

EuthanasieCode 2018

DE TOETSINGSPRAKTIJK TOEGELICHT

AANGEPAST NAAR AANLEIDING VAN DE ARRESTEN
VAN DE HOGE RAAD VAN 21 APRIL 2020



REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE

RTE

INHOUD

VOORWOORD	4
VOORWOORD BIJ HERZIENE VERSIE	7
1 DOEL EN OPZET VAN DEZE EUTHANASIECODE 2018	8
2 HOOFDLIJNEN VAN DE WET, WERKWIJZE VAN DE COMMISSIES EN BETEKENIS VAN RICHTLIJNEN	
2.1. Hoofdlijnen van de wet: zorgvuldigheidseisen	10
2.2. Hoofdlijnen van de wet: melding en toetsing	12
2.3. Werkwijze van de commissies	13
2.4. Betekenis van medisch-professionele richtlijnen	17
3 WETTELIJKE ZORGVULDIGHEIDSEISEN	
3.1. Uitvoerend arts	18
Een niet-behandelend arts in niet-acute situaties	18
Een niet-behandelend arts in acute situaties	18
3.2. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	19
Vrijwillig verzoek	20
Weloverwogen verzoek	21
3.3. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	22
Enkele algemene aspecten	22
Medische grondslag van het lijden	23
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	23
Uitzichtloosheid van het lijden	24
Ondraaglijkheid van het lijden	24
3.4. Voorlichting aan de patiënt	26
3.5. Ontbreken van een redelijke andere oplossing	26
3.6. Onafhankelijke consulent	28
Informatiebehoefte van de arts in een vroege fase	29
Verantwoordelijkheid van de arts in relatie tot de consulent	30
Onafhankelijkheid van de consulent	30
Deskundigheid van de consulent	31
Uitgangspunt: de consulent ziet en spreekt de patiënt	32
Opnieuw raadplegen van de consulent	33
De commissies en de consulent	34
3.7. Medisch zorgvuldige uitvoering	35
Algemeen	35
Levensbeëindiging op verzoek: volgorde van de middelen en dosering	35
Levensbeëindiging op verzoek: comacheck	35
Levensbeëindiging op verzoek: uitvoering door de arts zelf	36
Hulp bij zelfdoding: middel en dosering	36
Hulp bij zelfdoding: de arts blijft in de onmiddellijke nabijheid	36
De verhouding tussen de arts en de apotheker	37

4 ENKELE BIJZONDERE ONDERWERPEN	
4.1. Schriftelijke wilsverklaring	38
Zorgvuldigheidseisen ‘van overeenkomstige toepassing’	38
4.2. Minderjarige patiënten	44
4.3. Patiënten met een psychiatrische aandoening	44
Raadplegen consulent en deskundige	45
Combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen	45
4.4. Patiënten met dementie	46
Nog wel wilsbekwaam ter zake	46
Niet meer wilsbekwaam ter zake	47
4.5. Patiënten met een verstandelijke beperking	47
Raadplegen consulent en deskundige	48
4.6. Patiënten met afasie	48
4.7. Coma/verlaagd bewustzijn	48
Coma/verlaagd bewustzijn ontstaat voor het voorgenomen moment van uitvoering	49
Coma/verlaagd bewustzijn ontstaat zonder voornemen van uitvoering	50
4.8. Euthanasie en palliatieve sedatie	52
4.9. ‘Voltooid leven’	53
4.10. Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie	54
4.11. Eisen die de wet niet stelt	55
5 NUTTIGE VERWIJZINGEN	
5.1. Website van de commissies	56
5.2. SCEN-programma	56
5.3. Evaluaties van de WTL	56
5.4. Beleidsregels van het Openbaar Ministerie	57
BIJLAGE RELEVANTE WETSBEPALINGEN	
Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL)	58
Wetboek van Strafrecht	65
Wet op de lijkbezorging	66
INDEX	67

VOORWOORD

Zeer geachte lezer,

Bij het verschijnen van de eerste versie van Code of Practice in april 2015 is toegezegd dat de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) deze regelmatig zullen actualiseren. Een eerste geactualiseerde versie met een nieuwe naam die de lading beter dekt – EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht – treft u hierbij aan.

In de EuthanasieCode 2018 wordt de toetsingspraktijk toegelicht. Of in de woorden van de Derde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (2017): in de Code wordt “een handzaam overzicht gegeven van de manier waarop de zorgvuldigheidseisen door de RTE worden geïnterpreteerd.”

In vergelijking met de Code uit 2015 zijn in de EuthanasieCode 2018 behalve een aantal redactionele verbeteringen ook een aantal inhoudelijke preciseringen aangebracht. Deze zijn ingegeven door sedertdien door de RTE gepubliceerde oordelen en door de van verschillende zijden ontvangen feedback.

De preciseringen zien onder meer op de mate van onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de uitvoerende arts en op de passages die betrekking hebben op patiënten met een psychiatrische aandoening en patiënten met dementie. Daarenboven zijn ook preciseringen aangebracht – in lijn met hetgeen daarover door de commissie Schnabel is geadviseerd – over de ruimte die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) biedt voor patiënten met een verzoek om levensbeëindiging in verband met een stapeling van ouderdomsaandoeningen.¹ Zoals ook in de Derde wets-evaluatie is vastgesteld, hebben zich overigens sinds het verschijnen van de Code in april 2015 “geen nieuwe ontwikkelingen [...] voorgedaan met betrekking tot de interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidseisen”.

De EuthanasieCode 2018 heeft nu ook een index waardoor het vinden van de gezochte informatie vergemakkelijkt wordt.

De EuthanasieCode 2018 heeft artsen en consulenten als primaire doelgroep. Om te weten te komen of artsen bekend zijn met de Code uit 2015 en hoe zij deze waarderen, hebben prof. mr. dr. A.R. Mackor en dr. H.A.M. Weyers in 2016 een enquête gehouden onder uitvoerende artsen en consulenten die daadwerkelijk betrokken zijn geweest bij een euthanasie of hulp bij zelfdoding. Uit de hoge respons op die enquête is gebleken dat artsen – naast enige kritische kanttekeningen

¹ Zie Rapport ‘Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten’ Den Haag, januari 2016 p. 210-212.

– de Code bovenal ervaren als een waardevolle bron van informatie. Bijna 90 % van de consultants bleek de Code te kennen. Maar van de uitvoerende artsen kende bijna 80 % de Code niet! Het verbeteren van de kennis over de euthanasiewet onder artsen dient – ook blijkens het regeerakkoord “Vertrouwen in de toekomst” – krachtig ter hand genomen te worden.² Samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en in het bijzonder de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zullen wij vergroting van de bekendheid van de EuthanasieCode 2018 onder uitvoerende artsen trachten te bewerkstelligen.

De Code speelt ook een nuttige rol bij de harmonisatie van de oordelen van de commissies die onder de RTE ressorteren: indien een commissie meent op grond van zeer specifieke omstandigheden van de Code te moeten afwijken, dan wordt dat steeds onderbouwd en toegelicht in het oordeel van de commissie.

Evenals bij de opstelling van de Code uit 2015 het geval is geweest, hebben ook nu weer prof. mr. J.K.M. Gevers, dr. E.F.M. Veldhuis, prof. mr. dr. A.R. Mackor, de algemeen secretaris mr. N.E.C. Visée, dit keer bijgestaan door de secretaris mr. C.A.M. Wildemast, zich gebogen over de herziening. Deze geactualiseerde EuthanasieCode 2018 ligt nu voor u.

De RTE stellen uw feedback op de EuthanasieCode 2018 op prijs. Feedback kunt u geven via het contactformulier op de website (euthanasiecommissie.nl).

mr. J. Kohnstamm, coördinerend voorzitter RTE

Den Haag, april 2018

VOORWOORD BIJ DE HERZIENE VERSIE

NAAR AANLEIDING VAN DE ARRESTEN
VAN DE HOGE RAAD VAN 21 APRIL 2020

Dit is een versie van de EuthanasieCode 2018 die is aangepast naar aanleiding van arresten van de Hoge Raad van 21 april 2020 betreffende een melding van euthanasie bij een patiënte met voortgeschreden dementie. De RTE hebben besloten naar aanleiding van die arresten de paragrafen 4.1 en 4.4 van de EuthanasieCode 2018 te herzien. Voor het overige is de EuthanasieCode 2018 ongewijzigd gelaten. De RTE zijn overigens voornemens om de EuthanasieCode op basis van andere nieuwe ontwikkelingen en ingekomen commentaar op de huidige versie, in 2021 te actualiseren. De RTE hebben echter besloten dat aanpassing van de EuthanasieCode aan de voornoemde arresten niet zo lang op zich kon laten wachten en daarom voor deze (tijdelijke) oplossing gekozen. Voor personen die liever een gedrukt exemplaar van de EuthanasieCode 2018 gebruiken, is desgewenst een apart inlegvel op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl) te downloaden.

mr. J. Kohnstamm, coördinerend voorzitter RTE

Den Haag, oktober 2020

1 DOEL EN OPZET VAN DEZE EUTHANASIECODE 2018

Sinds de inwerkingtreding in 2002 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL, beter bekend als ‘de euthanasiewet’) hebben vijf regionale toetsingscommissies de wettelijke taak om de euthanasiegevallen die bij deze commissies worden gemeld, te beoordelen. Sindsdien hebben de commissies vele duizenden meldingen getoetst aan de in de WTL genoemde zorgvuldigheidseisen.³ Hiervan doen de commissies verslag in het gezamenlijke jaarverslag. Ook wordt een aanzienlijk aantal oordelen van de commissies gepubliceerd op euthanasiecommissie.nl. De jaarverslagen en de gepubliceerde oordelen van de commissies geven een beeld van de wijze waarop de commissies de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie toepassen en interpreteren. Om deze informatie beter toegankelijk te maken hebben de commissies deze EuthanasieCode 2018 opgesteld. Daarmee volgen de commissies een aanbeveling uit het rapport inzake de tweede evaluatie van de WTL (2012).

De WTL maakt onderscheid tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In de code 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.⁴

Deze EuthanasieCode 2018 geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten en overwegingen die de commissies relevant achten met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende euthanasie. Het gaat er in deze tekst niet om elke denkbare situatie te beschrijven. De EuthanasieCode 2018 moet worden gezien als een samenvatting van de overwegingen die de commissies de afgelopen jaren in jaarverslagen en openbaar gemaakte oordelen hebben gepubliceerd. De code richt zich op die overwegingen en laat de casuïstiek buiten beschouwing.

Deze code is vooral van belang voor uitvoerend artsen en consulenten, maar kan ook voorzien in de informatiebehoefte van patiënten die een euthanasieverzoek willen doen en van andere geïnteresseerden. Zij

³ De tekst van de WTL is opgenomen in de bijlage Relevante wetsbepalingen.

⁴ Dit onderscheid komt aan de orde in par. 3.7., waar het gaat om de medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie en in par. 4.1., waar het gaat om de schriftelijke wilsverklaring.

kunnen een beeld krijgen van de voorwaarden waaraan bij euthanasie moet zijn voldaan. Voor eenieder is van belang dat zoveel mogelijk helderheid bestaat over de wijze waarop de commissies de wet toepassen.

De opzet van de EuthanasieCode 2018 is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt een korte schets gegeven van de geldende wettelijke regels ten aanzien van euthanasie en van de procedure en werkwijze van de commissies. Ook wordt stilgestaan bij de betekenis van medisch-professionele richtlijnen.

In hoofdstuk 3 worden in algemene zin de wettelijke zorgvuldigheidseisen toegelicht. Daarna worden in hoofdstuk 4 enkele bijzondere onderwerpen en situaties besproken. Ten slotte zijn in hoofdstuk 5 enkele nuttige verwijzingen te vinden.

2 HOOFDLIJNEN VAN DE WET, WERKWIJZE VAN DE COMMISSIES EN BETEKENIS VAN RICHTLIJNEN

2.1. HOOFDLIJNEN VAN DE WET: ZORGVULDIGHEIDSEISEN⁵

In de decennia voorafgaand aan de inwerkingtreding van de WTL is in Nederland een (rechts)praktijk ontstaan waarin een arts onder omstandigheden mag voldoen aan een verzoek van een patiënt om euthanasie. Centraal daarbij staan het verzoek van de patiënt en de ondraaglijkheid van diens lijden, maar er gelden ook andere vereisten. Deze vereisten zijn sinds 2002 in de WTL neergelegd.

De artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht bepalen dat euthanasie in Nederland strafbaar is. De WTL heeft daar geen verandering in gebracht. De genoemde wetsbepalingen maken uitsluitend voor artsen een uitzondering. Euthanasie uitgevoerd door een arts die heeft voldaan aan de in de WTL genoemde zorgvuldigheidseisen en die de euthanasie heeft gemeld, is niet strafbaar (zie par. 2.2.).⁶

Deze eisen houden in dat de arts:

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt was (art. 2 lid 1 onder a WTL);
- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt (art. 2 lid 1 onder b WTL);
- c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten (art. 2 lid 1 onder c WTL);
- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was (art. 2 lid 1 onder d WTL);
- 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 (art. 2 lid 1 onder e WTL), en
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd (art. 2 lid 1 onder f WTL).

De WTL zegt niets over de levensverwachting van de patiënt. In de wet is niet de voorwaarde opgenomen dat euthanasie alleen kan plaatsvinden in de 'terminale fase'. Ook is niet vereist dat er sprake is van een somatische aandoening. Evenmin is het noodzakelijk dat de patiënt lijdt aan een levensbedreigende aandoening. In gevallen waarin aan de door de wet genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan, speelt de levensverwachting van de patiënt geen rol. In de praktijk is deze levensverwachting vaak beperkt, maar de wet sluit niet uit dat een verzoek om euthanasie wordt gehonoreerd van een patiënt die nog vele jaren zou kunnen leven. Centraal staan het vrijwillige en weloverwogen verzoek, de ondraaglijkheid van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan.

De WTL is van toepassing op euthanasie bij patiënten van 12 jaar en ouder. De wet bevat ten aanzien van verzoeken van minderjarigen enkele bepalingen over de betrokkenheid van de ouders.

> zie *nader par. 4.2.*

Enkele arresten van de Hoge Raad hebben betekenis voor de interpretatie van de WTL. Deze uitspraken bevatten normen die in aanvulling op de WTL van belang blijven. Waar nodig komen deze uitspraken hieronder aan de orde.

> *Brongersma-arrest (2002): par. 3.3.*

> *Schoonheim-arrest (1984): par. 3.3.*

> *Chabot-arrest (1994): par. 4.3.*

In gevallen waarin aan de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan, is een arts niet verplicht gevolg te geven aan een verzoek van een patiënt om euthanasie. Euthanasie is geen recht van de patiënt. Artsen mogen weigeren euthanasie uit te voeren. In dat geval is het noodzakelijk om dit in een zo vroeg mogelijk stadium aan de patiënt kenbaar te maken.⁷ Dan kan de patiënt desgewenst een andere arts benaderen. Artsen verwijzen soms naar een collega. Het komt ook voor dat de arts een patiënt in een dergelijk geval verwijst naar de Levensindekliniek.⁸

5 Zie voor uitvoeriger informatie euthanasiecommissie.nl.

6 De tekst van de artikelen 293 en 294 Wetboek van Strafrecht is opgenomen in de bijlage Relevante wetsbepalingen.

7 Zie Regionaal Tuchtcollege Den Haag d.d. 19 juni 2012.

8 levenseindekliniek.nl.

2.2. HOOFDLIJNEN VAN DE WET: MELDING EN TOETSING

De arts dient een uitgevoerde euthanasie te melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. Hij⁹ gebruikt het daarvoor bedoelde formulier en overhandigt dat bij de schouw. Hij geeft ook het door hem opgestelde beredeneerd verslag,¹⁰ samen met het verslag van de consulent, aan de lijkschouwer.¹¹ Meestal levert de arts ook andere informatie aan, zoals (delen van) het patiëntendossier, specialistenbrieven en, indien aanwezig, een schriftelijke wilsverklaring. De gemeentelijke lijkschouwer stuurt de melding met de bijbehorende stukken ter beoordeling naar de commissie in wier regio de euthanasie is uitgevoerd. Het is aan de commissie om de verslaglegging en de gang van zaken rond de euthanasie te toetsen.¹² Komt de commissie tot het oordeel dat de arts aan alle vereisten heeft voldaan, en dus zorgvuldig heeft gehandeld, dan bericht zij dat schriftelijk aan de arts. Daarmee eindigt de toetsing en beoordeling.

Is de commissie echter van mening dat de arts een of meer zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan krijgt de arts ook daarvan schriftelijk bericht. De wet schrijft voor dat in dit geval de commissie haar oordeel ter kennis brengt van het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) i.o.¹³ Deze instanties beoordelen dan welke stappen zij geraden achten.

De commissies toetsen de zorgvuldigheid van het handelen van de meldende arts. Zij toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie. Zij houden daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de commissies, met (medisch) professionele richtlijnen en met beslissingen van het OM en de IGJ in gevallen waarin een commissie oordeelde dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

De commissies gaan na of aan alle hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan. Voor de zorgvuldigheidseisen c, e en f gaat het om wat juristen een ‘volle toetsing’ noemen. De commissies beoordelen of de arts de patiënt heeft voorgelicht, of hij ten minste één onafhankelijke arts heeft geraadpleegd en of hij de euthanasie medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. Bij de zorgvuldigheidseisen a, b en d toetsen de commissies of de arts *in redelijkheid* tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek,

9 Overall waar in deze EuthanasieCode 2018 ‘hij’ staat, kan ook ‘zij’ gelezen worden.

10 Het modelverslag is te downloaden op de volgende websites: euthanasiacommissie.nl en knmg.nl.

11 Zie artikel 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging. De tekst van deze wetsbepaling is opgenomen in de bijlage Relevante wetsbepalingen.

12 De commissie kan daarbij zo nodig ook inlichtingen inwinnen bij de gemeentelijk lijkschouwer.

13 Zaken die door een commissie als zorgvuldig worden beoordeeld, worden niet aan het OM en de IGJ doorgezonden. Het is mogelijk dat deze instanties langs andere weg (bijvoorbeeld de melding van een derde) van een dergelijke zaak op de hoogte raken. In dat geval hebben beide instanties de bevoegdheid om de zaak in onderzoek te nemen.

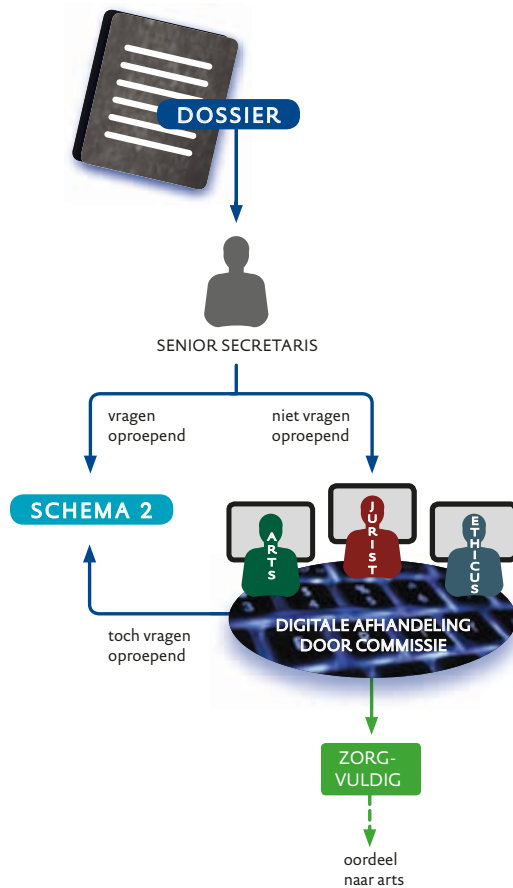
van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat er geen redelijke andere oplossing was. Juristen noemen dat ‘marginale toetsing’.

2.3. WERKWIJZE VAN DE COMMISSIES¹⁴

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies: voor Groningen/Friesland/Drenthe/BES-eilanden¹⁵, voor Overijssel/Gelderland/Utrecht/Flevoland, voor Noord-Holland, voor Zuid-Holland/Zeeland en voor Noord-Brabant/Limburg.¹⁶

SCHEMA 1

± 80% VAN DE MELDINGEN (NVO)



14 Zie voor uitvoeriger informatie euthanasiecommissie.nl en de aldaar te downloaden Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie.nl.

15 Bonaire, Saba en Sint Eustatius.

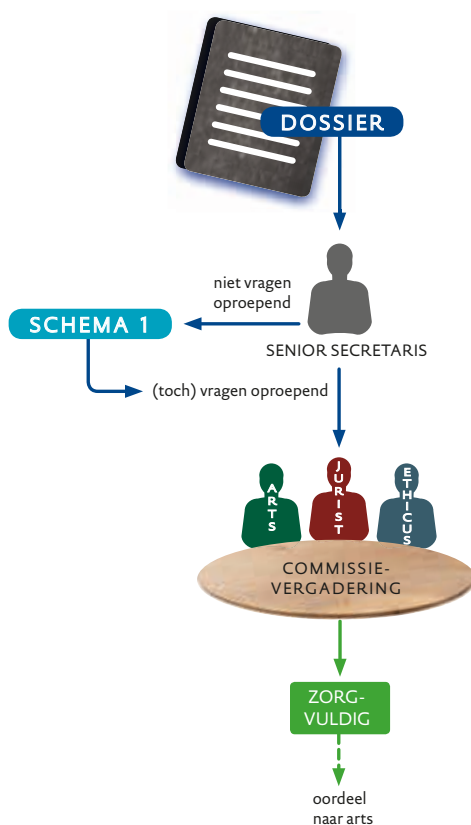
16 Zie voor de samenstelling en de locaties van deze commissies euthanasiecommissie.nl.

De commissies beoordelen de binnengekomen meldingen op basis van het beredeneerd verslag¹⁷ van de uitvoerend arts¹⁸, het daarbij gevoegde verslag van de consultant en overige relevante stukken (zoals patiëntendossier, specialistenbrieven en/of een schriftelijke wilsverklaring).

De commissies maken onderscheid tussen ‘niet vragen oproepende’ meldingen (NVO’s, ongeveer 80% van de zaken) en ‘vragen oproepende’ meldingen (VO’s, ongeveer 20 % van de zaken).

SCHEMA 2

± 19% VAN DE MELDINGEN (VO)



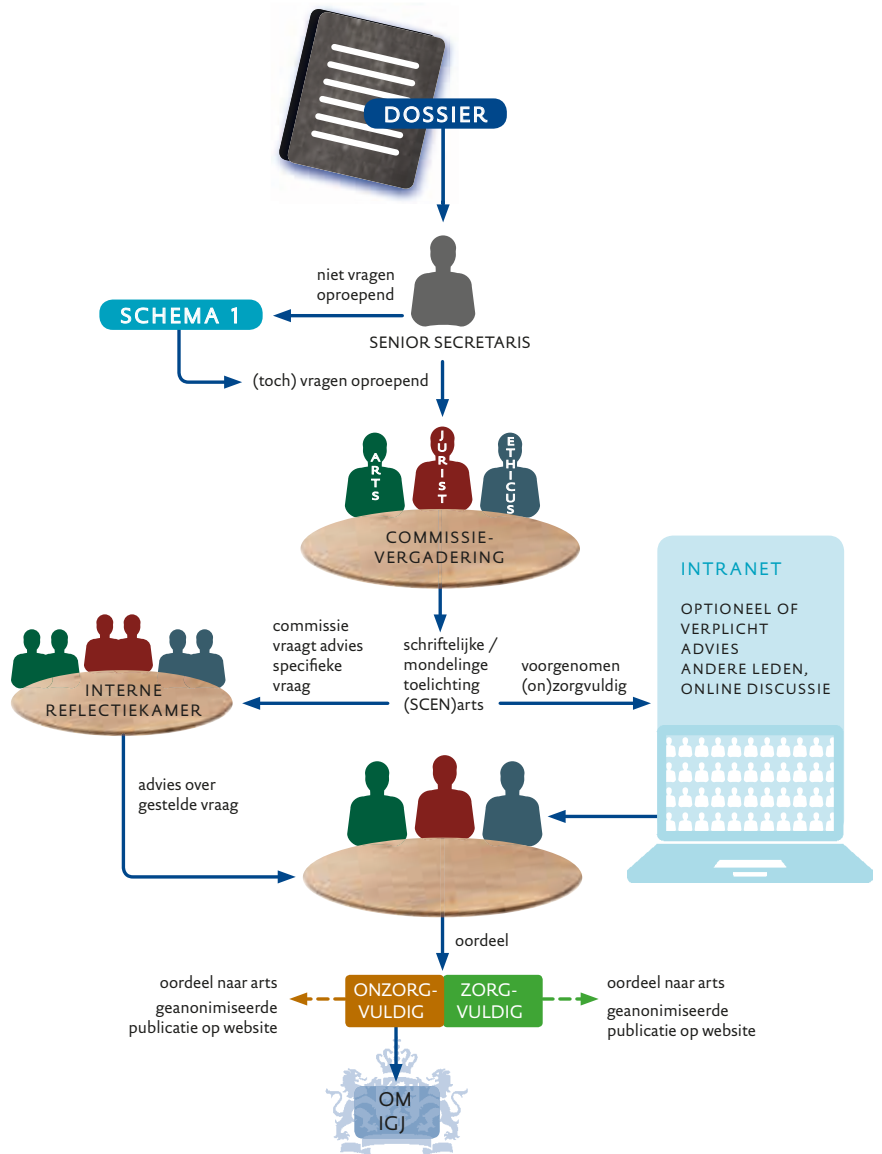
17 Het 'beredeneerd verslag' is een wettelijke eis, opgenomen in art. 7 lid 2 van de Wet op de lijkbezorging. Het niet voldoen aan deze eis is een overtreding (art. 81 Wet op de lijkbezorging).

18 Zie het Model voor een verslag van de behandelend arts, te vinden op euthanasiacommissie.nl.

Commissieleden beoordelen NVO's digitaal. Zij kunnen daarover onderling overleggen via een beveiligd digitaal systeem. NVO's worden niet ter vergadering besproken. Rijzen tijdens de digitale afdoening van een NVO vragen, dan wordt de NVO alsnog een VO. VO's worden tijdens de commissievergadering besproken. Of een melding als VO wordt aangemerkt, wordt bepaald door de vragen die een bepaalde casus oproept, bijvoorbeeld omdat het gaat om complexe kwesties of omdat het dossier op bepaalde punten vragen oproept. De arts moet antwoord geven op de vragen die in het modelverslag

SCHEMA 3

± 1% VAN DE MELDINGEN (VO)



worden gesteld. In gevallen waarin de verstrekte informatie onvolledig is of vragen oproept, kan de commissie de uitvoerend arts of de consulent bellen en vragen om nadere informatie. De commissie kan de arts of de consulent verzoeken de informatie schriftelijk aan te vullen. Ook kan de commissie de arts of de consulent uitnodigen voor een toelichtend gesprek. Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt, dat aan betrokkene voor eventueel commentaar wordt gezonden. Tijdens het gesprek mag de arts zich desgewenst door iemand laten vergezellen. De commissies realiseren zich dat zo'n gesprek met een commissie voor de arts een grote belasting kan zijn. Een mondelinge toelichting kan echter nodig zijn voor het ophelderen van onduidelijkheden. In sommige gevallen kan zo'n toelichting onontbeerlijk zijn voor een goede beoordeling.

Als de commissie overweegt te oordelen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, wordt de arts voorafgaand aan het nemen van dat besluit altijd uitgenodigd voor een gesprek; daarmee wordt hem de gelegenheid geboden zijn handelen nader toe te lichten. Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt, dat aan betrokkene voor eventueel commentaar wordt gezonden. Blijft de commissie na het gesprek met de arts bij haar voorgenomen oordeel, dan wordt dit conceptoordeel vervolgens voor advies voorgelegd aan alle leden van de RTE. Het is vervolgens aan de commissie om tot een definitief oordeel te komen.

Ook in andere gevallen kan worden besloten een conceptoordeel aan de leden van alle commissies voor te leggen. Te denken valt aan oordelen over complexe zaken, of over zaken waarin nieuwe (rechts)vragen aan de orde zijn. Op die manier streven de commissies naar harmonisatie van hun oordelen, ten behoeve van rechtszekerheid en rechtseenheid. De RTE hebben in 2017 een interne reflectiekamer ingesteld die adviezen uitbrengt over rechtsvragen, onder meer met het doel om de onderlinge afstemming en consistentie van uitspraken verder te bevorderen. De reflectiekamer komt in actie als een commissie advies vraagt over een bepaalde kwestie. Het is vervolgens aan die commissie om te bepalen wat zij met dat advies doet.

De commissie brengt haar oordeel in beginsel binnen zes weken na ontvangst van de melding ter kennis van de arts. Deze periode kan met zes weken worden verlengd als omstandigheden dat nodig maken. De commissie brengt de arts van dat uitstel op de hoogte.

De RTE hebben sinds 2015 een klachtenregeling. Op grond daarvan is een onafhankelijke klachtencommissie ingesteld ter behandeling van door hen ontvangen klachten. Meldend artsen, consulenten, lijk-schouwers en andere hulpverleners, voor zover zij partij of belanghebbende zijn bij een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, kunnen een klacht indienen. Klachten kunnen alleen

betrekking hebben op bejegening door leden of medewerkers van de RTE. Klachten die gaan over de inhoud en de motivering van het oordeel van een commissie worden niet in behandeling genomen. De klachtenregeling is openbaar en staat op de website van de RTE.

2.4. BETEKENIS VAN MEDISCH-PROFESSIONELE RICHTLIJNEN

Binnen de medische beroepsgroep zijn verscheidene richtlijnen ontwikkeld die van belang zijn wanneer een arts een standpunt moet bepalen met betrekking tot een verzoek van een patiënt om euthanasie. Deze richtlijnen zijn doorgaans behulpzaam bij het interpreteren van de algemeen geformuleerde wettelijke zorgvuldigheidseisen (waarover meer in hoofdstuk 3). Er is één richtlijn waarnaar de commissies expliciet verwijzen. Dit is de *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van de KNMG en KNMP (2012). Deze richtlijn is van belang bij de toetsing aan de zorgvuldigheidseisen dat de euthanasie medisch zorgvuldig moet zijn uitgevoerd. Daarbij gaat het onder meer om de keuze van de middelen, de dosering daarvan en ook om de controle van de diepte van het coma. Zeker gelet op de verwijzing in deze zorgvuldigheidseisen naar ‘medisch’ zorgvuldige uitvoering ligt het voor de hand dat de commissie zich oriënteert op de standaard die door de beroepsgroepen (artsen en apothekers) ter zake is opgesteld.

Bij het beoordelen van meldingen van euthanasie heeft de commissie een eigen, op de wet gebaseerde verantwoordelijkheid. Dat betekent dat medisch-professionele richtlijnen van belang zijn voor zover zij passen binnen het wettelijk kader. Het kan voorkomen dat er een verschil bestaat tussen een richtlijn en de wet, meer in het bijzonder dat de richtlijn strengere eisen stelt dan de wet; in dat geval is voor de commissie de wet doorslaggevend.¹⁹ Ook kan het zijn dat er in die richtlijnen aspecten aan de orde komen waar de arts in het kader van zijn professionele verantwoordelijkheid wel rekening mee moet houden, maar die in het kader van een beoordeling door de commissie niet van belang zijn.²⁰ In zo’n geval kan het voorkomen dat de commissie oordeelt dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, terwijl hij niet volledig conform professionele normen van zijn beroepsgroep heeft gehandeld.

19 Zie ook de brief die de minister van VWS op 4 juli 2014 naar de Tweede Kamer zond (Kamerstukken II, 2013-2014, 32647, nr. 30).

20 Te denken valt aan de in het tuchtrecht geformuleerde zorgvuldigheid die een arts in acht moet nemen jegens de familie van een patiënt. Zie bijvoorbeeld Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 mei 2006, GJ 2006/135 en Regionaal Tuchtcollege Den Haag 23 oktober 2012, GJ 2013/8.

3 WETTELIJKE ZORG- VULDIGHEIDSEISEN

3.1. UITVOEREND ARTS

Op grond van de WTL is alleen een arts gerechtigd om uitvoering te geven aan een verzoek van een patiënt om euthanasie. De wet richt zich tot de arts die de euthanasie daadwerkelijk uitvoert. Doorgaans gaat het om de behandelend arts van de patiënt (in het bijzonder diens huisarts), maar dat is geen wettelijk vereiste. In alle gevallen geldt dat de uitvoerend arts zich gedegen moet hebben geïnformeerd over de situatie van de patiënt en dat hij persoonlijk moet hebben vastgesteld dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Een behandelend arts die de patiënt al lang(ere tijd) kent, zal zich mede op die kennis kunnen baseren.

Een niet-behandelend arts in niet-acute situaties

Ook een arts die geen behandelaar is van de patiënt kan een verzoek om euthanasie uitvoeren. Deze arts zal in het algemeen 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. In gevallen waarin de uitvoerend arts geen behandelaar is van de patiënt, is het van belang dat in de verslaglegging voor de commissie wordt aangegeven hoe vaak en hoe uitvoerig de arts met de patiënt heeft gesproken.

Een niet-behandelend arts in acute situaties

Door omstandigheden kan het gebeuren dat de euthanasie op het laatste moment wordt uitgevoerd door een andere arts dan de eigen behandelend arts (bijvoorbeeld door een waarnemer of een collega in het geval dat de arts niet beschikbaar is en de situatie van de patiënt onverwacht snel verslechtert). De wettelijke meldplicht rust op de arts die de euthanasie daadwerkelijk heeft verricht. In de bedoelde situaties zal de uitvoerend arts zich mogen baseren op de informatie van eveneens bij de casus betrokken collegae, maar hij zal zich, voor zover redelijkerwijze mogelijk in de specifieke situatie, ook zelf ervan moeten vergewissen dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Waar in het navolgende over ‘de arts’ wordt gesproken, wordt bedoeld: de uitvoerend arts.

3.2. VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De wet 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. Een mondeling verzoek volstaat.

Uit de wet vloeit voort dat de patiënt zelf het verzoek moet doen. Een verzoek om euthanasie dat namens de patiënt door anderen wordt gedaan, kan niet worden gehonoreerd.²¹ In alle gevallen moet duidelijk zijn dat het verzoek door de patiënt zelf is geuit. Een verzoek kan al ruimschoots voor de uitvoering door een patiënt kenbaar worden gemaakt, maar in situaties waarin het ziektebeeld van de patiënt snel verslechtert kan het tijdsverloop tussen verzoek en uitvoering (zeer) kort zijn. Dit laatste betekent dat een verzoek niet per se ‘duurzaam’ hoeft te zijn, in de zin dat het verzoek pas kan worden ingewilligd als het langere tijd wordt gehandhaafd. Aarzelingen bij de patiënt met betrekking tot euthanasie komen regelmatig voor, maar uiteindelijk moet het verzoek in de ogen van de arts ondubbelzinnig en consistent zijn.

De meeste patiënten zijn tot het moment van de uitvoering van de euthanasie in staat tot normale (verbale) communicatie. In een aantal gevallen kan het communicatievermogen van de patiënt door diens ziekte echter (sterk) afnemen of bemoeilijkt worden. Daarbij kunnen uiteenlopende situaties aan de orde zijn, bijvoorbeeld:

- de patiënt kan het verzoek niet meer onder woorden brengen, maar nog wel op andere manieren communiceren (bijvoorbeeld door handgebaren, door te knikken, door in een hand te knijpen in reactie op gesloten vragen van de arts of met behulp van een spraakcomputer);
- de patiënt kan het verzoek nog wel uiten, maar niet meer beargumenteren.

In al deze gevallen gaat het er om dat op basis van de uitingen die de patiënt nog wel kan doen en door diens gedrag voldoende aannemelijk wordt dat sprake is van een (gecontinueerd) verzoek. De uitingen waartoe de patiënt op dat moment nog wel in staat is, kunnen dan worden beoordeeld in samenhang met eerdere (schriftelijke) verklaringen, gedragingen of signalen van de patiënt.

In de situatie waarin de communicatie met patiënt moeilijk of niet meer mogelijk is, kan een (eerder opgestelde) schriftelijke wilsverklaring in de plaats treden van het mondelinge verzoek van de patiënt.

> zie over de schriftelijke wilsverklaring par. 4.1.

²¹ Het is dus niet mogelijk dat een patiënt een ander machtigt om namens hem een verzoek om euthanasie te doen. Uitgangspunt is dat de patiënt zelf om euthanasie moet verzoeken; zie Kamerstukken II, 1998-1999, 26691, nr. 3, p. 9. Wel kunnen anderen een arts erop attenderen dat de patiënt een wens tot euthanasie heeft, zodat de arts daarover met de patiënt in gesprek kan gaan of, als de patiënt niet meer tot communicatie in staat is, een eventuele schriftelijke wilsverklaring kan beoordelen.

Het verzoek van de patiënt moet vrijwillig zijn. Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten.

In de eerste plaats moet het verzoek zijn gedaan zonder onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid). De arts moet zich ervan overtuigen dat van dergelijke invloed geen sprake is. Aandacht vraagt ook de situatie waarin een naaste van de patiënt zich te nadrukkelijk mengt in het gesprek tussen arts en patiënt, of voortdurend antwoorden geeft die de arts van de patiënt zelf wil vernemen. Dergelijke omstandigheden kunnen het nodig maken dat de arts ook onder vier ogen met de patiënt spreekt. Dat een patiënt zelf meent een belasting voor anderen te zijn en mede om die reden om euthanasie verzoekt, hoeft echter niet te betekenen dat daarom van vrijwilligheid geen sprake is.²²

In de tweede plaats moet de patiënt wilsbekwaam zijn (interne vrijwilligheid).²³ Een wilsbekwame patiënt is in staat op begrijpelijke wijze te communiceren over zijn euthanasieverzoek. Hij kan de relevante (medische) informatie begrijpen. Patiënt heeft ziekte-inzicht: hij kan zijn situatie en de gevolgen van euthanasie en van eventuele behandelingsalternatieven overzien. Patiënt is in staat duidelijk te maken waarom hij euthanasie wil.

Wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd. Ook kan een patiënt tegelijk wilsbekwaam zijn voor de ene beslissing (bijvoorbeeld een verzoek om euthanasie), en onbekwaam voor de andere (bijvoorbeeld het beheer van financiën). Dat komt ook tot uiting in hetgeen de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (art. 7:465 BW) als uitgangspunt voor wilsbekwaamheid neemt, namelijk dat de patiënt in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de beslissing die aan de orde is. Wilsbekwaamheid veronderstelt dus dat de patiënt relevante informatie over zijn situatie en prognose kan begrijpen, de eventuele alternatieven kan afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kan overzien.²⁴

Als een patiënt wilsonbekwaam is, voorziet de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) er in dat zijn vertegenwoordiger namens hem geïnformeerde toestemming kan geven voor een bepaalde medische verrichting. Bij een verzoek om euthanasie is vertegenwoordiging niet mogelijk; de patiënt moet derhalve zelf in

22 Het gevoel een belasting voor anderen te zijn, kan bijdragen aan de door de patiënt ervaren ondraaglijkheid van het lijden.

23 In de parlementaire stukken bij de WTL wordt bij herhaling aangegeven dat de patiënt wilsbekwaam moet zijn om een euthanasieverzoek te doen; zie bv. Kamerstukken II, 1999-2000, 26691, nr. 6, p. 5-7.

24 Zie de *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid* (versie 2007) op rijksoverheid.nl (zoek op *handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*)

staat zijn om de reikwijdte van een dergelijk verzoek te overzien, de informatie over zijn prognose en de alternatieven te begrijpen, en ter zake zelf tot een beslissing te komen. Indien een patiënt niet meer wilsbekwaam is, kan een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring, opgesteld toen hij nog wel wilsbekwaam was, in de plaats treden van een mondeling verzoek.

In veel gevallen zal er geen twijfel zijn over de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van zijn euthanasieverzoek. In bepaalde gevallen en bij bepaalde ziektebeelden zal het echter noodzakelijk zijn expliciet en uitvoeriger stil te staan bij de wilsbekwaamheid. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige collega vraagt. Dit adviesverzoek kan een onderdeel zijn van de vraagstelling aan de consulent als bedoeld in art. 2 lid 1 onder e WTL, maar de wilsbekwaamheid kan voorafgaand daaraan ook door een ter zake deskundige arts worden beoordeeld.

> zie over specifieke patiëntengroepen par. 4.3, 4.4. en 4.5.

Weloverwogen verzoek

Het verzoek moet voorts weloverwogen zijn. Dat betekent dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht. Het mag niet gaan om een verzoek dat in een opwelling is gedaan. Voorzichtigheid is ook geboden in gevallen waarin de patiënt blijk geeft van twijfel, door in een bepaald tijdsbestek een verzoek te doen, dat weer in te trekken, het verzoek opnieuw te doen etc. Dat een patiënt soms aarzelt of twijfelt met betrekking tot een zo ingrijpende aangelegenheid als euthanasie, is goed te begrijpen. Die aarzeling of twijfel hoeft geen contra-indicatie voor euthanasie te zijn. Het gaat erom dat het verzoek, alle omstandigheden en uitingen van de patiënt in aanmerking nemend, consistent is. Die consistentie kan onder meer blijken uit het (voortdurend) herhalen van het verzoek door de patiënt.

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseis inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek kunnen in bepaalde situaties bijzondere vragen rijzen. Te denken valt aan gevallen waarin het gaat om psychiatrische patiënten, om patiënten met dementie, om patiënten met een verstandelijke beperking, om patiënten met afasie, om patiënten die in een situatie van coma of verlaagd bewustzijn verkeren of om minderjarigen.

> zie nader over deze bijzondere situaties Hoofdstuk 4.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK: KERNPUNTEN

- Verzoek door de patiënt zelf gedaan
- ‘Externe’ vrijwilligheid: geen onaanvaardbare invloed van anderen
- ‘Interne’ vrijwilligheid of wilsbekwaamheid: inzicht in en begrip van de situatie
- Weloverwogen verzoek: goed voorgelicht, consistent, geen opwelling
- Consistentie blijkend uit herhaald verzoek of uit andere uitingen van de patiënt
- Een schriftelijke wilsverklaring kan in de plaats treden van een mondeling verzoek (zie par. 4.1.)
- Bijzondere aandacht voor het verzoek in specifieke situaties (zie Hoofdstuk 4)

3.3. UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

Enkele algemene aspecten

Lijden is een breed begrip. Lijden kan het gevolg zijn van pijn en benauwdheid, overheersende uitputting en moeheid, lichamelijke achteruitgang, uitzichtloosheid, maar ook van een toenemende afhankelijkheid of een door de patiënt ervaren ontluistering of verlies van waardigheid. Al in het Schoonheim-arrest uit 1984 oordeelde de Hoge Raad dat lijden kan bestaan uit (angst voor) steeds verdergaande ontluistering of uit het vooruitzicht niet meer waardig te kunnen sterven.

De lijdensdruk die de 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.

Noodzakelijk is dat de patiënt het lijden ervaart. Er kunnen zich situaties voordoen waarin de patiënt geen lijden meer ervaart, zoals bij coma, of waarin daarover twijfel bestaat, zoals bij verlaagd bewustzijn; bij palliatieve sedatie zijn beide situaties denkbaar. Is de patiënt in een situatie komen te verkeren waarin hij het lijden niet (meer) ervaart, dan is inwilliging van een verzoek om euthanasie in beginsel niet mogelijk. Het feit dat de naasten van de patiënt diens situatie als ontluisterend ervaren, maakt dat niet anders.

> zie nader over coma en verlaagd bewustzijn par. 4.7.

> zie nader over de relatie tussen euthanasie en palliatieve sedatie par. 4.8.

Dat de patiënt het lijden ervaart, kan blijken uit wat hij erover zegt, maar ook uit andere uitingen of lichaamsreacties van de patiënt. In gevallen waarin de patiënt zijn lijden niet meer goed onder woorden kan brengen, dient de arts juist ook acht te slaan op andere signalen die iets kunnen zeggen over de lijdensdruk van de patiënt.

Medische grondslag van het lijden

De arts moet de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Uit de parlementaire geschiedenis van de WTL blijkt dat aan het lijden een medische dimensie moet zitten.²⁵ Voltooid leven²⁶ valt buiten het bereik van de wet. Deze problematiek valt buiten het medisch domein; het ontbreekt de arts aan specifieke deskundigheid die nodig is om daarover te kunnen oordelen. In het Brongersma-arrest uit 2002 heeft de Hoge Raad onder verwijzing naar de parlementaire geschiedenis het standpunt ingenomen dat het lijden van de patiënt in overwegende mate moet voortkomen uit een of meer medisch geclassificeerde ziektes of aandoeningen. Ook herhaalde de Hoge Raad zijn standpunt uit het Chabot-arrest uit 1994 dat de aandoening zowel somatisch als psychisch van aard kan zijn. Nadien is de KNMG tot het standpunt gekomen dat bij het beoordelen van het lijden in het kader van levensbeëindiging door artsen er (mede) sprake moet zijn van een medische grondslag.²⁷ Naar aanleiding van het Brongersma-arrest en het KNMG-standpunt hanteren de RTE als uitgangspunt dat het lijden een medische grondslag moet hebben; het moet gaan om lijden dat binnen het domein, dat wil zeggen de verantwoordelijkheid en deskundigheid, van de arts valt. Er moet een toestand zijn die kan worden aangemerkt als ziekte of aandoening. Het hoeft echter niet te gaan om één overheersend of levensbedreigend medisch probleem. Zo kan de patiënt twee (of meer) ziektes hebben. De medische grondslag van het lijden is dan gelegen in de combinatie van deze aandoeningen.

Stapelning van ouderdomsaandoeningen

Wil een patiënt in aanmerking komen voor euthanasie dan moet zijn lijden dus 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

25 MvA Kamerstukken I 2000-2001, 26691, nr. 137b, p. 32-34

26 Zie Handelingen II 23 november 2000, TK 27-2254, waarin wordt gesproken over “klaar met leven”.

27 KNMG-standpunt ‘De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde’ (2011), paragraaf 2.5 Medische grondslag p. 27 e.v.

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 deze patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren.

Daarmee onderscheidt een stapeling van vooral degeneratieve aandoeningen zich van de voltooidleven-problematiek, althans voor zover daarmee bedoeld wordt op een lijden zonder medische grondslag. Anders dan de voltooidleven-problematiek heeft een stapeling van ouderdomsaandoeningen wél een medische grondslag.

> zie voor 'voltooid leven' par. 4.9.

Uitzichtloosheid van het lijden

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. Bij het beoordelen van de uitzichtloosheid staan de diagnose en de prognose centraal. 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 uitzichtloosheid moet worden gezien in relatie tot de ziekte of aandoening van de patiënt en de daarmee verbonden symptomen. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen of verminderen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat (art. 2 lid 1 onder d WTL).

> zie nader par. 3.5.

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

Ondraaglijkheid van het lijden

De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt, in het licht van

zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts mede gelet op het voortraject invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor déze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen.

De angst voor in het verschiet liggende achteruitgang van de gezondheid kan voor de patiënt een bepalende factor bij het lijden zijn. Hierbij kan het gaan om (angst voor) toenemende pijn, verdergaande ontluistering, benauwdheid of misselijkheid, maar ook om situaties waarin kernwaarden van de patiënt (zoals zelfstandigheid en waardigheid) worden aangetast. Het actuele lijden van de patiënt hangt dan samen met het besef dat zijn situatie alleen maar slechter zal worden en dat waarden en omstandigheden die voor de patiënt belangrijk zijn steeds meer onder druk komen te staan. Te denken valt hierbij niet alleen aan bijvoorbeeld kanker, maar ook aan voortschrijdende ALS, MS, dementie en de ziekte van Parkinson.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN: KERNPUNTEN

- Lijden heeft een medische grondslag
- Lijden kan het gevolg zijn van een optelsom van psychische en fysieke aspecten
- Lijden kan het gevolg zijn van klachten door een combinatie van aandoeningen
- Lijden kan het gevolg zijn van klachten door een stapeling van ouderdomsaandoeningen
- Uitzichtloosheid: er is geen redelijk alternatief voor euthanasie (zie ook par. 3.5.)
- Ondraaglijk lijden: het gaat om het lijden van 'deze' patiënt (in relatie tot zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en draagkracht). Het lijden is voor de arts invoelbaar en begrijpelijk
- Lijden kan bestaan uit angst voor toekomstige achteruitgang
- Patiënt zelf ervaart het lijden

3.4. VOORLICHTING AAN DE PATIËNT

De arts dient de patiënt te hebben voorgelicht over zijn situatie en zijn vooruitzichten. Van een weloverwogen verzoek als bedoeld in art. 2 lid 1 onder a WTL kan alleen sprake zijn als de patiënt goed op de hoogte is van zijn gezondheidssituatie (ziektebeeld, diagnose, prognose, behandelmogelijkheden). De commissie beoordeelt of de arts de patiënt voldoende heeft voorgelicht. De arts behoort na te gaan of de patiënt voldoende is geïnformeerd en of hij de verstrekte informatie ook begrepen heeft. Hij mag dat niet zomaar aannemen, ook niet in gevallen waarin bij de aanloop naar het verzoek ook andere artsen betrokken waren.

In het geval van een langdurig ziekbed zal de patiënt doorgaans goed van zijn situatie en vooruitzichten op de hoogte zijn. Mogelijk is ook al enkele malen over euthanasie gesproken. In andere gevallen kan een euthanasieverzoek voor de arts vrij onverwacht komen. Vooral in die laatste gevallen is het belangrijk dat de arts zich ervan vergewist dat de patiënt op de hoogte is van alle relevante informatie. Dit houdt verband met het ingrijpende karakter van een verzoek om en een beslissing tot euthanasie.

26

VOORLICHTING: KERNPUNTEN

- Patiënt is voorgelicht over zijn gezondheidssituatie en de vooruitzichten
- Arts stelt vast dat de patiënt de informatie begrepen heeft

3.5. ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Deze zorgvuldigheidseis, die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, houdt verband met het ingrijpende en onomkeerbare karakter van euthanasie. Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven.

De vraag of er sprake is van redelijke andere oplossingen moet worden beoordeeld in het licht van de diagnose en prognose. In gevallen waarin de arts onvoldoende deskundig is om te beoordelen of er redelijke alternatieven zijn, is het aangewezen dat hij nagaat of ter zake

deskundige artsen bij de behandeling betrokken waren of dat hij een collega raadpleegt met meer deskundigheid op het betreffende gebied. Dat hij dit gedaan heeft, zal uit de verslaglegging van de arts moeten blijken.

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 (daarbij hoeft het niet alleen om een medische interventie te gaan). De voordelen van het alternatief moeten groter zijn dan de nadelen. ‘Redelijk’ houdt onder meer in dat er een gunstige verhouding is tussen het met het alternatief te bereiken effect en de belasting daarvan voor de patiënt. Ook moet de door het alternatief te bereiken verbetering op afzienbare termijn kunnen worden gerealiseerd; hierbij speelt de levensverwachting van de patiënt een rol. De mogelijke belasting voor de patiënt moet worden beoordeeld in het licht van de omstandigheden van het geval, zoals het aantal behandelingen dat een patiënt al ondergaan heeft, de eventuele bijwerkingen van een behandeling, de fase van het ziekteproces van de patiënt en diens leeftijd, medische situatie en fysieke en psychische draagkracht. Het is niet noodzakelijk dat alle denkbare mogelijkheden worden uitprobeerd. Soms geldt: “genoeg is genoeg”.

Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkt resultaat zal in het algemeen niet als een “redelijk alternatief” kunnen worden aangemerkt. Een medische ingreep of behandeling die het lijden substantieel kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans een “redelijk alternatief” zijn. Een wilsbekwame patiënt heeft vanzelfsprekend het recht een dergelijke interventie te weigeren, maar het gevolg van die weigering kan soms zijn dat een verzoek van de patiënt om euthanasie op dat moment niet kan worden ingewilligd.

Rond het levenseinde speelt palliatieve zorg (waaronder begrepen pijnbestrijding en palliatieve sedatie) een belangrijke rol. In gevallen waarin het lijden van de patiënt (in overwegende mate) samenhangt met pijn, kan pijnstilling een alternatief zijn voor euthanasie. Een patiënt kan echter goede redenen hebben om palliatieve zorg te weigeren, bijvoorbeeld omdat hij niet suf wil worden (door hogere doseringen morfine) of zijn bewustzijn niet wil verliezen (door palliatieve sedatie). Belangrijk is dat de arts de patiënt goed voorlicht over de voor- en nadelen van palliatieve zorg, maar de uiteindelijke beslissing om van deze optie gebruik te maken ligt bij de patiënt.

Er is dus sprake van een redelijke andere oplossing indien deze:

- a. leidt tot een wezenlijke vermindering van het ondraaglijk lijden van de patiënt;
- b. effect heeft binnen een redelijke termijn;
- c. een aanvaardbare verhouding heeft tussen voor- en nadelen (effect versus belasting).

Bij het beoordelen van de vraag of een oplossing ‘redelijk’ is, heeft de patiënt een belangrijke stem.

Van de arts wordt verwacht dat hij in zijn verslaglegging ten behoeve van de commissie aangeeft of er alternatieven waren, hoe hij deze met de patiënt heeft besproken, en waarom deze voor de patiënt niet redelijk waren.

ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING: KERNPUNTEN

- Gezamenlijke opvatting arts en patiënt
- Redelijke andere oplossing; wezenlijke impact op het lijden, effect op afzienbare termijn, gedurende een langere tijd, gunstige verhouding voor- en nadelen,
- Belasting voor de patiënt beoordelen in het licht van diens specifieke omstandigheden
- Patiënt mag altijd een (palliatieve) behandeling weigeren. Als zo’n behandeling lijden zou wegnemen, kan dit gegeven de uitvoering van euthanasie in de weg staan.
- Weigeren van palliatieve sedatie zal in het algemeen uitvoering van euthanasie niet in de weg staan.

3.6. ONAFHANKELIJKE CONSULENT

De arts behoort voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen, die de patiënt ziet en beoordeelt of is voldaan aan de in de par. 3.2. tot en met 3.5. behandelde wettelijke zorgvuldigheidseisen a tot en met d. De WTL schrijft niet voor dat de consulent zich uitlaat over de medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie, zorgvuldigheidseis f (zie hieronder par. 3.7.). Er is echter niets op tegen dat de consulent zo nodig de arts hierover adviseert.

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

zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op het euthanasieverzoek alvorens hij definitief besluit tot uitvoering daarvan. Ook voor de commissie is het verslag essentieel om tot een oordeel te komen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. De commissie hecht er aan dat de uitvoerend arts het consult aanvraagt. Indien daarvan wordt afgeweken, verwacht de commissie dat de arts dit toelicht in zijn verslag.

Het komt voor dat de patiënt wordt behandeld door een aantal met elkaar samenwerkende artsen. In zo'n situatie kan het zijn dat een van hen het consult aanvraagt en dat vervolgens een van de anderen de uitvoering op zich neemt. De consulent zal zich ook dan onafhankelijk moeten verklaren ten opzichte van de uitvoerende arts.

Het is niet de bedoeling dat de consulent de arts beoordeelt. Het is ook niet de taak van de consulent de arts 'toestemming' te geven. Het is de bedoeling dat de consulent zelf tot een oordeel komt of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en de arts daarover met redenen omkleed schriftelijk informeert. Als de arts van het oordeel van de consulent afwijkt, moet dit in het verslag duidelijk beargumenteerd worden.

In veruit de meeste gevallen is de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent een zogenoemde SCEN-arts.²⁸ Een SCEN-arts is een door de KNMG opgeleide arts die bereikbaar en beschikbaar is om een onafhankelijke en deskundige beoordeling uit te voeren in het kader van een euthanasieverzoek. SCEN-artsen verlenen ook steun en verstrekken informatie. Alleen artsen kunnen een SCEN-arts inschakelen.

Informatiebehoefte van de arts in een vroege fase

De onafhankelijke consulent zoals bedoeld in de WTL is degene aan wie de arts een 'breed' oordeel over de zaak vraagt: is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen zoals genoemd in art. 2 lid 1 onder a tot en met d WTL (verzoek, lijden, voorlichting, alternatieven). De stap om een onafhankelijk consulent te raadplegen zal doorgaans in beeld komen als de arts serieus overweegt om het verzoek van de patiënt uit te voeren.

Het is echter ook mogelijk dat de arts vragen heeft voordat de euthanasieprocedure echt wordt opgestart. Ook dan kan de arts een SCEN-arts raadplegen (de S van steun) of een andere collega om advies vragen. Daarbij kan het gaan om het proces ("welke stappen moet ik zetten?"), bijvoorbeeld omdat de arts weinig of geen ervaring heeft met euthanasie, maar ook om patiëntfactoren ("is er aanleiding de wilsbekwaam-

²⁸ SCEN betekent: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. SCEN is een programma van de KNMG. De KNMG heeft in 2011 een richtlijn voor SCEN-artsen vastgesteld, met als titel *Goede steun en consultatie bij euthanasie* (2011) (te vinden op scen.nl). SCEN-artsen maken deel uit van een regionale SCEN-groep, die zich onder meer richt op kwaliteitsborging door middel van intervisie.

heid van de patiënt te laten onderzoeken?”, “zouden er nog behandelalternatieven zijn?”). Het raadplegen van een SCEN-arts of een andere collega over een dergelijke vraag kan niet worden gezien als een consultatie zoals bedoeld in de wet. Het gaat dan om een adviesvraag die aan de wettelijk vereiste consultatie voorafgaat.

Verantwoordelijkheid van de arts in relatie tot de consulent

De arts moet, voor hij definitief besluit tot uitvoering, kennis nemen van de bevindingen van de consulent. De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. 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 afdoende moeten kunnen motiveren. Bij een verschil van inzicht tussen de arts en de consulent kan de arts ook een andere consulent benaderen. Het is overigens niet de bedoeling dat de arts net zo lang zoekt tot hij een consulent treft die het met hem eens is.²⁹ Een arts die meerdere consulenten heeft geraadpleegd, behoort alle consultatieverslagen via de lijkschouwer aan de commissie te verstrekken.

De arts heeft groot belang bij een degelijk en volledig consultatieverslag.³⁰ Soms staat de kwaliteit daarvan ter discussie, bijvoorbeeld omdat een consulent niet alle zorgvuldigheidseisen heeft beoordeeld, omdat hij zijn conclusies niet voldoende onderbouwt of omdat zijn verslag innerlijk tegenstrijdig is. Een voorbeeld van zo'n tegenstrijdigheid is dat de consulent in zijn verslag aangeeft dat de patiënt nog niet ondraaglijk lijdt of nog geen concreet verzoek heeft gedaan, maar toch concludeert dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. De arts moet er op toezien dat het verslag van de consulent toereikend is. Op hem rust immers de plicht om aannemelijk te maken dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Is het verslag van de consulent niet van voldoende kwaliteit, dan kan het nodig zijn dat de arts de consulent daarover bevrage. De arts kan daarbij zo nodig verwijzen naar de richtlijnen die door KNMG/SCEN zijn opgesteld met betrekking tot de verantwoordelijkheden en de rapportage van de consulent.³¹

Onafhankelijkheid van de consulent

De wet spreekt met betrekking tot de consulent van een 'onafhankelijke arts'. Onafhankelijkheid betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt.³² Ook de

29 Zie onderdeel 23 van de KNMG-richtlijn *Goede steun en consultatie bij euthanasie* (2011).

30 SCEN heeft een leidraad voor het consultatieverslag opgesteld (2015).

31 De KNMG-richtlijn *Goede steun en consultatie bij euthanasie* (2011) en de door de door SCEN opgestelde leidraad voor het consultatieverslag (2015).

32 Zie ook KNMG, *Standpunt inzake euthanasie*. Utrecht, 2003, p. 14-16.

schijn van niet-onafhankelijkheid moet worden voorkomen. Daarom is van belang dat de consulent in zijn verslag ingaat op zijn relatie met de arts en de patiënt.

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

Van (schijn van) niet-onafhankelijkheid kan ook sprake zijn als beide artsen regelmatig, bijvoorbeeld over en weer, als uitvoerend arts en consulent optreden, wanneer in het traject voorafgaand aan een euthanasie de SCEN-arts steun heeft verleend die verder gaat dan het enkel geven van advies en informatie, of als de arts en de consulent in een privé-situatie met elkaar omgaan. Dat de arts en de consulent elkaar kennen, bijvoorbeeld uit een intervisiegroep, is op zichzelf geen probleem. Kennen beide artsen elkaar uit een waarnemgroep, dan zal van de omstandigheden afhangen of een onafhankelijke beoordeling door de consulent mogelijk is. Belangrijk is dat arts en consulent zich hiervan bewust zijn en gemotiveerd hun opvatting daarover in de verslaglegging vermelden.

Onafhankelijkheid van de consulent *ten opzichte van de patiënt* houdt onder meer in dat er geen onderlinge (familie)relatie of vriendschap bestaat tussen de consulent en de patiënt en dat de consulent geen (mede)behandelaar van de patiënt is of recentelijk geweest is. Een eenmalig contact tussen arts en patiënt in het kader van de waarneming hoeft geen probleem te zijn. Dat zal afhangen van de aard van het contact en het moment waarop het plaatsvond.

Soms komt het voor dat twee partners tegelijkertijd een euthanasieverzoek doen. Indien op beide verzoeken wordt ingegaan wordt dit wel 'duo-euthanasie' genoemd. De commissies verwachten dat de arts of artsen in zo'n geval voor ieder van de partners een andere consulent raadpleegt. Dit is nodig om te waarborgen dat iedere casus afzonderlijk wordt beoordeeld. Beide consulenten moeten zich ervan vergewissen, dat er geen oneigenlijke druk bestaat van de ene partner op (het euthanasieverzoek van) de andere partner.

Deskundigheid van de consulent

De commissies geven er sterk de voorkeur aan dat een consulent 'at random' wordt toegewezen, aan de hand van de dienstroosters van de SCEN-artsen. Doorgaans zal de consulent over voldoende deskundigheid beschikken om de betreffende melding te kunnen beoordelen.

Twijfelt de consulent daar echter aan, dan is het belangrijk dat hij dat met de arts bespreekt.

Om zich een goed oordeel te kunnen vormen over de zorgvuldigheidseisen inzake het verzoek, meer in het bijzonder de wilsbekwaamheid, de uitzichtloosheid van het lijden en/of het ontbreken van een redelijke andere oplossing, zal het in sommige gevallen nodig zijn dat de arts naast het oordeel van de consulent (de reguliere SCEN-arts) ook het advies van een onafhankelijke arts met een bepaalde deskundigheid (psychiater, geriater e.d.) inwint. Dat zal zich met name voordoen als een psychiatrische aandoening, dementie of een verstandelijke beperking een rol speelt, maar kan soms ook los daarvan aan de orde zijn (bijvoorbeeld als de arts gereede twijfel heeft over de wilsbekwaamheid van een patiënt).

> zie nader over het raadplegen van een deskundige bij patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie of een verstandelijke beperking par. 4.3. tot en met 4.5.

Uitgangspunt: de consulent ziet en spreekt de patiënt

De wet bepaalt dat de consulent de patiënt moet zien.³³ In veruit de meeste gevallen zal het daarbij gaan om een combinatie van zien en spreken van de patiënt. Uitgangspunt is dat de consulent patiënt ook ziet zonder dat anderen daarbij aanwezig zijn. Het kan gebeuren dat de patiënt, op het moment dat consulent hem bezoekt, niet meer tot een gesprek in staat is. Als de arts zo'n situatie ziet aankomen, doet hij er goed aan de consulent eerder te laten komen. Zo nodig kan dan nadien nog telefonisch contact tussen arts en consulent plaatsvinden. Wanneer de patiënt ten tijde van het bezoek van de consulent niet meer aanspreekbaar is, dient de consulent aan de hand van alle andere beschikbare en relevante feiten en omstandigheden een oordeel te geven. Nadere informatie verkregen van de arts en (eventueel) de familie kan daarbij behulpzaam zijn. De wet vereist dus niet dat de consulent altijd (verbaal of non-verbaal) met de patiënt kan communiceren. Dit vloeit ook voort uit de wettelijke mogelijkheid om een verzoek tot euthanasie uit te voeren in gevallen waarin de patiënt niet meer kan communiceren, maar hij eerder wel een schriftelijke wilsverklaring opstelde.

> zie nader over de schriftelijke wilsverklaring par. 4.1.

> zie nader over coma en verlaagd bewustzijn par. 4.7.

Het komt voor dat de consulent de patiënt zeer kort voor de uitvoering van de euthanasie bezoekt, soms zelfs op de dag van het overlijden. De

³³ De patiënt 'zien' zal normaal gesproken betekenen: de patiënt 'bezoeken'. Op de BES-eilanden kan dat tot praktische problemen leiden, en kan bijvoorbeeld worden gekozen voor een beeldgesprek tussen consulent en patiënt via internet.

omstandigheden van het geval, en met name een onverwachte ernstige verslechtering van de situatie van de patiënt, kunnen dit onvermijdelijk maken. Uit de verslaglegging van de arts moet dan blijken dat hij van de bevindingen van de consulent heeft kennisgenomen voordat hij tot euthanasie overging.

Opnieuw raadplegen van de consulent

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

Het komt regelmatig voor dat de consulent de patiënt bezoekt terwijl het verzoek nog niet actueel is en het lijden nog (net) niet ondraaglijk. De consulent zal in dergelijke gevallen tot het oordeel moeten komen dat nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. In bepaalde gevallen kan de consulent vrij nauwkeurig aangeven wat het te verwachten beloop is en wanneer aan alle eisen zal zijn voldaan. Ook in dergelijke gevallen kan meestal worden volstaan met een telefonisch contact tussen arts en consulent op het moment dat het verzoek actueel is geworden en het lijden ondraaglijk. Indien de situatie minder eenduidig is, ligt een nieuw bezoek van consulent aan patiënt in de rede. In sommige gevallen kan worden volstaan met een telefonisch contact tussen consulent en patiënt.

Een tweede bezoek van de consulent aan de patiënt zal doorgaans nodig zijn:

- als de consulent in een vroeg stadium de patiënt bezocht en vaststelde dat van ondraaglijk lijden nog geen sprake was;
- als de consulent wel vaststelde dat aan de eisen was voldaan, maar het tijdsverloop tussen de consultatie en de uitvoering lang is, of sprake is

van ontwikkelingen die ten tijde van het opstellen van het verslag niet voorzien waren.

Als contact met de betreffende consulent niet mogelijk is, kan een andere consulent worden geraadpleegd. In beginsel zal ook die zelf de patiënt moeten zien en zo mogelijk spreken. Ook van zo'n tweede contact dient verslag te worden gedaan, eventueel als addendum bij het eerste verslag.

De commissies en de consulent

De commissies toetsen het handelen van de meldend arts, niet dat van de consulent.³⁴ Wel kan de consulent worden gevraagd om vragen van de commissie te beantwoorden, schriftelijk of in een gesprek. Dat komt soms voor.

De commissies en de KNMG/SCEN hebben eens per jaar contact over de kwaliteit van de consulten en de consultatieverslagen in het algemeen.

Heeft een commissie ernstige kritiek op de kwaliteit van een consultatieverslag dan kan zij de betreffende consulent rechtstreeks telefonisch of schriftelijk feedback geven. Dit is vooral aan de orde als een consulent bij herhaling verslagen maakt die (veelal dezelfde soort) vragen oproepen. Omdat de meldend arts uiteindelijk verantwoordelijk is voor een consultatie(verslag) van voldoende kwaliteit, krijgt de meldend arts deze feedback in kopie. Indien de kwaliteit van de consultatieverslagen ook na feedback onvoldoende blijft, kan de commissie dit probleem met de naam van de SCEN-arts melden bij de KNMG/SCEN.

ONAFHANKELIJKE CONSULENT: KERNPUNTEN

- Raadplegen collega over deelaspect is geen formele consultatie als bedoeld in wet
- Formele consultatie: consulent moet onafhankelijk zijn, ook schijn van niet-onafhankelijkheid vermijden
- Uitgangspunt is dat de consulent de patiënt ziet en spreekt; als communicatie onmogelijk is, kan alleen zien voldoende zijn
- Onder omstandigheden, met name vanwege tijdsverloop, kan het nodig zijn opnieuw de consulent te raadplegen (of, indien deze niet beschikbaar is, een andere consulent)
- Arts neemt vóór de uitvoering kennis van het schriftelijk verslag van de consulent en laat diens oordeel zwaar wegen

³⁴ De KNMG heeft een klachtencommissie SCEN-artsen in het leven geroepen. Bij deze commissie kunnen belanghebbenden klachten indienen over het handelen van SCEN-artsen.

3.7. MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Komt het tot euthanasie, dan moet deze door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het geïnduceerde coma. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis hanteren de commissies de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2012 (hierna: de richtlijn) als leidraad. Deze richtlijn geeft artsen en apothekers advies over een in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De richtlijn geeft de middelen van eerste keuze aan, maar noemt ook middelen die worden afgeraden.

Algemeen

Hieronder wordt met betrekking tot de uitvoering 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). Bepaalde normen zijn in beide gevallen van belang. Zo is het belangrijk dat de arts in zijn verslaglegging de gebruikte middelen, de dosering en de toedieningswijze vermeldt en het tijdsverloop beschrijft. Conform de richtlijn moet de arts beschikken over een noodset van middelen, voor het geval er met de eerste set iets mis gaat. Het is de arts niet toegestaan het euthanaticum voorafgaand aan de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding bij de patiënt achter te laten, waardoor de patiënt of anderen het buiten aanwezigheid van de arts zouden kunnen toedienen dan wel innemen.

Levensbeëindiging op verzoek: volgorde van de middelen en dosering

In het geval van levensbeëindiging op verzoek gaat de genoemde richtlijn uit van de intraveneuze toediening van een coma-inducerend middel, gevolgd door de intraveneuze toediening van een spierverlappend middel. De richtlijn noemt de middelen die kunnen worden gebruikt en de aanbevolen dosering daarvan. Wijkt de arts van de richtlijn af, dan zal hij dit afdoende moeten kunnen beargumenteren. Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Het is van belang individuele wensen van de patiënt, zoveel als mogelijk is, te vervullen, voor zover die wensen passen binnen het kader van de richtlijn.

Levensbeëindiging op verzoek: comacheck

Voorkomen moet worden dat het spierverlappende middel wordt toegediend voordat de patiënt in een diep coma is. Dan zou de patiënt

namelijk de gevolgen van de spierverslapper kunnen ervaren. Belangrijk is dan ook dat de arts een comacheck uitvoert, alvorens het spierverslappende middel wordt toegediend. De arts moet vaststellen dat er een voldoende diep coma is. Van de arts wordt in dit verband verwacht dat hij de vraag in het modelverslag over de controle van de diepte van het coma beantwoordt en dat hij met name aangeeft dat hij dit via een pijnprikkel en/of beschermende reflex (wimperreflex, cor-neareflex) heeft gecontroleerd.

Bij twijfel zullen de commissies navraag doen over de diepte van het coma en de wijze waarop deze door de arts is vastgesteld.

Levensbeëindiging op verzoek: uitvoering door de arts zelf

Het is niet toegestaan dat de arts in zijn aanwezigheid een familielid of anderen de euthanatica laat toedienen, bijvoorbeeld via een PEG sonde. De arts behoort alle onderdelen van het proces zelf uit te voeren. Dit houdt ook in dat de arts aanwezig is en blijft tot de dood is ingetreden en het overleg met de lijkschouwer is afgerond.

Hulp bij zelfdoding: middel en dosering

Hulp bij zelfdoding houdt in dat de arts het middel (een barbituraat), na het opgelost te hebben in een drank, aan de patiënt overhandigt die dat vervolgens opdrinkt. De eerder beschreven twee fasen (de patiënt eerst in coma brengen en dan een spierverslapper toedienen) zijn hier niet aan de orde. Wel dient de arts de patiënt voorafgaand aan de hulp bij zelfdoding een middel te geven dat braken tegengaat en de maagpassage versnelt. De aard en dosering van de bij hulp bij zelfdoding te gebruiken middelen zijn te vinden in de richtlijn.

Hulp bij zelfdoding: de arts blijft in de onmiddellijke nabijheid

Als de patiënt dat wenst kan de arts de kamer verlaten, nadat de patiënt het euthanaticum heeft ingenomen. Hij behoort echter wel in de directe nabijheid van de patiënt te blijven, om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen (bijvoorbeeld als de patiënt de barbituraatdrank uitbraakt). Het kan dan gebeuren dat de arts alsnog moet overgaan tot levensbeëindiging. Ook kan het voorkomen dat de patiënt niet overlijdt na het innemen van de barbituraatdrank. De arts zal dan na zekere tijd moeten overgaan tot levensbeëindiging. Die mogelijkheid moet hij van te voren met de patiënt en diens familie bespreken en met de patiënt een tijd afspreken waarna tot levensbeëindiging wordt overgegaan. De arts dient hierop bedacht te zijn, en in geval van hulp bij zelfdoding vooraf een infuusnaald bij de patiënt in te brengen en de middelen voor levensbeëindiging bij zich hebben. Ook na de hulp bij zelfdoding moet de arts aanwezig blijven tot patiënt is overleden en het overleg met de lijkschouwer is afgerond.

De verhouding tussen de arts en de apotheker

De arts is eindverantwoordelijk voor een medisch zorgvuldige uitvoering. Zijn handelen wordt door de commissies beoordeeld. De apotheker heeft een eigen verantwoordelijkheid, indien hij de spuiten of de drank bereidt, voor de bereiding en etikettering. De arts behoort te controleren of hij ook daadwerkelijk de juiste middelen met de juiste dosering afgeleverd krijgt.

Belangrijk is dat de apotheker voldoende tijd heeft om tot een juiste afweging te kunnen komen wat betreft de farmaceutische aspecten, zoals de juiste middelen en methode. Tijdig contact tussen arts en apotheker is dus van belang.

Het is niet de bedoeling dat de apotheker zelf ook nog beoordeelt of aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie is voldaan. Dat is de taak van de arts. Los daarvan staat dat een apotheker, net zoals een arts, geen plicht heeft om medewerking te verlenen aan euthanasie. Ook dit is een argument voor tijdig contact tussen arts en apotheker, om problemen in de laatste fase te voorkomen.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK: KERNPUNTEN

- Achtereenvolgens:
 - toedienen door de arts van coma inducerend middel
 - comacheck
 - toedienen door de arts van spierverslapper
 - arts blijft aanwezig tot hij de dood heeft vastgesteld, de lijkschouwer is geweest en het overleg is afgerond.
- Te gebruiken middelen, dosering, toedieningswijze en comacheck: KNMG/KNMP richtlijn 2012
- Arts heeft noodset intraveneuze middelen bij zich

MEDISCH ZORGVULDIGE HULP BIJ ZELFDODING: KERNPUNTEN

- Achtereenvolgens:
 - van te voren intraveneuze naald en antibraakmiddel
 - tijdsverloop en eventuele levensbeëindiging met patiënt en familie bespreken
 - overhandiging door de arts zelf van de barbituraatdrank
 - arts blijft aanwezig of in de directe nabijheid tot hij de dood heeft vastgesteld, de lijkschouwer is geweest en het overleg is afgerond.
- Te gebruiken middelen, dosering en toedieningswijze: KNMG/KNMP richtlijn 2012
- Arts heeft noodset intraveneuze middelen bij zich

4 ENKELE BIJZONDERE ONDERWERPEN

4.1. SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARING

Art. 2 lid 2 WTL bepaalt dat een patiënt van 16 jaar of ouder, die ter zake wilsbekwaam is, een schriftelijke verklaring kan opstellen waarin hij een verzoek om euthanasie doet (hierna te noemen: schriftelijke wilsverklaring). Doet zich nadien de situatie voor dat de patiënt zijn wil niet langer kan uiten (bijvoorbeeld ten gevolge van voortgeschreden dementie, afasie, verlaagd bewustzijn of palliatieve sedatie), dan mag de arts de schriftelijke wilsverklaring opvatten als het verzoek als bedoeld in art. 2 lid 1 onder a WTL. Daarmee heeft de schriftelijke wilsverklaring dezelfde status als een mondeling verzoek om euthanasie.³⁵

De wet stelt niet de eis dat een eenmaal opgestelde schriftelijke wilsverklaring een bepaalde geldigheidsduur heeft of op gezette tijden moet worden geactualiseerd. Hoe ouder echter de wilsverklaring is, hoe meer twijfel mogelijk is over de vraag of deze nog wel weergeeft wat de patiënt werkelijk wilde. In gevallen waarin de patiënt de wilsverklaring heeft geactualiseerd, of na het opstellen ervan mondeling de inhoud heeft herbevestigd, zal aan de verklaring meer waarde kunnen worden gehecht dan wanneer dat niet het geval is. Het is van belang dat de patiënt zo veel mogelijk de concrete omstandigheden beschrijft waarin hij wil dat de levensbeëindiging wordt uitgevoerd. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt de wilsverklaring ten tijde van het opstellen en het actualiseren daarvan, met de arts te bespreken. De arts dient deze informatie in het dossier op te nemen. Een persoonlijk opgestelde verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, heeft doorgaans meer betekenis dan een voorgedrukt formulier.

Zorgvuldigheidseisen ‘van overeenkomstige toepassing’

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

35 Zie brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2014 betreffende Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie.

in de gegeven situatie van toepassing zijn”.³⁶ Met andere woorden: de zorgvuldigheidseisen moeten worden ingevuld op een manier die recht doet aan de bijzonderheid van dergelijke gevallen. Er moet rekening worden gehouden met de specifieke omstandigheden, zoals het gegeven dat communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is en de patiënt dus geen vragen meer kan beantwoorden. Doorgaans zal de arts al contact hebben gehad met de patiënt toen deze nog wel in staat was zijn wil te uiten. Ontstaat nadien een situatie waarin de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt een rol gaat spelen, dan zal de informatie uit de eerdere mondelinge contacten met de patiënt voor de arts bijzonder waardevol zijn.

Bij euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring zijn de zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing. Daarover kan het volgende worden opgemerkt:

a. **de arts moet ervan overtuigd zijn dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt**

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

Daarnaast moet de arts vaststellen dat de actuele situatie van patiënt is begrepen in de situatie die patiënt heeft geschetst in zijn schriftelijke wilsverklaring. Dit vergt allereerst de vaststelling van de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring. De arts dient de schriftelijke wilsverklaring daarbij uit te leggen met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt. Daarbij moet de arts letten op alle omstandigheden van het geval en niet slechts op de letterlijke bewoordingen van het verzoek. Er is dus ruimte voor interpretatie van de schriftelijke wilsverklaring.

De schriftelijke wilsverklaring moet steeds ten minste inhouden dat de patiënt om euthanasie verzoekt in de situatie waarin hij zijn wil niet meer kan uiten. Indien de patiënt zijn verzoek ook gehonoreerd wil zien als er geen sprake is van ondraaglijk lijden ten gevolge van fysiek lijden, moet daarnaast uit de schriftelijke wilsverklaring naar voren komen dat de patiënt zijn (verwachte) lijden aan deze situatie aanmerkt als ondraaglijk en dat hij dit aan zijn verzoek ten grondslag legt.

³⁶ Aldus de toelichting op het amendement dat leidde tot de opnemings in art. 2 lid 2 WTL van de zinsnede over de “overeenkomstige toepassing” (Kamerstukken II, 26691, nr. 35).

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

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

b. de arts moet ervan overtuigd zijn dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt

Ten tijde van de uitvoering van de euthanasie moet er sprake zijn van een situatie waarin aannemelijk is dat de patiënt ondraaglijk lijden ervaart.³⁷ Er kan sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden door fysieke aandoeningen, maar er kan ook sprake kan zijn van actueel ondraaglijk lijden als de patiënt in de situatie verkeert die hij in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft aangemerkt als (verwacht) ondraaglijk lijden. De enkele omstandigheid dat de patiënt zich bevindt in de in de schriftelijke wilsverklaring beschreven situatie volstaat niet voor de conclusie dat er daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden. De arts zal steeds op een zorgvuldige en navolgbare wijze moeten vaststellen dat daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt. De arts kan zich hierbij baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten. Als de arts er niet van overtuigd is dat er sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt, kan er geen euthanasie plaatsvinden.

³⁷ Zie voor een uitzondering op de regel dat de patiënt lijden moet ervaren par. 4.7.

De vaststelling of er feitelijk sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden is een medisch-professioneel oordeel en derhalve voorbehouden aan de arts. De toetsing achteraf of de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden komt neer op een marginale toetsing of de arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.

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

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

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

De arts moet tot de overtuiging zijn gekomen dat er zowel naar medisch inzicht, als in het licht van de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, geen redelijke andere oplossing is voor de actuele situatie waarin de patiënt zich bevindt. De arts zal zich hierbij moeten baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten van de patiënt. Omdat de patiënt zijn wil niet meer kan uiten komt veel betekenis toe aan hetgeen de patiënt hierover in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft opgenomen en er over gezegd heeft toen met hem nog wel communicatie mogelijk was.

e. **de raadpleging van ten minste één andere, onafhankelijke arts, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld onder a tot en met d**

Deze eis geldt onverminderd in geval van euthanasie bij een patiënt die zijn wil niet meer kan uiten. De wet schrijft voor dat de consulent de patiënt ziet. Dat is ook in deze situatie mogelijk. Van communicatie tussen de consulent en de patiënt zal niet of nauwelijks sprake zijn. Dat betekent dat de consulent naast zijn eigen observatie, ook informatie van de arts en aanvullende informatie van anderen dan de arts zal moeten gebruiken om tot een oordeel te komen en zijn verslag te maken. Daarbij kan het gaan om het patiëntendossier en mondelinge informatie van de arts, specialistenbrieven, de inhoud van de wilsverklaring en gesprekken met naasten en/of verzorgenden. De omstandigheid dat de patiënt zijn wil niet meer kan uiten zal doorgaans aanleiding geven om een tweede onafhankelijke arts, met specifieke deskundigheid ter zake te raadplegen (zoals een geriater, een specialist

ouderengeneeskunde of een internist-ouderengeneeskunde). Deze deskundige dient een - waar nodig op eigen onderzoek berustend - oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van de patiënt, de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt en eventuele redelijke alternatieven. Het ligt in de rede dat de arts de consulent en de deskundige ook de gelegenheid geeft om zich uit te laten over de concrete wijze waarop de arts voornemens is de euthanasie uit te voeren. Als het contact met én een consulent én een deskundige tot onoverkomelijke belasting voor de patiënt zou leiden, kan het raadplegen van één (SCEN-)consulent met specifieke deskundigheid ter zake voldoende zijn.

> zie ook par. 3.6. en par. 4.7.

f. de medisch zorgvuldige uitvoering

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

> zie ook par. 4.4. patiënten met dementie

> zie ook par. 4.6. patiënten met afasie

> zie ook par. 4.7. coma/verlaagd bewustzijn

> zie ook par. 4.8. euthanasie en palliatieve sedatie

SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARING: AANDACHTSPUNTEN

- Is de patiënt niet meer in staat om een relevante wil te vormen en te uiten met betrekking tot euthanasie?
- Was de patiënt ter zake wilsbekwaam toen hij zijn euthanasieverzoek neerlegde in zijn schriftelijke wilsverklaring?
- Is aan de zorgvuldigheidseisen voldaan zoveel als in de gegeven situatie feitelijk mogelijk is? De zorgvuldigheidseisen dienen te worden ingevuld op een manier die recht doet aan de bijzonderheid van het geval.
- De arts is niet verplicht te verifiëren of de patiënt een actuele sterfswens heeft.
- Komt de actuele situatie van de patiënt overeen met de situatie die hij heeft geschetst in zijn schriftelijke wilsverklaring? De schriftelijke wilsverklaring dient hierbij te worden uitgelegd met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt.
- Zijn er met de schriftelijke wilsverklaring strijdige contra-indicaties die in de weg staan aan de uitvoering van euthanasie?
- Is er sprake van actueel ondraaglijk lijden?
- Is naast de consulent tevens een deskundige ter zake geraadpleegd?
- Is premedicatie aangewezen? Als er geen betekenisvolle communicatie mogelijk is met de patiënt, hoeft de arts niet met de patiënt te overleggen over de wijze van uitvoering (waaronder de toediening van premedicatie).

4.2. MINDERJARIGE PATIËNTEN

De WTL is van toepassing op het uitvoeren van euthanasie bij personen van 12 jaar en ouder. Wel stelt de wet met betrekking tot minderjarigen enkele aanvullende eisen:

- in het geval van een minderjarige tussen de 12 en 16 jaren, is naast het verzoek van de patiënt ook de instemming van diens ouder(s) of voogd vereist (art. 2 lid 4 WTL);
- in het geval van een minderjarige van 16 of 17 jaar is vereist dat de ouder(s) of voogd bij de besluitvorming worden betrokken; hun instemming is niet vereist (art. 2 lid 3 WTL).

In beide gevallen zijn uiteraard de in par. 3 genoemde zorgvuldigheidseisen van toepassing. De wettelijke vereisten met betrekking tot het bij de besluitvorming betrekken van ouder(s) of voogd gelden ook indien het verzoek van de minderjarige wordt gedaan door middel van een schriftelijke wilsverklaring.³⁸

Meldingen van euthanasie bij minderjarigen tussen 12 en 18 jaren komen weinig voor. In de periode 2002-2017 ontvingen de RTE 8 van dergelijke meldingen.

4.3. PATIËNTEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING

Aansluitend bij de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak-Chabot uit 1994 geldt dat van de arts grote behoedzaamheid wordt gevraagd indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychiatrische aandoening.³⁹ Veelal gaat het in dergelijke zaken om complexe psychiatrische problematiek en is de inbreng van specifieke deskundigheid vereist.⁴⁰ De genoemde behoedzaamheid betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Bij de beoordeling van het verzoek gaat het erom dat wordt uitgesloten dat het oordeelsvermogen van de patiënt door de psychiatrische aandoening is aangetast. Is het oordeelsvermogen van de patiënt ter zake

38 Art. 2 lid 2 WTL noemt de leeftijd van 16 jaren. Op grond van de laatste zinsnede van art. 2 lid 4 kunnen overigens ook patiënten tussen 12 en 16 jaar een rechtsgeldige schriftelijke wilsverklaring opstellen.

39 Om precies te zijn vereiste de Hoge Raad de genoemde behoedzaamheid in alle gevallen waarin het lijden niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (Hoge Raad 21 juni 1994, NJ 1994/656).

40 Zie ook Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, *Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht, 2009. Bij het ter perse gaan van de EuthanasieCode 2018 was een herziening van deze richtlijn in voorbereiding.

van het verzoek onvoldoende, dan kan er niet gesproken worden van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts moet er op letten dat de patiënt er blijk van geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistent te zijn in zijn overwegingen.

> zie ook par. 3.2.

Waar het gaat om de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing moet nauwkeurig worden onderzocht of er nog behandelingsmogelijkheden voor de patiënt zijn. Dit is met name ook aan de orde in gevallen waarin de patiënt relatief jong is en nog een groot aantal jaren zou kunnen leven.⁴¹ Als de arts niet over de deskundigheid beschikt om te beoordelen of er nog alternatieven zijn, zal hij zich daarover goed moeten laten voorlichten door deskundige collega's. Wijst de patiënt een redelijk alternatief af, dan zal niet gesproken kunnen worden van uitzichtloos lijden. Het is echter niet zo dat een patiënt alle nog denkbare behandelingen moet ondergaan.

> zie daarover par. 3.5.

Raadplegen consulent en deskundige

De arts moet bij deze patiënten naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de par. 3.2. tot en met 3.5. altijd óók een onafhankelijke psychiater raadplegen. Deze moet met name beoordelen of de patiënt wilsbekwaam is ter zake van het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of redelijke alternatieven ontbreken. Hij mag – anders dan een consulent – zo nodig behandeladviezen geven. Als het contact met én een consulent én een psychiater tot onoverkomelijke belasting voor de patiënt zou leiden, kan het raadplegen van één (SCEN-)consulent die tevens psychiater is voldoende zijn. In dat geval moet de arts zich wel realiseren dat deze consulent niet alleen als (SCEN-)consulent een oordeel moet geven over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d, maar ook als deskundige moet optreden. Als deskundige dient deze een, waar nodig op eigen onderzoek berustend, oordeel te geven over specifieke aspecten zoals de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en eventuele redelijke alternatieven.

> zie ook par. 4.4.

Combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen

In het bovenstaande gaat het om patiënten die een verzoek om euthanasie doen vanwege lijden dat samenhangt met hun psychiatrische

⁴¹ Zie casus 2016-41 uit het RTE Jaarverslag 2016 en casus 2016-78. Beide casus zijn gepubliceerd op de website van de RTE: euthanasiecommissie.nl. In deze gevallen ging het om een vrouw tussen de 40-50 jaar en om een man tussen de 30-40 jaar. In deze zaken was naar het oordeel van de commissie aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan.

aandoening. Het komt ook regelmatig voor dat de lijdensdruk van de patiënt vooral door somatische aandoeningen wordt veroorzaakt, maar de patiënt daarnaast psychische problemen heeft. Die problemen kunnen ook bijdragen aan de door de patiënt ervaren lijdensdruk. Ook in deze gevallen zullen de arts en de consulent nadrukkelijk moeten overwegen of de psychiatrische problematiek van de patiënt de vrijwilligheid of de weloverwogenheid van zijn verzoek mogelijk in de weg staat. Als de consulent geen psychiater is, kan het ook in een dergelijk geval nodig zijn een psychiater om advies te vragen. Een sombere stemming komt overigens, onder de omstandigheden waarin het euthanasieverzoek wordt gedaan, vaker voor en hoeft op zichzelf geen teken van depressie te zijn.

PATIËNTEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING: AANDACHTSPUNTEN

- Moet de doodswens van de patiënt worden gezien als een vrijwillig en weloverwogen verzoek of als een uiting van zijn ziekte?
- Is vastgesteld dat het lijden uitzichtloos is en een redelijk alternatief ontbreekt?
- Is naast de consulent een onafhankelijk psychiater geraadpleegd of is de consulent zelf psychiater?

46

4.4. PATIËNTEN MET DEMENTIE

Ook bij patiënten met dementie is er aanleiding om met grote behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder aan de eisen inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek en het ondraaglijk lijden. Naarmate het ziekteproces bij patiënten met dementie voortschrijdt, neemt de wilsbekwaamheid van de patiënt af. Na verloop van tijd kan de patiënt volledig wilsonbekwaam worden.

Nog wel wilsbekwaam ter zake

In bijna alle gevallen die tot nu toe aan de commissies zijn gemeld, ging het om patiënten die nog voldoende inzicht in hun ziekte hadden en die nog wilsbekwaam waren ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze patiënten wordt, naast een actuele achteruitgang in cognitieve vermogens en functioneren, veelal mede bepaald door de angst voor verdere achteruitgang en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor (in het bijzonder) de autonomie en de waardigheid van de patiënt (zie ook par. 3.3.). Het gaat om de beleving van het steeds verder voortschrijdende verlies van persoonlijkheid, functies en vaardigheden en het besef dat dit proces alleen maar door zal

gaan. Dit vooruitzicht kan groot, actueel lijden doen ontstaan.

Als een patiënt met dementie nog wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek zal in het algemeen met de reguliere consultatieprocedure kunnen worden volstaan. Nodig is dan wel dat de diagnose dementie lege artis is gesteld. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige collega vraagt.

Niet meer wilsbekwaam ter zake

In de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in die gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een euthanasieverzoek heeft opgesteld.⁴²

> Zie over euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring nader par. 4.1.

PATIËNTEN MET DEMENTIE: AANDACHTSPUNTEN

- Is de patiënt nog wilsbekwaam ter zake?
- Zo nee, is er een schriftelijke wilsverklaring? Zie over euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring paragraaf 4.1.

47

4.5. PATIËNTEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Meldingen over gevallen van euthanasie bij patiënten met een verstandelijke beperking zijn zeldzaam.⁴³ Er zijn patiënten met een (lichte) verstandelijke beperking die een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie kunnen doen en waarbij ook aan de overige zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.⁴⁴ In deze gevallen zal bijzondere aandacht moeten uitgaan naar de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van zijn euthanasieverzoek.

42 In dergelijke gevallen nodigen de toetsingscommissies de arts standaard uit voor het komen geven van een mondelinge toelichting.

43 Zie casus 2016-03 euthanasiecommissie.nl.

44 Zie ook NVAVC, *Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking*, 2007.

De arts dient naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de par. 3.2. tot en met 3.5. in beginsel ook een ter zake van de wilsbekwaamheid deskundige arts te raadplegen (zoals een arts voor verstandelijk gehandicapten). Ook hier geldt weer dat als het contact met én een consulent én een deskundige tot onoverkomelijke belasting voor de patiënt zou leiden, het raadplegen van één (SCEN-)consulent die tevens deskundige is voldoende kan zijn. Ook in deze situatie moet de arts zich realiseren dat deze consulent niet alleen als (SCEN-)consulent een oordeel moet geven over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d, maar ook als deskundige moet optreden. Als deskundige dient deze een - waar nodig op eigen onderzoek berustend - oordeel te geven over specifieke aspecten, met name de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van het euthanasieverzoek.

4.6. PATIËNTEN MET AFASIE

Afasie is een taalstoornis. Patiënten met afasie hebben problemen met het gebruiken en/of begrijpen van taal. Een patiënt met afasie kan over het algemeen wel een vrijwillig en weloverwogen verzoek doen, maar het probleem zit hem veelal in de mogelijkheden tot het verbaal uiten van zijn wensen en opvattingen. Vaak zal een patiënt met afasie wel op andere manieren uiting kunnen geven aan zijn wil of antwoord kunnen geven op vragen, bijvoorbeeld door in iemands hand te knijpen, of door gelaatsuitdrukkingen en gebaren. Een optie is ook om eenvoudige gesloten vragen te stellen, die de patiënt, bijvoorbeeld door signalen te geven of met ja of neen kan beantwoorden. Aldus kan ondanks de taalstoornis van de patiënt een goed beeld worden verkregen van zijn verzoek om euthanasie en de daarvoor vereiste wilsbekwaamheid. Als ook aan de andere zorgvuldigheidseisen is voldaan, maakt dit de uitvoering van een verzoek om euthanasie mogelijk.

Heeft de patiënt een schriftelijke wilsverklaring opgesteld dan kan deze de beperkte verbale uitingen van de patiënt ondersteunen en aanvullen.

4.7. COMA/VERLAAGD BEWUSTZIJN

Voor het beantwoorden van de vraag of euthanasie mogelijk is wanneer de patiënt anders dan door palliatieve sedatie in coma of in een toestand van verlaagd bewustzijn raakt, is vooral het door de patiënt ervaren lijden van belang.

> zie over euthanasie en palliatieve sedatie par. 4.8.

Coma:

Lijden veronderstelt de aanwezigheid van bewustzijn. Verkeert een patiënt in coma, dat wil zeggen een toestand waarin het bewustzijn geheel en al ontbreekt, dan kan hij geen lijden ervaren.

Verlaagd bewustzijn:

Als een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn verkeert, is het niet uitgesloten dat hij (ondraaglijk) lijdt.⁴⁵

Coma/verlaagd bewustzijn ontstaat voor het voorgenomen moment van uitvoering

Een problematische situatie kan ontstaan als de patiënt voor het voorgenomen moment van uitvoering van de euthanasie in een coma of een toestand van verlaagd bewustzijn raakt. Dit roept de vraag op of de uitvoering van de euthanasie nog wel mogelijk is.

Daarbij moet worden onderscheiden tussen verschillende situaties.

Coma/verlaagd bewustzijn is irreversibel of reversibel

- coma is irreversibel (door ziekte ontstaan, niet op te heffen).
De patiënt kan in de laatste fase van zijn ziekteproces spontaan in een coma raken. Omdat hij in die situatie geen lijden meer kan ervaren, kan de euthanasie, ook al heeft de arts zich daartoe eerder bereid verklaard, geen doorgang vinden.
- verlaging van het bewustzijn is irreversibel (door ziekte ontstaan, niet op te heffen), er zijn wel tekenen van (mogelijk) lijden.
De patiënt kan spontaan in een niet op te heffen situatie van verlaagd bewustzijn geraken, terwijl er nog wel tekenen van (mogelijk) lijden zijn. In het bijzonder kreunen, benauwdheid met of zonder stridor, en grimassen op het gezicht. Additionele symptomen kunnen onrust, verwardheid en (fecaal) braken zijn.⁴⁶ In deze situatie kan de arts de euthanasie wel uitvoeren. Zijn er geen tekenen van (mogelijk) lijden dan is euthanasie niet mogelijk.
- coma of verlaging van het bewustzijn is reversibel (door medicatie ontstaan, door staken van medicatie op te heffen).
Is het coma of de toestand van verlaagd bewustzijn niet spontaan ontstaan, maar door medicatie veroorzaakt, dan zou, om te kunnen controleren of de patiënt nog lijden ervaart, het coma of de verlaging van het bewustzijn kunnen worden opgeheven. Dat is naar de mening van de commissies inhumain. In deze situatie kan de arts de euthanasie

⁴⁵ De Glasgow Coma Scale (GCS) biedt handvatten om (de mate van) verlaging van bewustzijn -en daarmee het mogelijke lijden- te bepalen; de GCS is opgenomen in KNMG-richtlijn, *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*. Utrecht, 2010.

⁴⁶ Zie KNMG-richtlijn, *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*. Utrecht, 2010, p. 28

uitvoeren indien de patiënt eerder, mondeling of in een schriftelijke wilsverklaring, om uitvoering van euthanasie heeft verzocht. Een reversibel coma en een reversibele toestand van verlaagd bewustzijn (ook zonder tekenen van mogelijk lijden) behoeven niet te worden opgeheven met het enkele doel om de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden tegenover de arts en/of de consultant te laten bevestigen.

Coma/toestand verlaagd bewustzijn ontstaat voor of na consultatie

- reversibel coma of verlaging van het bewustzijn ontstaat voordat consultatie heeft plaatsgevonden.

De patiënt kan ook in een situatie van verlaagd bewustzijn of reversibel coma geraken, vóórdat de consultant hem heeft kunnen zien. In dat geval kan de consultant niet meer met de patiënt communiceren en zal hij zijn oordeel met betrekking tot het verzoek moeten baseren op informatie van de arts, een eventuele schriftelijke wilsverklaring, het medisch dossier en informatie van anderen. Zijn oordeel over het lijden van de patiënt zal de consultant moeten baseren op zijn eigen observatie, het patiëntenjournaal en de mondelinge informatie van de arts maar ook op informatie van anderen, zoals specialistenbrieven en informatie van naasten of verzorgenden. In deze situatie is een schriftelijke wilsverklaring niet vereist.

- reversibel coma of verlaging van het bewustzijn ontstaat nadat consultatie heeft plaatsgevonden.

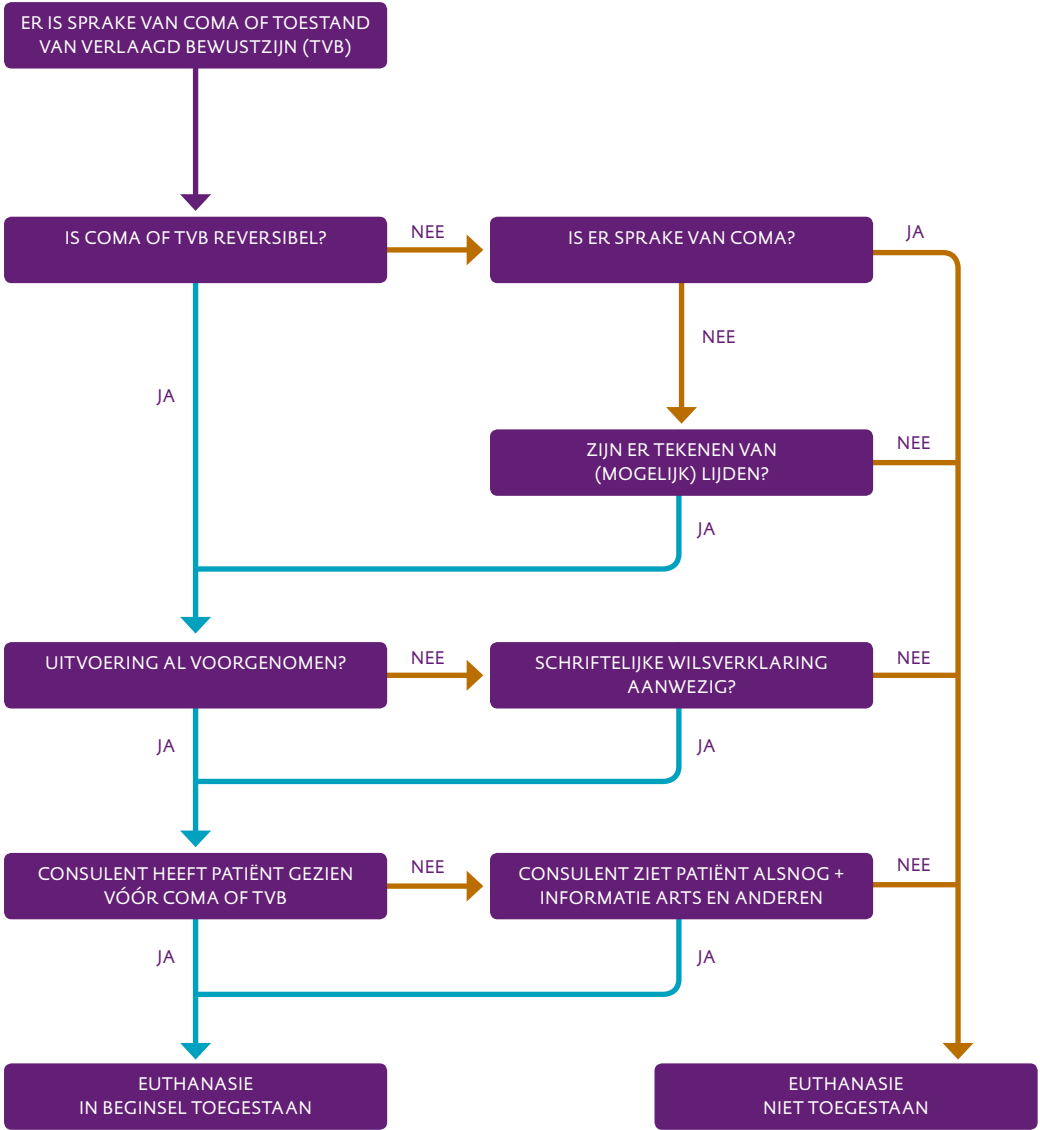
Heeft de consultant de patiënt bezocht en met hem kunnen communiceren vóór een situatie ontstond van verlaagd bewustzijn of van reversibel coma, dan hoeft na het ontstaan van deze situatie de consultant in beginsel niet opnieuw te worden ingeschakeld. Ook al is de patiënt ten tijde van de uitvoering van de euthanasie niet meer in staat zijn wil te uiten, een schriftelijke wilsverklaring is in deze situatie evenmin vereist.⁴⁷

Coma/verlaagd bewustzijn ontstaat zonder voornemen van uitvoering

Een patiënt kan ook in coma of een toestand van verlaagd bewustzijn raken, voordat het euthanasieproces tussen arts en patiënt is afgerond en zelfs voor het in gang was gezet. Om tot euthanasie te kunnen overgaan zal er in elk geval een door de patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring moeten zijn. De consultant zal de patiënt moeten zien. Ook hier zal hij zijn oordeel mede moeten baseren op informatie van de arts, medisch dossier en informatie van anderen. Ook moeten er, indien de bewustzijnsverlaging irreversibel is, tekenen zijn van (mogelijk) lijden.

> zie ook par. 3.6. en par. 4.1.

47 Zo ook KNMG-richtlijn, *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*. Utrecht, 2010.



COMA/VERLAAGD BEWUSTZIJN: AANDACHTSPUNTEN

- Coma/verlaagd bewustzijn kort voor voorgenomen uitvoering:
 - heeft arts coma of (mate van) verlaging van bewustzijn vastgesteld? Met behulp van GCS?
 - is sprake van een reversibel coma of een reversibele bewustzijnsverlaging?
 - zijn er, in geval van irreversibele bewustzijnsverlaging, tekenen van (mogelijk) lijden?
 - heeft de consulent, indien hij de patiënt niet heeft gezien vóórdat de situatie van verlaagd bewustzijn of reversibel coma ontstond, voldoende informatie om tot een oordeel te komen?
- Coma/verlaagd bewustzijn zonder voornemen van uitvoering:
 - naast hiervoor genoemde aandachtspunten: is er een schriftelijke wilsverklaring?

4.8. EUTHANASIE EN PALLIATIEVE SEDATIE

Euthanasie en palliatieve sedatie zijn twee verschillende manieren om het ondraaglijk lijden van de patiënt te beëindigen dan wel te verminderen. Bij euthanasie gebeurt dat door het leven te (laten) beëindigen en bij palliatieve sedatie door de patiënt tot het moment van overlijden in een toestand van verlaagd bewustzijn te brengen. Palliatieve sedatie behoort, in tegenstelling tot euthanasie, tot het normale medische handelen, maar is wel aan bijzondere voorwaarden gebonden. Eén van de voorwaarden is een levensverwachting van twee weken of minder.⁴⁸

Patiënten die in een situatie van ondraaglijk lijden verkeren, kunnen een verzoek om euthanasie doen, maar kunnen soms ook kiezen voor palliatieve sedatie. Sommige patiënten voelen niet voor euthanasie; voor hen kan palliatieve sedatie een goed alternatief zijn. Andere patiënten willen tot het laatste moment helder zijn en wijzen om die reden palliatieve sedatie af. De patiënt mag dan ook concluderen dat palliatieve sedatie geen ‘redelijke andere oplossing’ is. Een afwijzing van palliatieve sedatie is dan ook geen belemmering voor de uitvoering van een verzoek om euthanasie.

> zie ook par. 3.5.

Het komt ook voor dat een patiënt een ‘conditioneel’ euthanasieverzoek doet. Hierbij wordt in eerste instantie palliatieve sedatie ingezet, maar wordt afgesproken dat levensbeëindiging alsnog wordt uitge-

48 Zie KNMG-richtlijn *Palliatieve sedatie*. Utrecht, 2009.

voerd als zich bepaalde omstandigheden voordoen. Te denken valt aan:

- de situatie dat het overlijden langer op zich laat wachten dan de patiënt wenste;⁴⁹
- de situatie dat patiënt, ondanks het verlagen van zijn bewustzijn, nog tekenen van lijden vertoont.

De commissies achten het van groot belang dat de patiënt zelf van tevoren aan de arts uitdrukkelijk de omstandigheden aangeeft waaronder zijn instemming met de palliatieve sedatie niet langer geldt en hij wenst dat zijn euthanasieverzoek alsnog wordt ingewilligd. Ook zal de arts in dergelijke situaties moeten bepalen op welk moment, in beginsel voorafgaand aan de palliatieve sedatie, de consulent het beste kan worden ingeschakeld.

Ook komt het voor dat afgesproken is uitvoering te geven aan een verzoek van de patiënt om euthanasie, maar dat voorafgaand aan die uitvoering sedatie wordt toegepast. Een dergelijke situatie kan zich voordoen wanneer de klachten van patiënt plotseling verergeren, maar uitvoering van de euthanasie nog niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat de arts afwezig is en de waarnemer de euthanasie niet kan of wil uitvoeren of omdat de arts nog niet de beschikking heeft over de euthanatica. Patiënt wordt dan in een toestand van verlaagd bewustzijn gebracht en is daardoor niet meer in staat om direct voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie zijn euthanasieverzoek te herhalen of te bevestigen. Euthanasie is mogelijk als patiënt voorafgaand aan de sedatie heeft herbevestigd dat hij om euthanasie verzoekt en alleen sedatie wil ter overbrugging van de periode tot het moment dat uitvoering van de euthanasie mogelijk is, maar ook als het gaat om een toestand die de patiënt eerder, mondeling of in een schriftelijke wilsverklaring, heeft aangemerkt als een situatie waarin hij om uitvoering van zijn eerdere euthanasieverzoek zou vragen. Ook in deze gevallen is het naar de mening van de commissies inhumaan om de patiënt te laten ontwaken met het enkele doel om hem tegenover de arts en/of de consulent zijn ondraaglijk lijden te laten herbevestigen.

4.9. 'VOLTOOID LEVEN'

Zoals uit de wetgeschiedenis blijkt, wordt met 'voltooid leven' (ook wel 'klaar met leven' genoemd) bedoeld op de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht een met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening hebben, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van

⁴⁹ In dit geval kan worden gesteld dat de toestemming van de patiënt voor het continueren van de palliatieve sedatie ontbreekt. Het gaat daarbij om toestemming als bedoeld in de WGBO (art. 7:450 lid 1 BW).

het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. Over ‘voltooid leven’ is al een aantal jaren een maatschappelijke discussie gaande. Deze discussie gaat over de vraag of euthanasie ook in deze gevallen mogelijk zou moeten worden.⁵⁰ Dat is thans niet het geval. Zoals uit de jurisprudentie en de wetsgeschiedenis blijkt, is vereist dat het ondraaglijk lijden van de patiënt een medische grondslag heeft (zie ook par. 3.3.). Het is echter niet zo, dat er sprake moet zijn van een levensbedreigende aandoening. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen kan gepaard gaan met uitzichtloos en ondraaglijk lijden.⁵¹

> zie nader over stapeling van ouderdomsaandoeningen par. 3.3.

4.10. ORGAAN- EN WEEFSELDONATIE NA EUTHANASIE⁵²

De WTL doet geen uitspraken over wat er na euthanasie mag gebeuren met het lichaam en werpt daarmee geen belemmeringen op voor orgaan- en weefseldonatie. Echter, de voorgenomen donatieprocedure mag de zorgvuldigheid van de euthanasieprocedure niet beïnvloeden. De donatie staat formeel los van de euthanasieprocedure, maar heeft wel invloed op de gang van zaken rond de euthanasie. Zo is het bij orgaandonatie veelal nodig dat de euthanasie in een ziekenhuis plaatsvindt. In andere gevallen, zoals bij weefseldonatie zal het lichaam na de euthanasie vaak naar het ziekenhuis moeten worden overgebracht. De arts die met deze combinatie van euthanasie en donatie wordt geconfronteerd, moet de donatiewens van de patiënt met hem bespreken. Daarna moet hij vóórdat de euthanasie plaatsvindt de procedure zorgvuldig afspreken met het ziekenhuis, in casu de transplantatiecoördinator. Vervolgens moet hij de patiënt en zijn naasten inlichten over de gang van zaken. Er is een handleiding over dit onderwerp opgesteld die de arts kan ondersteunen bij de besluitvorming. Deze is te verkrijgen bij de transplantatiecoördinator van het universitaire ziekenhuis in de regio.⁵³

50 Zie hierover het rapport van de Commissie Schnabel, *Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag, januari 2016 alsmede de Kabinetsreactie en visie voltooid leven, brief aan de Tweede Kamer, 12 oktober 2016.

51 Zie ook KNMG, *De rol van de arts bij het zelfgekozen leuenseinde*. Utrecht, 2011, p. 21-23.

52 Richtlijn *Orgaandonatie na euthanasie*, Nederlandse Transplantatie Stichting, november 2017.

53 Meer informatie: transplantatiestichting.nl (zoek op orgaan-en-weefseldonatie-na-euthanasie).

4.1.1. EISEN DIE DE WET NIET STELT

Over de criteria en voorwaarden die in het geval van euthanasie gelden, bestaan misverstanden. Uit de door de commissies ontvangen meldingen blijkt soms dat artsen of consultants eisen stellen die in de WTL niet worden genoemd. De eisen die de wet wel stelt zijn in het voorafgaande besproken en toegelicht. Uit deze bespreking kan worden afgeleid welke eisen de wet *niet* stelt. Samengevat:

- Vereist is niet dat patiënt aan een levensbedreigende aandoening lijdt (zie par. 2.1. en 3.3.);
- Vereist is niet dat de patiënt in de stervensfase verkeert (zie par. 2.2.);
- Er is geen behandelrelatie tussen arts en patiënt vereist (zie par. 3.1.);
- Het is niet vereist dat de patiënt een verzoek om euthanasie, behalve mondeling, ook schriftelijk doet (zie par. 3.2.);
- Het verzoek van de patiënt dient weloverwogen te zijn, maar hoeft in beginsel niet duurzaam te zijn (zie par. 3.2.);
- Voor het inwilligen van een euthanasieverzoek is geen ‘toestemming’ van de consultant nodig (zie par. 3.6.);
- De beoordeling van de wilsbekwaamheid van een patiënt hoeft niet in alle gevallen door een terzake deskundige arts te geschieden, maar alleen als er gerede twijfel bestaat over die wilsbekwaamheid. (zie ook par. 4.2. tot en met 4.5.);
- Palliatieve sedatie geldt niet als ‘redelijke andere oplossing’ in de zin van art. 2 lid 1 onder d WTL (zie par. 4.8.);
- Het is doorgaans wenselijk en vanzelfsprekend om de familie bij een euthanasieverzoek te betrekken, maar dat is niet vereist, laat staan dat de familie zou moeten instemmen met de euthanasie.⁵⁴

⁵⁴ Dit ligt anders bij minderjarige patiënten, zie par. 4.2.

5 NUTTIGE VERWIJZINGEN

5.1. WEBSITE VAN DE COMMISSIES

De website van de commissies is euthanasiecommissie.nl. Op deze site is nadere informatie te vinden over de werkwijze van de commissies. Ook kunnen via deze site een selectie van de oordelen van de commissies en hun gezamenlijke jaarverslagen worden geraadpleegd. In de jaarverslagen zijn ook casusbeschrijvingen opgenomen. Op deze website zijn ook te vinden:

- het modelformulier voor de melding van de arts aan de gemeentelijk lijkschouwer;
- het model voor het bij deze melding door de arts te voegen verslag;
- het modelformulier voor de melding door de gemeentelijk lijkschouwer aan de commissie.
- de klachtenregeling

5.2. SCEN-PROGRAMMA

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseis inzake onafhankelijke consultatie speelt het SCEN-programma van de KNMG (zie par. 3.6.) een belangrijke rol. Veruit de meeste consultaties worden uitgevoerd door een arts die de SCEN-opleiding heeft gevolgd. Zie voor meer informatie SCEN.nl.

5.3. EVALUATIES VAN DE WTL

Tot op heden is de WTL drie keer geëvalueerd. Deze evaluatierapporten zijn gepubliceerd in 2007, 2012 en 2017. De evaluatierapporten zijn te vinden op zonnmw.nl:

- Evaluatierapport 2007: Zoek op trefwoord *eerste evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*.
- Evaluatierapport 2012: Zoek op trefwoord *tweede evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*.
- Evaluatierapport 2017: Zoek op trefwoord *derde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*.

5.4. BELEIDSREGELS VAN HET OPENBAAR MINISTERIE

Meldingen van euthanasie die volgens de commissies niet voldeden aan een of meer wettelijke zorgvuldigheidseisen, worden toegezonden aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o. De aanpak van het Openbaar Ministerie in dergelijke gevallen wordt uiteen gezet in de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding) wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17.

BIJLAGE RELEVANTE WETSBEPALINGEN

Staatsblad 2001, nr. 194

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelf-doding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging.¹

WET TOETSING LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING (WTL)

HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

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

HOOFDSTUK II. ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
 - a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
 - b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
 - c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
 - d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
 - e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
 - f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.
2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK III. REGIONALE TOETSINGS-COMMISSIES VOOR LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

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

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

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

Artikel 9

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

Artikel 10

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

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

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

1. De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen

kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.

2. Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
 - a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
 - b. de aard van deze gevallen;
 - c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

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

Artikel 19

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

HOOFDSTUK IIIA. BONAIRE, SINT EUSTATIUS EN SABA

Artikel 19a

Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van het in dit hoofdstuk bepaalde.

Artikel 19b

1. Voor de toepassing van:
 - artikel 1, onderdeel b, wordt in plaats van «artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES.
 - artikel 1, onderdeel f, wordt in plaats van «een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3» gelezen: een commissie als bedoeld in artikel 19c.
 - artikel 2, eerste lid, aanhef, wordt in plaats van «artikel 293, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 306, tweede lid, tweede volzin van het Wetboek van Strafrecht BES.

- artikel 8, eerste lid, wordt in plaats van «artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging» gelezen: artikel 1, derde lid, van de Wet verklaringen van overlijden BES.
 - artikel 8, derde lid, vervalt: of de betrokken hulpverleners.
 - artikel 9, tweede lid, aanhef, wordt in plaats van «het College van procureurs-generaal» gelezen: de procureur-generaal.
2. Artikel 1, onder e, is niet van toepassing.

Artikel 19c

In afwijking van artikel 3, eerste lid, is er een door Onze Ministers aan te wijzen commissie, die bevoegd is de meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 306, tweede lid, onderscheidenlijk 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES te toetsen.

Artikel 19d

Bij het overleg, bedoeld in artikel 13, is de voorzitter van de commissie, bedoeld in artikel 19c, betrokken. Tevens zijn betrokken de procureur-generaal of een door hem aan te wijzen vertgenwoordiger en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Volksgezondheid.

WETBOEK VAN STRAFRECHT

Artikel 293

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

Artikel 294

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

WET OP DE LIJKBEZORGING

Artikel 7

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

INDEX

A

acute situatie 18
afasie 21, 48
andere oplossing/alternatief Zie redelijke andere oplossing
apotheker 35, 37

B

behandelend arts 18
behandelrelatie 55
beredeneerd verslag 12, 14
Brongersma-arrest 23

C

Chabot-arrest 23
coma 17, 21, 22, 35, 36, 48-52
comacheck 35-36
combinatie van aandoeningen 23, 45
commissies Zie Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
communicatie 19, 38-41
conditioneel euthanasieverzoek 52-53
consistentie verzoek 19, 21, 45
consulent 12, 14, 16, 21, 28-34, 41, 45, 48, 50, 52, 53, 55
consultatie 30, 33, 34, 50, 56
consultatieverslag 12, 14, 28, 30, 31, 33, 34, 41, 42
controle diepte coma Zie comacheck

D

dementie 21, 25, 32, 42, 46-47
deskundige (op specifiek terrein) 21, 27, 29, 41-43, 45, 55

deskundigheid consulent 27, 31-32, 45
duo-euthanasie 31

E

euthanasie (begrip) 10, 11
euthanasie bij echtpaar Zie duo-euthanasie

F

forensisch arts Zie lijkschouwer

G

geen redelijke andere oplossing Zie redelijke andere oplossing

H

Hoge Raad 7, 10, 22, 23, 44
hulp bij zelfdoding 8, 35, 36

I

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) 12, 57
irreversibel coma en irreversibele toestand van verlaagd bewustzijn 49, 52

J
jaarverslag RTE 8, 56

K
klaar met leven Zie voltooid leven
klachtenregeling RTE 16-17, 56
KNMG 17, 23, 29, 30, 34, 35, 56

L
levensbeëindiging op verzoek 8, 16, 35-36
levensverwachting 11, 27, 52
lijdensdruk 22, 23, 46
lijkschouwer 12, 16, 30, 36, 56

M
marginale toetsing 13, 41
medisch zorgvuldige uitvoering 17, 28, 35-37, 42
medische grondslag van het lijden 23
medisch-professionele richtlijnen 17
melden levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding 12
minderjarige 11, 21, 44
modelverslag (arts) 12, 15, 36
mondeling verzoek 19, 21, 38

N
niet-behandelend arts 18
‘niet vragen oproepende’ meldingen (NVO’s) 14
noodset 35

O
onafhankelijkheid consulent 30-31
ondraaglijkheid van het lijden 10, 11, 22-25, 50
Openbaar Ministerie 12, 57
orgaan- en weefseldonatie 54
ouderdomsaandoeningen Zie stapeling van ouderdomsaandoeningen

P
palliatieve sedatie 22, 27, 48, 52-53, 55
palliatieve zorg 27
premedicatie 36, 42-43
psychiatrische aandoening 32, 44-46

R
redelijke andere oplossing 10, 13, 24, 26-28, 32, 41, 42, 44, 52, 55
reflectiekamer 16
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) 8
reserveset Zie noodset
reversibel coma en reversibele toestand van verlaagd bewustzijn 50
Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding KNMG/KNMP 2012 17, 35

S

SCEN-arts 29, 31, 34
SCEN-programma van de KNMG 56
schijn van niet-onafhankelijkheid consulent 31
Schoonheim-arrest (1984) 22
schriftelijke wilsverklaring 19, 21, 32, 38-41, 43, 44, 47, 48, 50, 53
stapeling van ouderdomsaandoeningen 23, 54
stervensfase Zie terminale fase
steun consulent (SCEN-arts) 29

T

terminale fase 11, 55
toetsing 12-17

U

uitvoerend arts 18, 29
uitzichtloosheid van het lijden 10, 24, 26, 32, 44, 46

V

verlaagd bewustzijn 21, 22, 49-53
verslaglegging 12, 18, 27, 28, 31, 33, 55
verstandelijke beperking 21, 32, 47-48
vertegenwoordiging 20
verzoek Zie vrijwillig verzoek, weloverwogen verzoek, consistentie verzoek, mondeling verzoek en schriftelijke wilsverklaring
volle toetsing 12
voltooid leven 23, 53-54
voorlichting aan de patiënt 26
voortgeschreden dementie 38, 46-47
‘vragen oproepende’ meldingen (VO’s) 14
vrijwillig verzoek 20
vroege consultatie 33

W

waarnemer 18, 53
website RTE 7, 56
weloverwogen verzoek 21, 26, 39, 44-46, 48
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 20
Wet op de lijkbezorging 12
Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) 8, 10, 56
Wetboek van Strafrecht 10
Wilsbekwaamheid 20, 32, 38, 39, 42
wilsverklaring Zie schriftelijke wilsverklaring

Z

ziekte-inzicht 20, 21, 43
zorgvuldigheidseisen 8, 10, 12, 16, 18-37, 38-43, 44-48

COLOFON

aanbevolen citeertitel:
EuthanasieCode 2018

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

Ontwerp:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk:
Xerox/OBT, Den Haag

april 2018