Regionale toetsingscommissies euthanasie

Jaarverslag 2007

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe
Postbus 571
9700 AN Groningen
Telefoon: 050 - 5992639 fax: 050 - 311 5301
Secretaris: mw. mr. F.K. Heiting

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon 026 - 352 8330 fax: 026 - 352 8334
Secretaris: mw. mr. N.E.C. Visée

Regio 3 Noord-Holland
Postbus 16256
2500 BG Den Haag
Telefoon 070 - 340 5853 fax 070 - 340 7913
Secretaris: mw. mr. E. Stoop-Bod
mw. mr. B.E. Liauw

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland
Postbus 16255
2500 BG Den Haag
Telefoon 070 - 340 5873 fax 070 - 340 7761
Secretaris: mw. mr. I.C.M. Spitters

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon 026 - 352 8330 fax 026 - 352 8334
Secretaris: mw. mr. F.H.C. Dantuma-Leeffers

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Jaarverslag 2007

Inhoud

Voorwoord 3

Inleiding 4

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2007

Evaluatie Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding 5
Meldingsbereidheid 5
Functioneren van de toetsingscommissies 5
Modelverslag 6

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Zorgvuldigheidseisen algemeen 7
Zorgvuldigheidseisen specifiek 8
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek 8
Schriftelijke wilsverklaring 9
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden 14
Ondraaglijk lijden in bijzondere situaties 16
Palliatieve sedatie 16
c. Voorlichting aan de patiënt 24
d. Geen redelijke andere oplossing 24
e. Consultatie 24
f. Medisch zorgvuldige uitvoering 31

Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies

Wettelijk kader 35
Rol commissies 35

Bijlagen

I Overzicht van meldingen

Overzicht van meldingen totaal 38

Overzicht van meldingen per regio
A. regio Groningen, Friesland en Drenthe 40
B. regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland 41
C. regio Noord-Holland 42
D. regio Zuid-Holland en Zeeland 43
E. regio Noord-Brabant en Limburg 44

II Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) 46

Voorwoord

Zeer geachte lezer,

Hierbij bied ik u aan het jaarverslag 2007 van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie. De vormgeving is licht veranderd, maar de opzet is dezelfde als die van de afgelopen jaren. De kern bestaat opnieuw uit per zorgvuldigheidseis gerangschikt casusmateriaal (geanonimiseerd). U treft ook de gevallen aan die als niet zorgvuldig zijn beoordeeld. Dat waren er drie op de ruim 2100 gedane meldingen.

Op 1 juli 2007 heb ik het coördinerend voorzitterschap overgenomen van mevrouw mr. Reina de Valk-van Marwijk Kooy. Mevrouw De Valk heeft in de eerste pioniersjaren de commissies en hun secretariaten gemaakt tot een uitstekend georganiseerd apparaat. Zij was ook de drijvende kracht achter het voorzittersoverleg. Namens de commissies en op deze plaats bedank ik haar hiervoor.

Het verslagjaar kenmerkt zich door twee bijzonderheden. Ten eerste is in mei het evaluatierapport over het functioneren in de praktijk van de euthanasiewet verschenen.
Ten tweede is het in 2007 gemelde aantal levensbeëindigingen maar liefst 10% hoger dan in 2006 (2120 resp. 1923). Hierna een korte beschouwing over beide.

Het evaluatieonderzoek heeft een schat aan gegevens en voorstellen opgeleverd. Een van de opvallendste: een duidelijk gestegen meldingsbereidheid bij artsen. De onderzoekers formuleren ook aanbevelingen voor de toetsingscommissies. Wij onderschrijven deze voluit. Zie verder dit verslag. Terecht wijst het onderzoek de commissies erop scherp te blijven op het belang van uniforme werkwijzen en beoordeling van de zorgvuldigheidscriteria.
Enkele aanbevelingen betreffen het modelverslag. Wij hopen mét de onderzoekers dat de vernieuwing van het modelverslag nu snel is voltooid. De praktijk zit er om te springen.

Nu de aantallen. De publieke aandacht blijkt zich hierop steeds te concentreren. Is die stijging van het aantal meldingen met 10% duidelijk te verklaren (overigens verschillend per regio en vooral gestegen aantal huisartsenmeldingen)? Wij hebben gezocht naar oorzaken. Harde conclusies zijn echter niet te trekken. Het blijft gissen en speculeren. We zien sinds de oprichting van de toetsingscommissies eind 1998 betrekkelijk grote schommelingen binnen een stabiele range van ongeveer 1800-2100 (het hoogste aantal meldingen in 2000: 2123, het laagste in 2003: 1815).
Je zou hoogstens kunnen concluderen dat er nog beweging zit in de toepassing van verschillende opties rondom het levenseinde. Het lijkt al met al verstandig in 2010 andermaal een landelijk evaluatieonderzoek uit te voeren.

De commissies zijn gebaat bij feedback. Ik nodig u uit die te geven.

Den Haag, april 2008

Mr. J.J.H. Suyver
Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie
e-mail: eh.dekkers@toetscie.nl

Inleiding

In 2007 hebben de commissies 2120 meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ontvangen[1] . In 2006 waren dat er 1923. De commissies hebben in deze zaken getoetst of de uitvoerend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan als bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). In drie gevallen kwamen de commissies tot de conclusie dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan[2].

In het verslagjaar zijn de uitkomsten van het evaluatieonderzoek van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding gepresenteerd.
Het functioneren van zowel de wet als de commissies blijkt aan de verwachtingen te voldoen. Vanzelfsprekend zijn er ook punten van aandacht.

De commissies hebben met belangstelling kennis genomen van de uitkomsten van het evaluatie-onderzoek. De conclusies en aanbevelingen uit het evaluatierapport spreken hen aan. Het kabinetsstandpunt naar aanleiding van het evaluatierapport zien zij als een “steun in de rug” bij het vervullen van hun taak.
In hoofdstuk I wordt hier nader op ingegaan.

1 De cijfers –zowel algemeen als uitgesplitst per regio- zijn opgenomen als bijlage.
2 Zie casus 5, 11 en 12.

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2007

De ontwikkelingen in het jaar 2007 zijn vooral getekend door de bevindingen van de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en door de reacties op het rapport. In het onderstaande worden enkele van die bevindingen en reacties besproken. Overige bevindingen zijn terug te vinden in de bespreking van casuïstiek in hoofdstuk II en in hoofdstuk III, dat handelt over de werkzaamheden van de commissies.

Evaluatie Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Meldingsbereidheid

In mei 2007 is het evaluatierapport van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding uitgebracht[3]. Doel van de evaluatie was inzicht te geven in de ontwikkelingen in de praktijk van medische besluitvorming rond het levenseinde en in de doeltreffendheid en neveneffecten van de wet. Het praktijkonderzoek is voor een groot deel vergelijkbaar met eerdere grootschalige onderzoeken in 1990, 1995 en 2001[4].
In algemene zin wordt in het rapport geconcludeerd dat de wet adequaat werkt. De doelen, die bij de totstandkoming van de wet werden beoogd, zoals een grotere transparantie van de euthanasiepraktijk, worden in hoge mate bereikt. Zo is het meldingspercentage -zo blijkt uit de evaluatie- gestegen van 54 procent in 2001 tot 80 procent in 2005.
De belangrijkste reden voor niet-melden is dat de arts de betreffende handelwijze niet beschouwt als levensbeëindigend handelen. In de gevallen die niet gemeld werden, waren de meest gebruikte middelen morfine en sedativa. Wanneer artsen hun handelen wel degelijk beschouwden als levensbeëindiging op verzoek, gebruikten zij in bijna alle gevallen de aangewezen euthanatica[5]. De onderzoekers geven aan dat wanneer artsen deze middelen gebruikten, zij zelfs in 99 procent van de gevallen meldden.

Functioneren van de toetsingscommissies

Uit het onderzoek blijkt dat de toetsingscommissies in het algemeen in overeenstemming met de bedoelingen van de wet functioneren. Volgens de onderzoekers verdient het toch aanbeveling dat de toetsingscommissies ook de kwaliteit van de eigen taakuitvoering bewaken, onder andere voor wat betreft het beoordelingsproces en de beoordeling van bepaalde aspecten van de zorgvuldigheidseisen. De commissies zijn zich ervan bewust dat frequente onderlinge afstemming noodzakelijk blijft om meldingen consistent te kunnen beoordelen. Daarvoor hanteren de commissies al diverse instrumenten, zoals een voorzittersoverleg en bespreking met alle commissies van gevallen die potentieel als 'onzorgvuldig' worden beoordeeld. Door de secretarissen van de commissies vindt veelvuldig onderlinge afstemming plaats en ook de arts-leden voeren inhoudelijk afstemmingsoverleg in voorkomende gevallen.
De toetsingscommissies beoordelen een melding met het oordeel 'zorgvuldig', dat wil zeggen conform de in de wet opgenomen zorgvuldigheidseisen, of 'onzorgvuldig'. Als het oordeel 'onzorgvuldig' luidt, wordt dit, behalve aan de betrokken arts, tevens verzonden aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Een tweede aanbeveling van de onderzoekers betreft het expliciet in de wet vastleggen dat toetsingscommissies de mogelijkheid hebben een als 'zorgvuldig' beoordeelde zaak toch in handen van de Inspectie te geven.

Het kabinet heeft in zijn standpunt naar aanleiding van het evaluatierapport[6] aangegeven onder de huidige wet voldoende mogelijkheden te zien voor de toetsingscommissie om een passend oordeel te geven voor individuele meldingen. Interviews met commissieleden bevestigen dit, aldus de onderzoekers. Bovendien vindt het kabinet het onwenselijk en mogelijk nadelig voor de rechtszekerheid van artsen als een zaak beoordeeld wordt als zorgvuldig, maar toch wordt doorgestuurd naar de Inspectie.

3 Philipsen, Van der Heide e.a., Evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding (WTL).
4 Van der Maas, P.J., Van Delden, J.J.M. &. Pijnenborg, L., Remmelink, 1991, Medische beslissingen rond het levenseinde, Den Haag: Sdu Uitgevers Van der Wal, G. & Van der Maas, P.J., 1996, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, Den Haag: Sdu Uitgevers, Van der Wal, G. c.s., 2003, Medische besluitvorming aan het einde van het leven, Utrecht: de Tijdstroom.
5 Zie ook: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP). Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007).
6 Brief met kenmerk PG/E-2808432 d.d. 14 november 2007

Wel vindt het kabinet dat een toetsingscommissie een tekortkoming, geconstateerd in de context van een melding, zoals bijvoorbeeld een instellingsprotocol van geringe kwaliteit, dient te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De door een toetsingscommissie gesignaleerde tekortkoming moet in een dergelijke situatie geen betrekking hebben op de zaak als zodanig of op de meldend arts. Dit voorstel van het kabinet sluit naadloos aan bij de reeds bestaande werkwijze van de commissies om de instelling (bestuur) te wijzen op achterhaalde of gebrekkige protocollen.
Ten derde geven de onderzoekers aan dat het overweging verdient de zittingstermijn van de toetsingscommissies te beperken tot maximaal twee termijnen van vier jaar. Het regelmatig aantreden van nieuwe leden zou het risico van routinematige afhandeling verkleinen. Bovendien zou een wat kortere zittingstermijn meer in overeenstemming zijn met wat gebruikelijk is, aldus de onderzoekers.
Het kabinet steunt het voornemen de huidige zittingstermijn van maximaal tweemaal zes jaar te beperken tot maximaal twee termijnen van vier jaar. De toetsingscommissies zullen, conform het coalitieakkoord, zonder wijziging van de wet de aanbevolen zittingstermijnen in de praktijk brengen.

De jaarverslagen van de toetsingscommissies en de publicatie van geanonimiseerde oordelen op de website zijn volgens het rapport positief voor de transparantie en maatschappelijke controle.
De onderzoekers bevelen aan meer ervaring op te doen met de publicatie van gemelde gevallen op de website van de toetsingscommissies.
Publicatie bevindt zich in een spanningsveld tussen het waarborgen van anonimiteit enerzijds en de informatieve waarde van de casuïstiek anderzijds. Volgens de onderzoekers verdient dit spanningsveld ook aandacht in de rapportages van de toetsingscommissies en bij toekomstige evaluaties. Publicatie van de oordelen is in 2006 gestart, omdat transparantie van de toetsing van belang wordt geacht.
In dat licht wordt de website waarop de gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek geanonimiseerd worden gepubliceerd, gecontinueerd. Het kabinet is het met de onderzoekers eens dat blijvend aandacht nodig is voor het waarborgen van anonimiteit bij publicatie van de oordelen. De commissies erkennen genoemd spanningsveld; de werkwijze is er blijvend op gericht de anonimiteit van de bij hun oordeel betrokkenen te waarborgen.

Modelverslag

In het evaluatierapport en in het standpunt van het kabinet wordt ook aandacht besteed aan het modelverslag ten behoeve van de meldend arts. Naar aanleiding daarvan worden aanpassingen in dit modelverslag doorgevoerd. Deze aanpassingen maken nog duidelijker dat de toetsingscommissies bevoegd zijn in alle situaties van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bij patiënten van 12 jaar en ouder. De commissies zijn niet bevoegd[7] een melding in behandeling te nemen als er geen verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding is gedaan.
Wanneer een arts tot levensbeëindiging overgaat zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt dient de gemeentelijke lijkschouwer de zaak direct te zenden aan de officier van justitie. De commissies zijn niet bevoegd in geval van levensbeëindiging bij een minderjarige patiënt, jonger dan 12 jaar. Ook zijn de commissies niet bevoegd als er sprake is van normaal medisch handelen. De toetsingsprocedure zoals opgenomen in de WTL is daarvoor niet bedoeld.
Van normaal medisch handelen is in ieder geval sprake als een medisch zinloze behandeling niet wordt begonnen of wordt gestaakt of als een medische behandeling op verzoek van een patiënt niet wordt ingezet danwel wordt gestaakt of als de dood intreedt als bijkomend gevolg van een behandeling die noodzakelijk was voor het verlichten van ernstig lijden van de patiënt. Normaal medisch handelen valt buiten de sfeer van het strafrecht en behoeft dan ook niet te worden gemeld.

De commissies hechten belang aan het doorvoeren van aanpassingen in het modelverslag, waarmee bestaande onduidelijkheden en daarmee gepaard gaande misverstanden bij de meldend arts worden weggenomen.

7 Zie artikel 1, tweede lid, van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 21 november 2006.

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Zorgvuldigheidseisen algemeen

De commissies toetsen het handelen van de meldend arts aan alle in de wet genoemde zorgvuldigheidseisen en oordelen of de arts al dan niet overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.
Deze 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.

Voor de beoordeling door de commissies is de door de meldend arts verstrekte informatie van cruciaal belang.

De in dit jaarverslag opgenomen casuïstiek geeft een beeld van de meldingen zoals die door de commissies zijn getoetst. In bijna alle gevallen zijn de commissies tot het oordeel gekomen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Verreweg de meeste meldingen gaven tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie.
Casus 1 is een voorbeeld van een dergelijke melding. In sommige gevallen gaf de melding aanleiding tot nadere discussie in de commissie; zonodig werd de arts gevraagd om schriftelijk of mondeling nadere informatie te verstrekken. Voorbeelden van casuïstiek die aanleiding gaf tot het stellen van dergelijke vragen of tot nadere discussie zijn de in dit hoofdstuk opgenomen casus 2 en volgende.

Casus 1

Op grond van de door de meldend arts verstrekte informatie -waaronder het schriftelijke verslag van de consulent- werd de invoelbaarheid van het door patiënt als ondraaglijk ervaren lijden aannemelijk gemaakt.

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 30 tot 40 jaar, werd op jeugdige leeftijd de progressieve spierziekte van Duchenne vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. Hij had altijd een moeilijk en regelmatig leven moeten leiden. Hij slaagde er echter steeds in de regie te behouden en was naar omstandigheden tevreden. De laatste acht jaar werd patiënt door vermoeidheid gedwongen steeds meer uren op bed door te brengen. Alle algemene dagelijkse handelingen kostten veel tijd en ook praten en denken waren uiterst vermoeiend voor hem. Het lijden van patiënt bestond uit het letterlijk niets meer kunnen terwijl alle lichamelijke en psychische reserves waren opgebruikt. Ook leed patiënt onder de uitzichtloosheid van zijn bestaan en het verlies van iedere kwaliteit van leven. Voor hem was dit lijden ondraaglijk. Een week voor de levensbeëindiging had hij de arts concreet om uitvoering van zijn verzoek om levensbeëindiging gevraagd.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke collega-huisarts, tevens SCEN-arts. Deze bezocht patiënt een week voor de levensbeëindiging.
Volgens het verslag van de consulent trof hij een magere man in een rolstoel aan met volledig atrofische spieren. Het kostte patiënt zichtbaar veel energie om met de consulent te

praten. In de loop van het gesprek ging patiënt steeds heftiger met zijn hoofd zwaaien. Volgens de consulent verliep het denken van patiënt ongestoord en inhoudelijk adequaat. Patiënt maakte op de consulent niet de indruk dat hij depressief was. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënt bepaald door het feit dat hij de laatste tijd alleen nog leefde om te overleven.
Hij kon in zijn eigen beleving alleen nog in bed liggen, achteruitgaan en wegkwijnen. Hij vertelde dat hij de laatste vijf jaar al een enorme discipline had moeten opbrengen om te eten en zijn urine en ontlasting kwijt te raken. Daarin was inmiddels de grens bereikt. Aanvankelijk had de consulent enige moeite met het verzoek om levensbeëindiging van een zo jonge man. In de loop van het gesprek kreeg hij echter veel bewondering voor het feit dat patiënt zo lang had doorgevochten om met het weinige dat het leven hem geboden had door te gaan. De ondraaglijkheid van het lijden van patiënt werd voor de consulent invoelbaar en begrijpelijk. Patiënt had niet het gevoel anderen tot last te zijn. Hij voelde zich op geen enkele manier gedwongen om vanwege de verzorging tot zijn wens tot levensbeëindiging te komen.
De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Zorgvuldigheidseisen specifiek

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

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

Het is noodzakelijk dat de arts tot de overtuiging komt dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. Het aspect van euthanasie als proces wordt hiermee tot uitdrukking gebracht; dit in tegenstelling tot euthanasie in de zin van het moment van levensbeëindiging. Bepalende elementen van dit proces tussen arts en patiënt zijn onder meer: het bespreekbaar maken van het (naderende) levenseinde, het inventariseren van de wensen van patiënt en het bepalen van mogelijkheden om daar wel of niet aan tegemoet te komen.

Een aantal elementen staat centraal.
In de eerste plaats moet een verzoek tot levensbeëindiging door de patiënt zelf zijn gedaan.
In de tweede plaats behoort een verzoek vrijwillig te zijn. Een arts moet er zeker van zijn dat de patiënt het verzoek niet onder druk van zijn omgeving heeft gedaan. Bij de beoordeling van dat aspect gaan de commissies na wanneer en op welke manier de patiënt het verzoek heeft geuit.
In de derde plaats moet de patiënt om een weloverwogen verzoek te kunnen doen een goed beeld hebben van zijn eigen ziekte, van de situatie waarin hij zich bevindt, van de prognose en van eventuele alternatieve mogelijkheden tot verbetering van de situatie.

Het doen van een vrijwillig en weloverwogen verzoek veronderstelt de wilsbekwaamheid van de patiënt.
Wanneer een patiënt bijvoorbeeld depressieve klachten heeft kan daardoor de wilsbekwaamheid negatief worden beïnvloed. In geval van twijfel wordt in de praktijk doorgaans het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consulent benaderde onafhankelijke arts. Een arts moet dus (laten) vaststellen dat een patiënt wilsbekwaam is. Wanneer deskundigheid van andere artsen is ingeroepen is het van belang dit aan te geven aan de commissie. Het komt voor dat een arts na een wegingsproces besluit geen extra deskundigheid in te roepen of een eerder betrokken deskundige er niet nogmaals bij te betrekken. Een dergelijke afweging is voor de commissie relevant omdat de arts -door direct bij de melding inzicht te geven in het gehele besluitvormingsproces- latere vragen van de commissie kan voorkomen.

Ook vindt soms melding plaats van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten die lijden aan een dementieel syndroom. Zij bevinden zich dan aan het begin van een proces van dementering en hebben nog inzicht in hun ziekte en de symptomen van verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij worden wilsbekwaam geacht omdat zij de gevolgen van hun verzoek goed kunnen overzien. De ondraaglijkheid van hun lijden bestaat uit hun beleving van de zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in een besef dat dit proces alleen maar zal toenemen en zal leiden tot fundamentele afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf.
De commissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces van dementie bevinden in

het algemeen met grote terughoudendheid moet worden gereageerd op een verzoek om euthanasie. Het advies van de commissies luidt dan ook om het beoordelingsproces door een arts in dergelijke situaties met extra zorgvuldigheid te omgeven.
Een arts zal de fase van het ziekteproces en de overige specifieke omstandigheden van een situatie bij zijn overwegingen moeten betrekken. In een meer gevorderd stadium zal een patiënt in vrijwel alle gevallen niet meer wilsbekwaam zijn.
Dus als een arts van mening is dat een patiënt in de beginfase van dementie verkeert, dan is het raadzaam dat één of meer deskundigen worden geraadpleegd naast de collega-arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld. Naast de aspecten van vrijwilligheid en het weloverwogen zijn van het verzoek vergt het aspect van de uitzichtloosheid, en met name van de ondraaglijkheid van het lijden, een uiterst zorgvuldige afweging door de arts in dergelijke gevallen.

Schriftelijke wilsverklaring

Ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring is een enkele opmerking zinvol. Het uitgangspunt van de WTL is dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek vindt vrijwel altijd plaats in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dus mondeling gedaan. Het gaat er primair om dat er tussen arts en patiënt duidelijkheid bestaat over het verzoek van de patiënt. Wanneer de patiënt in staat is zijn wil te uiten en om levensbeëindiging kan verzoeken, dan kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan die duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen.

Door het in het journaal documenteren van het (in algemene zin) bespreken van een euthanasiewens van patiënt en van het besluitvormingsproces rond diens levenseinde, kan de arts ook zelf bijdragen aan die duidelijkheid, van belang ook bijvoorbeeld voor eventuele waarnemers en andere bij het besluitvormingsproces betrokkenen.

In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld eist de WTL geen schriftelijke wilsverklaring. In de praktijk maakt de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring het beoordelingsproces achteraf weliswaar gemakkelijker, maar de commissies willen nadrukkelijk uitspreken dat het zeker niet de bedoeling is om soms nog heel kort voor het overlijden een dergelijke verklaring te laten opstellen en daardoor onnodig veel druk op de betrokkenen te leggen.

In de WTL wordt wel aparte aandacht besteed aan de schriftelijke wilsverklaring, maar in een andere context. Deze is bedoeld voor ondraaglijk en uitzichtloos lijdende patiënten die niet meer in staat zijn hun wil te uiten op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is. Hoewel in de praktijk van de euthanasie en hulp bij zelfdoding de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring niet automatisch leidt tot uitvoering in geval van wilsonbekwaamheid zijn er wel adviezen te geven. Het is in elk geval raadzaam deze verklaring tijdig op te stellen en op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven waaronder de patiënt wenst dat levensbeëindiging bij hem wordt uitgevoerd. Hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts. Een handgeschreven verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, levert doorgaans een persoonlijke aanvullende onderbouwing op.

Casus 2

(vrijwillig en weloverwogen verzoek; dementie)

In de onderstaande casus bevond patiënte zich tijdens haar verzoek om levensbeëindiging aan het begin van een dementeringsproces. Uit de omschrijving blijkt op welke manier de arts de regierol die patiënte over haar levenseinde wilde houden heeft kunnen waarborgen; door het tijdig raadplegen van meerdere deskundigen heeft de arts zich ervan kunnen vergewissen dat patiënte vrijwillig en weloverwogen tot dit verzoek was gekomen.

Na al twee jaar met geleidelijk toenemende klachten zoals opvallende traagheid en moeite met rekenen te hebben gekampt werd bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, in de herfst van 2006 een beginnende ziekte van Alzheimer vastgesteld. Zij leed ernstig onder het inzicht in haar ziekte en de ontwikkeling van de ziekte op langere termijn. Daarnaast leed zij zeer onder de toenemende afhankelijkheid van anderen, de afnemende mogelijkheden tot communicatie en het leggen van contacten en de sociale isolatie die daar

het gevolg van was. Zij verloor de grip op haar leven en kon de regie niet meer voeren. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk.
Drie maanden na de diagnosestelling had zij al bij de arts aangegeven dat ze te zijner tijd euthanasie wenste. Zij wilde de regie over haar levenseinde houden.
Een paar weken voor het overlijden had patiënte de arts concreet om uitvoering van haar verzoek om levensbeëindiging gevraagd.

Omdat er al enkele jaren eerder bij patiënte een verdenking op depressieve klachten bij beginnende geheugenproblemen bestond, had de arts om de regierol van patiënte te honoreren, geruime tijd voor het concrete verzoek om uitvoering van de levensbeëindiging al een ouderenpsychiater als eerste consulent geraadpleegd. Deze deed psychiatrisch onderzoek naar de vraag of het verzoek van patiënte voortkwam uit een depressie. Hij vond de euthanasiewens van patiënte invoelbaar en passend bij haar levensvisie en haar achtergrond. De wens was niet ingegeven door depressieve klachten.

Vervolgens, twee maanden voor het verzoek om uitvoering van de levensbeëindiging, had de arts een SCEN-arts als tweede consulent geraadpleegd. In het gesprek met de tweede consulent vertelde patiënte dat zij, met het oog op de lange duur van de ziekte, vreesde dat er voor haar geen behoorlijke toekomst meer was en dat ze zou vereenzamen. Patiënte vertelde 's ochtends het liefst in bed te blijven liggen omdat er toch niets meer lukte. Ze beschreef een gevoel van ontreddering bij het verrichten van alle dagelijkse handelingen. Alles wat ze deed duurde eindeloos lang. Ze had al haar hobby's moeten opgeven en kon niet meer lezen of tv kijken omdat ze zich niet meer kon concentreren. Ze gaf aan zich ook regelmatig lichamelijk vervelend en beroerd te voelen zonder te kunnen omschrijven wat ze dan voelde. Patiënte ervoer de wereld als bedreigend omdat ze zich ontredderd voelde in haar dagelijkse bestaan. Het lijden was voor haar bijna ondraaglijk geworden, wat de consulent invoelbaar vond. De consulent vond dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen was gedaan. Patiënte gaf aan nog niet toe te zijn aan de uitvoering van het verzoek.

De tweede consulent bezocht patiënte nogmaals, twee weken voor de levensbeëindiging en dit keer naar aanleiding van haar verzoek om uitvoering van levensbeëindiging.
De arts had de consulent gevraagd om vooral zijn oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van patiënte. De tweede consulent was ervan overtuigd dat patiënte voldoende wilsbekwaam was. Hij kwam tot de conclusie dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Als derde consulent raadpleegde de arts nog een onafhankelijk klinisch geriater. De arts verzocht de derde consulent een oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van patiënte betreffende haar euthanasieverzoek. De derde consulent zag patiënte twee weken voor de levensbeëindiging.
In zijn verslag gaf de derde consulent aan dat patiënte enkele keren moeite had om zich goed uit te drukken, maar dat zij haar verhaal toch redelijk kon vertellen. Patiënte gaf herhaalde malen aan dat zij geen uitweg meer zag in de situatie waarin ze verkeerde en het leven met de ziekte van Alzheimer. Zij zag de levensverwachting van ongeveer zes jaar die haar nog te wachten stond als een zware en niet te dragen last tegemoet. Volgens de derde consulent kon patiënte haar wens tot euthanasie ondanks het feit dat ze aan de ziekte van Alzheimer leed, nog in redelijke mate motiveren. Patiënte overzag de gevolgen van haar besluit en was van mening dat eventuele alternatieven geen verbetering van de kwaliteit van haar leven zouden opleveren. Volgens de derde consulent was er geen reden om het verzoek niet in te willigen. Patiënte was ten aanzien van haar verzoek om levensbeëindiging wilsbekwaam.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 3

(vrijwillig en weloverwogen verzoek; dementie)

In deze casus heeft het lang geduurd voordat de diagnose beginnende dementie werd gesteld. Gedacht werd dat patiënte depressief was. Vier psychiaters en twee SCEN consulenten zijn geraadpleegd.

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, werd eind 2004 een beginnende dementie, waarschijnlijk een mengbeeld van Alzheimer met subcorticale kenmerken, vastgesteld. Een jaar eerder had patiënte in verband met klachten van vergeetachtigheid een neuropsychologisch onderzoek ondergaan. Volgens de neuroloog was er sprake van een depressie. Behandeling had echter geen resultaat en werd gestaakt.
Patiënte kampte met klachten als moeheid, futloosheid, last van bevende handen, vergeetachtigheid en verminderde interesse in diverse zaken. Om uit te sluiten dat deze klachten een lichamelijke oorzaak hadden, werd zij begin 2004 opnieuw onderzocht, ditmaal door een klinisch geriater. De klinisch geriater kon geen somatische oorzaak voor de klachten vinden en duidde de klachten uiteindelijk als depressieve klachten. Volgens de geriater waren er geen aanwijzingen voor een dementieel proces. Hij adviseerde de arts om (in overleg met de neuroloog) de medicamenteuze behandeling van patiënte te wijzigen om haar stemming te verbeteren. Eind 2004 stelde de klinisch geriater uiteindelijk de diagnose van beginnende dementie en werd er gestart met een behandeling die patiënte moest staken in verband de hinderlijke bijwerkingen ervan.

Meteen na de diagnose had patiënte voor het eerst en sindsdien meerdere malen met de arts over euthanasie gesproken. Eind maart 2005 had patiënte de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd en daarna een wilsverklaring opgesteld.
De arts raadpleegde in totaal zes consulenten: twee collega-huisartsen en vier psychiaters. De eerste consulent bezocht patiënte in maart 2005. De laatste consulent vijf dagen voor de levensbeëindiging.
De eerste vier consulenten (een collega-huisarts en drie psychiaters) meenden dat er bij patiënte sprake was van een depressieve stoornis en drongen aan op behandeling daarvan. Ruim anderhalf jaar later raadpleegde de arts als vijfde consulent opnieuw een onafhankelijke collega-huisarts, tevens SCEN-arts. De vijfde consulent bezocht patiënte zes weken voor de levensbeëindiging.
Inmiddels was patiënte opgenomen in een verpleeghuis. Zij bleek de ziekte van Parkinson te hebben. Patiënte zat in een rolstoel. Tijdens het gesprek merkte de consulent dat patiënte soms moeite had om woorden te vinden. Patiënte sprak af en toe onverstaanbaar en was dan weer een tijd lang goed te volgen. Volgens de consulent had ze een logische gedachtengang, waarin ze zich ook nog kon inleven in de gevoelens van haar familie. Patiënte kon zich niet meer goed alles herinneren. Ze wist de consulent echter wel te vertellen dat ze al eerder met een andere arts dan haar huisarts over euthanasie had gesproken. Patiënte zei dat de ondraaglijkheid van haar lijden werd bepaald door het feit dat ze niet meer kon wat ze wilde zoals het onder woorden brengen van haar gedachten. Ook het feit dat ze totaal afhankelijk was van anderen maakte het lijden voor haar ondraaglijk. Patiënte vertelde de consulent dat ze zichzelf niet meer als een gewoon mens beschouwde. Op de vraag van de consulent wat het voor haar zou betekenen als de euthanasie niet door zou gaan, antwoordde ze dat dit een zware klap voor haar zou zijn.
Volgens deze consulent was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte. In haar schriftelijke wilsverklaring van 2005 gaf patiënte aan niet verder te willen leven als er een toestand zou ontstaan die geen of nauwelijks uitzicht gaf op terugkeer tot een voor haar redelijke en waardige levensstaat.

Volgens de consulent had patiënte zowel momenten van volledig inzicht in haar ziekte als momenten waarop dat besef niet meer aanwezig was. Tijdens de momenten van inzicht en besef leed patiënte naar de mening van de consulent ondraaglijk. De consulent was ervan overtuigd dat er geen behandelopties meer waren. Ze trok daarbij het oordeel van de psychiaters die hadden gezegd dat de depressieve stoornis van patiënte behandeld moest worden in twijfel. Toen deze psychiaters hun oordeel gaven was de diagnose van de ziekte van Parkinson namelijk nog niet gesteld. Bovendien hadden, achteraf bezien logisch, de therapieën voor de mogelijke depressie niet geholpen. Hoewel de consulent de euthanasiewens van patiënte invoelbaar en consistent achtte, raadde zij de arts toch aan om nog een keer een psychiater of geriater te raadplegen over de wilsbekwaamheid van patiënte. De wilsbekwaamheid van patiënte was in het verleden immers meerdere malen in twijfel getrokken.
De arts raadpleegde als zesde consulent een onafhankelijke psychiater. Deze consulent beoordeelde de wilsbekwaamheid van patiënte tien dagen voor de levensbeëindiging. Volgens het verslag van de zesde consulent kon patiënte, ondanks haar duidelijk dementieel beeld en woordvind-problemen, goed omschrijven wat haar toestand was en wat de diagnose inhield. Ze kon goed het verloop van haar ziekte en de steeds verdere achteruitgang aangeven. Volgens de consulent was patiënte helder in haar euthanasiewens en overzag ze de consequenties ervan.
De zesde consulent voegde aan haar oordeel over de wilsbekwaamheid van patiënte ten overvloede toe, dat er haars inziens bij patiënte sprake was van een voortdurende lijdensdruk.

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat patiënte vanaf de zomer 2005 op de psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis verbleef. De commissie kon uit de overgelegde stukken niet goed opmaken wat de rolverdeling was geweest tussen de arts en de verpleeghuisarts vanaf de opname. Ook kon de commissie uit de stukken niet goed opmaken wat het verloop van de ziekte van patiënte was geweest sinds de opname. Tenslotte vroeg de commissie zich af wat er was gebeurd met de adviezen tot behandeling van de diverse geraadpleegde psychiaters. De arts werd uitgenodigd om tijdens een commissievergadering een mondelinge toelichting te geven.
De arts lichtte toe dat hij patiënte al kende vanaf 1990. In 2001 legde patiënte een aantal klachten aan de arts voor. Ze vroeg zich af of deze klachten hoorden bij dementie. De verschijnselen wezen inderdaad mogelijk op dementie, maar de diagnose werd op dat moment niet gesteld. Men hield het op een depressie. Om deze reden kwam patiënte bij de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen terecht. Daar kon men niet veel met patiënte: men vond dat ze niet meewerkte aan de behandeling.
Eind 2004 werd na uitgebreid onderzoek uiteindelijk de diagnose van beginnende dementie gesteld. Patiënte had toen meteen met de arts over euthanasie gesproken en begin 2005 had de arts voor het eerst een SCEN-arts geraadpleegd. Het bleek dat de eerste consulent het verzoek tot levensbeëindiging in combinatie met de dementie een hele moeilijke casus vond. Op dat moment was er in de euthanasiepraktijk namelijk nog geen soortgelijke casus bekend. Hij adviseerde de arts een psychiater te raadplegen.
Aanvankelijk kon de arts zich niet in dit advies vinden en worstelde hij met de vraag of hij verplicht was de raad op te volgen. Uiteindelijk raakte hij overtuigd en ging patiënte akkoord met het bezoek aan de psychiater.
De psychiater (de tweede consulent) kwam tot de conclusie dat er in ieder geval sprake was van een depressieve stoornis en hij adviseerde behandeling. Professioneel zag de arts niets in dit advies omdat hij de depressie al maandenlang zonder effect had behandeld. Emotioneel raakte het de arts wel. Hij vroeg zich af in hoeverre het niet opvolgen van dit advies consequenties zou hebben voor de eventuele uitvoering van de levensbeëindiging. Achteraf bezien heeft de arts de gehele gang van zaken met betrekking tot de diverse psychiatrische adviezen als een beschamende exercitie ervaren.

In de zomer van 2005 moest patiënte worden opgenomen in het verpleeghuis. De arts bezocht haar daar uitsluitend in het kader van haar verzoek om levensbeëindiging. Voor het overige stond patiënte volledig onder behandeling van de verpleeghuisarts. De arts had patiënte tot begin 2006 in het verpleeghuis bezocht.
In het voorjaar van 2007 zag de arts patiënte weer in het verpleeghuis. Hij trof haar aan diep weggedoken in een rolstoel aan een klein tafeltje in de gemeenschappelijke ruimte. Ze herkende de arts meteen en fleurde helemaal op toen ze hem zag. Om te achterhalen of er nog een euthanasiewens bij patiënte leefde, sprak de arts haar onder vier ogen en stelde hij haar uitsluitend open vragen. Patiënte kon goed duidelijk te maken dat ze nog steeds een vurige wens tot levensbeëindiging had. Zij bleef deze wens herhalen tot haar overlijden.
De arts had met het verpleeghuis steeds goed contact gehouden. Het verpleeghuis had een streng gereformeerde signatuur. Over het verzoek van patiënte tot levensbeëindiging had de arts altijd in alle openheid in het verpleeghuis gesproken. Het verpleeghuis had goede medewerking gegeven door patiënte in staat te stellen thuis te sterven.
De arts was van mening dat een casus waarin (een beginnende) dementie speelt, kennelijk de diverse professionals met veel onzekerheden confronteert. In deze casus waren er volgens de arts te veel mensen geweest die bang waren voor de problematiek. Van deze mensen was hij tijdens de procedure wel afhankelijk.
De arts had al 17 jaar ervaring met euthanasie. Zijn ervaring was dat een patiënt nooit zomaar om levensbeëindiging vroeg. Ondanks de adviezen van de eerste SCEN-arts, de diverse psychiaters, de huisartsen uit zijn huisartsengroep en diverse anderen had de arts begin 2007 tegen zichzelf gezegd dat hij 'het gevecht toch aan wilde gaan' .
De arts was erg getroffen door het feit dat patiënte, na een maandenlang verblijf in de inputarme omgeving van het verpleeghuis en in weerwil van het dementeringsproces, nog steeds een actuele vraag om levensbeëindiging bleek te hebben gehouden.
De arts had het als heel pijnlijk ervaren dat iemand die ogenschijnlijk in het verpleeghuis nauwelijks nog functioneert in werkelijkheid nog heel helder blijkt te kunnen reflecteren op haar situatie.
De commissie oordeelde dat door de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen was gehandeld.

Casus 4

(vrijwillig en weloverwogen verzoek)

In deze casus concludeerde de eerste consulent dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft daarna aan een psychiater gevraagd om de wilsbekwaamheid van de patiënt te onderzoeken.

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar werd in het najaar van 2002 Multiple Sclerose vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. In de loop van de jaren ging de toestand van patiënt geleidelijk achteruit.
Meteen nadat de diagnose was gesteld had patiënt met zijn huisarts over euthanasie gesproken. Omdat de huisarts om principiële redenen niet wilde meewerken, had patiënt een andere huisarts gezocht. Een jaar na de diagnose kwam patiënt in de praktijk van de arts. Al in het eerste kennismakingsgesprek met de arts had patiënt het onderwerp levensbeëindiging ter sprake gebracht. Vanaf dat moment hadden de arts en de patiënt hierover talloze gesprekken gevoerd.
Sinds het voorjaar van 2004 werd patiënt in toenemende mate beperkt in zijn mobiliteit en kon hij niet meer autorijden of fietsen. Uiteindelijk was hij nog maar nauwelijks in staat om

voor zichzelf te zorgen. Eind maart 2004 had patiënt de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd.
De arts raadpleegde drie consulenten. De eerste consulent, een SCEN-arts, bezocht patiënt in maart 2004, de tweede consulent, een psychiater, zag patiënt poliklinisch in mei 2004 en de derde consulent, een SCEN-arts, bezocht patiënt ongeveer twee weken vóór de levensbeëindiging.
Toen de eerste consulent patiënt bezocht was deze nog redelijk mobiel. Hij liep wel wat onzeker. Patiënt woonde zelfstandig en zorgde nog grotendeels voor zichzelf. Hij gaf met nadruk en bij herhaling te kennen op een menswaardige manier te willen sterven en verklaarde meerdere malen dat voor hem de grens was bereikt. Volgens de eerste consulent sloot patiënt zich totaal af van de mogelijkheden tot hulp. Hij stelde dat patiënt de realiteit leek te ontkennen en tevens voor zichzelf en zijn omgeving op de vlucht leek te zijn. De consulent was van mening dat er op dat moment geen enkele indicatie aanwezig was om aan het verzoek om levensbeëindiging te voldoen. Hij adviseerde patiënt dringend om zich onder behandeling van een psychiater te stellen. De eerste consulent kwam tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
In mei 2004 had de arts aan de tweede consulent gevraagd te onderzoeken of de euthanasiewens van patiënt niet voortkwam uit een gemaskeerde depressie.
Uit dit onderzoek kwamen onvoldoende aanwijzingen naar voren die wezen op een psychiatrische stoornis. De tweede consulent meende dat patiënt het duidelijk moeilijk had met de ziekte en met de consequenties van zijn aandoening voor de toekomst. Daarnaast had hij de indruk dat patiënt zijn emoties moeilijk kon verwoorden of met anderen kon delen. Volgens de tweede consulent kwam de euthanasiewens van patiënt voort uit de angst voor lichamelijke achteruitgang en hulpbehoevendheid.
Bij het bezoek van de derde consulent, twee weken voor de levensbeëindiging, deed patiënt zelf open. Hij bewoog zich zeer moeizaam voort met de rollator en zag er verzorgd uit. Hij praatte rustig en met zachte stem. Emotioneel maakte hij een vlakke indruk maar hij leek niet depressief.
Patiënt vertelde dat hij zijn dag doorbracht met wat lichte huishoudelijke taken en met het verzorgen van zichzelf. Verder kwam hij tot niets. Hij kon niet meer tv kijken, lezen of tekenen. Hij kon geen toetsen meer aanslaan op de computer. Hij vond zijn hobby niet meer belangrijk en had geen belangstelling meer voor de buitenwereld. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënt vooral bepaald door de steeds verdere afname van zijn zelfstandigheid en de daarmee gepaard gaande toenemende afhankelijkheid van anderen. Verder leed hij ondraaglijk onder de aftakeling en de ontluistering. De derde consulent vond het invoelbaar dat verder leven voor deze persoon een ondraaglijke lijdensweg was. Volgens de consulent was het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen en het lijden uitzichtloos. De consulent kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie oordeelde dat door de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen was gehandeld.

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

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

Voor de arts moet het lijden van de patiënt invoelbaar zijn; hij dient dit voor de commissie aannemelijk te maken. De commissies realiseren zich terdege dat de problematiek van het lijden voor de arts soms een lastige is en willen er daarom in dit jaarverslag wat uitgebreider bij stil staan.
Voor een goed begrip van de term 'lijden' dient men zich te realiseren dat lijden een complexe ervaring is, net als pijn, liefde, hoop of wanhoop. Het is een basiselement van het menselijke bestaan, dat doorgaans gemakkelijker wordt herkend als bestaanselement dan dat het in woorden uitgelegd kan worden. Een beschrijving van lijden is dan ook altijd een reconstructie van (onder)delen van lijden tot een zo volledig mogelijk overzicht, gebaseerd op datgene wat de lijdende patiënt vertelt en aan de patiënt kan worden geobserveerd. In die zin is het lijden een 'intersubjectieve ervaring' die in een bepaalde mate overdraagbaar en daardoor beoordeelbaar is. Of in de termen van de KNMG: voor een

beoordeling door een arts wordt er van uitgegaan dat het lijden tot op zekere hoogte invoelbaar is.

Voor het begrijpen van en communiceren over lijden in relatie tot het levenseinde maken we doorgaans gebruik van het begrippenkader van 'de mens in de geneeskunde'. In dat kader wordt de mens begrepen als een lichamelijk, geestelijk, sociaal en spiritueel/existentieel wezen. Het lijden wordt dan ingedeeld naar een oorzaak in een van deze categorieën: het lijden heeft of een lichamelijke oorzaak, of een psychische of een existentiële reden. Verschillen die mensen beleven in hun lijden -bij overigens vergelijkbare oorzaken- worden gekarakteriseerd als 'subjectief', waaraan in het algemeen een suggestie van verdere ontoegankelijkheid voor meer begrip wordt verbonden. Reflecteren op wat lijden betekent levert ook een confrontatie op met de beperkingen van het meest gehanteerde begrippenkader. Het mensbegrip in de geneeskunde is op zichzelf voldoende abstract en ruim om de meest voorkomende verschijnselen van ziekten en afwijkend gedrag te kunnen duiden. Maar het is te beperkt om een complex fenomeen als lijden in al zijn belangrijke aspecten te kunnen begrijpen. Zoeken naar een definitie van lijden impliceert het beschrijven van een ervaring waarbij er sprake is van een bedreiging van het intacte bestaan en van verval of desintegratie van de persoon.
Voor een goed begrip van lijden dient men zich ook te realiseren dat alle lijden existentieel is, onafhankelijk van de oorzaak, omdat de lijdende mens een existentieel wezen is. De beleving van alle lijden is gebonden aan een geest waarmee kan worden beleefd, dus in die zin is alle lijden, ook het lijden door een lichamelijke oorzaak, psychisch lijden van een persoon. Zonder een geest die ervaart kan een mens niet lijden. Menselijk lijden is dan ook niet 'subjectief', maar gebonden aan een subject of een persoon. Het is dus per definitie persoonlijk: lichamen lijden niet, maar personen lijden.

Tot dat persoonsbegrip behoren naast de aspecten van lichamelijkheid, het psychische, het sociale en het existentiële ook aspecten van de mens als een wezen met een tijdsbeleving en toekomstverwachting, een wezen dat leeft vanuit een behoefte aan zingeving of zinvolheid.
En het zijn met name ook deze laatste aspecten, zoals het verlies van een toekomstperspectief en de ervaring van zinloosheid die in vele verzoeken om levensbeëindiging door patiënten naar voren worden gebracht, in hun benoeming waarom het leven voor hen ondraaglijk is (geworden).

De toevoegingen 'uitzichtloos' en 'ondraaglijk' maken een beoordeling weliswaar niet gemakkelijker, maar zeker niet onmogelijk. Er is sprake van een reconstructie van al die aspecten van het lijden van deze persoon die het voor deze mens in zijn totaliteit ondraaglijk maken. Het blijft uiteraard een moeilijke opgaaf, maar bij elke melding wordt keer op keer bewezen dat tot een goed inzicht kan worden gekomen op grond waarvan een toetsing vooraf en achteraf uitvoerbaar is.

Over de term 'uitzichtloos' zijn enkele opmerkingen relevant. De term 'uitzichtloos' heeft tenminste twee betekenissen die voor een beoordeling van het lijden van belang zijn. In de eerste plaats wordt het lijden van een patiënt als uitzichtloos beschouwd als ieder reëel behandelingsperspectief ontbreekt. De ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt is niet te genezen en er is ook geen reëel uitzicht op een verzachting van de symptomen. Het vaststellen van deze uitzichtloosheid is aan de arts en blijkt uit de gestelde diagnose en prognose. Van een "reëel uitzicht" is alleen sprake als er een redelijke verhouding bestaat tussen de verbetering die door een (palliatieve) behandeling bereikt kan worden en de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in die betekenis slaat op de ziekte en de symptomen. In de tweede plaats heeft uitzichtloos ook een betekenis die met de persoon van een patiënt heeft te maken. Patiënten gebruiken de term uitzichtloos om aan te geven dat de balans tussen huidige en toekomstige klachten in een voor hen onaanvaardbaar nadeel is omgeslagen en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die betekenis wordt de uitzichtloosheid een onderdeel van de ondraaglijkheid van lijden.

Mede daardoor is de ondraaglijkheid van lijden moeilijker vast te stellen, omdat het een open en complex begrip is. Lijden wordt doorgaans veroorzaakt door een ziekte en toont zich in symptomen en verlies van functies. Dat is de objectief vast te stellen kant ervan. Echter, of en zo ja wanneer de symptomen en klachten van het lijden ondraaglijk worden is uiteindelijk afhankelijk van de mens die lijdt en daardoor aan een persoon gebonden. De ondraaglijkheid van het lijden wordt tenslotte bepaald door de persoon van de patiënt, diens fysieke en psychische draagkracht als expressie van levenservaringen en biografie èn de manier waarop de toekomst wordt ervaren. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart is voor een andere patiënt ondraaglijk.

Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak toegelicht met lichamelijke symptomen als pijn, misselijkheid, benauwdheid, alle gebaseerd op wat een patiënt aangeeft, en ervaringen als uitputting, toenemende ontluistering, toenemende afhankelijkheid en verlies van waardigheid. Zoals gezegd is er per definitie een verschil in beleving van deze symptomen en omstandigheden omdat zij gebonden zijn aan een persoon.
Van centrale betekenis voor het proces van beoordeling door

de commissies is de vraag of de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar is geweest voor de artsen, zowel behandelaar als consulent.

Ondraaglijk lijden in bijzondere situaties

In de paragraaf over het vrijwillig en weloverwogen verzoek werd al aangeven dat in het algemeen grote terughoudendheid geboden is bij een euthanasiewens van patiënten in een proces van dementering. Op het aspect van de wilsbekwaamheid is in het voorgaande reeds ingegaan.
Daarnaast is in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden bij patiënten met dementie. Wanneer een patiënt zich bewust is van zijn ziekte en de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. In die zin is 'angst voor toekomstig lijden' een reële inschatting van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang. Ook hier geldt weer dat de specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt.

Een tweede belangrijk vraagstuk met betrekking tot het aspect van ondraaglijk lijden betreft het thema van patiënten in coma. Binnen de medische beroepsgroep wordt in het algemeen aangenomen dat een patiënt in (diep) comateuze toestand niet bij bewustzijn is, niet lijdt en dus ook niet ondraaglijk lijdt. Ter vergelijking: wanneer een patiënt wordt gesedeerd om (ondraaglijke) symptomen te bestrijden, is het doel van de behandeling het verlies van bewustzijn omdat daarmee het besef van lijden ook is opgeheven.
Casuïstiek met betrekking tot patiënten in comateuze toestand leidt bij de commissies over het algemeen tot vragen. De commissies gaan dan de specifieke feiten en omstandigheden na. Op basis daarvan kan een commissie in een dergelijke casus niettemin tot het oordeel komen dat overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld. Bepalend voor dat oordeel zijn de volgende overwegingen.
Als een patiënt niet in een volledig comateuze toestand verkeert, maar in een subcoma, dan kan een arts, omdat er nog uiterlijke kenmerken zijn van lijden, tot de overtuiging zijn gekomen dat de betrokken patiënt wel ondraaglijk lijdt. Ondanks deze 'beoordelingsruimte' tussen coma en subcoma achten de commissies het raadzaam dat artsen zich terughoudend opstellen met betrekking tot beëindiging van het leven in die situaties waarin de patiënt niet meer aanspreekbaar is.

Levensbeëindiging bij niet meer aanspreekbare patiënten, wordt soms gecompliceerd door toezeggingen van de arts aan de patiënt, waarbij met het ontstaan van een coma geen rekening is gehouden. Indien een arts een dergelijke toezegging doet en daarna wordt geconfronteerd met (plotselinge) wijzigingen in de situatie en het ondraaglijk lijden zich niet meer voordoet, bijvoorbeeld doordat de patiënt (spontaan) in een coma is geraakt, staat de arts voor een dilemma. Dat dilemma is het conflict tussen de belofte aan patiënt enerzijds en niet meer voldaan zijn aan de eis van ondraaglijk lijden anderzijds. Ook kan het zijn dat de familie in een dergelijke situatie de arts wijst op zijn toezegging en aandringt op uitvoering, waardoor de arts zich onder (morele) druk voelt staan. De commissies adviseren dan ook aan artsen om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten en deze te wijzen op de mogelijkheid van het afglijden in een coma, waardoor de procedure van levensbeëindiging op verzoek in principe niet verder kan worden voortgezet.

In de praktijk komt het voor dat een behandelend arts een collega-arts consulteert, die van mening is dat er ten tijde van het consult nog geen sprake is van ondraaglijk lijden. Doorgaans geeft een consulent dan ook aan dat hij verwacht dat binnen een bepaald tijdsbestek door verdere achteruitgang wél sprake zal kunnen zijn van ondraaglijkheid. Het is dan raadzaam dat tussen de arts en de consulent een vervolgcontact wordt afgesproken en dat de arts dit ook bekend maakt aan de commissie. In de paragraaf over consultatie wordt hierop nader ingegaan.

Palliatieve sedatie

Tot slot is relevant om in verband met de ondraaglijkheid van het lijden de palliatieve sedatie te noemen. Bij palliatieve sedatie gaat het om het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt om het onbehandelbare lijden weg te nemen in de laatste levensfase. Palliatieve sedatie kan alleen aan de orde zijn als het overlijden spoedig te verwachten is[8].
De mogelijkheid om palliatieve sedatie toe te passen betekent niet altijd dat de vraag om euthanasie verdwijnt. Enerzijds omdat palliatieve sedatie bij ondraaglijk lijdende patiënten met een langere levensverwachting niet de geëigende wijze is om het lijden weg te nemen. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met een aandoening zoals MS, hartfalen of ernstige longaandoeningen, bij wie sprake kan zijn van ondraaglijk lijden terwijl de patiënt niet in een terminale fase verkeert.
In die gevallen kan de uitzichtloosheid van het lijden, gezien de te verwachten tijdsduur, mede de ondraaglijkheid bepalen.
Anderzijds zijn er patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het einde toe bij bewustzijn te willen blijven.

8 Zie KNMG-richtlijn palliatieve sedatie, december 2005.

Casus 5

(uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

In deze casus heeft de commissie de arts een schriftelijke en mondelinge toelichting gevraagd, omdat patiënte kort voor en tijdens de uitvoering van de levensbeëindiging niet meer bij kennis was.
De commissie overwoog dat er weliswaar sprake was van uitzichtloos lijden, maar dat de arts naar heersend medisch inzicht niet in redelijkheid tot de overtuiging had kunnen komen dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging ondraaglijk leed. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, werd in 2005 een gemetastaseerd rectumcarcinoom vastgesteld met metastasen in de lever en het omentum. Genezing was niet meer mogelijk.
Het lijden van patiënte werd bepaald door verzwakking waardoor zij helemaal afhankelijk geworden was. Daarnaast had patiënte als gevolg van reuma en de metastasen pijn in haar gehele lichaam. Ook was zij benauwd als gevolg van ascites en hartfalen. Vooral de afhankelijkheid vond patiënte vreselijk. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk.
Zeven maanden vóór het overlijden had patiënte voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. Zij had het verzoek diverse malen herhaald en vier dagen vóór het overlijden uitdrukkelijk om euthanasie verzocht.
De arts had een onafhankelijke consulent geraadpleegd die patiënte een dag vóór het overlijden bezocht en concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Op de dag dat de euthanasie was gepland, bleek patiënte bij aankomst van de arts en haar collega niet wekbaar en reageerde zij niet op prikkels. Er was sprake van een Cheyne-Stokes ademhaling en een snelle pols. De arts schatte in dat patiënte na enkele uren een natuurlijke dood zou overlijden. In tegenstelling tot de weken daarvoor lag patiënte er rustig bij, er waren geen tekenen van pijn en kortademigheid. Gelet op de veranderde situatie van patiënte had de arts besloten de geplande euthanasie niet uit te voeren.
’s Middags om 12.30 uur werd de arts gebeld door de familie. Patiënte was onrustig, kreunde, reageerde niet op aanspreken en wilde uit bed. Telefonisch leek het de arts een onrust in het kader van een delirant beeld, die zij vaker bij stervenden had gezien. Daar de arts zelf toen niet de mogelijkheid had om in korte tijd ter plaatse te zijn, had zij de familie geadviseerd om 10 druppels Rivotril in de wangzak van patiënte te druppelen. Op dat moment verwachtte de arts dat patiënte die middag nog zou overlijden.
Om 16.00 uur bezocht de arts patiënte opnieuw. Patiënte had toen een regelmatige ademhaling en een rustige sterke pols. Zij was niet aanspreekbaar, was rustig, maar kreunde af en toe. Op dat moment verwachtte de arts dat patiënte niet meer op korte termijn zou overlijden.
De arts gaf aan vervolgens de verschillende mogelijkheden te hebben overwogen, zoals zij die ook eerder met patiënte had besproken naar aanleiding van haar euthanasieverzoek. Patiënte had toen aangegeven bij verdergaande ontluistering geen palliatieve sedatie te willen, maar bewust te kiezen voor euthanasie. De arts had patiënte toen toegezegd haar te helpen en beloofd te zijner tijd euthanasie uit te voeren in het geval van ondraaglijk lijden. Aangezien de arts patiënte op het laatst geen vragen meer kon stellen, woog haar belofte aan patiënte voor haar zeer zwaar. Naast haar belofte speelde het ondraaglijke lijden van patiënte een rol zoals dat op dat moment in de ogen van de arts bestond. Er was volgens de arts sprake van een voor patiënte ondraaglijk lijden, op dat moment bestaande uit kreunen, maar vooral uit ontluistering. Dat had patiënte nooit gewild, aldus de arts.

Bij het afwegen van de verschillende mogelijkheden en bij het bepalen in hoeverre patiënte zich bewust was van het ondraaglijke lijden, was voor de arts van belang dat ook in gesedeerde toestand (ten gevolge van palliatieve sedatie of extra morfine) patiënte zich van dat ondraaglijke lijden mogelijk bewust was.
Het besluit om tot euthanasie over te gaan was ingegeven door de belofte aan patiënte en het aanwezig zijn van een ondraaglijk lijden bestaande uit ontluistering.

Na beoordeling van de gegeven informatie overwoog de commissie dat vast was komen te staan dat patiënte de laatste dagen, voordat zij niet meer aanspreekbaar was op de dag van de uitvoering van de levensbeëindiging, uitzichtloos en ondraaglijk leed. Aangezien patiënte tijdens de uitvoering niet meer bij kennis was, was het volgens de commissie echter discutabel of de arts tot uitvoering van de levensbeëindiging had mogen overgaan. Reden daarvoor was dat in het algemeen op grond van klinisch onderzoek in de medische beroepsgroep aangenomen wordt dat patiënten in een comateuze toestand niet lijden. De arts had de commissie op geen enkele wijze aannemelijk kunnen maken dat aan dit uitgangspunt in de onderhavige situatie getwijfeld moest worden: er waren geen aanwijzingen waaruit bleek dat patiënte ondraaglijk leed op het moment van de euthanasie. Weliswaar kon gezegd worden dat de toestand van ontluistering - waarvoor patiënte vreesde en wat de ondraaglijkheid van haar lijden het meest had bepaald toen zij bij bewustzijn was - was ingetreden, zij was zich daarvan echter door haar comateuze toestand niet meer bewust. Evenmin was gebleken dat er andere redenen aanwezig waren die haar besluit om tot euthanasie over te gaan konden rechtvaardigen. Weliswaar kon de commissie zich voorstellen dat de arts zich gebonden voelde aan haar belofte aan patiënte, deze belofte had echter niet bepalend mogen zijn. Er waren naar het oordeel van de commissie op dat moment onvoldoende redenen om het natuurlijk overlijdensproces van patiënte te versnellen.
De commissie concludeerde dat niet voldaan was aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de commissie bericht een gesprek te hebben gevoerd met de betrokken arts en van mening te zijn dat hiermee voldoende maatregelen getroffen zijn om herhaling te voorkomen. Het College van procureurs-generaal heeft bericht dat niet tot strafrechtelijke vervolging zal worden overgegaan.

Casus 6

(uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

Patiënt en arts hebben de mogelijkheid van palliatieve sedatie besproken wanneer refractaire symptomen zouden ontstaan. Patiënt wees palliatieve sedatie uitdrukkelijk af.

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar, was in 2006 een reeds uitgebreid gemetastaseerd kleincellig bronchuscarcinoom vastgesteld, waarvoor hij in eerste instantie met chemotherapie werd behandeld. Na constatering van intracerebrale metastasen vond radiotherapie plaats.
Aangezien patiënt daarna ook intrathoracale progressie van de tumor ontwikkelde werd tweedelijns chemotherapie gestart, die echter toxische reacties gaf. Van verdere behandeling werd vervolgens op verzoek van patiënt afgezien. Genezing was niet mogelijk.
Het lijden van patiënt bestond uit algehele malaise met ernstige zwakte, ontbreken van eetlust en misselijkheid; voorts uit volledige bedlegerigheid, zorgafhankelijkheid. Er was sprake van hoestbuien die patiënt volledig uitputten.

De klachten werden palliatief medicamenteus behandeld. Op de voorgrond stond de uitzichtloosheid van het lijden wegens het ontbreken van perspectief op enige verbetering van de fysieke toestand en het ontbreken van verdere redelijke behandelopties. Dit lijden was voor patiënt ondraaglijk. De arts had met patiënt gesproken over de mogelijkheid van uitgebreide palliatieve zorg met eventueel palliatieve sedatie in geval pijn en kortademigheid de overhand zouden krijgen. Patiënt wees deze optie echter van de hand.
De door de arts ingeschakelde consulent trof een zieke, enigszins cachectische patiënt, die bedlegerig was. Patiënt leed ondraaglijk onder extreme zwakte, ontbreken van eetlust, misselijkheid, irriterende hoestbuien, die hem erg afmatten, en de uitzichtloosheid van zijn situatie. Hij vond de kwaliteit van leven nihil. Patiënt en de arts hadden gesproken over optimale palliatieve behandeling en de arts had aangeboden zonodig sedatie toe te passen bij refractaire klachten. Patiënt wilde echter niet gesedeerd worden. Hij wilde overlijden. Volgens de consulent was het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen en het lijden ondraaglijk en uitzichtloos.
De consulent kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De levensbeëindiging op verzoek vond plaats in het voorjaar van 2007.
De commissie kwam tot het oordeel dat door de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen was gehandeld.

Casus 7

(uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

In deze casus hebben zowel de arts als de consulent vragen van de commissie beantwoord over de ondraaglijkheid van het lijden. De commissie heeft in haar overwegingen laten meewegen dat de arts voldoende aannemelijk had gemaakt dat patiënte, die al vele jaren leed aan de perspectiefloze lichamelijke aftakeling, haar zintuiglijke teloorgang als een mensonterende verzwaring van haar leven kon ervaren. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts tot de overtuiging had kunnen komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, was van jongs af aan al zeer slechtziend geweest en was geleidelijk aan totaal blind geworden. Vanaf 2002 verslechterde haar gehoor door presbyacusis. Patiënte kon geen gehoorprotheses verdragen. Sinds 2004 was er sprake van verlies van tactiele functies (tastzin). Genezing was niet mogelijk. Patiënte was ondanks haar ernstige handicap altijd een zelfstandige persoon geweest die had deelgenomen aan het arbeidsproces. Het verlies van de tactiele functies, die juist voor haar als visueel gehandicapt persoon zo essentieel waren, was een aanslag op haar zelfstandigheid en functioneren.
Het lijden van patiënte bestond uit het extreme verlies van al haar zintuiglijke functies: tast, gehoor, reuk en smaak, onmisbaar voor een visueel gehandicapte vrouw. Door de achteruitgang van het gevoel in de vingertoppen kon patiënte bijvoorbeeld zelf haar kleding die ze ging dragen niet meer onderscheiden en kon ze geen braille meer lezen. Ze kon de meeste mensen niet meer aan de stem herkennen en kon in gezelschap niet meer goed horen, waardoor zij in een sociaal isolement raakte; ze was tot niets meer in staat. Het verlies van haar zintuigen en de aftakeling leidden tot een zodanig groot verlies aan kwaliteit van leven, dat patiënte het leven als zinloos en het lijden als ondraaglijk ervoer.
Ondanks het volledig meewerken van patiënte aan de pogingen om haar lijden te verlichten - “werkelijk alles is geprobeerd” - bleef een ontluisterend verlies van kwaliteit van leven zichtbaar, merkbaar en invoelbaar aanwezig.

Al vanaf tweeënhalf jaar voor haar overlijden, had patiënte met de arts over levensbeëindiging gesproken. Bijna zes weken voor haar overlijden had patiënte – wederom - uitdrukkelijk om levensbeëindiging verzocht. Het verzoek was continu het onderwerp van gesprek.
Twee maanden voor het overlijden had een wegens haar somberheid en aanhoudende doodswens ingeschakelde psychiater in een gesprek met patiënte en de arts verklaard dat patiënte goed in staat was haar mening te verkondigen en overzicht had over de reikwijdte van haar eigen beslissingen.
Als consulent werd een onafhankelijke collega-huisarts, tevens SCEN-arts geraadpleegd. Hij zag patiënte anderhalf jaar en daarna elf maanden voor de levensbeëindiging. Daarna werd de consulent, in de maand voor de levensbeëindiging, door de arts schriftelijk geïnformeerd en had hij tweemaal mondeling overleg met de arts. Er vond voorts een derde consultatie plaats in de vorm van een telefonisch overleg tussen de consulent en de arts.
De consulent concludeerde dat na het opvolgen van al zijn eerdere adviezen, zoals de verhuizing naar een veilige en zorgzame omgeving en psychiatrisch onderzoek en behandeling, de wens tot levensbeëindiging van patiënte actueel was gebleven. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk en uitzichtloos door haar blindheid, slechte gehoor en verminderde tastzin. Er was sprake van een weloverwogen karakter van het verzoek. Patiënte was voldoende voorgelicht over haar situatie en vooruitzichten.
Na een derde consultatie kort voor de levensbeëindiging in de vorm van een telefonisch overleg met de arts, concludeerde de consulent dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij de behandeling van de melding had de commissie nog behoefte aan aanvullende informatie van de arts over de ziekte van patiënte en van de consulent met betrekking tot de vraag waarom hij van mening was dat uiteindelijk aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De arts gaf in zijn brief aanvullende informatie over de aandoening van patiënte. Haar ziekte kenmerkte zich door een snel progressief verloop: als kind niet meer kunnen lezen daarna nog slechts schaduwen en vervolgens alleen licht en donker kunnen onderscheiden en tenslotte volledige blindheid. Hoewel ze ‘pas’ op 45-jarige leeftijd volledig blind werd, was patiënte al vanaf haar puberteit afhankelijk van anderen geweest, maar kon zij op haar manier redelijk goed functioneren. Met het snelle verlies van gehoor en tastzin kwam daar een eind aan.
De arts lichtte nog toe dat patiënte zich altijd op een positieve wijze had ingezet om tot een andere invulling van het leven te komen. Alle pogingen hiertoe hadden echter geen resultaat gehad en hadden haar doodswens niet kunnen wegnemen.

Uit de aanvullende informatie van de consulent bleek dat voor hem tijdens het eerste contact met patiënte het karakter van haar lijden en haar verzoek om euthanasie al zeer invoelbaar waren. Toch had hij een aantal vragen opgeworpen, die beschouwd konden worden als voorwaarden tot verder en volledig zorgvuldig handelen.
Tijdens de tweede consultatie werd de balans opgemaakt van de status quo. Patiënte woonde ondertussen in een verzorgingshuis. Niet alleen haar ogen en gehoor waren aangetast, maar inmiddels ook haar tastzin. Besloten werd de bevindingen van de psychiater af te wachten.
In vervolg op de twee consultaties werd in de maand van het overlijden van patiënte de consulent schriftelijk geïnformeerd en vond tweemaal mondeling overleg plaats tussen de arts en de consulent. De consulent was van oordeel dat met het opvolgen van al zijn eerdere adviezen betreffende de verhuizing naar een veilige en zorgzame omgeving en psychiatrisch onderzoek en behandeling, alles was gedaan om de omstandigheden waarin patiënte verkeerde te optimaliseren; patiënte was volgens de consulent steeds bereid geweest mee te werken in het zoeken naar oplossingen, hetgeen veel tijd had gevraagd, maar bleef bij haar verzoek om levensbeëindiging. Patiënte ervoer haar lijden als ontluisterend, ondraaglijk en

uitzichtloos, vooral vanwege haar blindheid, slechte gehoor en verminderde tastzin. Er was sprake van een weloverwogen en vrijwillig karakter van het verzoek. Patiënte was voldoende voorgelicht over haar situatie en vooruitzichten. Er was geen curatief of palliatief alternatief overgebleven. De consulent concludeerde dat, nu alle eerdere adviezen waren nagevolgd, uiteindelijk aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 8

(uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

Het ondraaglijk lijden van patiënte bestond onder meer uit verlamming, pijn en ernstige vermoeidheid. Op de voorgrond stond echter het lijden aan de uitzichtloosheid van haar situatie: er was geen perspectief op enige verbetering van de fysieke toestand en behandelopties waren er niet.

Patiënte, een vrouw in de leeftijdcategorie van 50 tot 60 jaar, was sinds 2003 bekend met Multiple Sclerose. Het bleek om een buitengewoon snel progressieve vorm van deze ziekte te gaan. Genezing was niet mogelijk.
Patiënte leed ondraaglijk onder de progressieve achteruitgang van haar mobiliteit die leidde tot volledige afhankelijkheid van anderen. Tevens leed zij ondraaglijk onder volledige verlamming van haar benen en haar rechterarm, incontinentie voor urine en faeces, ernstige vermoeidheid en pijnlijke verkrampingen en spasmen -vooral ‘s nachts- in haar benen. Haar lijden bestond vooral uit uitzichtloosheid wegens het ontbreken van perspectief op enige verbetering van de fysieke toestand en het ontbreken van behandelopties. Ter palliatie werden hulpmiddelen ingezet en kreeg patiënte psychologische begeleiding. Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Vanaf zeven maanden tot kort voor haar overlijden had patiënte om levensbeëindiging verzocht.
Als consulent werden een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts (de eerste consulent) en een psychiater (de tweede consulent) benaderd.
De eerste consulent, die patiënte zes maanden voor het overlijden bezocht, merkte in zijn consultatieverslag op dat de sombere indruk die patiënte op hem maakte, hem voorkwam als een karaktereigenschap van patiënte. Toch adviseerde hij om een psychiater te laten beoordelen of er al dan niet sprake was van een depressie bij patiënte.
Een kleine vijf maanden voor het overlijden bezocht de tweede consulent patiënte viermaal. Het onderzoek dat de tweede consulent verrichtte, was gericht op de vraag of het verzoek om levensbeëindiging van patiënte eventueel te maken zou hebben met psychiatrische problematiek.
Volgens het verslag van de tweede consulent was patiënte aan de rolstoel gekluisterd.

Ze kon niet zelf uit bed komen maar moest dagelijks door een verpleegkundige met behulp van een ‘ijzeren verpleegster’ uit bed worden gehaald en in de rolstoel worden getild. Dit ging gepaard met veel ongemak en pijn. Aangekomen bij de eettafel was het patiënte vervolgens onmogelijk om een stukje vlees te snijden. Ze vreesde soms voorover te vallen in het bord eten dat voor haar stond. Patiënte was ook incontinent voor urine en kon steeds slechter zien. Daarnaast had zij constant last van krampen in haar benen. Patiënte zag haar ziekte als een bijzonder invaliderende kwaal en ervoer haar leven in deze vorm als een uitzichtloze,

onherstelbare kwelling. Zij gaf duidelijk te kennen dat ze beslist verder zou willen leven maar dat haar zieke en gehandicapte lijf haar dat onmogelijk maakte. 'De geest zou wel willen, maar het lijf laat het afweten'. Patiënte gaf aan wel vermoeid te zijn maar zich niet depressief te voelen. Zij was stellig in haar bewoordingen en had haar verzoek om levensbeëindiging herhaaldelijk en in duidelijke bewoordingen aan de tweede consulent kenbaar gemaakt. De tweede consulent concludeerde dat patiënte wilsbekwaam was. Patiënte was bij haar volle verstand en wist daarom waarom zij haar verzoek deed.
De eerste consulent bezocht patiënte een tweede keer anderhalve maand voor het overlijden, na overleg met de behandelend verpleeghuisarts en de arts en na bestudering van medische informatie van de arts en het verslag van de tweede consulent.
Volgens het verslag van de eerste consulent bleek de conditie van patiënte sinds zijn eerdere bezoek duidelijk achteruit te zijn gegaan en was het lijden de afgelopen maanden steeds ondraaglijker geworden. Patiënte was nog steeds zeer uitgesproken en helder over haar verzoek om levensbeëindiging. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De eerste consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie oordeelde op haar beurt dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 9

(uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

Het was de commissie niet duidelijk waarom de arts kort voor de levensbeëindiging patiënt Dormicum had toegediend. Omdat patiënt op dat moment niet meer aanspreekbaar was, rees daarnaast de vraag of er wel sprake was van ondraaglijk lijden. Na uitleg van de arts concludeerde de commissie dat de toediening van de Dormicum kon worden gezien als een verlengde coma inductie.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 60 tot 70 jaar, werd in 2002 een coloncarcinoom gediagnosticeerd, waarvoor hij een hemicolectomie onderging. Sinds 2003 was er sprake van een larynxcarcinoom waarvoor de patiënt behandeling weigerde; hij zag zeer bewust af van een mutilerende operatie. Genezing was niet mogelijk.
Het lijden van patiënt bestond uit chronisch progressieve heesheid, vernauwing van de luchtpijp met benauwdheid, vermagering en verzwakking. Patiënt had een concreet verzoek om levensbeëindiging gedaan.
De consulent bezocht patiënt op de dag van de levensbeëindiging. Patiënt was zeer ernstig benauwd, blauw aanlopend en met een heftige stridor en dyspneu. Er bestond op korte termijn een reëel verstikkingsgevaar. Patiënt wilde dit niet afwachten en smeekte om euthanasie. Palliatieve sedatie met een eenmalige hoge dosis Dormicum op het moment dat de verstikking zeer nabij zou zijn werd met patiënt besproken en de middelen daartoe waren bij patiënt in huis aanwezig, maar door patiënt afgewezen. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts had diezelfde dag de levensbeëindiging uitgevoerd.

Bij de behandeling van de melding tijdens de commissievergadering had de commissie nog behoefte aan nadere informatie van de arts over de dagen voorafgaand aan de levensbeëindiging van patiënt. De commissie had de arts schriftelijk verzocht om een aanvulling van zijn verslag.

Op grond van de meldingsgegevens en de nadere toelichting kon de commissie zich echter nog onvoldoende een beeld vormen van alle afwegingen die door de arts waren gemaakt bij het besluitvormingsproces met betrekking tot de levensbeëindiging. Hierop was de arts uitgenodigd om de commissie tijdens haar vergadering een mondelinge nadere toelichting te geven.
Tijdens het gesprek met de commissie had de arts, kort samengevat, verklaard dat de patiënt een week voor het overlijden had aangegeven dat hij, als al zijn kinderen terug waren van vakantie, concrete afspraken wilde maken over zijn levensbeëindiging. In het weekend vóór het overlijden zou het laatste kind van patiënt terug van vakantie komen. De arts had met de patiënt afgesproken dat hij na het weekend, in de loop van de week, de levensbeëindiging zou uitvoeren. Hij zou hiertoe op maandag een afspraak met een SCEN consulent maken. De arts zag patiënt op vrijdag. Het was hem toen opgevallen dat patiënt vermagerd was, dat hij verlies van eetlust had en dat zijn algehele conditie was verslechterd. Er was echter nog geen sprake van ernstige benauwdheid. Patiënt was zelfs nog aan het roken.
Er was wel sprake van stridor (hoorbare ademhaling), maar patiënt had hier geen last van bij het spreken. De arts lichtte toe dat, omdat hij in het weekend niet in de buurt zou zijn, hij de zorg voor patiënt had overgedragen aan de Spoedpost.
Op zondagavond had de dienstdoende huisarts van de Spoedpost telefonisch contact met hem opgenomen omdat de patiënt toen in ademnood verkeerde. De arts vertelde overvallen te zijn geweest door de snelheid van de verergering van de kortademigheid van patiënt. Door de morfine die door de dienstdoende huisarts was toegediend kon patiënt echter rustiger ademhalen.
De arts had patiënt vervolgens maandagmorgen, de dag van het overlijden, gezien. Patiënt was wakker, had een luid hoorbare ademhaling en was ernstig benauwd: hij werd cyanotisch bij beweging. Hij was niet angstig. Patiënt was tijdens het bezoek verminderd aanspreekbaar door de uitputting van de nacht. Hij reageerde wel op vragen. Hij had zijn kinderen gevraagd aan de arts te verzoeken om zo spoedig mogelijk de levensbeëindiging uit te voeren.
De arts vertelde dat hij, met het oog op het komende gesprek van patiënt met de SCEN consulent, patiënt op dat moment geen Dormicum had toegediend. Op verzoek van de arts was een SCEN consulent bereid om op die dag om circa 12.00 uur bij patiënt langs te gaan. Om circa 12.35 uur had de SCEN consulent zijn bevindingen telefonisch aan de arts doorgegeven. De arts vertelde dat de consulent hem de overweging had meegegeven om door de toediening van Dormicum patiënt de benauwdheid niet bewust te laten ervaren.
Desgevraagd lichtte de arts toe dat hij op dat moment nog geen euthanatica had geregeld. Naast alle inspanningen voor patiënt had hij namelijk ook een vol spreekuur. Hij had de apotheek telefonisch om euthanatica verzocht. Kort daarna had de arts patiënt weer bezocht.
De arts vertelde dat hij met patiënt, in aanwezigheid van de familie, had gesproken over de mogelijkheid van doorlopende Dormicum toediening. Toen patiënt begreep dat hiermee de benauwdheid niet over zou zijn, maar hij zich daar alleen niet bewust van zou zijn, koos hij voor levensbeëindiging. Omdat de arts de euthanatica nog bij de apotheek moest ophalen en patiënt ernstig benauwd was had hij patiënt, ter verlichting van zijn lijden, een dosis Dormicum toegediend.
Na de toediening van de Dormicum dachten de familie en de arts dat patiënt was overleden. Patiënt had namelijk een ademstilstand van meer dan een halve minuut. Daarna begon hij gierend adem te halen. De arts vertelde dat dat veel emoties bij zowel de familie als bij hemzelf teweeg had gebracht. De familie had toen aangegeven dat deze situatie niet langer zo zou mogen doorgaan. De arts gaf desgevraagd aan dat hij het coma waarin patiënt verkeerde, gezien diens fysieke kracht, niet onomkeerbaar achtte. Om patiënt in coma te houden had hij hem steeds opnieuw Dormicum moeten toedienen. De arts lichtte toe dat, omdat het zo was afgesproken met patiënt, hij het traject van de levensbeëindiging had voortgezet. Hij zei het niet menselijk te vinden als patiënt eerst uit zijn Dormicumroes had moeten raken alvorens hem de euthanatica hadden kunnen worden toegediend.

Desgevraagd gaf hij aan dat de toediening van Dormicum moest worden gezien als een verlengde coma inductie die vooraf was gegaan aan de levensbeëindiging.
De commissie achtte het aannemelijk dat patiënt, voordat hij op de dag van overlijden ter verlichting van zeer ernstige benauwdheidsklachten 50 mg Dormicum kreeg toegediend, uitzichtloos en ondraaglijk leed. Ook achtte zij het aannemelijk dat het door genoemde toediening ontstane coma, gezien de fysieke kracht van patiënt, niet onomkeerbaar was en dat er, indien niet tot het opnieuw toedienen van Dormicum werd overgegaan, sprake zou zijn van ondraaglijk lijden. De omstandigheid dat de arts er voor had gekozen patiënt de euthanatica niet pas toe te dienen na het ontwaken uit de Dormicumroes waarin deze verkeerde, getuigde volgens de commissie van een medisch zorgvuldige afweging in het kader van de levensbeëindiging. Het toedienen van de dosis Dormicum kon worden gezien als een verlengde coma inductie, voorafgegaan aan de levensbeëindiging.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

c. Voorlichting aan de patiënt

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

In het kader van deze zorgvuldigheidseis beoordelen de commissies of de arts de patiënt heeft voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten en op welke manier de arts dat heeft gedaan. Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, behandelmogelijkheden en prognoses.
Het is de verantwoordelijkheid van de arts om erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd en dat ook actief te verifiëren. Deze zorgvuldigheidseis leverde in geen van de gemelde gevallen problemen op.

d. Geen redelijke andere oplossing

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

Het moet duidelijk zijn dat er voor patiënt geen andere reële uitweg meer is en dat euthanasie als enige oplossing is overgebleven. Voorop staat de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zoveel mogelijk wegnemen van het lijden, ook als blijkt dat er geen therapie meer mogelijk is of patiënt geen (verdere) therapie wenst. Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal bij beslissingen rond het levenseinde. Dat wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet benutten. Een patiënt die verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden mag (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren. Het weigeren van een behandeling is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt. Bij een dergelijke weigering kan een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor een patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn; het effect van de behandeling weegt dan niet op tegen de nadelen ervan.

Ook zijn er patiënten die geen verdere palliatie willen in de vorm van ophoging van de dosis morfine omdat zij bang zijn suf te worden of hun bewustzijn te verliezen, iets wat zij pertinent niet willen. Hierbij dient in elk geval in het kader van een correcte voorlichting met de patiënt te worden besproken of deze angst terecht is, omdat de sufheid en verwarring doorgaans van korte duur zijn.
Omdat arts en patiënt met betrekking tot dergelijke onderwerpen tot een gemeenschappelijke conclusie komen, wordt van de arts verwacht dat hij in de verslaglegging ten behoeve van de beoordeling door de commissie, aangeeft waarom eventuele andere oplossingen voor deze patiënt als niet redelijk of onaanvaardbaar werden geacht.

e. Consultatie

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

Vereist is dat een tweede, onafhankelijke arts de patiënt ziet en schriftelijk oordeelt over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Deze arts zal, in de rol van consulent, een zelfstandig en onafhankelijk oordeel moeten geven.
Het niet raadplegen van een onafhankelijke arts zal tot het oordeel van de commissies leiden dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts en de patiënt.
Ten aanzien van de arts betekent dat bijvoorbeeld dat er

geen familieband of samenwerkingsrelatie mag bestaan tussen arts en consulent en dat zij niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn.
In de praktijk worden commissies geconfronteerd met diverse verschijningsvormen van zogenaamde HOED (huisartsen onder een dak) constructies. In die gevallen werken de artsen niet in een maatschap samen in gemeenschappelijke zorg voor patiënten, maar maken zij gebruik van gezamenlijke faciliteiten. Er kan dan bijvoorbeeld sprake zijn van het gezamenlijk huren van praktijkruimte, gezamenlijke computersystemen of het delen van patiëntenbestanden. Het blijft op voorhand lastig aan te geven welke verschijningsvorm van een HOED constructie wel de onafhankelijkheid in het geding brengt en welke niet, omdat deze informatie doorgaans niet vooraf wordt gegeven. De commissies zullen daarom bij twijfel altijd nadere vragen stellen wanneer de arts en de consulent in een dergelijke constructie werkzaam zijn.
De schijn van niet-onafhankelijkheid kan ook ontstaan wanneer dezelfde artsen zeer regelmatig over en weer als uitvoerend arts, dan wel als consulent optreden en op die manier als het ware een vast duo vormen. Daarmee kan een ongewenste situatie ontstaan, omdat er terechte vragen over de onafhankelijkheid kunnen worden gesteld.
Deze situatie deed zich voor in casus 10. De commissie heeft in die casus aan arts en consulent expliciet aangegeven dat deze vorm van samenwerking niet meer mag voorkomen. Gelet op de mededeling van de arts en de consulent dat zij niet meer in deze rollen ten opzichte van elkaar zouden optreden en gelet op het inzicht dat zij toonden, heeft de commissie in deze casus geconcludeerd dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De commissies zijn van mening dat bij de raadpleging door een arts van steeds dezelfde consulent op den duur de onafhankelijkheid van het oordeel van de consulent onder druk kan komen te staan. Men dient de schijn van niet onafhankelijkheid te allen tijde te vermijden.

Ook kan het voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen vanuit een privésituatie of uit een intervisiegroep. Kennis vanuit een privésituatie sluit het in staat zijn om te komen tot een onafhankelijk oordeel niet persé uit, maar heeft een schijn van niet onafhankelijkheid tegen. Kennis vanuit een intervisiegroep, een professionele activiteit, hoeft niet een schijn van niet onafhankelijkheid op te leveren. Maar dan hangt het van de omstandigheden in de intervisiegroep af of dit de onafhankelijke beoordeling door de consulent in de weg staat. Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun mening daarover inzichtelijk maken aan de commissies.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt in dat bijvoorbeeld geen onderlinge familiebetrekking of vriendschap bestaat, de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en hij de patiënt ook niet uit een eerdere waarneming kent. In casus 11 was de onafhankelijkheid van de consulent in het geding omdat hij familie was van de echtgenoot van de patiënte. De commissie heeft in deze casus geconcludeerd dat de arts niet als onafhankelijk consulent kon worden beschouwd.

De eis van onafhankelijkheid is niet alleen letterlijk terug te vinden in artikel 2 lid 1 onder e van de WTL, maar ook in de wetsgeschiedenis. Daarin is op diverse plaatsen expliciet aangegeven dat de arts die overweegt het verzoek tot levensbeëindiging van een patiënt in te willigen een onafhankelijke collega dient te raadplegen.

De consultatie van een onafhankelijke arts wordt bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 691, nr. 6, blz. 16) gezien als waarborg voor een zo zorgvuldig en volledig mogelijke afweging van de arts. In diezelfde behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer (idem, blz. 60) wordt aangegeven dat ook voor de consultatie in een ziekenhuis geldt dat de consulent ten opzichte van de consultvragende arts (en ten opzichte van patiënt) een onafhankelijke positie moet innemen.
Ook in het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 (blz.15) wordt expliciet aangegeven dat de onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts gewaarborgd moet zijn.
Volgens het Federatiebestuur impliceert een en ander dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, medelid van een maatschap, arts-assistent, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de arts die het consult inroept, in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Ook de schijn van afhankelijkheid dient volgens dit Standpunt te worden vermeden.

In casus 12 is eveneens geen sprake van een onafhankelijke consultatie omdat de consulent de patiënt al kende vanuit een waarneemsituatie. De commissie was van mening dat de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Daarbij heeft de commissie laten meewegen dat de arts en de consulent tijdens de commissievergadering aangaven zich tevoren bewust te zijn geweest van de niet onafhankelijkheid ten opzichte van patiënt. Dat heeft hen er echter niet van weerhouden om de waarnemend arts toch als consulent te laten optreden. Bovendien gaven zij aan in een volgende situatie weer op dezelfde manier te zullen handelen

Voor de beoordeling van de melding is de schriftelijke verslaglegging[9] door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de toestand waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en

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

van de manier waarop deze zich uit over zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissie.
De consulent geeft zijn oordeel ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen a tot en met d. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot arts en patiënt.
De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging. Dit neemt niet weg dat het de meldend arts is die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de levensbeëindiging en voor het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen. Bij verschil van mening tussen arts en consulent moet de arts uiteindelijk zijn eigen beslissing nemen, ook al zal hij in dat geval het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. Het is immers het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld.

Het komt wel voor dat een consulent tijdens het bezoek aan de patiënt constateert dat aan één van de eisen (nog) niet wordt voldaan. Voor de commissies is niet altijd duidelijk wat zich in een dergelijk geval na de consultatie heeft afgespeeld. De commissies stellen in die gevallen nadere vragen aan de meldend arts. Als de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de consulent vaststelt dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden of een concreet verzoek om uitvoering, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede consultatie nodig is. Wanneer de consulent heeft aangegeven dat er waarschijnlijk op zeer korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit dat lijden naar zijn mening zal bestaan, is een tweede consultatie in beginsel niet noodzakelijk. Toch kan ook in een dergelijke situatie (telefonisch) overleg tussen arts en consulent raadzaam zijn. Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede bezoek van consulent aan patiënt nodig zijn.
Wanneer er vervolgcontact is geweest tussen de arts en de consulent of de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, is het belangrijk dat de arts dat bij de melding aangeeft.

'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)' leidt artsen op tot consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als andere, onafhankelijke arts een zogenaamde SCEN-arts benaderd. SCEN-artsen hebben ook een rol als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies.

Casus 10

(consultatie)

Onwenselijke (stelselmatige) samenwerking tussen arts en consulent in ziekenhuis. De commissie gaf de betreffende artsen expliciet aan dat deze samenwerking niet meer mag voorkomen. De Raad van Bestuur ontving daarover een brief van de commissie. Mede gelet op de houding van de arts en de consulent komt de commissie tot het oordeel dat het gebrek in de consultatie niet leidt tot het oordeel onzorgvuldig.

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar, werd in 2005 een uitgebreid gemetastaseerd ovariumcarcinoom vastgesteld, waarvoor ze een debulkingoperatie onderging met aanleg van een stoma naar het sigmoid. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënte werd aansluitend behandeld met zes kuren palliatieve chemotherapie. Daarna trad er een remissie op. Eind 2006 werd patiënte opgenomen in het ziekenhuis met defecatieproblemen bij een recidiverend ileusbeeld en ascites. Er werd een ascitesdrain aangelegd. Enkele weken later werd patiënte uit het ziekenhuis ontslagen en opgenomen in het hospice omdat ze niet meer voor zichzelf kon zorgen. Kort daarna werd zij opgenomen in het ziekenhuis met een dreigende ileus.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke collega-specialist. De consulent bezocht patiënte een paar dagen vóór de levensbeëindiging. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit.

Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat de arts ter zake van een levensbeëindiging op verzoek steeds dezelfde consulent (een specialist uit hetzelfde ziekenhuis) raadpleegt. De commissie vroeg zich af of bij een vaste raadpleging van eenzelfde

consulent door de arts op den duur de onafhankelijkheid van het oordeel niet onder druk komt te staan. Daarbij dient ook de schijn van afhankelijkheid te allen tijde te worden vermeden. De commissie heeft de arts gevraagd of het niet mogelijk is om in de toekomst gebruik te maken van een SCEN-consulent. Naar de mening van de commissie zou dit de kwaliteit van de consultatie ten goede komen.
Ook was het de commissie opgevallen dat het consulentenverslag uiterst summier was en dat de consulent geen eigen oordeel gaf over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en de ondraaglijkheid van het lijden. De commissie heeft de consulent daarom om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd.
De consulent gaf per mail de volgende nadere schriftelijke toelichting:
De consulent werkte al meer dan 25 jaar als anesthesioloog in het ziekenhuis. In de maatschap anesthesiologie zijn vijf anesthesiologen/pijnspecialisten werkzaam. Binnen de pijngroep heeft iedere specialist zijn eigen aandachtsgebied. Het aandachtsgebied van de consulent is de oncologie. Als zodanig is de consulent het meest betrokken bij vragen rondom euthanasie en alles wat daar mee te maken heeft. In het ziekenhuis zijn drie internist-oncologen werkzaam, waaronder de arts.
Ook de arts heeft als speciaal aandachtsgebied euthanasie en palliatief beleid. De arts en de consulent zijn op dit moment samen druk bezig om binnen het ziekenhuis de palliatieve zorg meer gestalte te geven. Dat is ook de reden waarom deze combinatie van personen bij de meldingen van levensbeëindiging op verzoek bij de toetsingscommissie steeds opduikt. Zowel de arts als de consulent kunnen bogen op een langdurige en intensieve ervaring en expertise.
De consulent was het met de commissie eens dat zijn verslag nogal summier was. Een en ander vond zijn oorzaak in het feit dat patiënte eigenlijk reeds moribund was toen de consulent haar zag. De dood was zeer aanstaande. Waarschijnlijk is dit in de berichtgeving van de arts ook onvoldoende te berde gebracht. De consulent realiseerde zich dat de commissie voor een beeld van de gang van zaken afhankelijk is van de informatie die arts en consulent haar geven. Hij beloofde in de toekomst ten aanzien van de verslaglegging te pogen wat uitgebreider te zijn.

Naar aanleiding van de inhoud van de schriftelijke toelichting van de consulent waren er bij de commissie nieuwe vragen gerezen. De commissie wilde meer in het algemeen met de arts en de consulent van gedachten wisselen over de opzet van de consultatie in oncologie-gevallen in hun ziekenhuis. De commissie heeft de arts en de consulent daarom uitgenodigd in de vergadering van de commissie.
De arts gaf aan dat hij de consulent twee tot drie keer per jaar raadpleegt als consulent en in het algemeen ook veel met hem samenwerkt. Het ziekenhuis waar de arts werkzaam is heeft tot nu toe geen samenwerking met SCEN willen aangaan. De arts en ook anderen hebben naar eigen zeggen wel al eerder gepoogd om die samenwerking van de grond te krijgen. Volgens de arts kon hij niet terugvallen op het bestaande SCEN netwerk omdat dit in de regio niet bestaat. De arts heeft zelf nooit de opleiding tot SCEN-arts gedaan. Naar aanleiding van deze casus zou de arts de vraag naar de SCEN samenwerking in het ziekenhuis opnieuw aan de orde stellen. Als dat niet lukt zouden de arts en zijn collega's geen euthanasie meer uitvoeren, zo gaf de arts aan. De consulent gaf in de mondelinge toelichting onder meer aan dat het hem niet bekend was dat men ook in een ziekenhuis gebruik kan maken van SCEN. De consulent is in hetzelfde ziekenhuis werkzaam als de arts. Hij komt dagelijks op de afdeling oncologie waar de meeste euthanasiegevallen zijn. De consulent gaf aan dat hij zich vrij voelt om tegen zijn collega-artsen te zeggen dat hij euthanasie in een concreet geval niet toelaatbaar vindt. Met de arts heeft de consulent een gemeenschappelijke visie op deze problematiek: arts en consulent kennen elkaar goed en werken veel samen. De consulent was niet bij de behandeling van patiënte betrokken. "Er vinden in het ziekenhuis geen consultaties plaats bij een patiënt die je ook hebt behandeld", zo gaf de arts aan.

Ten aanzien van de consultatie heeft de commissie in haar beoordeling laten meewegen dat de arts weliswaar ten minste één andere arts heeft geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijke zijn oordeel gegeven over de zorgvuldigheidseisen, maar dat er bij de onafhankelijkheid van deze tweede arts op zijn minst kanttekeningen kunnen worden geplaatst. Uit de mondelinge toelichting van arts en consulent is de commissie gebleken dat arts en consulent niet alleen werkzaam zijn in hetzelfde ziekenhuis maar ook dat ze uit hoofde van hun functie nauw met elkaar samenwerken.
Door deze nauwe samenwerking kwam naar de mening van de commissie de onafhankelijkheid van het oordeel van de consulent onder druk te staan. Dit eens te meer omdat de arts de gewoonte heeft telkens dezelfde arts als consulent te raadplegen. Arts en consulent hebben aangegeven dit in te zien en dit in de toekomst niet meer te doen. Onder die omstandigheden was de commissie van oordeel dat het gebrek in de consultatie niet zodanig is geweest dat dit zou moeten leiden tot het oordeel onzorgvuldig. Wel heeft de commissie de arts en de consulent expliciet aangegeven dat hun samenwerkingsconstructie in de rol van arts en consulent in de toekomst niet meer mag voorkomen. Ook heeft de commissie een brief aan de Raad van bestuur van het betreffende ziekenhuis gestuurd met deze strekking.

Casus 11

(consultatie)

De consulent was familie van de echtgenoot van patiënte en is daarom niet onafhankelijk ten opzichte van de patiënte. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar, werd in de zomer van 2006 een carcinoid gediagnosticeerd. Patiënte werd chirurgisch behandeld. Genezing was niet mogelijk. Er was sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.
Als consulent werd benaderd een specialist. De consulent bezocht patiënte zowel een dag voor de levensbeëindiging als op die dag zelf, na over haar geïnformeerd te zijn door de arts. Blijkens het verslag van de consulent had patiënte ten tijde van de diagnose aangegeven euthanasie te willen als er geen sprake van curatie zou zijn. Voor en na een tweede operatie bevestigde patiënte haar wens bij haar volle bewustzijn.
De arts is om een mondelinge toelichting gevraagd omdat de schriftelijke verslaglegging vragen opriep bij de commissie. Op papier leek sprake te zijn van grote voortvarendheid in de procedure en ook was de rol van de arts en consulent niet geheel duidelijk. Deze mondelinge toelichting is door de arts aan de commissie gegeven.
De arts schetste de ziektegeschiedenis van patiënte als volgt. In 2006 kreeg patiënte buikklachten. De arts, die patiënte al heel lang kende, werd haar behandelend internist. Na de diagnose werd patiënte operatief behandeld. Patiënte gaf aan dat zij beter wilde worden, maar dat zij, als het niet goed zou gaan euthanasie wenste. Zij “wilde de beker niet helemaal leegdrinken”. De arts beloofde haar niet in de steek te zullen laten.
Eind 2006 namen haar klachten erg toe waarna patiënte weer werd opgenomen in het ziekenhuis. Besloten werd om opnieuw een operatie uit te voeren. Patiënte stelde uitdrukkelijk dat wanneer er sprake zou zijn van een inoperabele situatie, zij niet meer wakker wilde worden. Tijdens de ingreep bleek de prognose infaust. Patiënte ontwaakte toch. De arts trof patiënte aan omringd door haar familie. Ook een consulent was inmiddels aanwezig. Deze consulent was in zoverre niet onafhankelijk, dat hij een neef was van de echtgenoot van patiënte. Volgens de arts liep dit zo omdat er op deze dag geen SCEN-arts kon worden ingeschakeld.

Patiënte gaf heel duidelijk aan deze situatie niet te willen en zij uitte zeer weloverwogen een verzoek om euthanasie. De consulent was van mening dat dit lijden niet in overeenstemming was met de wens van patiënte. Hij stelde weliswaar een dag na de euthanasie een verslag op, maar uitte wel mondeling zijn opvatting ten overstaan van de arts.
In overleg met de arts-assistent in het ziekenhuis werd besloten dat patiënte naar huis zou gaan. Thuis werd in het bijzijn van haar naasten de euthanasie uitgevoerd door de arts.
De procedure als geheel was weliswaar snel verlopen, maar deze was volkomen volgens de wens van patiënte. Men had haar ook steeds beloofd dat zij niet ondraaglijk zou hoeven lijden. Patiënte had tijdens het ziekteproces duidelijk verklaard wat zij wel en niet wilde. De arts had ook weloverwogen het besluit genomen de euthanasie uit te voeren, ondanks het feit dat hij zich er van bewust was dat niet alles strikt was verlopen zoals is vereist.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden en de nadere mondelinge toelichting van de arts was de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.
Wat betreft het ondraaglijk en uitzichtloos lijden heeft de commissie het volgende overwogen.
Patiënte had voor de ingreep duidelijk en herhaald benadrukt dat indien haar ziekte inoperabel zou blijken tijdens de operatie, zij niet meer zou willen ontwaken uit de narcose. De arts was van deze uitdrukkelijke wens op de hoogte. Degenen die bij de operatie waren betrokken hebben deze wens niet uitgevoerd. Patiënte en familie waren in de veronderstelling dat het verzoek wel zou worden ingewilligd. De commissie had begrip voor het feit dat degenen die bij de operatie betrokken waren dit verzoek niet konden uitvoeren.
Het was beter geweest als de operateur duidelijk had gemaakt aan patiënte dat op die manier haar verzoek niet zou kunnen worden ingewilligd, zodat er geen valse verwachtingen zouden zijn gewekt bij patiënte en haar familie.
De commissie was van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat patiënte na de operatie in een voor haar ondraaglijke en uitzichtloze situatie verkeerde.
Wat betreft de consultatie heeft de commissie het volgende overwogen.
Als consulent is opgetreden een arts, die familie van de echtgenoot van patiënte is.
Patiënte verkeerde in een deplorabele toestand en zij moest naar huis worden vervoerd waar de euthanasie gezien haar situatie meteen zou worden uitgevoerd. Op de betreffende dag zou het inschakelen van een onafhankelijke consulent zeker enige tijd kosten.
In deze omstandigheden hebben de arts en de consulent het als de beste oplossing gezien dat de consulent een kort verslag zou opstellen, waarin hij bevestigde dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en uitzichtloos was en dat zij een uitdrukkelijk verzoek tot euthanasie uitte.
De commissie kon echter niet om het feit heen dat, hoezeer er ook op zichzelf goede redenen voor deze handelwijze kunnen zijn geweest, de consulent in deze een neef was van de echtgenoot van patiënte en niet een onafhankelijke consulent kan worden genoemd.
Deze constatering moest onvermijdelijk tot het oordeel leiden dat in dit geval niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseis van een onafhankelijke consultatie. Dit betekende dat niet was gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

De commissie merkte op dat zij vooral ook op grond van de uitvoerige toelichting van de arts, duidelijk de indruk heeft gekregen dat door betrokkenen (zowel de arts als de consulent) -gezien de omstandigheden waarin zij zich bevonden en de van meet af aan gedane toezeggingen aan de patiënte- met de beste bedoelingen is gehandeld.
Hoewel dit alles het nodige begrip verdiende, nam dit niet weg, dat -juist gezien de bijzondere gevoeligheid, waarmee de situatie was omgeven- gestreefd had moeten worden naar een onafhankelijke consultatie in plaats van een consultatie door een neef van de echtgenoot van patiënte, die als zodanig toevallig bij patiënte op bezoek was. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

De zaak is ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Het College heeft de zaak geseponeerd. IGZ heeft een gesprek gevoerd met de arts en de consulent en de zaak gesloten.

Casus 12

(consultatie)

De consulent kende patiënt vanuit een eerdere waarneemsituatie. In deze casus was geen sprake van een onafhankelijke consultatie. De commissie concludeerde dat de arts niet had gehandeld volgens de zorgvuldigheidseisen.

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar, werd medio 2006 een gemetastaseerd melanoom gediagnosticeerd. Er was sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Begin 2007 heeft patiënt voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. De consulent zag patiënt eerst éénmaal als waarnemer enkele dagen voor de levensbeëindiging. Als consulent bezocht hij patiënt vervolgens nogmaals op de dag van de levensbeëindiging. De consulent kon zich verenigen met het verzoek.
De commissie verzocht de arts een nadere schriftelijke toelichting te geven over het feit dat hij deze arts als consulent had ingeschakeld nu deze patiënt reeds kende uit de waarneming. Gevraagd werd waarom hij geen SCEN-arts had ingeschakeld.
De arts gaf bij brief aan dat het hem bevreemdde dat het feit dat consulent patiënt uit de waarneming kende een onafhankelijk oordeel in de weg zou staan. De arts gaf voorts aan dat hij geen SCEN-consulent had ingeschakeld omdat hij een onprettige ervaring had gehad bij een eerdere consultatie. De arts had toen de indruk dat de SCEN-consulent op de stoel van de behandelaar ging zitten. De arts was voorts van mening dat een consulent een bescheiden rol dient te spelen en ervoor moet waken niet de behandelrelatie tussen patiënt en arts te verstoren.
De consulent werd verzocht een nadere schriftelijke toelichting op te stellen waaruit zou blijken hoe hij in casu tot de conclusie had kunnen komen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De consulent deed de commissie geen nader verslag toekomen, ondanks herhaald verzoek.
De arts en de consulent werden beiden uitgenodigd om bij de commissie te verschijnen om gezamenlijk betreffende casuïstiek mondeling te verduidelijken. Een dag voor de commissievergadering zond de consulent de commissie per fax een nadere toelichting op zijn zeer summiere verslaglegging. Ondanks deze toelichting bleef voor de commissie de vraag bestaan waarom de arts de consulent had ingeschakeld nu deze patiënt reeds kende uit een waarneemsituatie.
De consulent vertelde in de vergadering dat hij van mening was dat een briefje met zijn conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan voldoende zou zijn. Een nadere onderbouwing was zijns inziens niet nodig. Als hij aangaf dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan “dan is dit zo”. De consulent vond het overbodig gebruik te maken van bijvoorbeeld de checklist zoals is opgesteld door het SCEN-project. Daar de commissie bij herhaling om een toelichting had verzocht had hij daaraan uiteindelijk gehoor gegeven.
De arts verklaarde tijdens het gesprek dat hij zelf ook niet de eigen huisarts van patiënt was. De eigen huisarts was op vakantie. Hij kende patiënt wel al uit diverse waarneemsituaties en patiënt had aangegeven dat hij bij afwezigheid van de eigen huisarts door de arts wilde worden gezien. De arts kende patiënt al sinds een jaar.
De consulent had patiënt als waarnemer bezocht tijdens afwezigheid van de arts (die dus zelf al waarnemer was van de eigen huisarts van patiënt) omdat de toestand van patiënt achter-

uit ging. Als waarnemer stelde hij vast dat er geen palliatieve mogelijkheden (meer) waren. Patiënt vroeg toen ook aan hem om euthanasie. Als waarnemer gaf hij aan dat patiënt dat moest vragen aan de arts.
Toen de arts vervolgens de euthanasieprocedure startte verzocht hij bewust deze waarnemer op te treden als consulent omdat dat makkelijk was, hij kende patiënt en diens situatie immers al. De consulent (die dus al als waarnemer bij patiënt op bezoek was geweest) bevestigde dit en zei dat hij in een voorkomend geval weer zo zou handelen. Hij kon immers zien dat de toestand van patiënt in enkele dagen was verslechterd. Dat zou een andere consulent niet hebben kunnen vaststellen.
Aan de arts werd de vraag gesteld of hij heeft overwogen te wachten op de terugkeer van de eigen huisarts van patiënt. De arts gaf aan dat hij dat niet over zijn hart kon verkrijgen gezien de toestand van patiënt. Wachten was geen optie. Patiënt had ook al ten overstaan van zijn eigen huisarts een euthanasieverzoek geuit.
De consulent gaf aan dat hij wist dat hij niet als consulent had mogen optreden nu hij als waarnemer bij patiënt betrokken was geweest. Hij had er bewust voor gekozen dit wel te doen.
Wat de consultatie betreft overwoog de commissie het volgende.
De arts had bewust als consulent een collega ingeschakeld die patiënt reeds kende als waarnemer. Ook de consulent was zich er van bewust dat hij niet als onafhankelijk consulent had mogen optreden nu hij patiënt enkele dagen daarvoor in een waarneemsituatie had gezien.
De arts wilde geen SCEN-consulent inschakelen vanwege een eerdere slechte ervaring en hij had ook geen andere mogelijkheid overwogen voor een onafhankelijk consultatie. Hoewel zowel de arts als de consulent op de hoogte waren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, hadden zij willens en wetens gehandeld zoals hierboven aangegeven.
Zij gaven bovendien tijdens het gesprek met de commissie aan nog steeds volledig achter hun handelwijze te staan en een volgende keer weer op dezelfde wijze te zullen handelen.
De commissie was van oordeel dat een onafhankelijke consultatie in de onderhavige situatie des te klemmender was, omdat de arts zelf al als waarnemer optrad tijdens afwezigheid van de eigen huisarts van patiënt.
Ook de houding van beide artsen, dat zij bij een volgende euthanasie op dezelfde wijze zouden handelen, baarde de commissie zorgen.
Gezien het feit dat er in casu geen sprake was van een onafhankelijke consultatie was de commissie van oordeel dat de consultatie niet conform de zorgvuldigheidseisen was verricht.
De zaak is ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Het college heeft bericht geen reden te zien voor vervolging.

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

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

Bij de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding wordt voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel het advies[10] van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) gevolgd. Het advies gaat uit van toediening van een coma-inducerend middel, gevolgd door toediening van een middel dat spieractiviteit beëindigt. Daarbij geldt dat de KNMP zogenaamde eerste keusmiddelen adviseert, waarmee de meeste ervaring is opgedaan. Daarnaast worden tweede keusmiddelen als noodoplossing (alternatieve middelen) geadviseerd. Ook zijn in de Standaard middelen opgenomen die voor inductie van coma worden afgeraden. Er wordt dus onderscheid gemaakt tussen middelen die eerste of tweede keus zijn en middelen waarvoor in het geheel niet gekozen zou moeten worden. Wanneer een arts niet de eerste keusmiddelen heeft gebruikt kan de commissie daarover nadere vragen stellen aan de arts. Een nadere toelichting is voor de commissies relevant om na te gaan welke afwegingen de arts heeft gemaakt bij het bepalen van de te gebruiken methode, middelen of dosering. Het gebruik maken van tweede keusmiddelen behoeft dus niet altijd fout te zijn, maar het is een middel waarmee op dat moment minder of minder goede ervaring is opgedaan.

De commissies zien -in tegenstelling tot wat wordt geadviseerd- met name in de fase van coma-inductie steeds vaker het gebruik van midazolam of combinaties met opiaten.

10 Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)

De commissies vinden dit minder gewenst en adviseren te kiezen voor middelen met een bewezen coma-inducerend effect. Benzodiazepines hebben dat effect niet voldoende bewezen in alle gevallen. Het gebruik van niet geadviseerde middelen kan voor patiënt en ook voor aanwezige familieleden zeer vervelende gevolgen hebben die te voorkomen zijn door de geëigende middelen te gebruiken.
De commissies zien dat in sommige gevallen Dormicum wordt gebruikt als pre-medicatie, alvorens tot levensbeëindiging over te gaan. Voor coma-inductie worden vervolgens wel de voorgeschreven middelen gebruikt. Gebruik van een middel als Dormicum als pre-medicatie is dan geen bezwaar. Het is raadzaam om als arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie te bespreken wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Met inachtneming van het advies van de KNMP is van belang dat individuele wensen van de patiënt worden vervuld.

In casus 13 deed zich de bijzondere situatie voor dat de arts aan patiënt een coma-inducerend middel toediende (thiopental), waarna de ademhaling van patiënt direct onregelmatig werd en na 5 minuten stopte. De arts had geen spierverslapper meer toegediend. Gelet op het feit dat dit middel tot een zo diep coma kan leiden met uitschakeling van reflexen dat het zelfs tot de dood kan leiden, de ademhaling direct al onregelmatig was, en na 5 minuten stopte, oordeelde de commissie dat het redelijk was dat de arts op het effect hiervan had gewacht en niet meteen een spierverslapper had toegediend.

Bij euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek, is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica -meestal intraveneus- toedient aan de patiënt. Van hulp bij zelfdoding is sprake als de patiënt de middelen zelf inneemt. In dat geval drinkt de patiënt een drank die een barbituraat[11] bevat. Uitgangspunt is dat de arts bij de patiënt aanwezig blijft totdat de patiënt is overleden. De arts mag de patiënt niet met de euthanatica alleen laten. Mogelijk is immers dat patiënt de drank weer uitbraakt. De arts kan dan -alsnog- euthanasie toepassen. Ook kan het zonder medisch toezicht achterlaten van de middelen gevaar opleveren voor anderen dan de patiënt.
Bij wijze van uitzondering en alleen op goede gronden kunnen vooraf afwijkende afspraken worden gemaakt. De arts dient altijd beschikbaar te zijn om snel in te grijpen als de middelen niet of onvoldoende het beoogde effect hebben.

De levensbeëindiging dient door de arts zelf te worden uitgevoerd. In casus 14 speelt de situatie dat de levensbeëindiging door een huisarts in opleiding is verricht. De commissie heeft daarover vragen gesteld. Gelet op de begeleiding die deze arts in opleiding heeft gekregen van een huisarts in de praktijk waar hij werkte en in het bijzonder gelet op het feit dat deze huisarts ook bij de levensbeëindiging aanwezig was, kwam de commissie tot de conclusie dat de arts medisch zorgvuldig had gehandeld.

In de praktijk komt het een enkele maal voor dat er bij artsen onduidelijkheid bestaat over hun rol in het kader van de uitvoering van de levensbeëindiging.
Indien bijvoorbeeld een euthanasie wordt gemeld door een arts die de euthanasie niet zelf heeft uitgevoerd, zal de uitvoerend arts de melding alsnog moeten ondertekenen en wordt hij door de commissies als meldend arts beschouwd[12].

Casus 13

(medisch zorgvuldige uitvoering)

De arts heeft alleen een coma-inducerend middel toegediend. Patiënte is daarna overleden.

Bij patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 60 tot 70 jaar, werd in 2006 een coloncarcinoom vastgesteld waarvoor zij een hemicolectomie onderging. Pre-operatief werd een metastase in de buikwand gevonden, zodat aanvullende chemotherapie gegeven werd. Drie maanden later werd een recidief vastgesteld met metastasen in de lymfklieren en lever. Genezing was niet mogelijk. Verdere behandeling was palliatief.
Het lijden van patiënte werd bepaald door algehele malaise met misselijkheid en veel pijn. Vooral bij het bewegen had zij veel pijn. Ook het besef dat de tumor groeide en de zinloosheid van het lijden maakten het lijden voor patiënt ondraaglijk. Permanente sedatie wees patiënte af. Zij wilde zelf het moment van haar einde kunnen bepalen. Eén dag vóór het overlijden had patiënte de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. De arts had een onafhankelijke consulent geraadpleegd die patiënte op de dag van het

11 meestal een 100 milliliter drank met 9 gram pentobarbitalnatrium of secobarbitalnatrium.
12 Zie artikel 3, eerste lid, van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 21 november 2006.

overlijden bezocht en concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De uitvoering van de euthanasie vond plaats middels intraveneuze toediening van 1500 mg Pentothal. Patiënte overleed na 15 minuten.

De omstandigheid, dat de dood van patiënte ongeveer 15 minuten na het toedienen van het coma-inductiemiddel was ingetreden, kennelijk zonder gebruik van Pavulon of een ander spierverslappend middel, was voor de commissie aanleiding de arts te verzoeken een toelichting te geven op deze door de arts gevolgde procedure en vooral op de vraag waarom de arts zolang had gewacht en uiteindelijk had besloten geen spierverslappend middel toe te dienen. De arts gaf in haar schriftelijke toelichting aan dat na het toedienen van de Pentothal de ademhaling direct onregelmatig was en na vijf minuten geheel stopte. Na het staken van de ademhaling duurde het nog vrij lang voordat de hartslag stopte, wat volgens de arts op zich vrij normaal is. Het geheel duurde ongeveer 15 minuten. De arts vond het niet noodzakelijk de stervensfase met slechts enkele minuten te bekorten door het alsnog toedienen van Pavulon en had die mogelijkheid zelfs niet overwogen.
De commissie heeft overwogen dat de toediening van Penthotal (dat het anestheticum thiopental bevat) zorgt voor een diep coma. Thiopental kan tot een zo diep coma leiden met uitschakeling van reflexen dat het middel zelf tot de dood kan leiden.
Aangezien de ademhaling direct al onregelmatig was en na 5 minuten stopte was het redelijk dat de arts had gewacht op het effect hiervan, en niet meteen een spierverslapper had toegediend. Gelet op de nadere toelichting van de arts oordeelde de commissie dat de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Casus 14

(medisch zorgvuldige uitvoering)

Arts die euthanasie uitvoert is huisarts in opleiding (aios). Omdat de uitvoerend arts structureel door een huisarts werd begeleid en ook een huisarts bij de uitvoering aanwezig was, heeft de commissie geconcludeerd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, werd een gemetastaseerd longcarcinoom vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënt wees palliatieve chemotherapie af. Bij longonderzoeken had hij tot tweemaal toe een pneumothorax gehad. Hij had dit als erg traumatisch ervaren. Het beleid werd uitsluitend palliatief. De laatste drie weken ging de toestand van patiënt hard achteruit. In het palliatieve traject had patiënt met de huisartsen uit de praktijk meerdere malen over euthanasie gesproken. Uiteindelijk verzocht hij concreet om levensbeëindiging.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke collega-huisarts, tevens SCEN-arts, die concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit.
Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat de arts huisarts in opleiding was. Uit de overgelegde patiëntenkaart kon de commissie niet duidelijk opmaken welke arts welke visites bij patiënt had afgelegd. De commissie heeft de arts verzocht haar hierover meer informatie te verstrekken. Tevens verzocht de commissie de arts aan te geven waaruit de begeleiding van de opleider had bestaan in de gehele euthanasieprocedure. De arts gaf de volgende schriftelijke toelichting.
De arts zat in zijn derde en laatste opleidingsjaar tot huisarts. In de praktijk waar de arts dit opleidingsjaar doorbracht, was zowel de opleider van de arts als de echtgenote van de

opleider als huisarts werkzaam. Wanneer de arts een patiënt behandelde die in het verleden het meest te maken had gehad met de echtgenote van de opleider en de arts deze patiënt graag wilde nabespreken, deed hij dat met de echtgenote van de opleider en niet met de opleider.
De arts had patiënt meteen vanaf de diagnose in zijn ziekteproces begeleid. Aanvankelijk door consulten op de praktijk en later door thuisbezoeken. In de beginfase had de arts deze contacten vooral nabesproken met zijn opleider. Aangezien de arts niet langer dan één jaar werkzaam zou zijn in de praktijk van de opleider en de prognose van patiënt indertijd niet geheel duidelijk was, had de arts met patiënt besproken met wie hij het liefst te maken zou hebben als de arts niet meer werkzaam zou zijn in de praktijk. Patiënt sprak toen zijn voorkeur uit voor de echtgenote van de opleider. Sindsdien had de arts zijn contacten met patiënt nabesproken met de echtgenote van de opleider. Toen het verzoek van patiënt om euthanasie meer concreet werd was de echtgenote van de opleider ook enige malen met de arts mee geweest op huisbezoek. Ook was zij aanwezig geweest bij de uitvoering van de levensbeëindiging.
Gelet op de structurele begeleiding van de arts in opleiding door een huisarts en in het bijzonder gelet op de aanwezigheid van de huisarts bij de levensbeëindiging, kwam de commissie tot het oordeel dat door de arts aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies

Wettelijk kader

In Nederland zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294). Dit is niet het geval als de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding gebeurt door een arts die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen én zijn handelen heeft gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer. Wanneer de arts aan deze beide voorwaarden voldoet dan is de door hem uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek, dan wel geboden hulp bij zelfdoding geen strafbaar feit. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen.
De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL), de meldingsplicht is uitgewerkt in de Wet op de lijkbezorging.
De WTL schrijft vervolgens voor dat regionale toetsingscommissies (hierna: commissies) tot taak hebben de meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te toetsen. Op basis van de WTL voeren de commissies hun hoofdtaak uit. Zij toetsen meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en oordelen of de arts zich heeft gehouden aan de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen. Bij levensbeëindiging op verzoek dient de arts de zogenoemde euthanatica toe; bij hulp bij zelfdoding verstrekt de arts de middelen die vervolgens door de patiënt zelf worden ingenomen.

Rol commissies

Wanneer een arts een leven op verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, meldt hij dat aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen[13]. De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De verklaring van de geconsulteerde arts en -indien aanwezig- de schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd.

De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en eventueel door de arts verstrekte overige relevante stukken, zoals patiëntenjournaal en specialistenbrieven, mee. Na ontvangst van de stukken door de commissie, ontvangen zowel de lijkschouwer als de arts een ontvangstbevestiging.
De commissies beoordelen het handelen van de arts. Getoetst wordt of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. Het komt nogal eens voor dat een arts wordt gevraagd om schriftelijk op nadere vragen te reageren[14]. Ook gebeurt het dat door de commissie telefonisch contact met de arts wordt opgenomen om een vraagpunt te laten toelichten. Als de door de arts aldus verstrekte informatie niet volstaat dan kan de arts worden uitgenodigd om een mondelinge toelichting op zijn melding te geven. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld om nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

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

De multidisciplinair samengestelde commissies geven over de meldingen die zij toetsen een oordeel. In bijna alle gevallen luidt hun oordeel dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de meldend arts geïnformeerd.

In 2007 is driemaal geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In zo'n geval wordt het oordeel niet alleen naar de meldend arts gezonden, maar ook naar het College van procureurs-generaal en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het College bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan. De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of na het eindoordeel van de commissie nadere stappen moeten volgen, bijvoorbeeld in de vorm van het voeren van een gesprek met een arts of het aanhangig maken van een tuchtzaak. Met het College en de Inspectie voeren de commissies jaarlijks overleg.

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

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

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden bepaalt welke commissie bevoegd is de melding te behandelen. Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben allen een plaatsvervanger. Ook heeft elke commissie een secretaris, eveneens een jurist, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. Van belang is te beklemtonen dat de commissies de rol van een deskundigencommissie hebben. De secretarissen en de ondersteunend medewerkers vormen het secretariaat van de commissies. Het secretariaat heeft als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden. Het secretariaat is organisatorisch ondergebracht bij een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), te weten het CIBG in Den Haag. De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag. De vergaderingen van de commissies hebben daar maandelijks plaats.

De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN).
De commissies krijgen alle verslagen van de door de meldend artsen geraadpleegde consulenten onder ogen en hebben daarmee als enige een totaalbeeld van de kwaliteit van deze verslaglegging. Het is de commissies opgevallen dat die kwaliteit weliswaar grosso modo toeneemt, maar -gezien de matige verslaglegging van een (nog te) groot aantal consulenten- toch van dien aard is dat deze permanente aandacht behoeft. De bevindingen van de commissies worden, uiteraard in algemene termen, jaarlijks teruggekoppeld naar SCEN.

Ook geven de commissies presentaties voor GGD's, huisartsenverenigingen, ziekenhuizen en buitenlandse delegaties. Daarbij wordt aan de hand van praktijksituaties in het bijzonder aandacht besteed aan de geldende procedure en zorgvuldigheidseisen.

Bijlage I

Overzicht van meldingen

Overzicht van meldingen totaal

Overzicht van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 2120 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 1923 gevallen was er sprake van euthanasie, in 167 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 30 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 1886 gevallen een huisarts, in 157 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 76 gevallen een verpleeghuisarts en in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	1768
hart- en vaataandoeningen	40
aandoeningen van het zenuwstelsel	105
overige aandoeningen	128
combinatie van aandoeningen	79

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 1686 gevallen thuis plaats, in 147 gevallen in een ziekenhuis, in 82 gevallen in een verpleeghuis, in 89 gevallen in een verzorgingshuis en in 116 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich in alle gevallen bevoegd om de zaken te beoordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies drie maal tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

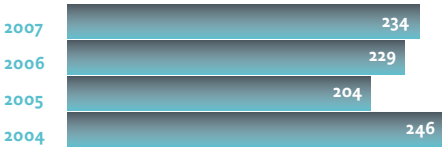
Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissies was 28 dagen.

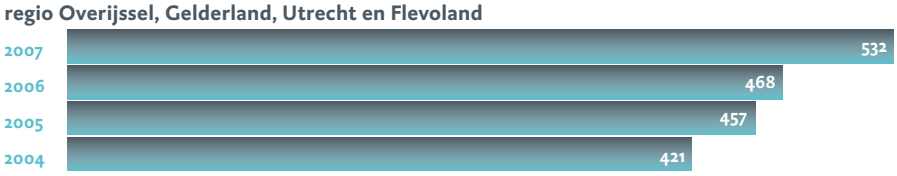
Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2004, 2005, 2006 en 2007

Totaal aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding

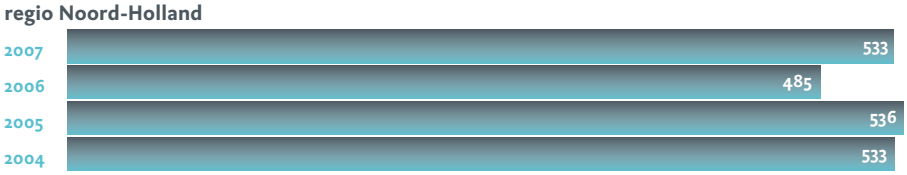
regio Groningen, Friesland en Drenthe



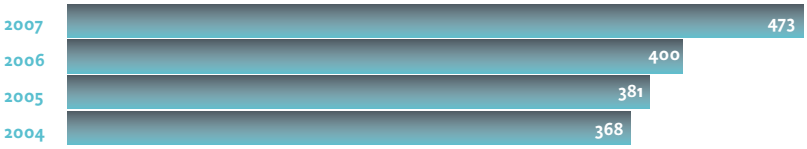
regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland



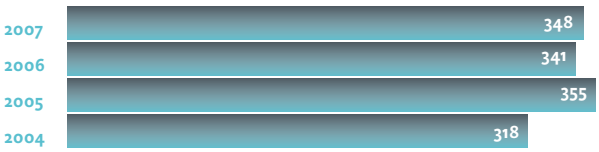
regio Noord-Holland



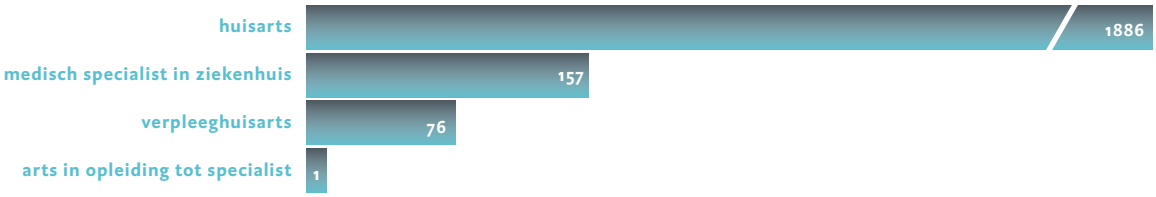
regio Zuid-Holland en Zeeland



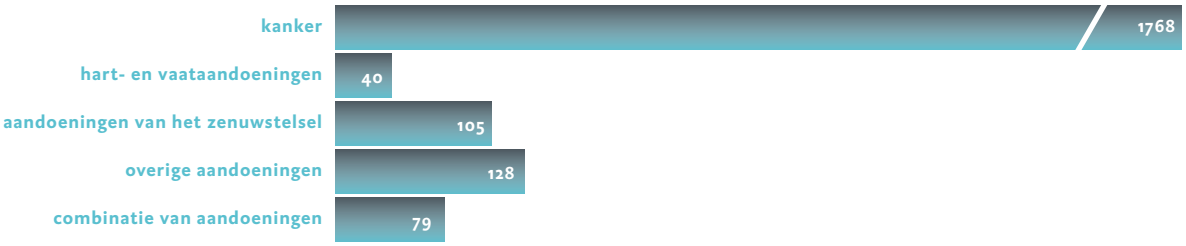
regio Noord-Brabant en Limburg



Meldende artsen 2007



Aandoeningen 2007



Overzicht van meldingen per regio

a Regio Groningen, Friesland en Drenthe

Overzicht van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 234 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 209 gevallen was er sprake van euthanasie, in 22 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 216 gevallen een huisarts, in 13 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 5 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	195
hart- en vaataandoeningen	7
aandoeningen van het zenuwstelsel	9
overige aandoeningen	7
combinatie van aandoeningen	16

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 190 gevallen thuis plaats, in 13 gevallen in een ziekenhuis, in 5 gevallen in een verpleeghuis, in 8 gevallen in een verzorgingshuis en in 18 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaken te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in één van de gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 26 dagen.

b Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Overzicht van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 532 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 489 gevallen was er sprake van euthanasie, in 31 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 12 gevallen betrof het een combinatie van beiden.

Artsen

De meldend arts was in 486 gevallen een huisarts, in 29 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 17 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	446
hart- en vaataandoeningen	13
aandoeningen van het zenuwstelsel	26
overige aandoeningen	31
combinatie van aandoeningen	16

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 435 gevallen thuis plaats, in 26 gevallen in een ziekenhuis, in 17 gevallen in een verpleeghuis, in 28 gevallen in een verzorgingshuis, in 26 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaken te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen van de gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 29 dagen.

C Regio Noord-Holland

Overzicht van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 533 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 460 gevallen was er sprake van euthanasie, in 63 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 10 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 460 gevallen een huisarts, in 49 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 23 gevallen een verpleeghuisarts en in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	438
hart- en vaataandoeningen	11
aandoeningen van het zenuwstelsel	22
overige aandoeningen	43
combinatie van aandoeningen	19

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 399 gevallen thuis plaats, in 46 gevallen in een ziekenhuis, in 25 gevallen in een verpleeghuis, in 27 gevallen in een verzorgingshuis en in 36 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen van de gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 28 dagen.

d Regio Zuid-Holland en Zeeland

Overzicht van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 473 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 434 gevallen was er sprake van euthanasie, in 37 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 2 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldende arts was in 422 gevallen een huisarts, in 35 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 16 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	405
hart en vaataandoeningen	5
aandoeningen van het zenuwstelsel	25
overige aandoeningen	23
combinatie van aandoeningen	15

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 379 gevallen thuis plaats, in 35 gevallen in een ziekenhuis, in 20 gevallen in een verpleeghuis, in 13 gevallen in een verzorgingshuis en in 26 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen van de gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 31 dagen.

e Regio Noord-Brabant en Limburg

Overzicht van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 348 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 331 gevallen was er sprake van euthanasie en in 14 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen was er sprake van een combinatie van beiden.

Artsen

De meldend arts was in 302 gevallen een huisarts, in 31 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 15 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	284
hart- en vaataandoeningen	4
aandoeningen van het zenuwstelsel	23
overige aandoeningen	24
combinatie van aandoeningen	13

Instelling

De levensbeëindiging vond in 283 gevallen thuis plaats, in 27 gevallen in een ziekenhuis, in 15 gevallen in een verpleeghuis, in 13 gevallen in een verzorgingshuis, in 10 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in twee gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 26 dagen.

Bijlage II

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Staatsblad 2001, nr. 194

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

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

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen weten:
Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen;
Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk I **Begripsomschrijvingen**

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

Hoofdstuk II **Zorgvuldigheidseisen**

Artikel 2

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

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

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

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

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

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

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

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

Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:
   a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
   b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.

   De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10

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

1°. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of

2°. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

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

Artikel 18

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

Artikel 19

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

Hoofdstuk IV Wijzigingen in andere wetten

Artikel 20

Het Wetboek van Strafrecht[2] wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

Artikel 293

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

B

Artikel 294 komt te luiden:

Artikel 294

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

C

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

D

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

De Wet op de lijkbezorging[3] wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 7 komt te luiden:

Artikel 7

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

B

Artikel 9 komt te luiden:

Artikel 9

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

C

Artikel 10 komt te luiden:

Artikel 10

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

D

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

E

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

Artikel 22

De Algemene wet bestuursrecht[4] wordt als volgt gewijzigd. In artikel 1:6 wordt aan het slot van onderdeel d de punt vervangen door een puntkomma en wordt een vijfde onderdeel toegevoegd, luidende: e. besluiten en handelingen ter uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Hoofdstuk V *Slotbepalingen*

Artikel 23

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

Artikel 24

Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te ‘s-Gravenhage, 12 april 2001
Beatrix

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,
A.H. Korthals

Uitgave: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

Ontwerp: Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk: Koninklijke De Swart, Den Haag

april 2008

Leden Regionale toetsingscommissies euthanasie in 2007

Coördinerend voorzitter: mw. mr. R.P. de Valk-van Marwijk Kooy (tot 1 juli 2007)
dhr. mr. J.J.H. Suyver
Algemeen secretaris: mw. mr. E.H.A. Dekkers

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe
Voorzitter: mw. mr. M.C.Ph. Houben
Arts: dhr. drs. A.J. Lameris
Ethicus : dhr. prof. dr. R. Veldhuis

Plv. arts: dhr. dr. E.F.M. Veldhuis
Plv. ethicus: mw. drs. L.S. van Epenhuysen

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland
Voorzitter: mw. mr. W. Sorgdrager
Arts: dhr. drs. H.H.M. Hassing
Ethicus : dhr. dr. Th.A. Boer

Plv. voorzitter: dhr. mr. F.Th. Boerwinkel
Plv. arts: dhr. drs. G.J. van Ravenswaaij
Plv. ethicus: dhr. prof. dr. H.A.M. Manschot

Regio 3 Noord-Holland
Voorzitter: mw. mr. W.J.C. Swildens-Rozendaal
Arts: dhr. drs. P. van Hasselt
Ethicus: mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Plv. voorzitter: dhr. mr. H.J. Bunjes
Plv. arts: dhr. dr. N.P. van Duijn
Plv. ethicus: mw. Y. Orobio de Castro

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland
Voorzitter: dhr. mr. J.J.H. Suyver
Arts: dhr. drs. G.K. Kimsma
Ethicus : dhr. prof. dr. G.A. den Hartogh

Plv. voorzitter: mw. mr. M.E.A. Wildenburg
Plv. arts: mw. drs. J.A. Schulkes-van de Pol
Plv. ethicus: mw. prof. dr. M.A. Verkerk

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg
Voorzitter: mw. mr. R.P. de Valk-van Marwijk Kooy (tot 1 oktober 2007)
dhr. mr. P.J.M. van Wersch
Arts: dhr. drs. J. Douma
Ethicus: dhr. prof. dr. G.A.M. Widdershoven

Plv. voorzitter: dhr. prof. mr. C. Kelk
Plv. arts: dhr. drs. E. Hendriksen
Plv. ethicus: mw. dr. L.L.E. Bolt