon nog maar kleine stukjes lopen en was ernstig vermoeid. Tevens was zij steeds meer in een sociaal isolement terecht gekomen. Zij leed onder de wetenschap dat haar situatie in de nabije toekomst alleen maar verder achteruit zou gaan. De vrouw vreesde dan niet meer auto te kunnen rijden, niet langer meer zelfstandig te kunnen blijven wonen, afhankelijk van verzorging te worden en binnen afzienbare tijd haar huis uit te moeten. Daar zag zij vreselijk tegen op. De vrouw, die altijd een zeer zelfstandig leven had geleid, ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte



ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Dat er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer waren om het lijden te verlichten.

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over de aandoeningen waaraan de vrouw leed die voor haar aanleiding waren voor haar verzoek om hulp bij zelfdoding. De commissie wilde met de arts eveneens ingaan op de door hem aangeboden mogelijkheden om het lijden van de vrouw te verlichten, het feit dat de vrouw daar nauwelijks voor openstond en de reactie van de arts daarop.

De arts meldde dat de vrouw al jarenlang leed aan vernauwde luchtwegen (COPD) waarvoor zij behandeld werd met inhalatiemedicatie. Na 1986 is er geen verder diagnostisch onderzoek gedaan. Met het oog op het (opnieuw) stellen van een diagnose en behandel mogelijkheden heeft de arts in het beginstadium van de klachten verschillende malen een verwijzing naar de longarts gesuggereerd om zich verder te laten onderzoeken. De vrouw zag daarvan af.

De vrouw had al in 2001 een euthanasieverklaring opgesteld en had vanaf 2015 heel vaak met de arts over haar euthanasiewens gesproken en nieuwe wilsverklaringen ondertekend. De arts heeft zich nooit gedwongen gevoeld om op haar wens in te gaan. Zoals hij altijd gewend is te doen wanneer hij met een euthanasieverzoek te maken krijgt, had hij ook in deze situatie steeds gezocht naar alternatieven. Zo heeft hij heel concreet met haar de mogelijkheid besproken van het betrekken van een appartement in haar directe omgeving, waarin alles gelijkvloers is. Zij wilde die mogelijkheid alleen overwegen wanneer euthanasie niet uitgevoerd kon worden omdat bijvoorbeeld een consulent van mening was dat niet aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zij zou echter het gelukkigst worden van levensbeëindiging. Een alternatieve behandel mogelijkheid met extra zuurstof werd door de vrouw heel beslist afgewezen.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van ondraaglijk lijden. Voor wat betreft het zorgvuldigheidsvereiste betreffende uitzichtloos lijden overweegt de commissie het volgende.

Uit de stukken en het gesprek met de arts heeft de commissie begrepen dat de hoofdoorzaak van het lijden van de vrouw was gelegen in een niet afdoende te behandelen kortademigheid. Deze kortademigheid beperkte haar dusdanig in haar actuele en toekomstige bewegingsvrijheid en zelfstandigheid dat zij de arts herhaalde malen om euthanasie had verzocht. In het algemeen verwacht de commissie van een arts dat deze, in een situatie waarin een patiënt hem om euthanasie verzoekt

vanwege een als ondraaglijk ervaren lijden, allereerst nagaat of de oorzaak van dat lijden is komen vast te staan en op adequate wijze is behandeld. In onderhavige casus verwacht de commissie dan ook van de arts dat deze nagaat of de oorzaak van de kortademigheid voldoende vaststaat en zich vervolgens afvraagt of patiënte daarvoor adequaat is behandeld.

De commissie heeft uit de stukken en de nadere toelichting van de arts begrepen dat de vrouw circa dertig jaar leed aan astma/chronisch vernauwde luchtwegen (COPD). Op basis daarvan heeft de arts haar behandeld met inhalatiemedicatie en haar begeleidt binnen de (huisartsen) ketenzorg voor patiënten met chronisch vernauwde luchtwegen. Behandeling met een luchtwegverwijder had onvoldoende tot geen effect. In de loop der jaren heeft de arts bij patiënte longfunctietesten laten verrichten. De uitslagen van die metingen lieten een wisselend beeld van uitademingbelemmeringen zien. Dat zou kunnen passen bij astma/COPD.

Het is de commissie opgevallen dat de vrouw niet reageerde op de medicatie die zij op grond van de werkdiagnose chronisch vernauwde luchtwegen (COPD) kreeg voorgeschreven en dat haar benauwdheidsklachten toenamen. Daardoor is bij de commissie twijfel ontstaan of de kortademigheidsklachten ook werkelijk het gevolg waren van COPD. Longfunctietesten kunnen het vermoeden van een diagnose weliswaar ondersteunen, maar zijn onvoldoende om de diagnose COPD of astma te stellen. Daarvoor is aanvullend onderzoek door een longarts nodig.

De arts heeft de vrouw weliswaar verschillende malen een verwijzing naar de longarts gesuggereerd, maar heeft de laatste twee jaar voorafgaand aan de levensbeëindiging niet aangedrongen op nader medisch specialistisch onderzoek en zich volgens de commissie te snel neergelegd bij het feit dat patiënte nader onderzoek afwees.

Toen de vrouw niet bleek te reageren op de haar jarenlang voorgeschreven medicatie had het op de weg van de arts gelegen om te verifiëren of de kortademigheidsklachten op een andere wijze bestreden hadden kunnen worden opdat het lijden door haar niet meer als ondraaglijk zou worden ervaren. De arts heeft echter alleen nog een hartfilmpje laten verrichten om eventuele hartproblematiek op het spoor te komen. Dat hartfilmpje gaf evenmin een verklaring voor haar kortademigheid.

Alle verkregen informatie overziend is de commissie van oordeel dat de arts onvoldoende onderzoek heeft gedaan naar de oorzaak van de kortademigheid van patiënte, zich te weinig kritisch heeft opgesteld ten aanzien van de uitslagen van metingen in de ketenzorg en te lichtvaardig heeft geoordeeld dat haar lijden uitzichtloos was. Het had op de weg van de arts gelegen het belang van nader onderzoek naar de oorzaak van haar lijden meer te benadrukken.

De commissie oordeelt dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseis bedoeld in artikel 2 lid 1 sub b van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

## CASUS 2017- 79

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-79 op de website*

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; uitzichtloos lijden; ontbreken van redelijke alternatieven.

Een vrouw, tussen 80 en 90 jaar oud, kampte met artrose en had daarvoor pijn in haar gewrichten, ledematen en rug en last van bewegingsbeperkingen. Daardoor was er sprake van stijfheid, slecht lopen, vallen en afnemende zelfredzaamheid. Daarnaast had ze waarschijnlijk vaatproblemen, last van vochtophopingen en toenemende kortademigheid (die kwam waarschijnlijk voort uit hartfalen of een longaandoening bij langdurige hoge bloeddruk). De klachten waren in de loop der jaren ontstaan en langzaam toegenomen. De laatste anderhalf jaar voor haar overlijden was de vrouw door haar aandoeningen steeds meer beperkt geworden. Zij kwam niet meer buiten en was al een paar maal in huis gevallen. Als zij even een klein stukje rond geschuifeld had, moest zij uithijgen. Door haar slechte conditie kon de vrouw geen honden meer houden. Omdat honden haar lust en leven waren ervoer zij haar kwaliteit van leven als nog slechter. De vrouw kon alleen nog lezen, keek af en toe televisie en ging 's middags regelmatig naar bed.

De vrouw weigerde onderzoek en behandeling door specialisten. Zij vond dat niet zinvol meer vanwege haar leeftijd en levensverwachting. Ze wilde ook niet meer dat er aan haar "geprutst" werd. Omdat zij merkte dat haar lichaam steeds meer op raakte, wees zij hulpmiddelen voor haar bewegingsbeperkingen af. Met plastabletten zou haar hartfalen nog iets kunnen verbeteren, maar zij zou dan nog steeds beperkt blijven in haar bewegingen.

Haar lijden bestond uit haar toenemende hulp behoevend zijn. Zij wilde dat absoluut niet. Verder was zij vaak misselijk, sliep zij slecht en was haar pijn niet altijd goed te bestrijden. Het was een bijzondere, zeer eigenzinnige vrouw die weinig op had met bemoeienissen van anderen. Zij leed onder de angst voor verdergaande achteruitgang waardoor zij uiteindelijk volledig hulpbehoevend zou worden. 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, volgens de arts, geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De vrouw had enkele maanden eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts vond echter dat er sprake was van 'voltooid leven problematiek' en vond inwilliging van het euthanasieverzoek daarom niet op zijn weg liggen. De vrouw had een poging gedaan om zelf haar leven te beëindigen. Zij wendde zich vervolgens tot de SLK.

Het eerste bezoek van de arts aan de vrouw vond ruim een maand voor het overlijden plaats. De vrouw heeft de arts toen verzocht om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Zij heeft haar verzoek nadien tijdens de twee daarop volgende bezoeken herhaald. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts was ervan overtuigd dat wanneer patiënte geen beperkingen zou hebben, zij niet om euthanasie zou hebben gevraagd.

De commissie vroeg zich af hoe de arts, mede in het licht van de relatief korte tijd die de procedure in beslag heeft genomen, tot de overtuiging was gekomen dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed.

De arts licht toe dat hij na de drie gesprekken en de voorinformatie waarover zij beschikte voldoende inzicht had gekregen in de ondraaglijkheid van het lijden van de vrouw. De toestand waarin zij verkeerde en de manier waarop zij leefde, paste niet bij haar onafhankelijke karakter. Op grond van met name de bewegingsbeperkingen die patiënte ondervond en de impact die dit op haar leven had, was de arts tot de overtuiging gekomen dat de vrouw uitzichtloos en ondraaglijk leed.

De arts geeft aan te hebben gekeken naar eventuele behandelmogelijkheden en dat zij geprobeerd heeft die te bespreken. De vrouw gaf diverse keren aan beslist niet te willen worden onderzocht of te worden behandeld. De SLK-verpleegkundige vult in dit kader aan dat ieder hulpmiddel voor de vrouw een brug te ver was. Zij stond er zelfs niet voor open om te praten over het gebruik van een rollator. De arts was van mening dat er geen behandelalternatieven voor de vrouw waren. Desgevraagd gaf de arts aan dat de pijn- en benauwdheidsklachten eventueel met aanvullende medicatie verminderd hadden kunnen worden. Echter, aangezien ieder voorstel voor nader onderzoek en eventuele behandeling door de vrouw werd afgewezen, heeft de arts daarover niet verder gesproken. Voor de arts was doorslaggevend dat er ten aanzien van het verbeteren van de bewegingsbeperkingen niets meer te behalen was. Volgens de arts liep patiënte zo slecht dat zij niet meer mobiel had kunnen worden. De arts wijst erop dat ook door de consulent is geconcludeerd dat er weinig behandelmogelijkheden waren. De arts heeft nog telefonisch contact gehad met de huisarts van de vrouw, omdat zij wilde weten waarom de huisarts haar niet kon of wilde helpen. De huisarts was, anders dan de arts, van mening dat er sprake was van 'voltooid leven problematiek'. De arts is zich ervan bewust dat er geen nader onderzoek heeft plaatsgevonden en beaamt dat het lastig is wanneer een patiënt zelf helemaal geen onderzoek of behandeling wil. De arts wilde de vrouw echter niet in de steek laten.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseis dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie als volgt. Het

lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie. Daarbij moet rekening worden gehouden met zowel de mate van verbetering die door een behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze behandeling voor de patiënt met zich brengt. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat. Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden van de patiënt 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 (zie de EuthanasieCode 2018 p. 25).

De commissie stelt vast dat de vrouw kampte met diverse klachten. De arts heeft weliswaar aangegeven dat zij heeft getracht eventueel nog bestaande behandelmogelijkheden met de vrouw te bespreken, maar dat iedere behandeling door de vrouw werd afgewezen. Echter, de commissie meent dat het in de rede had gelegen als de arts - voordat zij aan de wens van patiënte tot euthanasie gehoor had gegeven - als voorwaarde zou hebben gesteld dat de vrouw eerst nog mogelijke, voor haar niet ingrijpende dan wel belastende, behandelingen zou hebben geprobeerd. Als een patiënt elk onderzoek naar en mogelijke behandeling van haar klachten weigert, is over de uitzichtloosheid geen goed oordeel te vellen, zeker niet door een arts die de patiënt slechts kort kent. Het is van essentieel belang om alternatieven voor euthanasie zorgvuldig te blijven overwegen. In deze casus zijn die mogelijke alternatieven onvoldoende onderzocht. Zo hadden de pijn- en benauwdheidsklachten waar de vrouw mee kampte eventueel met medicatie verminderd kunnen worden waardoor er wellicht ook enige verbetering in haar bewegingsbeperkingen zou zijn opgetreden. Mocht na verloop van tijd duidelijk zijn geworden dat, ondanks de ingezette behandeling, er geen of onvoldoende verbetering in de situatie van patiënte was opgetreden, dan had de arts alsnog tot euthanasie over kunnen gaan. Hierbij overweegt de commissie dat het weliswaar geen wettelijk vereiste is dat de arts een behandelrelatie heeft met patiënte, een niet-behandelend arts zal in het algemeen nochtans aannemelijk moeten maken dat hij voldoende tijd heeft genomen om de situatie van de patiënt, in relatie tot de wettelijke eisen, goed te kunnen doorgronden (zie in dit kader EuthanasieCode p. 16). In casu is

de arts echter in een zeer kort tijdsbestek tot de conclusie gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft onvoldoende onderzocht of voor het verminderen van de symptomen van patiënte – waardoor de ondraaglijkheid zou kunnen afnemen – andere redelijke oplossingen waren dan euthanasie.

De commissie meent dan ook dat de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat andere oplossingen om het lijden weg te nemen, ontbraken en het lijden daarmee uitzichtloos was.

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

## NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG HET VEREISTE VAN (EXTRA) CONSULTATIE BIJ EEN PSYCHIATRISCH PATIËNT

*Zie voor het vereiste van consultatie bij patiënten met een psychiatrische aandoening de EuthanasieCode 2018 p. 40 en verder*

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 krijgt vorm in het vereiste dat ook een onafhankelijke psychiater of andere deskundige geraadpleegd moet worden. Daarbij gaat het met name om een oordeel met betrekking tot de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het al dan niet ontbreken van een redelijke andere oplossing.

## CASUS 2017-24

**ORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; extra consultatievereiste bij patiënten met psychiatrische aandoeningen

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-24 op de website*

Een man, tussen 40 en 50 jaar oud, was sinds tientallen jaren bekend met chronische psychiatrische problematiek. Vanaf zijn puberteit kampte hij met depressiviteit en was er sprake van angstaanvallen en ziekelijke argwaan. In de loop der jaren werden verschillende diagnoses gesteld, waaronder PDD-NOS (een stoornis waarbij zich beperkingen voordoen op verschillende ontwikkelingsgebieden zoals communicatie en het goed kunnen inschatten van sociale situaties) en ADHD (aandachttekort en hyperactiviteit). De man werd met geneesmiddelen behandeld tegen deze aandoeningen en werd meerdere keren opgenomen. Sinds 2007 woonde hij in verschillende beschermde woonvormen, maar in de loop der tijd ging hij zich daar steeds onprettiger voelen. Het laatste half jaar voor het overlijden verhuisde de man terug naar zijn ouderlijk huis.

Het lijden van de man bestond uit sociale fobieën (sociale angststoornis), paranoïde wanen, betrekkingsideeën, hallucinaties (stemmen horen of dingen zien die er niet zijn) dissociatieve verschijnselen (situatie waarin iemand vervreemd is van de realiteit) en depressiviteit. Hij voelde zich niet prettig in gezelschap en had diep gewortelde gevoelens van ontheemding, eenzaamheid, angst en vervreemding. Hij ervoer altijd een oorlog in zijn hoofd, hoewel anderen niet altijd konden merken wat er zich in zijn hoofd afspeelde en hoe angstig hij zich voelde. Hij had obsessieve gedachten, die hij niet kon beheersen. Wanneer de man werd overprikkeld, ontstonden hevige angsten die gepaard gingen met agitatie en lichamelijke verschijnselen zoals hartkloppingen.

Hij kon erg achterdochtig worden met waanideeën dat hij in de gaten

gehouden werd. Wanneer hij op een straat een auto hoorde toeteren, was dat een waarschuwing die voor hem bedoeld was of wanneer hij mensen op straat hoorde praten, ging het over hem et cetera. Zijn dagelijkse leven bestond uit het vermijden van prikkels; hij kwam bijna niet meer buiten, lag vrijwel de hele dag op bed en voelde zich waardeloos. Familie herkende hij niet altijd of hij dacht dat ook zij hem wat aan wilden doen. Ook in zijn eigen slaapkamer voelde de man zich niet veilig. Hij leed onder de uitzichtloosheid van zijn situatie en ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

De man had eerder met zijn behandelend psychiater en met zijn huisarts over euthanasie gesproken. Die konden om hen moverende redenen zijn euthanasieverzoek niet honoreren. Zes maanden voor overlijden meldde de man zich aan bij de Stichting Levensindekliniek (SLK). De SLK-arts bezocht de man drie keer. Tijdens het eerste gesprek, drieënhalve maand voor het overlijden, heeft patiënt met de arts over euthanasie gesproken en hem direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij herhaalde zijn concrete verzoek aan de arts tijdens de twee daaropvolgende huisbezoeken. De arts was van mening dat de man goed kon uitleggen waarom hij euthanasie wilde. De behandelend psychiater van patiënt was van mening dat patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. Ook deze achtte de man wilsbekwaam. Volgens de consulent bestond de doodswens op basis van de grote lijdensdruk die patiënt ervoer en leek die niet voort te komen uit een psychiatrisch toestandsbeeld. Ten tijde van de consultatie was volgens de consulent geen sprake van ernstige depressiviteit, waarneming- of denkstoornissen. Patiënt stelde adequate vragen over de rol van de consulent in de euthanasieprocedure en begreep die ook. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn uit de meldingsgegevens bij de commissie vragen gerezen met betrekking tot het raadplegen van een onafhankelijk psychiater. De commissie vroeg zich af met welke psychiater(s) de arts contact heeft gehad in het kader van 'het raadplegen van een onafhankelijk psychiater' en wat hun relatie tot de arts en patiënt was.

In deze casus is er sprake van drie psychiaters. De psychiater van de instelling waaruit de man een half jaar voor zijn overlijden uit is vertrokken (P1); de psychiater waarbij de man onder behandeling was in het laatste half jaar (P2) en een psychiater die een half jaar voor het overlijden is geraadpleegd in het kader van de diagnose. Dit betreft een psychiater die gespecialiseerd is in autisme stoornissen (P3). Deze psychiater heeft toen vastgesteld dat die diagnose niet gesteld kon worden.



De arts vertelt dat psychiater P1 in het kader van de euthanasievraag van de patiënt een onafhankelijke psychiatrische beoordeling heeft gevraagd aan psychiater P3. Volgens de arts was psychiater P3 een onafhankelijk psychiater en kende zij de aanvragend psychiater (P1) niet. Evenmin had zij een behandelrelatie met patiënt.

Het is de commissie opgevallen dat psychiater P3 gespecialiseerd is op het gebied van autistische stoornissen en dat deze psychiater concludeert dat bij patiënt geen sprake is van een autistische stoornis en dat zij vanuit haar autisme-expertise geen behandelmogelijkheden zag. De arts beaamt dit. De arts vertelt dat deze psychiater echter telefonisch aan hem heeft bevestigd dat naar haar oordeel patiënt wilsbekwaam was, er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en zij achter het verzoek van patiënt kon staan. Achteraf realiseert de arts zich dat hij dit voor de duidelijkheid beter in de verslaglegging had moeten opnemen. Op de vraag of de arts nog een onafhankelijk psychiater heeft gezocht antwoordt de arts dat onafhankelijke psychiaters in het betreffende deel van Nederland moeilijk te vinden zijn. De arts vertelt dat psychiaters dikwijls zijn verbonden aan dezelfde organisatie wat mogelijk de onafhankelijkheid in gevaar brengt. Bij deze patiënt had de arts geen andere psychiater geraadpleegd omdat hij er van overtuigd was dat psychiater P3 voldoende onafhankelijk was om een oordeel te geven.

Op de vraag of de arts nog had overwogen als SCEN-arts een onafhankelijk psychiater te raadplegen antwoordt de arts dat hij weet dat psychiaters/SCEN-artsen dat liever niet hebben om niet onevenredig belast te worden. Hij worstelde ook met de vraag of de daarvoor te benaderen psychiaters wel voldoende onafhankelijk zouden zijn. Veel psychiaters zijn volgens de arts verbonden aan één instelling en het benaderen van een psychiater/SCEN-arts die de arts kent, leek hem niet wenselijk.

De commissie overweegt dat de arts formeel gesproken door raadpleging van een onafhankelijke SCEN-arts heeft voldaan aan het vereiste van artikel 2 eerste lid WTL. Indien het euthanasieverzoek echter, zoals in deze casus, wordt gedaan op grond van psychiatrisch lijden, moet de arts naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen óók een onafhankelijk psychiater raadplegen ter beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake van het verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt (EuthanasieCode 2018 p. 41). De noodzaak om een onafhankelijke psychiater in consult te roepen, vloeit voort uit de grote behoedzaamheid die moet worden betracht bij verzoeken om hulp bij zelfdoding door een patiënt met een psychiatrische stoornis. Aan de psychiater gespecialiseerd in autisme stoornissen is niet gevraagd de wilsbekwaamheid ten aanzien van de levensbeëindiging vast te stellen en ook niet of er sprake was van ondraaglijk lijden. Bovendien kan deze psychiater niet gezien worden als een specialist op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt (een schizoïde persoonlijkheidsstoornis;

een diepgaand patroon van afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in intermenselijke situaties). De telefonische raadpleging van deze psychiater ten aanzien van de wilsbekwaamheid had de arts - gelet op het tijdsverloop - niet mogen beschouwen als voldoende voor de voorgeschreven consultatie van een onafhankelijk psychiater.

De arts heeft volgens de commissie ten onrechte afgezien van een poging om een onafhankelijk psychiater te vinden en aangenomen dat er geen onafhankelijke psychiater te vinden zou zijn. De commissie acht het hoogst onwaarschijnlijk dat in de regio geen onafhankelijke psychiaters beschikbaar of bereid zouden zijn om een dergelijke consultatie te verrichten. De commissie is het ook niet eens met de opvatting van de arts dat het gericht zoeken van een SCEN-arts die tevens psychiater is, onwenselijk is. Nu de arts dit willens en wetens achterwege heeft gelaten, heeft de arts naar het oordeel van de commissie zijn conclusie niet voldoende getoetst.

Gelet op het bovenstaande komt de commissie tot het oordeel dat de arts – nu deze niet over de nodige deskundigheid beschikt en de geraadpleegde SCEN-arts geen psychiater is - niet met de behoedzaamheid te werk is gegaan die bij het verzoek om hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychiatrische aandoening verwacht mag worden. Hij had naast de reguliere consulent ook zelf nog een onafhankelijke psychiater moeten raadplegen. Hiermee heeft de arts niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseis van de consultatie (artikel 2 lid 1 onder e WTL).

## NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG HET VEREISTE VAN CONSULTATIE VAN TEN MINSTE ÉÉN ONAFHANKELIJKE ANDERE ARTS

*Zie voor aandachtspunten met betrekking tot de onafhankelijke consultatie de EuthanasieCode 2018 p. 26 en verder*

Artikel 2 lid 1 sub e WTL schrijft voor dat de arts ten minste één andere onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen bedoeld in de onderdelen a tot en met d. Onafhankelijk betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt.

### CASUS 2017-10

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; onafhankelijke consultatie

In deze casus raadpleegde de arts als consulent een SCEN-arts die hetzelfde werkadres had. De meldend arts heeft desgevraagd op een vergadering van de commissie toegelicht dat zij als huisarts werkzaam is bij twee huisartsenpraktijken die beide op hetzelfde werkadres staan ingeschreven. Na het euthanasieverzoek belde de arts naar de helpdesk van SCEN waarbij zij de arts uit de praktijk waar ze één dag werkt (en waaruit de patiënte niet kwam) kreeg toegewezen als consulent. De arts heeft met de toegewezen consulent overlegd. Zij kwamen tot de conclusie dat er voldoende professionele afstand tussen hen bestond en dat de onafhankelijkheid ten aanzien van de patiënt gewaarborgd was omdat de consulent de patiënt niet kende.

De commissie overweegt dat de eis van consultatie inhoudt dat een tweede, onafhankelijke arts de patiënt ziet en schriftelijk oordeelt over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De eis van onafhankelijkheid is niet alleen letterlijk terug te vinden in artikel 2 lid 1 onder e van de WTL, maar ook in de wetsgeschiedenis. Daarin is op diverse plaatsen expliciet aangegeven dat de arts die overweegt het verzoek tot levensbeëindiging van een patiënt in te willigen een onafhankelijke collega dient te raadplegen. Deze arts zal, in de rol van consulent, een zelfstandig en onafhankelijk oordeel moeten geven. Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts én de patiënt.

De nadere invulling van het begrip onafhankelijkheid van de consulent is te vinden onder andere in het Standpunt van de KNMG inzake euthanasie uit 2003<sup>7</sup> en in paragraaf 5 van de KNMG-richtlijn voor SCEN-artsen 'Goede steun en consultatie bij euthanasie' uit 2012.

<sup>7</sup> Te raadplegen via [knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/euthanasie-standpunt-federatiebestuur-knmg.htm](http://knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/euthanasie-standpunt-federatiebestuur-knmg.htm)

In zowel bovengenoemd Standpunt als de Richtlijn wordt aangegeven dat de onafhankelijkheid mogelijk in het geding komt als er sprake is van een samenwerkingsrelatie met de consultvrager. De schijn van afhankelijkheid dient te worden vermeden. Ook de EuthanasieCode 2018 heeft ditzelfde standpunt. Het vereiste dat de arts en consulent onafhankelijk ten opzichte van elkaar zijn, houdt in dat een praktijkgenoot in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden.

De nadere definitie van het begrip onafhankelijkheid is dus uit verschillende bronnen kenbaar. Een arts en een consulent worden geacht hiervan op de hoogte te zijn. Afwijking van deze normering valt alleen in uitzonderlijke situaties te rechtvaardigen. Een voorbeeld zou kunnen zijn een acute verslechtering van de toestand van patiënt waarbij de snelheid van de consultatie prevaleert boven de onafhankelijkheid. Hiervan was echter in dit geval geen sprake.

De commissie oordeelt dat hoewel de arts ten minste één andere arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, de consultatie in deze casus niet voldoet aan het vereiste van onafhankelijkheid: de consulent was niet alleen een praktijkgenoot van de arts, maar er bestond ook een dienstverband tussen beiden. De commissie is van oordeel dat daardoor de onafhankelijkheid van de consulent onvoldoende was gewaarborgd en dat de arts daarmee niet conform de zorgvuldigheidseis art 2 lid 1 onder e WTL heeft gehandeld.

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

*Zie voor wat betreft de medisch zorgvuldige uitvoering de Euthanasie-Code 2018 p. 33 en verder*

Euthanasie moet door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze voor de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het coma dat de arts bewerkstelligt voordat hij overgaat tot het toedienen van een dodend middel. Bij het oordelen van deze zorgvuldigheidseisen hanteert de RTE als leidraad de KNMG/KNMP-richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' uit 2012. Met betrekking tot de uitvoering wordt een onderscheid gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek (de arts dient de middelen toe) en hulp bij zelfdoding (de patiënt neemt zelf de door de arts verstrekte middelen in).

Levensbeëindiging op verzoek dient uitgevoerd te worden door eerst een middel in een ader in te brengen dat de patiënt in coma brengt (bijvoorbeeld thiopental) en wanneer dat coma diep genoeg is, een spierverlapper toe te dienen (bijvoorbeeld rocuronium). De arts dient alvorens de spierverlapper toe te dienen te controleren of het coma diep genoeg is. Dit om te voorkomen dat de patiënt gevoelens van verstikking ondervindt van de spierverlapper. De richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' schrijft verder onder andere voor dat de arts een spierverlapper dient toe te dienen. Wanneer de patiënt echter is overleden voordat dat middel is toegediend, stelt de RTE dit vereiste niet (zie casus 2017-82). Een ander vereiste is dat de arts voor het geval er iets mis gaat in de uitvoering een reserveset bij zich moet hebben. Dit omdat het als onwenselijk wordt gezien dat de arts de patiënt tijdens de uitvoering van een euthanasie/hulp bij zelfdoding alleen moet laten. Wijkt de arts af van de richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding', dan zal hij dit afdoende moeten kunnen beargumenteren. Hieronder zijn vier van deze zaken kort weergegeven. Casus 2017-40 en 2017-36 zijn te raadplegen op de website.

### CASUS 2017-02

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO- melding; afwijking van de richtlijn door het in een spier en in het hart toedienen van de middelen.

In deze casus is de arts de levensbeëindiging gestart met het doorspuiten van het infuus met natriumchloride. Daarbij scheurde de ader. Hij besloot in de elleboogsplooi van de patiënte een ader aan te prikken en een kleine hoeveelheid thiopental daarin toe te dienen. Dat leidde niet tot een coma. De arts spoot de resterende hoeveelheid van de 2000 mg thiopental in een spier. Dat leidde na twintig tot veertig minuten tot een

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-02 op de website*

diep coma. Vervolgens diende hij patiënte een injectie met 150 mg rocuronium toe in het hart.

Bij de mondelinge toelichting verklaarde de arts hij het zich had moeten realiseren dat er een complicatie kon optreden bij het inbrengen van een infuus omdat patiënte slechte vaten had. Op de vraag of de arts had overwogen patiënte naar het ziekenhuis te laten vervoeren om een centrale lijn in te laten brengen toen het vat was gescheurd, antwoordde hij dat hij dit patiënte niet meer wilde aandoen op dat moment. Hij verklaarde ook dat bewust had gekozen voor de toediening in het hart van de spierverlapper. Hij had in het ziekenhuis en later als tropenarts ervaring opgedaan met deze wijze van toediening en was ervan overtuigd dat dit een veilige manier was.

De commissie overweegt ten aanzien van de uitvoering van de euthanasie dat in afwijking van de richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding', thiopental niet via de geadviseerde intraveneuze weg maar intramusculair is toegediend. De richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' stelt dat de intramusculaire toedieningweg niet moet worden gebruikt. De voornoemde richtlijn adviseert dat het raadzaam is om één dag van tevoren te kijken of de patiënt gemakkelijk is aan te prikken omdat het bij sommige patiënten lastig is een goed aanprikbare ader te vinden. Bij deze patiënte was het, mede gezien de aandoening waaraan zij leed, bij de arts bekend dat zij een slecht vaatstelsel had. De arts verwachtte ook problemen bij het inbrengen van een infuus. Toch heeft de arts nagelaten om een dag eerder of eerder op de dag van uitvoering een venflon in te brengen. De arts heeft geen verklaring voor dit nalaten. Op het moment dat de toediening van thiopental in een ader niet lukte, heeft de arts zich genoodzaakt gezien de thiopental in een spier te spuiten. De commissie heeft er begrip voor dat de arts niet heeft overwogen patiënte op dat moment nog te laten transporteren naar het ziekenhuis om een centrale lijn in te laten brengen. Dit zou voor patiënte een grote belasting hebben betekend. De arts was zich ervan bewust dat het toedienen van thiopental in een spier of onder de huid zeer pijnlijk kan zijn en onbetrouwbaar is maar de arts zag op dat moment geen andere oplossing.

De arts heeft zich gerealiseerd dat hij het spierverslappend middel moest toedienen op het moment dat er nog een circulatie bestond maar dat patiënte ook in een dusdanig diep coma moest verkeren dat zij de gevolgen van de spierverslapper niet kon ervaren. De arts heeft een half uur na toediening van de thiopental vastgesteld dat patiënte in een diep coma verkeerde. Hij heeft vervolgens de rocuronium in het hart toegediend. Alles overwegende is de commissie van oordeel dat de arts de euthanasie niet zorgvuldig heeft uitgevoerd. Hij heeft zich er niet tijdig van vergewist of intraveneuze toediening van de euthanatica mogelijk was. Hiermee heeft hij de mogelijkheid om op een andere wijze een intraveneuze toedieningweg te (laten) creëren niet kunnen benutten.

## CASUS 2017-11 (SOORTGELIJKE CASUS 2017-40)

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-11 en 2017-40 op de website*

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; extra set; patiënt niet alleen laten

De arts heeft het infuus ten behoeve van de levensbeëindiging laten plaatsen door een ambulanceverpleegkundige. Het infuus was geplaatst in de elleboog van de patiënte. De arts heeft de set euthanatica opgehaald bij de apotheek en deze vervolgens zelf klaargemaakt op haar praktijk. Bij de uitvoering spoot de arts het naaldje door met water om de door-gang te controleren. Dit ging prima. Vervolgens injecteerde de arts 2000 mg thiopental. Het toedienen verliep probleemloos. Wel viel het de arts op dat patiënte wakker bleef, terwijl de meeste patiënten al tijdens de toediening van de coma-inductor in slaap vallen. De arts vroeg zich af of het infuus wel goed zat. Patiënte viel binnen vijf minuten na toediening van de thiopental toch in slaap en de arts stelde vast dat patiënte in coma was. De patiënte echter overleed niet na het toedienen van de rocuronium. Dit bevestigde de arts in haar vermoeden dat het infuus niet goed zat. De arts nam telefonisch contact op met de ambulancedienst om een nieuw infuus te laten plaatsen en met de apotheker om een nieuwe set euthanatica te bestellen. De arts fietste zelf naar de apotheek om de nieuwe set euthanatica op te halen. De apotheek ligt op 3 minuten fietsafstand van het huis van patiënte. Patiënte bleef niet alleen achter; haar drie volwassen kinderen bleven bij haar, waarvan er één doktersassistente is. Patiënte was nog in coma toen de arts de nieuwe set euthanatica ging ophalen en de kinderen van patiënte waren niet van streek door de gang van zaken rondom de uitvoering. De arts heeft de euthanatica zelf klaargemaakt in de apotheek. De arts fietste hierna terug naar het huis van patiënte. Ze schat in dat ze ongeveer 20 minuten weg is geweest. Vervolgens is een nieuw infuus geplaatst en heeft de arts opnieuw thiopental en rocuronium toegediend. Waarna de patiënte overleed.

Desgevraagd vertelde de arts dat zij nog nooit een tweede set euthanatica had meegenomen naar een uitvoering van euthanasie en dat zij nimmer problemen bij de uitvoering had ervaren. Bij de beslissing om één set euthanatica mee te nemen speelde voor de arts tevens de overwegingen mee dat sommige zorgverzekeraars de euthanatica niet vergoeden en dat een niet gebruikte en weer bij de apotheek ingeleverde tweede set euthanatica wordt vernietigd.

De commissie overweegt dat volgens de richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' de arts een extra set intraveneuze euthanatica bij zich hoort te hebben en dat de arts gedurende de euthanasie aanwezig dient te blijven. Doordat de extra set euthanatica niet terstond voorhan-

den was, ontstond de onwenselijke situatie dat patiënte weer bij bewustzijn had kunnen komen. De arts heeft patiënte verlaten om een nieuwe set euthanatica op te halen. De commissie acht deze gang van zaken onaanvaardbaar. De commissie is van oordeel dat de arts de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

## CASUS 2017-28

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-28 op de website*

**OORDEEL:** niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; combinatie van methoden; comacheck (een ander voorbeeld van het achterwege blijven van de comacheck is casus 2017-36)

De arts heeft de hulp bij zelfdoding in combinatie met levensbeëindiging op verzoek als volgt uitgevoerd. Allereerst heeft hij de patiënt een drank met 15 g pentobarbital aangereikt. Afgesproken was dat als na een half uur de dood niet ingetreden zou zijn, de arts overgaan zou gaan tot euthanasie. Na het innemen van de pentobarbital zakte de patiënt weg. Na een half uur echter was de patiënt nog niet overleden. De arts besloot, in overleg met de echtgenote om nog even te wachten. Na een uur en een kwartier controleerde de arts de pols van de patiënt en constateerde een langzame en zwakke hartslag. Vervolgens diende de arts de patiënt 150 mg rocuronium toe, waarna deze overleed.

Op de vraag van de commissie of de arts een pijnprikkel heeft toegediend dan wel de beschermende reflexen bij patiënt heeft getest alvorens de spierverslapper toe te dienen, antwoordt de arts ontkennend. Volgens de arts was patiënt diep comateus en vond hij het toedienen van een pijnprikkel of het testen van de beschermende reflexen onnodig. Ook was de arts van mening dat het toedienen van een pijnprikkel ongepast was omdat de echtgenote van patiënt bij de uitvoering aanwezig was. De arts licht toe dat het wachten op het overlijden van patiënt, na het afgesproken half uur, zorgde voor een ongemakkelijke situatie. De commissie vraagt de arts hoe hij tot de overtuiging kon komen dat patiënt in een diep coma was alvorens hij de spierverslapper toediende. Was er sprake van een verandering van gelaatskleur bij patiënt? De arts antwoordt dat hij patiënt naarmate de tijd verstreek steeds dieper zag wegzakken in zijn slaap. Hij was er volledig van overtuigd dat patiënt in een diep coma was. Patiënt stopte af en toe met ademen, hij had een langzame en zwakke pols en reageerde niet op aanspreken. Volgens de arts had hij niet specifiek gelet op een verandering van gelaatskleur bij patiënt; hij heeft deze niet waargenomen.



De commissie oordeelt dat de arts zich niet gehouden heeft aan de richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding'. In deze richtlijn is vastgelegd dat de arts, indien de patiënt in geval van hulp bij zelfdoding niet binnen de afgesproken tijd na inname van de drank is overleden, dient over te gaan tot het uitvoeren van euthanasie (intraveneuze toediening van een coma-inductor en vervolgens een spierverslapper).

Bij het uitvoeren van een levensbeëindiging op verzoek - ook na de eerdere inname van een barbituraatdrank - is het van het grootste belang dat de patiënt de werking van de toegediende spierverslapper niet ervaart. Om dit te bewerkstelligen moet er altijd vóór toediening van een spierverslapper een coma worden geïnduceerd én vastgesteld. Pas na vaststelling van een voldoende diep coma mag een spierverslapper worden toegediend. In deze melding heeft de arts echter geen adequate comacheck uitgevoerd. De arts heeft uitsluitend geconstateerd dat patiënt een langzame ademhaling en een langzame en zwakke pols had en niet reageerde op aanspreken. De arts heeft niet de afwezigheid van beschermende reflexen zoals de wimperreflex of een reactie op een pijnprikkel gecontroleerd.

Dat het toedienen van een pijnprikkel al dan niet ongepast zou zijn jegens de aanwezige(n) is hierbij niet relevant; de arts is en blijft verantwoordelijk voor een juiste uitvoering van de levensbeëindiging. Zeker na het toedienen van een barbituraatdrank – de opname hiervan kan van persoon tot persoon verschillen – en bij het tijdsverloop in kwestie – een uur en een kwartier sinds inname van de drank – is het adequaat vaststellen van het bestaan van een diep coma voorafgaand aan toediening van een spierverslapper, onontbeerlijk.

Het in afwijking van de richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' niet toedienen van de coma-inductor had slechts te verontschuldigen kunnen zijn als er zekerheid was geweest dat het coma voldoende diep was. Deze zekerheid had de arts echter enkel kunnen verkrijgen door een adequate comacheck uit te voeren, dat wil zeggen inclusief controle van beschermende reflexen en/of toediening van een pijnprikkel. Deze zekerheid ontbreekt nu omdat noch op afdoende wijze is gecontroleerd of patiënt in een voldoende diep coma was, noch bij patiënt een coma-inductor werd toegediend. Daarom is niet uit te sluiten dat patiënt de werking van het spierverslapper mogelijk heeft kunnen ervaren.

De commissie kan daarom niet anders dan tot de conclusie komen dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

## CASUS 2017-118

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2017-118 op de website*

**OORDEEL:** niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen

**AANDACHTSPUNTEN:** VO-melding; alleen bij voldoende diep coma mag spierverslapper worden toegediend

Deze euthanasie is uitgevoerd door een huisarts waarbij een huisarts in opleiding ook betrokken was. Bij de behandeling van de melding was het de commissie onvoldoende duidelijk geworden hoe de uitvoering precies was verlopen. De commissie heeft de arts en huisarts in opleiding uitgenodigd voor een mondelinge toelichting en in de uitnodiging de volgende vragen aan de arts voorgelegd: 1. Is patiënte ten tijde van de eerste en tweede toediening van de euthanatica in coma geraakt? 2. Zo ja, wanneer was dit het geval en heeft er een comacheck plaatsgevonden? 3. Waaruit bestond deze? En 4. Hoe kwam u aan de derde set euthanatica?

Op de dag van de levensbeëindiging hebben de arts en de huisarts in opleiding bij de apotheek twee sets euthanatica gehaald; één set met de Easypump (een infusiesysteem) en één set met de noodset bestaande uit de losse ampullen. Met de apotheker hebben de arts en de huisarts in opleiding het mechanisme van de Easypump doorgenomen. Daarna gingen beide artsen naar patiënte. Zij troffen haar in een slaperige toestand aan. Op aanspreken opende ze haar ogen en zei duidelijk dat ze de euthanasie nog steeds wilde. Patiënte had in haar linker elleboogplooi een infuus zitten.

De huisarts in opleiding startte met de procedure na nogmaals een korte uitleg. De kinderen namen afscheid van patiënte en de huisarts in opleiding gaf eerst twee ml lidocaine (pijnstiller zodat het coma-inducerend middel minder pijn geeft tijdens toediening) waarna ze de pomp met 2000 mg thiopental opende. De huisarts in opleiding spoot daarna met 10 ml NaCl oplossing de Easypump door. Hierna werd vijf à tien minuten gewacht. Patiënte werd rustiger. De huisarts in opleiding controleerde de wimperreflex; deze was nog aanwezig. De arts realiseerde zich dat dit betekende dat patiënte niet in een diep coma was maar volgens haar was dit wel bijna het geval. Patiënte reageerde niet meer op aanspreken. Op aanwijzing van de arts heeft de huisarts in opleiding toen 150 mg rocuronium toegediend in de overtuiging dat patiënte echt bijna in coma was. Na deze toediening veranderde er niets aan de situatie van patiënte. Vanaf dit moment heeft de arts het overgenomen van de huisarts in opleiding.

De arts realiseerde zich toen dat het infuus waarschijnlijk niet in de ader maar onder de huid zat. Het wachten op een nieuw infuus zou haars inziens lang duren. Dit leek haar zeer onwenselijk voor patiënte en voor haar kinderen. De arts gokte erop dat de medicatie subcutaan weliswaar

niet voldoende effectief zou zijn, maar toch wel wat zou doen. De arts “kocht” als het ware wat extra tijd door toen de noodset te gebruiken. De arts koos voor de haars inziens minst slechte optie. Helaas veranderde ook na de noodset de situatie van patiënte niet.

Toen had de arts geen keuze meer en heeft zij met spoed de ambulance opnieuw laten komen voor een nieuw infuus. Daarnaast liet de arts de apotheker komen met een derde set euthanatica. Via het nieuwe infuus in de rechteronderarm van patiënte gaf de arts de patiënte de derde dosis van 2000 mg thiopental waarna de wimperreflex verdween. Daarna gaf de arts haar nogmaals 150 mg rocuronium waarop de patiënte overleed. Bij inspectie zagen de forensisch arts en de arts dat in de linkeronderarm van patiënte aan de achterkant een zwelling met waarschijnlijk de euthanatica die onder de huid terecht was gekomen.

De arts en huisarts in opleiding hebben op de commissievergadering nog enkele vragen van de commissie beantwoord. Op de vraag van de commissie of een comacheck is uitgevoerd voor de tweede toediening van de rocuronium gaf de arts aan dat zij regelmatig de pols van patiënte heeft gevoeld, welke nog aanwezig was. Daarbij constateerde zij dat patiënte nog langzaam ademhaalde. Ook bevestigde de huisarts in opleiding dat de wimperreflex een aantal maal is getest, welke steeds aanwezig bleef.

Op de vraag van de commissie of de arts het gevoel had dat patiënte heeft geleden, gaf de arts aan dat zij klinisch geen verandering bij patiënte heeft gezien. Patiënte heeft geen pijnreactie vertoond. Ook werd zij niet onrustiger. Ze bewoog soms wat maar dat deed zij voor de toediening van de euthanatica ook al. De arts veronderstelt dat patiënte niet heeft geleden.

De arts gaf aan dat zij de beslissing om rocuronium bij patiënte toe te dienen, zonder dat zij in een diep coma was, door een samenloop van omstandigheden heeft genomen. Zij was door persoonlijke omstandigheden niet alert genoeg, door de aanwezigheid van de familie van patiënte ervoer zij druk en de samenwerking met de huisarts in opleiding maakte dat de voorbereiding net wat anders was verlopen dan wanneer de arts zelf de euthanasie zou hebben uitgevoerd. De arts voelt zich geheel verantwoordelijk voor de uitvoering van de euthanasie bij patiënte.

De commissie heeft allereerst beoordeeld welke arts verantwoordelijk kan worden gehouden voor de uitvoering van de euthanasie bij patiënte. De huisarts in opleiding zou – in eerste instantie - de euthanasie bij patiënte uitvoeren. De huisarts in opleiding is de uitvoering van de euthanasie dan ook gestart. Toen bleek dat de uitvoering niet geheel volgens procedure verliep, heeft de arts de beslissing genomen dat de huisarts in opleiding de spierslapper bij de patiënte zou toedienen. Toen

patiënte daarna niet overleed heeft de arts de uitvoering overgenomen. De commissie is van oordeel dat de arts, als meldend arts, dient te worden aangemerkt in de zin van artikel 1 sub c van de WTL, nu de handelingen van de huisarts in opleiding plaats hebben gevonden onder de verantwoordelijkheid van, op aangeven van en in aanwezigheid van de arts, die de tweede en derde set euthanatica heeft toegediend. Hoewel de huisarts in opleiding de eerste set euthanatica heeft toegediend, is de commissie van oordeel, dat uitsluitend de arts de euthanasie heeft uitgevoerd, nu de huisarts in opleiding de eerste dosis rocuronium op aanwijzing van de arts heeft toegediend, welke toediening niet tot het overlijden van de patiënte heeft geleid.

Betreffende de eis van een medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek overweegt de commissie het volgende. Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseis hanteert de commissie als leidraad de KNMG/KNMP-richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' uit 2012. De commissie overweegt dat in deze melding de huisarts in opleiding – op advies van de arts – een spierverslapper heeft toegediend hoewel patiënt op dat moment duidelijk niet in een voldoende diep coma verkeerde. Toen patiënte niet was overleden heeft de arts de uitvoering overgenomen. De arts realiseerde zich dat het infuus waarschijnlijk niet in de ader maar onder de huid zat. De arts heeft toen besloten om – zelf - nogmaals de coma-inductor toe te dienen. De arts controleerde daarna of patiënte in een medicamenteus geïnduceerd coma verkeerde, wat niet het geval bleek. Hierna heeft zij voor een tweede keer een spierverslapper bij patiënte toegediend.

De commissie overweegt dat onder de genoemde omstandigheden de arts in geen geval de arts in opleiding had mogen aanzetten tot de toediening van de spierverslapper en dat ook zichzelf niet een spierverslapper bij patiënte had mogen toedienen, daar patiënte de toediening hiervan zou kunnen hebben ervaren. De arts had de euthanasieprocedure moeten onderbreken om alsnog een coma te induceren en de diepte daarvan te controleren door middel van een comacheck.

De commissie waardeert de openheid waarmee de arts de uitvoering van de euthanasie heeft toegelicht en de wijze waarop de arts op haar handwijze heeft gereflecteerd. Nu echter tweemaal een spierverslapper bij patiënte is toegediend terwijl duidelijk was dat patiënte niet in een voldoende diep coma verkeerde, kan de commissie niet anders dan tot de conclusie komen dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

## COLOFON

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

Ontwerp:  
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk:  
Xerox/OBT, Den Haag

april 2018