Regionale toetsingscommissies euthanasie

Jaarverslag 2011

Inhoud

Voorwoord 3

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2011
- Meldingen 5
- Voortzetting stijging aantal meldingen 5
- Nieuwe werkwijze 5
- Uitbreiding leden RTE 6
- Evaluatie WTL 6
- Website 6
- Medisch zorgvuldige uitvoering 6
- Nieuwe richtlijn 7
- KNMG-standpunt 7

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen
- Zorgvuldigheidseisen algemeen 8
- Zorgvuldigheidseisen specifiek 10

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek 10
- Psychiatrische ziekte of stoornis 10
- Klachten van depressieve aard 10
- Schriftelijke wilsverklaring 11
- Dementie 11

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden 25
- Dementie 30
- Psychiatrische ziekte of stoornis 30
- Coma en verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma) 34
- Palliatieve sedatie 36

c. Voorlichting aan de patiënt 36

d. Geen redelijke andere oplossing 36

e. Consultatie 40
- Onafhankelijkheid consulent 40
- Schriftelijke verslaglegging consulent 41
- Situatie na raadplegen consulent 41
- SCEN 41

f. Medisch zorgvuldige uitvoering 46

Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies
- Wettelijk kader 53
- Rol van de commissies 53

Bijlagen

I Overzicht van meldingen 56

II Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen waarover door de commissies is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding 64

III Wettekst 68

Voorwoord

Zeer geachte lezer,

In het u hierbij aangeboden jaarverslag 2011 van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) leggen zij verantwoording af over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak, het toetsen op grond van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). Het jaarverslag biedt inzicht in het, wederom fors gestegen, aantal ontvangen meldingen, de aard van de gemelde gevallen, de oordelen van de commissies en de daarbij gemaakte afwegingen.

De wettelijke termijn waarbinnen de commissies hun oordeel ter kennis van de arts behoren te brengen werd ook in dit verslagjaar in meerdere gevallen in ernstige mate overschreden. Dit is een ongewenste en met de wet strijdige situatie, die de commissies ten zeerste betreuren; zij hebben dit ook aan de meldend artsen kenbaar gemaakt.
In hoofdstuk I, Ontwikkelingen in 2011, wordt o.a. ingegaan op de problemen, waarvoor de commissies zich zagen – en nog steeds zien – geplaatst en op de inmiddels gezette stappen om deze het hoofd te bieden en de achterstanden verder weg te werken.
Voor de door VWS gerealiseerde uitbreiding van personele formatie bij de secretariaten zijn wij het ministerie uiteraard erkentelijk, evenals voor het besluit 15 extra plaatsvervangende commissieleden te benoemen.

Een belangrijk punt van (voortdurende) aandacht is het eenduidig optreden van de commissies bij het beoordelen van de meldingen.
Met inachtneming van het uitgangspunt dat iedere individuele melding naar de eigen, specifieke omstandigheden van het "geval" moet worden beoordeeld, was het streven altijd al gericht op harmonisatie van de oordelen; de substantiële uitbreiding van het aantal leden maakt aandacht voor dit punt alleen maar belangrijker.
Het is immers noodzakelijk dat de commissies met hun oordelen – en de daarin verwoorde afwegingen bij het toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie – zo veel mogelijk duidelijkheid scheppen.
Duidelijkheid voor artsen met betrekking tot de ruimte die de wet hen biedt wanneer zij met een euthanasieverzoek worden geconfronteerd en tegelijk ook duidelijkheid voor patiënten met een euthanasieverzoek.
De wijze waarop de RTE's de wet toepassen is niet alleen kenbaar voor de individuele arts (door middel van het oordeel over diens melding), maar ook voor derden door publicatie van oordelen op de website en in het jaarverslag van de RTE's.

Naar aanleiding van een in het jaarverslag 2010 opgenomen casus (nr. 10) hebben gesprekken plaatsgevonden met de artsenorganisatie KNMG over de in artikel 2, tweede lid WTL opgenomen schriftelijke wilsverklaring, in het bijzonder over de betekenis van die verklaring in een situatie van reversibel coma waarvoor de richtlijn "Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn" niet is bedoeld. Mede naar aanleiding van dat overleg is de tekst in het nu voorliggend jaarverslag verduidelijkt, zie Hoofdstuk II, Coma en verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma).
Perspublicaties over de in het huidige jaarverslag als casus 7 opgenomen "verder gevorderde dementie zaak" (waarin de betreffende commissie, na raadplegen van leden van de andere commissies, tot het oordeel kwam dat de meldend arts conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld) hebben het nodige stof doen opwaaien en tot uiteenlopende reacties geleid.

Deze casus en de daarop volgende aandacht in de media hebben de KNMG ertoe bewogen kort na de jaarwisseling haar richtlijn voor SCEN-artsen aan te passen. Ook hierover hebben RTE's en KNMG, die overigens ieder een eigen rol en verantwoordelijkheid hebben op dit terrein, in goede harmonie van gedachten gewisseld.

Natuurlijk vormen de binnen de beroepsgroep van artsen en de in de samenleving breed gevoerde discussies met betrekking tot het zelfgekozen levenseinde ook in de boezem der gezamenlijke commissies aanleiding tot gedachtenwisseling. Een en ander wordt als zeer waardevol ervaren voor de (interne) oordeelvorming.
De RTE's willen via hun oordelen, publicatie daarvan en goede voorlichting zorgen voor een transparante en controleerbare ontwikkeling van de euthanasiepraktijk en langs die weg ook bijdragen aan de maatschappelijke discussie. Op individuele zaken echter zal namens de RTE's, ook al gezien de wettelijke geheimhoudingsplicht, geen reactie worden gegeven. Reden waarom zij op de publicaties over de bovengenoemde dementiezaak niet publiekelijk zijn ingegaan.
De RTE's beraden zich momenteel op de vraag hoe, anders dan via de oordelen aan individuele artsen en het publiceren van oordelen op de website en in de jaarverslagen, aan de "jurisprudentie" van de RTE's meer bekendheid kan worden gegeven.

De commissies vernemen graag uw eventuele feedback.

Mr W.J.C. Swildens-Rozendaal
Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie
Den Haag, augustus 2012

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2011

In 2011 zijn de volgende ontwikkelingen relevant.

Meldingen

In 2011 hebben de regionale toetsingscommissies euthanasie (hierna: de commissies) 3695 meldingen van levensbeëindiging op verzoek (veelal aangeduid als "euthanasie") of hulp bij zelfdoding ontvangen.[1]

De commissies hebben, in de zaken die ze beoordeelden, getoetst of de uitvoerend arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen als bedoeld in artikel 2, eerste lid van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL).
In 4 gevallen kwamen de commissies tot de conclusie dat de arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen had voldaan. Van laatstgenoemde oordelen – evenals van enige oordelen waarbij de commissies concludeerden dat wel aan deze eisen was voldaan – worden de essentiële gedeelten in Hoofdstuk II, Zorgvuldigheidseisen Specifiek, onder de desbetreffende zorgvuldigheidseis als casus beschreven.[2]

Voortzetting stijging aantal meldingen

Het aantal meldingen dat de RTE's in 2011 hebben ontvangen betekent opnieuw een stijging, nu van 18% ten opzichte van het aantal ontvangen meldingen in 2010 (3136). De verhouding instroom / afdoening van meldingen is al geruime tijd een bron van grote zorg voor de commissies. De termijn van afhandeling van meldingen is daardoor inmiddels onaanvaardbaar lang geworden. De commissies betreuren dit ten zeerste; tijdigheid van afdoening en voldoen aan de wettelijke vereisten zijn essentieel voor het in hen gestelde vertrouwen.
De leden van de commissies hebben in 2011 samen met de secretariaten alles in het werk gesteld om tot oplossingen te komen waarmee het mogelijk wordt aan deze problematiek structureel en toekomstbestendig het hoofd te bieden.
In dit opzicht is er in 2011 een aantal belangrijke stappen gezet.

Nieuwe werkwijze

In de eerste plaats hebben de commissies een besluit genomen over de implementatie van een nieuw ontwikkelde werkwijze met betrekking tot de afdoening van meldingen. Dit alles vanzelfsprekend binnen de kaders van de WTL.
De nieuwe werkwijze houdt in dat meteen na de ontvangst van de melding en bestudering van alle stukken door een ervaren secretaris een inschatting wordt gemaakt of de melding bij de leden van de commissie, die deze moeten beoordelen, vragen zal oproepen of "niet vragen oproepend" zal zijn.
Onder niet vragen oproepende meldingen worden verstaan die meldingen, waarvan al bij ontvangst van de stukken (dus bij de start van het toetsingsproces) met grote waarschijnlijkheid door een ervaren secretaris vastgesteld kan worden dat de zorgvuldigheidseisen van de wet in acht zijn genomen én dat de daarin verstrekte informatie zo volledig is, dat deze ook voor het overige geen vragen oproept. De secretaris stelt dit vast op basis van de in de afgelopen jaren door de toetsingscommissies in de praktijk opgebouwde ervaring met het toetsen van euthanasie; ook vóór het in werking treden van de WTL in 2002 hebben de toetsingscommissies al gedurende een periode van vier jaar ervaring opgedaan met het toetsen van euthanasie. De inschatting van de commissies is dat dit uiteindelijk, na volledige implementatie van deze werkwijze, zo'n 80% van het totale aantal meldingen kan betreffen.
De commissies hebben besloten dat de stukken van de niet vragen oproepende meldingen voortaan digitaal aan drie leden (jurist, arts en ethicus) van de betreffende regionale commissie ter beoordeling worden aangeboden.
Indien de commissieleden bij hun digitale beoordeling alle drie bevestigen dat de melding wat hen betreft inderdaad niet vragen oproepend is en vaststellen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan kan de melding worden afgedaan. Indien echter ook maar één van de commissieleden aangeeft dat de melding bij hem of haar wel vragen oproept wordt de melding doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering.

1 De cijfers – zowel algemeen als uitgesplitst per regio – zijn opgenomen als bijlage I
2 de als casus opgenomen passages van het oordeel hebben met name betrekking op de desbetreffende zorgvuldigheidseis

Teneinde de hierboven omschreven werkwijze digitaal optimaal te ondersteunen is er in 2011 door ICT deskundigen in overleg en samenwerking met de commissies een nieuw registratie- en beoordelingssysteem ontwikkeld en in pilots op werkbaarheid getest. Dit nieuwe registratie- en beoordelingssysteem wordt in april 2012 geïmplementeerd.

Uitbreiding leden RTE

In de tweede plaats hebben de commissies in 2011 intensief overleg gevoerd met het Ministerie van VWS over de problematiek van de achterstand in afhandeling van meldingen. Dit overleg heeft er enerzijds toe geleid dat besloten is dat het aantal commissieleden met 50% zal worden uitgebreid. Dat wil zeggen dat er aan iedere regionale commissie, op dit moment bestaande uit drie leden en drie plaatsvervangend leden, in 2012 drie extra plaatsvervangende leden zullen worden toegevoegd, zodat iedere regionale commissie in totaal zal bestaan uit negen leden, drie van iedere discipline. Anderzijds heeft het overleg met VWS ertoe geleid dat de secretariaten in 2012 opnieuw worden uitgebreid met een aantal fte's.
De resultaten van zowel de implementatie van de nieuwe werkwijze als de uitbreiding van het aantal commissieleden en het aantal medewerkers van de secretariaten worden vermoedelijk pas in de tweede helft van 2012 echt zichtbaar. Dat neemt niet weg dat de commissies er vertrouwen in hebben dat de ingeslagen weg toekomstbestendig zal blijken te zijn.

Evaluatie WTL

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt in 2011 en 2012 op verzoek van VWS voor de derde keer geëvalueerd. De evaluatie zal dit keer de periode 2007-2011 bestrijken. In het kader van het onderzoek worden onder andere de oordelen van de commissies kritisch bekeken en geanalyseerd en worden commissieleden en secretarissen bevraagd. Vanzelfsprekend zullen de commissies en secretariaten hun volle medewerking verlenen aan deze evaluatie en de onderzoekers zo goed mogelijk trachten te faciliteren. In het evaluatieonderzoek zal ook de sterke toename van het aantal meldingen worden onderzocht. De onderzoeksresultaten worden naar verwachting in het najaar van 2012 bekend gemaakt.

Website

In overleg met het Ministerie van VWS hebben de commissies besloten dat ze zich bij publicatie van oordelen op de website **www.euthanasiecommissie.nl** in de toekomst vooral gaan richten op integrale publicatie van met name die (vragen oproepende) meldingen die van belang zijn voor de normontwikkeling ten aanzien van euthanasie in het algemeen en voor de bevordering van de deskundigheid van artsen en andere belangstellenden in het bijzonder. Daartoe behoren in ieder geval de oordelen, waarin de commissies tot de conclusie zijn gekomen dat de arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Maar daartoe behoren ook zogenoemde "zorgvuldig" oordelen die om welke reden dan ook bij de behandeling in eerste instantie vragen hebben opgeroepen bij de commissies. Daarbij valt onder meer te denken aan "zorgvuldig" oordelen van gemelde euthanasie bij patiënten met in euthanasiemeldingen relatief minder vaak voorkomende aandoeningen zoals dementie, psychiatrische aandoeningen en stapelingen van meerdere ouderdomskwalen bij (hoog)bejaarden. Dit is – kortweg – het type oordelen waaraan de commissies sinds jaar en dag ook uitgebreid aandacht besteden in het jaarverslag.
Bij hoge uitzondering wordt een bijzonder oordeel niet gepubliceerd, namelijk als door publicatie de anonimiteit van de patiënt in gevaar kan komen.
Teneinde de toegankelijkheid van de website in het algemeen en de gepubliceerde oordelen in het bijzonder zo goed mogelijk te maken is de zoekfunctie van de website al verbeterd. Aan verdere verbeteringen wordt hard gewerkt.

Medisch zorgvuldige uitvoering

De commissies gaan bij het beoordelen van de vraag of er sprake is van een medisch zorgvuldige uitvoering te rade bij wat in de medische en farmacologische wetenschap en praktijk de geldende standaard is.
Voor de commissies is in beginsel het advies van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers – WINAp – van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP) voor de methode, het gebruik van middelen en de dosering leidraad. Het WINAp heeft in deze Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding, 2007 (verder te noemen de Standaard Euthanatica 2007) opgenomen welke middelen – en dosering daarvan – zij adviseert of juist afraadt bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

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

De commissies constateren dat in 2011 het overgrote deel van de meldend artsen de Standaard Euthanatica 2007 heeft gevolgd.
In 2011 werden de artsen, en in het verlengde daarvan de commissies, geconfronteerd met een onvoldoende of slechte beschikbaarheid van het, in de Standaard Euthanatica 2007 geadviseerde, coma-inducerend middel thiopental. In het licht daarvan hebben KNMP en KNMG in december 2010 een aanvulling op de noodoplossingen van pagina 26 van de Standaard Euthanatica 2007 gepubliceerd met daarin alternatieven voor thiopental als coma inducerend middel.
Toch werden de commissies in 2011 geconfronteerd met het gebruik van middelen die niet in de Standaard Euthanatica 2007 of de aanvulling daarop worden geadviseerd en met meldingen waarin de dosering van de gebruikte euthanatica niet is vermeld of niet overeenstemt met het advies in de Standaard Euthanatica 2007 of de aanvulling daarop. In al die gevallen hebben de commissies de arts gevraagd nader te motiveren waarom van deze standaard of de aanvulling daarop is afgeweken. Helaas moesten de commissies constateren dat genoemd afwijken niet altijd voldoende kon worden gemotiveerd. Zij kwamen in dit verslagjaar in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts bij de medische uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De arts diende in 2 van deze gevallen (casus 18 en 19) de helft van de in de Standaard Euthanatica 2007 geadviseerde hoeveelheid van het coma inducerend middel toe en liet vervolgens, evenals in het derde geval (casus 16), na te controleren of patiënt in een voldoende diep coma verkeerde alvorens de spierverslapper toe te dienen. Door aldus te werk te gaan hebben voornoemde artsen de patiënt het risico laten lopen dat deze kort voor het overlijden een sensatie van verstikking zou kunnen ervaren. Een dergelijk risico dient te allen tijde te worden vermeden.

Nieuwe richtlijn

Een gezamenlijke werkgroep van de KNMP met haar Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers WINAp en de KNMG heeft in 2010 een aanvang gemaakt met het opstellen van een nieuwe richtlijn. De commissies hebben, desgevraagd, informatie over hun ervaring bij het beoordelen van de uitvoering van euthanasie – uiteraard in algemene zin en dus anoniem – aan de werkgroep ter beschikking gesteld. Naar verwachting zal de nieuwe gezamenlijke richtlijn van KNMP en KNMG in het najaar van 2012 verschijnen.
Totdat die nieuwe richtlijn verschijnt zullen de commissies de Standaard Euthanatica 2007 als leidraad hanteren en dient het afwijken van deze standaard afdoende door de arts te worden gemotiveerd.

KNMG-standpunt

Medio juni 2011 heeft de KNMG het nieuwe KNMG-standpunt 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde' het licht doen zien (zie voor nadere informatie website KNMG). Dit KNMG-standpunt kan – aldus de KNMG – worden gezien als een reactie op de in 2010 opgelaaide maatschappelijk discussie over de vraag of mensen die hun leven voltooid achten hulp zouden moeten krijgen om hun eigen leven op een waardige wijze te beëindigen. Het burgerinitiatief Uit Vrije Wil beoogt het mogelijk te maken dat mensen van zeventig jaar en ouder, die hun leven voltooid achten en waardig wensen te sterven, op hun uitdrukkelijk verzoek hulp mag worden geboden om te sterven. Het bieden van dergelijke hulp gericht op het beëindigen van het leven zonder dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden valt buiten de reikwijdte van de bestaande euthanasiewetgeving en is dus altijd strafbaar. Uit Vrije Wil stelt zich op het standpunt dat stervenshulp aan ouderen die daarom vragen niet langer strafbaar behoort te zijn.

De RTE's toetsen het handelen van de meldend arts aan de wet. Bij alle meldingen die ze hebben beoordeeld was er sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarvan de oorzaak steeds in overwegende mate was gelegen in een of meerdere medisch classificeerbare ziekte(s) of aandoeningen, waaronder aandoeningen verband houdend met de ouderdom van de patiënt.

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Zorgvuldigheidseisen algemeen

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

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

b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;

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

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

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

f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Levensbeëindiging op verzoek zowel als hulp bij zelfdoding vindt vrijwel altijd plaats door de behandelend arts van de patiënt, in de praktijk veelal de huisarts. Het komt voor dat een waarnemer tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding overgaat, omdat tijdens afwezigheid van de behandelend arts de situatie van de patiënt snel verslechtert of omdat de behandelaar, bijvoorbeeld op grond van zijn levensbeschouwing, de levensbeëindiging op verzoek niet zelf wil uitvoeren.
Het is zaak dat ook in deze situaties de uitvoerend, dus meldend, arts zich tevoren gedegen informeert over de situatie van patiënt en persoonlijk vaststelt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Voor de beoordeling door de commissies is de door de meldend arts verstrekte informatie van cruciaal belang. Door direct bij de melding inzicht te geven in het gehele besluitvormingsproces kunnen latere vragen van de commissies worden voorkomen. Van de arts wordt verwacht dat hij gebruikt maakt van het in 2009 opnieuw vastgestelde verslagmodel. De daarin geformuleerde vragen bieden de meldend arts een handvat om voor de commissie inzichtelijk te maken of en zo ja hoe aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.
Toch hebben de commissies soms behoefte aan nadere informatie; veelal kan dan worden volstaan met het geven van telefonische of schriftelijke aanvullingen. Maar er zijn situaties waarin de commissies de voorkeur geven aan een persoonlijk gesprek met de arts om zo beter inzicht te krijgen in het besluitvormingsproces rond het levenseinde van de patiënt of in de gang van zaken bij de uitvoering.
De commissies realiseren zich dat zo een gesprek met de commissie voor de arts – niet alleen door het tijdsbeslag – een belasting betekent.
Zij hechten er aan te beklemtonen dat een gesprek met de commissie tot doel heeft de arts in de gelegenheid te stellen de melding, waarover (ook na door de arts schriftelijk verstrekte nadere aanvullingen) bij de commissie onduidelijkheid is blijven bestaan, nader toe te lichten. Zonder deze toelichting is de commissie niet in staat tot het oordeel te komen dat de arts conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.
Dit gesprek geeft de arts de gelegenheid zich, conform de verwachting, toetsbaar op te stellen.

Verreweg de meeste meldingen in 2011 gaven tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie of vragen. In die gevallen kon de commissie snel tot het oordeel komen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Ten behoeve van de leesbaarheid zal kortheidshalve de term“zorgvuldig”worden gebruikt (casus 1 is als voorbeeld van een dergelijke melding opgenomen).

Casus 1

Aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, werd medio 2010 een naar het buikvlies en de lever gemetastaseerd coloncarcinoom gediagnosticeerd. Genezing was niet meer mogelijk. Ter palliatie kreeg patiënte chemotherapie, die een paar maanden later in verband met de toxiciteit moest worden gestaakt. De behandelend specialist gaf aan dat er geen behandeling meer mogelijk was.
Aan het eind van het jaar ontwikkelde zij een ileus, waardoor zij veel moest braken en niet meer kon eten. Zij viel meer dan tien kilo af en verzwakte.
Ter bestrijding van de pijn kreeg patiënte fentanylpleisters en ter kalmering temazepam.
De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit veel pijn, frequent braken en algehele verzwakking. Patiënte kreeg decubituswonden. Ook leed patiënte ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie.
De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was. Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.
In het najaar van 2010 heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere gesprekken hierover gehad. Ruim twee weken voor het overlijden heeft patiënte de arts voor het eerst om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Patiënte heeft haar verzoek daarna nog diverse keren herhaald onder meer in aanwezigheid van haar echtgenoot.
Er is een recente, schriftelijke wilsverklaring aanwezig.
Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke niet meer praktiserende huisarts, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte ruim twee weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in het medisch dossier.
De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis.
Volgens het verslag van de consulent trof hij patiënte aangekleed zittend op de bank in de huiskamer aan. Patiënte deed op duidelijke en coherente wijze verslag van haar ziektegeschiedenis. Zij gaf aan dat de pijn draaglijk was door de medicatie, maar dat het braken niet of nauwelijks onder controle te brengen was. Eten was niet meer mogelijk. Patiënte ervoer haar situatie, met veel pijn en frequent therapieresistent braken als ondraaglijk. Patiënte gaf aan dat zij, met het oog op de familie die nog op bezoek zou komen, wilde proberen om het nog even vol te houden. Niettemin vreesde zij dat er door de darmafsluiting een acute situatie zou ontstaan.
De ondraaglijkheid van het lijden was voor de consulent zeer invoelbaar.
Volgens de consulent was het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen en het lijden uitzichtloos en ondraaglijk.
De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek in januari 2011 uit door intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental en 20 mg pancuronium.
De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste een andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging zorgvuldig uitgevoerd.
De commissie komt tot het oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2, lid 1 van de Wet toetsing levensbeëndiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

In een aantal gevallen heeft een melding aanleiding gegeven tot diepgaande en langdurige discussie in de commissie. De overige in dit hoofdstuk opgenomen casus zijn voorbeelden van casuïstiek die aanleiding heeft gegeven tot discussie en meestal tot het stellen van vragen. Anders dan in casus 1, waarin het oordeel van de commissie over alle zorgvuldigheidseisen wordt weergegeven, is bij de overige casus doorgaans slechts dat gedeelte weergegeven dat relevant is voor de beschreven specifieke zorgvuldigheidseis.

Zorgvuldigheidseisen specifiek

a. *Vrijwillig en weloverwogen verzoek*

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

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

Vier punten zijn daarbij van belang:
1. Het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding moet door de patiënt zelf zijn gedaan.
2. De patiënt moet wilsbekwaam zijn, dat wil zeggen dat hij (de relevante informatie over) zijn situatie en prognose kan begrijpen, de eventuele alternatieven kan afwegen, en de gevolgen van zijn beslissing kan overzien.
3. Het verzoek moet vrijwillig zijn.
   Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten. De patiënt moet in het bezit zijn van het geestelijk vermogen om zijn wil vrij te bepalen (interne vrijwilligheid) en hij moet zijn wil hebben geuit zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid).
4. Het verzoek moet weloverwogen zijn. Dat betekent dat er een zorgvuldige afweging heeft plaatsgevonden op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht.
   Voorbeelden van situaties waarin op deze punten bijzondere vragen kunnen rijzen, zijn casus 2 (patiënt met verstandelijke beperking) en casus 3 (afatische patiënt).

Psychiatrische ziekte of stoornis

In het algemeen geldt dat, in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding vanwege uitzichtloos en ondraaglijk lijden waaraan een psychiatrische ziekte of stoornis ten grondslag ligt, de arts zeer behoedzaam moet optreden. Dit geldt met name voor de vraag of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Een psychiatrische ziekte of stoornis kan het oordeelsvermogen van de patiënt beïnvloeden. De arts moet er dan onder meer op letten of de patiënt ervan blijk geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistente overwegingen te gebruiken. In een dergelijk geval is het aan te raden om naast de onafhankelijke consulent een of meer deskundigen, onder wie een psychiater, te raadplegen. Hun oordeel moet ook aan de commissie kenbaar worden gemaakt.
In 2011 zijn 13 meldingen binnengekomen van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een patiënt met psychiatrische problematiek. Al die meldingen zijn als zorgvuldig beoordeeld. Twee daarvan worden besproken bij zorgvuldigheidseis b (uitzichtloos en ondraaglijk lijden); zie casus 12 en 13.

Klachten van depressieve aard

Ook in dit verslagjaar zijn er meldingen binnengekomen waarbij een patiënt, naast het lijden dat hij ondervond ten gevolge van een of meer somatische aandoeningen, ook klachten had van depressieve aard. Vaak dragen deze klachten bij aan de lijdensdruk. Omdat niet is uitgesloten dat

door een depressie de wilsbekwaamheid wordt beïnvloed, wordt in geval van twijfel over de vraag of er sprake is van een depressie in de praktijk doorgaans het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consulent benaderde onafhankelijke arts. Wanneer andere artsen als deskundigen zijn geraadpleegd, moet dit aan de commissie kenbaar worden gemaakt. Overigens zij opgemerkt dat een gedrukte stemming, onder de omstandigheden waarin het euthanasieverzoek wordt gedaan, normaal is en dus op zichzelf geen teken van depressie is.

Schriftelijke wilsverklaring

Een uitgangspunt van de WTL is dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek vindt vrijwel altijd plaats in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dan dus mondeling gedaan. Een schriftelijke wilsverklaring kan volgens de wet echter ook als verzoek gelden. Deze kan het mondelinge verzoek vervangen bij die patiënten die op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is niet meer in staat zijn hun wil te uiten, mits de verklaring is opgesteld toen de patiënt nog wilsbekwaam was.
De andere zorgvuldigheidseisen zijn van overeenkomstige toepassing.
Het is raadzaam deze verklaring tijdig op te stellen, op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven, waaronder men wenst dat levensbeëindiging wordt uitgevoerd. Hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring, des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts. Deze laatste zal, evenals de consulent, immers aan de hand van het beschrevene én de actuele situatie waarin de patiënt zich bevindt – en gelet op het gehele proces dat de arts gezamenlijk met de patiënt heeft doorgemaakt – moeten afwegen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een voor de patiënt redelijk alternatief.
Zie voor gevallen waarin een schriftelijke wilsverklaring een belangrijke rol speelt, casus 4 en casus 7.

Wanneer de patiënt wél in staat is zijn wil te uiten en om levensbeëindiging kan verzoeken, dan kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan meer duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen. Een handgeschreven verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, levert doorgaans een persoonlijke, aanvullende onderbouwing op en heeft daarom meer betekenis dan een voorgedrukt formulier, zeker als de tekst in conditionele bewoordingen is gesteld.
In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld, eist de WTL geen schriftelijke wilsverklaring. In de praktijk kan de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring het beoordelingsproces achteraf weliswaar gemakkelijker maken, maar de commissies willen benadrukken dat het niet de bedoeling is om, soms nog kort voor het overlijden, onder moeilijke omstandigheden zo een verklaring te laten opstellen en daardoor onnodig druk op de betrokkenen te leggen. De arts kan zelf bijdragen aan die hiervoor genoemde duidelijkheid door in zijn journaal de wens tot levensbeëindiging van de patiënt en het daarbij behorende besluitvormingsproces van hem en zijn patiënt te documenteren. Dat is ook van belang voor waarnemers en anderen die bij de besluitvorming zijn betrokken.

Dementie

Alle in 2011 behandelde meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten bij wie een dementieel syndroom een rol speelde, 49 in totaal, zijn door de commissies als zorgvuldig beoordeeld. Het ging daarbij in verreweg de meeste gevallen om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen van verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht omdat zij de gevolgen van hun verzoek (nog) goed konden overzien. Casus 5 en 6 zijn daar illustraties van.
De commissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces van dementeren bevinden in het algemeen met extra behoedzaamheid moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging. Een arts zal het gehele ziekteproces en de overige specifieke omstandigheden bij zijn overwegingen moeten betrekken.
Naarmate het ziekteproces voortschrijdt, is het onwaarschijnlijker dat een patiënt nog in voldoende mate wilsbekwaam is. Dan zijn vroegere wilsuitingen essentieel, met name een duidelijke schriftelijke wilsverklaring die is opgesteld toen de patiënt nog wilsbekwaam was en die onmiskenbaar op de ontstane situatie van toepassing is. In een dergelijk geval zal de patiënt (anders dan wanneer de patiënt in coma is, maar vergelijkbaar met een geval waarin de patiënt afatisch is) nog steeds bepaald gedrag vertonen. De interpretatie van dat gedrag en de uitingen die daar onderdeel van uitmaken is voor de arts (en de consulent) niet gemakkelijk, maar wel van groot belang. De arts zal er in een dergelijk moeilijk geval van overtuigd moeten zijn dat de patiënt de uitvoering van de euthanasie nog steeds wenst. De consulent zal in een dergelijke situatie niet meer – zoals anders wel gebruikelijk – met de patiënt kunnen spreken en zal zich ten aanzien van de weloverwogenheid en vrijwilligheid van het verzoek moeten baseren op hetgeen hij van de arts verneemt, de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, het gedrag en de uitingen van de patiënt sedertdien en de informatie die hem door anderen, zoals naasten van de patiënt, wordt aangereikt. Hoewel het

moeilijk is in algemene zin uitspraken te doen over de vraag wanneer in deze omstandigheden tot euthanasie kan worden overgegaan, dient die mogelijkheid – gelet op de wet – niet te worden uitgesloten. Casus 7 is een voorbeeld van een dergelijke uitzonderlijke situatie.
Bij patiënten met dementie is het raadzaam dat naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld nog één of meer deskundigen worden geraadpleegd, waaronder bij voorkeur een geriater of psychiater. Naast de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, zijn de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden belangrijke aspecten bij de besluitvorming door de arts. Dat de arts in dergelijke situaties bij zijn beslissing extra behoedzaam is geweest, moet hij ook voor de commissie inzichtelijk maken.

Casus 2

Vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënt met lichte verstandelijke beperking
Oordeel: zorgvuldig

Bij een man tussen de 40 en 50 jaar met een lichte verstandelijke beperking, werd tien maanden voor overlijden een coloncarcinoom vastgesteld. Patiënt werd geopereerd, maar chemotherapie bleef achterwege vanwege comorbiditeit. Enkele maanden voor overlijden bleken een recidief en metastasen aanwezig. De behandeling met palliatieve chemotherapie werd voortijdig gestaakt wegens bijwerkingen. Er waren geen behandelopties meer voorhanden. In de laatste weken voor het overlijden bleek voortgaande progressie van het ziekteproces en namen de klachten toe.
Het lijden van patiënt werd bepaald door moeilijk te bestrijden pijn, zorgafhankelijkheid en slaapproblemen. Patiënt lag veel in bed en gebruikte met hulp van verzorgers een rolstoel voor het toiletbezoek en douchen (deze activiteiten gingen gepaard met pijn). Patiënt kon nauwelijks eten en drinken. Hij was vaak misselijk en braakte. De pijn maakte patiënt angstig en radeloos. De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar.
Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de behandelend specialisten en de arts patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten.
Enkele weken voor het overlijden had patiënt met de arts over de mogelijkheid van levensbeëindiging gesproken en de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. De arts had het euthanasieverzoek van patiënt besproken met zijn verzorgers en begeleidster. Het verzoek had patiënt nadien veelvuldig herhaald ten overstaan van de arts en bijna dagelijks besproken met de verzorgers en naasten. Patiënt had met zijn naasten zijn uitvaart tot in detail geregeld en afscheid van hen genomen. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënt zich bewust van de strekking van het verzoek en van zijn lichamelijke situatie.
Volgens het verslag van de als consulent geraadpleegde onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts, die hem enkele dagen voor het overlijden bezocht, was de patiënt bedlegerig en had hij moeilijk te bestrijden pijn. Ook kon patiënt vanwege de pijn niet goed slapen. Patiënt toonde verdriet en wanhoop, waarbij hij zijn handen om zijn hoofd klampte en zei dat hij erge hoofdpijn had. De aanwezige begeleidster gaf als toelichting dat deze handeling van patiënt een teken was dat hij moeilijk zijn gevoel kon verwoorden. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk. Volgens de consulent was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Patiënt had een duidelijk verzoek gedaan. Hij besefte het irreversibel zijn van de consequenties. Het lijden was ook in de ogen van de consulent ondraaglijk; andere mogelijkheden om het lijden te verlichten waren er niet. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Voor de commissie was het bij de behandeling van de melding nog onduidelijk in welke mate patiënt verstandelijk beperkt was. Ook vroeg de commissie zich af waarom ter ondersteu-

ning van de besluitvorming door de arts geen second opinion was gevraagd bij een ter zake deskundige, conform de Richtlijn “Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking”, in 2007 opgesteld door de NVAVG. Verder vroeg de commissie zich af of er redelijke behandelalternatieven aanwezig waren en zo ja, of deze met patiënt op een voor hem begrijpelijke wijze waren besproken. Tenslotte rees bij de commissie de vraag of de mogelijkheid tot palliatieve sedatie aanwezig was en zo ja, of deze mogelijkheid met patiënt op een voor hem begrijpelijke wijze was besproken.
In zijn schriftelijke toelichting liet de arts weten dat patiënt een lichte verstandelijke beperking had. Hij was tot op zekere hoogte in staat geweest zichzelf in de maatschappij te handhaven; hij woonde zelfstandig en werkte overdag in een sociale werkplaats. Hij kon lezen, schrijven, zelfstandig boodschappen doen en regelde zelf zijn medicatie. Patiënt was altijd goed georiënteerd geweest in tijd, plaats en persoon. Patiënt kreeg begeleiding met zijn financiën, agendabeheer en vervoer naar het ziekenhuis. Patiënt was iemand waarmee op normale – maar niet al te diepzinnige – wijze te communiceren viel.
In antwoord op de vraag waarom de arts in het licht van de genoemde Richtlijn niet een second opinion had aangevraagd vermeldde de arts dat er voor gesprekken met patiënt twee keer zoveel tijd als gebruikelijk werd uitgetrokken, waarbij voor hem geen onduidelijkheden waren gerezen. Gelet op de vrijwel normale communicatie die met patiënt mogelijk was, had de arts – nadat hij had kennisgenomen van de inhoud van de Richtlijn – terugblikkend geen behoefte gehad aan nadere ondersteuning bij de besluitvorming door raadpleging van een ter zake deskundige.
Het weloverwogen tegen elkaar afwegen van behandelalternatieven was volgens de arts niet aan de orde geweest omdat er geen behandelalternatieven waren. Het ziekteproces was met patiënt en zijn begeleiders doorgenomen. Ook was het beleid besproken met de naasten.
Op de vraag of de mogelijkheid tot palliatieve sedatie aanwezig was en zo ja, of deze mogelijkheid met patiëne was besproken op een voor hem begrijpelijke wijze, liet de arts weten dat patiënt van meet af aan stellig was geweest in zijn wens voor euthanasie en geen sedatietraject wilde.
De commissie oordeelde dat de arts, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, tot het oordeel kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënt, en dat ook voor het overige aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Casus 3

Vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte met afasie
Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, was bekend met hypertensie en een (pre-)dementiële achteruitgang. In verband met algehele zwakte, koorts en een urineweginfectie werd zij opgenomen in het ziekenhuis. Tijdens haar verblijf in het ziekenhuis kreeg patiënte een groot CVA, waarna er sprake was van een linkszijdige verlamming en van afasie. De behandelend neuroloog gaf aan dat haar prognose infaust was en adviseerde therapie en voeding te stoppen. Patiënte was wisselend subcomateus en licht helder. Communicatie was slechts mogelijk met ja/nee antwoorden. Patiënte heeft haar familie en omgeving duidelijk kunnen maken dat zij zo niet verder wilde. Patiënte droeg ook een “niet reanimeren”-plaatje om haar hals en bij herhaling wilde zij dit plaatje laten zien.
De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit linkszijdige verlamming en afasie. Er was geen enkel uitzicht op herstel en haar situatie was uitzichtloos. Patiënte had tegenover de arts altijd aangegeven dat een dergelijke toestand, door patiënte verwoord als ‘het leven als een kasplant’, voor haar een ondraaglijk lijden zou betekenen. De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was. Behalve de al genomen

palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat patiënte voldoende was voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.
Ruim een half jaar voor haar overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Kort daarna heeft zij de arts een schriftelijke wilsverklaring, een behandelverbod en een volmacht ter hand gesteld. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere gesprekken hierover gehad. Een dag voor het overlijden heeft de echtgenoot van patiënte de arts voor het eerst concreet om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Op de dag van de levensbeëindiging heeft patiënte tegenover de arts met gebaren aangegeven dat zij niet meer wilde leven. Er was een recente schriftelijke wilsverklaring aanwezig.
Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en haar lichamelijke situatie.
De geraadpleegd consulent, een onafhankelijke niet meer praktiserende huisarts, tevens SCEN-arts, bezocht patiënte op de dag van de levensbeëindiging. Zij leek in diepe slaap. Er begonnen wat decubitusplekken te ontstaan en sinds twee dagen had er geen intake van voedsel en vocht meer plaatsgevonden. Hoewel patiënte de ogen gesloten hield, was het wel mogelijk enige reactie te krijgen op krachtig toespreken en door middel van in de hand knijpen een “ja” of “nee” te krijgen op vragen. Hierbij gaf patiënte te kennen zo niet meer verder te willen. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënte vooral bepaald door het feit dat zij volledig afhankelijk was geworden en haar situatie uitzichtloos was, terwijl patiënte in haar schriftelijke wilsverklaring en eerder ook mondeling tegenover haar arts, haar echtgenoot en haar kinderen had aangegeven dat een dergelijke toestand voor haar een ondraaglijk lijden zou betekenen. Alhoewel de communicatie moeizaam verliep, maakte patiënte de indruk haar beslissing weloverwogen te hebben genomen. Volgens de consulent was het lijden uitzichtloos en ondraaglijk en was ook overigens aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.
Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering vroeg de commissie zich in de eerste plaats af in hoeverre patiënte op de dag van de levensbeëindiging nog in staat was haar wil te bepalen. In de tweede plaats vroeg de commissie zich af in hoeverre de arts en consulent in deze casus hadden gehandeld onder druk van de familie. De laatste vraag was of er bij patiënte sprake was geweest van ondraaglijk lijden nu de consulent in zijn consultatieverslag expliciet vermeld had dat patiënte niet de indruk maakte lichamelijk te lijden. Van de consulent ontving de commissie een schriftelijke toelichting; de arts werd voor een gesprek uitgenodigd.
De arts vertelde dat hij meerdere gesprekken had gevoerd met patiënte over euthanasie. De eerste keer vond patiënte dat dit helemaal niet aan de orde was en dat het prima met haar ging. Dat was vóórdat zij haar schriftelijke verklaring had opgemaakt. Nadat de arts de schriftelijke verklaring had ontvangen heeft hij haar verzoek met haar besproken en patiënte gaf toen aan dat zij te zijner tijd euthanasie wilde. Op dat moment kon patiënte haar wil nog goed bepalen. Het was wel zo dat zij minder lucide momenten had, zij wist bijvoorbeeld soms niet meer welke dag het was, maar zij was zeker nog wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek.
Daarna is haar euthanasieverklaring niet meer zo aan de orde geweest: patiënte had haar zaken immers al geregeld.
Een half jaar nadat de euthanasieverklaring was getekend ging het lichamelijk fout met patiënte. Zij braakte en at niet meer en ging hard achteruit. Zij had al last van hypertensie, waarvoor zij medicatie kreeg, en een (pre-)dementiële achteruitgang en daar kwam dit nog bij. Tijdens de opname in het ziekenhuis kreeg zij een groot CVA; dat veroorzaakte zoveel invaliditeit en de prognose was zo infaust dat besloten werd een abstinerend beleid te voeren. De prognose was dat zij binnen een paar dagen zou overlijden, maar dat gebeurde niet.
Drie dagen na het CVA is de arts naar het ziekenhuis gegaan om te beoordelen hoe uitzichtloos haar situatie was en hoe groot haar lijden was. Toen de arts bij patiënte kwam, kon zij

alleen nog maar 'ja' knikken. Zij keek de arts smekend aan, alsof zij wilde zeggen: "Waar blijf jij nou?". Volgens de arts had patiënte heel goed in de gaten wat er met haar aan de hand was en zag zij de arts als haar reddende engel. Patiënte was wakker en volgde de arts met haar ogen. Als haar echtgenoot sprak, keek zij naar haar echtgenoot en als de arts sprak, keek zij naar hem. Volgens de arts was patiënte in staat haar wil te bepalen en wilsbekwaam. Patiënte was ook communicatievaardig. Zij beantwoordde een vraag met "ja" door te knikken en verder mompelde zij af en toe "ja". Ook haar sprekende ogen maakten de arts duidelijk wat zij wilde zeggen.
De arts heeft aan patiënte gevraagd of zij wilde sterven. De arts heeft haar ook bij herhaling letterlijk de vraag gesteld of zij euthanasie wilde. Patiënte heeft daarop telkens "ja" geknikt.
De arts heeft haar drie kwartier bezocht. Het eerste kwartier in aanwezigheid van haar echtgenoot, daarna een kwartier alleen met patiënte en daarna waren haar kinderen en verpleegkundigen nog bij het gesprek aanwezig. Iedereen was het er mee eens dat die dag de euthanasie zou plaatsvinden als de SCEN-arts zou concluderen dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De familie van patiënte heeft absoluut geen druk uitgeoefend om tot euthanasie over te gaan.
De dochter, die uit Amerika was overgekomen, heeft de arts wel de vraag gesteld hoe lang hij zou wachten met het uitvoeren van de euthanasie als er een indicatie was om daartoe over te gaan.
Het ondraaglijk lijden van patiënte bestond uit onmacht, uitzichtloosheid, halfzijdige verlamming en afasie/niet meer kunnen praten. Of patiënte ook pijn had, weet de arts niet: zij had al wel een doorligplek. Patiënte wist dat zij dood zou gaan. Met name de uitzichtloosheid van het lijden, het feit dat er geen enkel uitzicht op herstel was, was iets dat patiënte absoluut niet wilde.
Het door de arts uit de non verbale communicatie van patiënte afgeleide lijden was zo groot dat er zijns inziens sprake was van een ondraaglijk lijden. In het ziekenhuis deed patiënte duidelijk een beroep op de arts. De arts heeft dat uitgelegd als: "dit hebben wij toch afgesproken, nu ben jij er en dit wil ik niet meer, help mij".
In zijn schriftelijke toelichting gaf de consulent aan dat, gezien haar reactie op zijn vragen, de patiënte hem goed begreep. Zij gaf zeer consequent bij herhaling van de vragen dezelfde signalen af door middel van in de hand knijpen. Op de vraag of zij pijn leed, kreeg hij geen bevestigend antwoord, hetgeen ondanks haar hulpeloze toestand en haar decubitusplekken niet vreemd was, omdat patiënte morfine kreeg toegediend. De opmerking in zijn verslag dat patiënte niet lichamelijk zou lijden, betrof voornamelijk de pijn, doch het was de consulent zeer duidelijk dat zij haar hulpeloze en uitzichtloze situatie absoluut als ondraaglijk ervoer. Dat patiënte leed onder haar toestand werd door haar duidelijk aangegeven en er bestond bij de consulent geen enkele twijfel dat zij zo niet meer verder kon en wilde.
Omdat de communicatie tussen patiënte en de consulent verbaal slechts een eenrichtingsverkeer was, heeft de consulent naast overleg met de arts en de specialist ook met de familie gesproken. Hoewel de familie achter de wens van patiënte stond en hoopte dat zij niet lang hoefde te lijden, was er geen sprake van enige dwang of druk van de familie.
De consulent merkte op dat het niet makkelijk is om de indrukken en de sfeer tijdens een consultatie in woorden te vatten; de gelaatsuitdrukking en de gebaren van een patiënt geven belangrijke informatie. Bij deze patiënte was de consulent, ondanks de niet makkelijke communicatie, er van overtuigd dat het genoeg was voor haar.
Door zijn mondelinge toelichting heeft de arts aannemelijk gemaakt dat patiënte ten tijde van de ondertekening van haar wilsverklaring wilsbekwaam was en op de dag van de levensbeëindiging heel goed wist waar het om ging en nog in staat was haar wil te bepalen, toen zij op de herhaalde vraag van de arts of zij euthanasie wilde telkens "ja" knikte. Voorts is duidelijk geworden dat de familie van patiënte absoluut geen druk heeft uitgeoefend op de arts om tot euthanasie over te gaan. Gelet op deze feiten en omstandigheden, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en

weloverwogen verzoek van patiënte. De arts vond dat hij zijn belofte aan patiënte moest nakomen, te weten dat hij het leven van patiënte zou beëindigen door middel van euthanasie als zij in een toestand zou komen te verkeren van hulpeloosheid en machteloosheid, waarbij sprake was van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden. In die toestand verkeerde patiënte toen de arts haar in het ziekenhuis bezocht. Naar het oordeel van de commissie is de arts tot de overtuiging kunnen komen dat patiënte nadrukkelijk euthanasie wilde en dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Casus 4

Palliatieve sedatie voorafgaand aan euthanasie; geraadpleegde consulent kon niet meer met patiënte spreken; belangrijke rol schriftelijke wilsverklaring
Oordeel: zorgvuldig

Bij een vrouw van bijna 80 jaar, werd vijf maanden voor het overlijden een mesothelioom vastgesteld. Er bleken tevens lymfekliermetastasen en een wervelmetastase aanwezig. Genezing was niet mogelijk. Zij werd behandeld met chemotherapie en radiotherapie. Desondanks ging zij verder achteruit. Zij kreeg uitgebreide medicatie ter bestrijding van pijn. Enkele dagen voor het overlijden verslechterde haar toestand snel. Zij had onhoudbare pijnklachten en forse hoestbuien, moest braken en gaf daarbij bloed op. Patiënte werd in het weekend door een dienstdoend huisarts gesedeerd met Dormicum en morfine. Ondanks de sedatie was zij onrustig; zij transpireerde hevig en had last van slijmvorming en kortademigheid.
De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar. Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de specialist en de arts patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.
Geruime tijd voor het overlijden, direct na het bekend worden van de diagnose, had patiënte met de arts over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek gesproken. Nadien had patiënte hierover meerdere gesprekken met de arts gevoerd. Patiënte had duidelijk aangegeven geen pijn te willen hebben en waardig te willen sterven. Drie dagen voor het overlijden, toen de toestand van patiënte snel achteruitging, was de weekendarts begonnen met het palliatief sederen van patiënte. Toen de arts na het weekend patiënte bezocht, was patiënte niet meer bij bewustzijn. Voor haar familie en de arts was het duidelijk dat patiënte zich in een toestand bevond die zij, gezien haar uitgesproken wens om waardig te overlijden, nooit gewild had. Een schriftelijke wilsverklaring was aanwezig.
Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte, toen zij drie dagen voor het overlijden tegenover de weekendarts haar wens uitspraak niet verder te willen lijden, zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.
De consulent, een onafhankelijk huisarts tevens SCEN arts, bezocht patiënte een dag voor het overlijden. Zij was niet aanspreekbaar en reageerde niet op toegediende pijnprikkels. Ondanks de sedatie was zij soms onrustig, was er sprake van fors transpireren en had zij een onregelmatige soms rochelende ademhaling, waarbij er, vanwege eerder bloed opgeven, nu nog kans op verstikking bestond. De echtgenoot van patiënte gaf aan dat patiënte dit nooit had gewild en hoopte dat haar lijden via de door haar gewenste euthanasie spoedig stopte. De kinderen waren het met hem eens. De consulent stelde vast dat patiënte een vrijwillige euthanasiewens had bij een uitzichtloos en ondraaglijk lijden en was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Bij de behandeling van de melding rezen er bij de commissie verschillende vragen rondom de euthanasiewens van patiënte die nog onvoldoende beantwoord waren. Zo had de arts met de patiënte en haar familie over euthanasie en palliatieve sedatie gesproken. De commissie

wilde graag weten wat hierover precies was besproken. Omdat in de schriftelijke wilsverklaring van patiënte niet expliciet over euthanasie werd gesproken wilde de commissie graag van de arts weten hoe deze verklaring zich verhield tot een eventuele euthanasiewens. Ook was uit de stukken niet duidelijk of de weekendarts met patiënte over palliatieve sedatie had gesproken en of patiënte had toegestemd om in gesedeerde toestand euthanasie te krijgen.
In zijn schriftelijke toelichting gaf de arts aan dat hij vier en een halve maand voor het overlijden voor het eerst een uitgebreid gesprek met patiënte en haar echtgenoot had gevoerd. Patiënte had veel pijn op dat moment en dat was voor haar ondraaglijk. Patiënte gaf aan dat het leven op deze manier niets waard was en sprak voor het eerst haar wens tot euthanasie uit voor het geval de klachten zo heftig zouden blijven. De arts vertelde haar dat onmenselijk lijden niet nodig was en dat hij open stond voor een eventuele euthanasie als het niet zou lukken om haar lijden te verminderen. Ook besprak hij met patiënte de mogelijkheid dat bij een naderend levenseinde palliatieve sedatie kon worden gestart. Tot vlak voor haar dood had de arts bij de vele visites zeer regelmatig gesprekken met patiënte gehad over wat voor haar ondraaglijk lijden was en hoe zij haar levenseinde zag.
Ruim twee en een halve maand voor het overlijden ontving de arts de wilsverklaring van patiënte. Hierna was haar euthanasiewens weer besproken. Daarbij had patiënte verklaard dat zij naast heftige pijn of benauwdheid ook een toestand waarin zij haar waardigheid zou verliezen als ondraaglijk beschouwde. In de maanden daarna hadden patiënte, haar echtgenoot en de arts steeds geworsteld met de vraag of het leven voor patiënte nog menswaardig was of dat er sprake was van ondraaglijk lijden.
Vier dagen voor het overlijden van de toen al verzwakte patiënte had de arts nogmaals met haar gesproken over haar euthanasiewens. Op dat moment waren er volgens patiënte nog korte momenten die de moeite van het leven waard waren. De volgende dag echter, het begin van het weekend, sloeg de balans de andere kant op en wilde patiënte niet meer verder leven en wilde zij niet meer lijden toen zij meer pijn kreeg, ging braken, bloed opgaf, benauwd werd en niet meer kon slikken.
In de schriftelijke wilsverklaring van patiënte stond onder a. opgenomen dat zij geen levensverlengende technieken wilde ondergaan, maar dat zij wilde sterven onder voortzetting van verzachtende behandelingen. De arts gaf aan dat hij deze wens als de wens tot palliatieve sedatie interpreteerde. Drie dagen voor overlijden werd de palliatieve sedatie door de weekendarts gestart. De dag daarop werd patiënte tot tweemaal toe wat meer wakker. Nog een dag later raakte zij vol, ging zij rochelen en werd zij kortademig. Naar de mening van de arts en de familie van patiënte werd daarmee onderdeel b. van de schriftelijke wilsverklaring van patiënte van toepassing. Hierin verzocht patiënte om in het geval een verzachtende behandeling niet voldeed, een andere mogelijkheid te gebruiken die tot een goede dood zou leiden. Volgens de arts kon deze wens in samenhang met het besprokene met haar niet anders worden uitgelegd dan een verzoek om euthanasie. In deze opvatting werd de arts gesteund door de SCEN-arts.
Voor wat betreft het vrijwillig en weloverwogen verzoek oordeelde de commissie als volgt. Nu patiënte vlak voor haar overlijden – onder invloed van de ingezette sedatie – niet meer in staat was haar wens te bekrachtigen, is de commissie van oordeel dat de schriftelijke verklaring van patiënte moest worden gevolgd. Omdat de sedatie, de onder a) geuite wens, niet tot een menswaardige dood had geleid, werd – aldus de arts in zijn toelichting – de onder b) geuite wens van toepassing, d.w.z. het gebruik maken van andere mogelijkheden die tot een goede dood zouden leiden.
Uit de nadere toelichting van de arts leidt de commissie af dat de arts meermalen met patiënte haar wensen had besproken en dat patiënte daarbij uitdrukkelijk de wens had geuit tot euthanasie over te gaan in een situatie zoals die waarin zij zich op dat moment bevond. Nu patiënte, tegen haar verwachting in, niet overleed tijdens de palliatieve sedatie, maar – kort samengevat – in voor haar mensonwaardige omstandigheden lag te wachten op de dood, kon naar het oordeel van de commissie, op basis van de wilsverklaring en de informatie van de arts en de consulent, ook gelet op de door de arts beschreven persoonlijkheid van

patiënte, worden aangenomen dat zij voortzetting van de palliatieve sedatie op deze wijze (en zonder het beoogde resultaat) niet wenste, waardoor haar verzoek om euthanasie actueel werd. In deze omstandigheden was de onder b) geuite wens niet voor andere uitleg vatbaar dan als een wens tot euthanasie.
Ten aanzien van het lijden van de patiënte is de commissie in het algemeen van oordeel dat, indien een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn is geraakt, het verzoek om euthanasie ingewilligd kan worden voor zover sprake is van een voor patiënt ondraaglijk lijden. Voor de commissie staat vast dat er bij patiënte sprake was van een ondraaglijk lijden op het moment dat de weekendarts startte met de palliatieve sedatie. Door het toedienen van de medicatie in dat kader is patiënte in een toestand van verlaagd bewustzijn geraakt. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts aannemelijk gemaakt dat de patiënte in die toestand waarneembare tekenen van lijden (onrust, rochelen, transpireren) vertoonde toen de arts haar na het weekend bezocht. Ook in een situatie waarin het ondraaglijk lijden niet (meer) wordt ervaren door een reversibel verlaagd bewustzijn, kan tot euthanasie worden overgegaan indien patiënte verkeert in een situatie die zij in eerdere gesprekken en/of schriftelijke wilsverklaring heeft aangeduid als een onwaardige situatie waarin zij euthanasie zou willen. Euthanasie is in dat geval toegestaan omdat het inhumaan wordt geacht iemand uit een reversibel verlaagd bewustzijn te laten ontwaken om hem zijn ondraaglijk lijden te laten herbevestigen.
Tegen deze achtergrond is de commissie van oordeel dat de arts tot euthanasie mocht overgaan, zowel omdat patiënte waarneembare tekenen van lijden vertoonde als ook omdat zij in een toestand verkeerde die zij eerder, onder meer in haar wilsverklaring, had aangemerkt als een situatie waarin zij om euthanasie zou vragen.
Voor wat betreft het consult overweegt de commissie dat voor een zorgvuldig consult uitgangspunt is dat de consulent een patiënt dient te spreken, bij voorkeur ook onder vier ogen, teneinde zich een mening te kunnen vormen over de zorgvuldigheidseisen. Is dat niet meer mogelijk omdat er sprake is van een toestand van verlaagd bewustzijn, dan dient de consulent de patiënt te zien en zich aan de hand van feiten en omstandigheden een oordeel te vormen.
In de onderhavige casus heeft de consulent patiënte bezocht en gezien, maar kon hij niet meer met haar communiceren. Hij heeft toen gesprekken gevoerd met de arts en kennis genomen van het medisch dossier en van de wilsverklaring van patiënte. Hij heeft ook met de echtgenoot en de kinderen van patiënte gesproken. De commissie is van oordeel dat de consulent in bedoelde gesprekken en verkregen informatie, in onderling (tijds)verband en samenhang bezien, compensatie heeft kunnen vinden voor het niet kunnen spreken met patiënte en zich hiermee een oordeel heeft kunnen vormen over de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van de euthanasiewens van patiënte alsmede over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van haar lijden. Het zou inhumaan zijn geweest om patiënte te laten ontwaken met als enige doel de consulent in staat te stellen met patiënte te communiceren.

Dementie

De casus 5, 6, en 7 zijn voorbeelden van meldingen die betrekking hebben op patiënten lijdend aan dementie. In dergelijke gevallen blijkt de arts extra aandacht te schenken aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en aan de ondraaglijkheid van het lijden.

Casus 5

Vrijwillig en weloverwogen verzoek bij patiënte met dementieel syndroom
Oordeel: zorgvuldig

Een vrouw van tegen de 70, kreeg een jaar voor het overlijden geheugenproblemen. Bij cognitieve screening werden geheugenstoornissen, een slechte inprenting en uitgestelde herinnering gezien in combinatie met traagheid en moeite met constructief tekenen. De diagnose luidde: een dementieel syndroom met aanwijzingen voor Alzheimer en vasculaire witte stofschade. Er waren geen behandelopties voorhanden. Vier maanden voor het overlijden onderging patiënte een heupoperatie waarna zij een delier doormaakte. Sindsdien was er sprake van een snelle progressie van het ziekteproces. Het lijden van patiënte werd bepaald door het niet meer zelfstandig kunnen functioneren, het niet te behandelen cognitieve verval en het kwijtraken van de controle over haar geest. Zij verloor haar persoonlijkheid en de grip op de realiteit. Zij wilde niet verder aftakelen en wachten tot zij geen besef van haar ziekte meer had. Deze situatie tezamen met de reële angst op termijn haar wil niet meer te kunnen bepalen, maakte dat patiënte haar lijden als ondraaglijk ervoer.
De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar. Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de specialist en de arts patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.
Een maand voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over hulp bij zelfdoding gesproken en hem direct concreet om de uitvoering ervan gevraagd. Dat verzoek heeft zij daarna nog diverse keren herhaald. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.
De arts raadpleegde als consulent twee onafhankelijke artsen, een huisarts, tevens SCEN-arts, en een psychiater. De arts nam eerst contact op met de SCEN-arts. Toen deze hoorde dat het ging om een verzoek om hulp bij zelfdoding van een dementiepatiënte adviseerde hij de arts ook nog een psychiater te raadplegen in verband met de mogelijke achteruitgang van haar wilsbekwaamheid.
Volgens de psychiater, die patiënte enkele weken voor het overlijden bezocht, had patiënte stoornissen in meerdere cognitieve domeinen, zoals woordvindproblemen en moeite met het begrip van complexe vragen en instructies. Toch slaagde zij er goed in om de psychiater duidelijk te maken dat zij leed aan een dementieel beeld en dat zij na het delier fors verslechterd was. Patiënte gaf aan dat zij euthanasie wilde omdat zij geen reëel leven meer kon leiden als zij niet meer kon beschikken over haar verstand. Het feit dat zij niet meer als persoon, met haar persoonlijke kenmerken en volgens haar waarden, kon leven was voor haar een ondraaglijk vooruitzicht. Patiënte begreep tijdens het gesprek goed wat dementie was en wat de consequenties van de ziekte waren en kon daarover rationeel spreken. De psychiater achtte patiënte na onderzoek wilsbekwaam inzake haar euthanasieverzoek.
Blijkens het verslag van de geconsulteerde SCEN-arts was de aandacht van patiënte uitstekend en kwam zij in het algemeen zelfverzekerd en goed uit haar woorden. Zij vertelde de SCEN-arts dat de dementie haars inziens de laatste weken en zeker na het delier snel was verergerd. Daarom had zij de huisarts om euthanasie verzocht. Patiënte was verdrietig; zij hechtte zeer aan haar autonomie en vond het verschrikkelijk om te ervaren dat zij nog zo slecht de controle over haar geest had. Zij werd in haar ogen langzaam gestript van de werkelijkheid en ervoer dit als een ramp. Zij wilde deze aftakeling niet verder meemaken of afwachten en vond het een verschrikkelijk vooruitzicht om straks nergens meer weet van te hebben. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.
Volgens de consulent was het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen en was er sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Voor het overige was er eveneens zorgvuldig gehandeld.

Casus 6

Vrijwillig en weloverwogen verzoek bij een patiënt met Lewy Body dementie
Oordeel: zorgvuldig

Bij een man tussen de 50 en 60 jaar ontstonden de laatste jaren voor overlijden geheugenproblemen. Twee jaar geleden werd bij hem de diagnose Lewy Body dementie gesteld, waarvan geen genezing mogelijk is. Deze diagnose werd een half jaar later bevestigd in het kader van een door de arts aangevraagde second opinion. Ondanks pogingen om het proces te remmen gingen de cognitieve functies van patiënt toenemend achteruit en kreeg hij last van bewegingsonrust en hallucinaties, waardoor hij slecht sliep. Patiënt leed onder het bewust meemaken van zijn eigen aftakelingsproces, dat bestond uit een progressieve achteruitgang van cognitieve functies, zeer levendige visuele hallucinaties en continue ernstige bewegingsonrust. Tevens leed patiënt onder de wetenschap dat zijn situatie alleen maar verder zou verslechteren waardoor hij mogelijk in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk, hetgeen voor de arts invoelbaar was. De uitzichtloosheid van het lijden was evident.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de behandelende specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten.
Twee maanden voor het overlijden heeft patiënt met de arts besproken onder welke omstandigheden hij euthanasie wenste. Sindsdien hebben de arts en patiënt meerdere gesprekken hierover gevoerd. Enkele dagen voor het overlijden heeft patiënt de arts concreet om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht en dat verzoek vervolgens diverse malen herhaald. Er waren schriftelijke wilsverklaringen aanwezig.
De door de arts geraadpleegde consulent (een onafhankelijke specialist, tevens SCEN-arts) bezocht patiënt twee weken voor zijn overlijden. Volgens haar verslag maakte de patiënt een oude indruk, reageerde hij traag, sprak hij met wat hakkelen en maakte hij aanvankelijk kort oogcontact. Rusteloosheid en spanning waren merkbaar aanwezig. Op aanwijzen van zijn echtgenote ging patiënt op de bank zitten. In het gesprek gaf patiënt op heldere wijze aan dat het ziektebeeld op zijn leeftijd bij hem veel onzekerheid en verdriet had veroorzaakt. Hij wist dat de dementie zijn levensloop ernstig bepaalde en dat er geen enkele behandeling bestond om met enige waardigheid nog een beetje ouder te worden. Hij wilde de regie in zijn ziekteproces behouden en had zijn wens daarover gedicteerd aan zijn vrouw, die deze vervolgens voor hem had opgeschreven. Hij was zich bewust van de veranderingen in zijn denkvermogen en van de beperkingen die waren ontstaan zoals het niet meer kunnen werken, autorijden en motorrijden. Deze beperkingen in denken en doen zouden alleen maar toenemen. Hij wilde absoluut niet worden opgenomen in een verpleeghuis of andere instelling en hij wist dat het moment van zo'n opname aan het naderen was. Hij wilde evenmin dat hij zijn vrouw en kinderen niet meer zou herkennen. Hij kreeg steeds meer last van impulsdoorbraken als gevolg van zijn dementiesyndroom, waarvoor hij gecorrigeerd moest worden door zijn echtgenote. Hij wist dat deze uitingen alleen maar erger zouden worden en ervoer dat als mensonterend.
Volgens de consulent had patiënt een duidelijke mening over het moment waarop hij euthanasie wenste en had patiënt daarover uitvoerig met de arts en zijn naaste familieleden gesproken. Patiënt was gedurende het gesprek wilsbekwaam. Zijn wens was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.
Volgens de consulent was het ziektebeeld van patiënt onbehandelbaar en bevond patiënt zich al in een fase waarin het leven bijna niet meer menswaardig was. Het lijden van patiënt was invoelbaar ondraaglijk vanwege diens lijden onder lichamelijke aftakeling, angsten en hallucinaties met de wetenschap dat verdere aftakeling, verval van denkvermogen en gedragsverandering alleen maar erger zouden worden.
De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan op het moment

dat patiënt om daadwerkelijke uitvoering zou verzoeken. Mocht de euthanasie niet binnen een periode van zes weken worden uitgevoerd, zou opnieuw overleg met een consulent moeten plaats vinden.
De commissie overwoog bij de beoordeling van deze casus dat bij patiënten die zich in een proces van dementie bevinden met grotere behoedzaamheid moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging. Twijfel kan immers bestaan over de vraag of een patiënt die aan dementie lijdt wilsbekwaam is en of het verzoek van een dergelijke patiënt vrijwillig en weloverwogen is. Ook is de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden. De commissie was van mening dat de arts in dit geval voldoende behoedzaam te werk is gegaan. In het dossier is een uitgebreide, door patiënt gedicteerde verklaring aanwezig, waarin patiënt zijn lijden en zijn wensen had beschreven. Uit het journaal blijkt dat patiënt gedurende een langere tijd een euthanasiewens had in geval van ondraaglijk lijden en dat zijn wens uiteindelijk actueel was geworden vanwege een als ondraaglijk ervaren lijden. Uit het journaal bleek tevens dat patiënt georiënteerd bleef in tijd, plaats en persoon. De geraadpleegde onafhankelijke consulent kwam na overleg met de arts, inzage in schriftelijke relevante documentatie en een uitvoerig gesprek met patiënt eveneens tot de conclusie dat er geen twijfel bestond over de ondraaglijkheid van het lijden en de wilsbekwaamheid van patiënt. Bovendien was de consulent – mede gelet op haar specialisatie (ouderengeneeskunde) – volgens de commissie voldoende bekwaam om dit vast te stellen.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden kwam de commissie tot de conclusie dat de arts conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 7

Euthanasie bij patiënte met dementie die bij de uitvoering niet meer of verminderd wilsbekwaam was; belang van aanwezigheid schriftelijke wilsverklaring
Oordeel: zorgvuldig

Bij een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, werd zeven jaar voor haar overlijden de ziekte van Alzheimer gediagnosticeerd. Na het stellen van de diagnose bleef het ziektebeeld ruim vijf jaar redelijk stabiel en patiënte kon nog min of meer zelfstandig in haar gezin blijven functioneren. Patiënte besefte goed dat zij aan een ziekte van haar brein leed, die haar in de toekomst steeds verder geestelijk zou verwarren en doen aftakelen. Zij vond het vooruitzicht haar onafhankelijkheid te verliezen en haar gezinsleden niet meer te herkennen verschrikkelijk. Ook het vooruitzicht van plaatsing in een verpleegtehuis (waar zij zelf als verzorgende had gewerkt) was een nachtmerrie.
Twee jaar voor haar overlijden kreeg patiënte een epileptisch insult waardoor het dementeringsproces verder voortschreed. In de laatste maanden voor het overlijden verliep de progressie van de ziekte bijzonder snel en werd patiënte toenemend angstig en onrustig. Zij gaf zelf aan dat zij chaos voelde in haar hoofd en dat zij het gevoel had in een vreemd lichaam te zitten. Patiënte was vaak verdrietig en boos; zij huilde veel en vertoonde dwangmatig en stereotiep gedrag. Er was 24-uurs toezicht nodig. Patiënte herkende haar man en kinderen vaak niet meer; haar hele bestaan kwam op losse schroeven te staan. Zij bleef zeer consistent in het afwijzen van opname in het verpleeghuis. Zij raakte door een gesprek hierover telkens volledig van de kaart en bleef daarna uren hangen in verdriet.
Door neurologisch en psychogeriatrisch onderzoek werd de verslechtering van het dementeringsproces bevestigd. Volgens de behandelend neuroloog was geen sprake van een onderliggende depressie. Het lijden van patiënte werd bepaald door geestelijke achteruitgang en toenemende afhankelijkheid waardoor opname in een verpleeghuis onvermijdelijk werd.
De arts was overtuigd van de ondraaglijkheid van dat lijden, en er waren geen mogelijkheden meer om het te verlichten.

Patiënte had zeven jaar voor het overlijden, na het bekend worden van de diagnose, met de arts in algemene zin over euthanasie gesproken. Een jaar daarna werd op initiatief van patiënte een bijeenkomst belegd waarbij patiënte en haar gezin, de behandelende psycholoog en de arts aanwezig waren. Er werd toen zeer uitgebreid gesproken over de euthanasiewens van patiënte in de toekomst. Er werd toen afgesproken dat patiënte, indien zij er nog zo over dacht, haar wens in de komende jaren met regelmaat zou herhalen en toelichten.
Twee jaar voor het overlijden werd naar aanleiding van het epileptisch insult, waardoor de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens overigens niet werd beïnvloed, het euthanasieverzoek in overleg met alle betrokkenen geactualiseerd. Patiënte kon nog steeds helder verwoorden wat zij wilde en waarom zij dit verzoek deed. Patiënte maakte tot een half jaar voor overlijden regelmatig aan de arts duidelijk dat zij actieve beëindiging van haar leven wenste zodra opname in een verpleeghuis onontkoombaar was. Zij was zich er zeer van bewust dat zij dan haar gezin zou moeten verlaten en dat wilde zij niet. Ook wilde zij sterven voordat zij haar gezinsleden niet meer zou herkennen. Patiënte werd in haar wens gesteund door haar gezin.
Daarna verslechterde het dementiebeeld plotseling aanzienlijk. De wilsbekwaamheid nam af en patiënte was slechts bij vlagen goed en helder. Zij herinnerde zich alleen nog maar delen van haar euthanasieverzoek en kon haar verzoek niet meer beargumenteerd onderbouwen. Patiënte gaf wel in elk gesprek met de arts over haar ziekte aan dat zij liever wenste te sterven dan in een verpleeghuis te worden opgenomen. Patiënte herhaalde dit tot aan de uitvoering van de euthanasie. Er was een uitvoerige schriftelijke wilsverklaring aanwezig waarin patiënte had aangegeven onder welke omstandigheden zij niet meer verder wilde leven.
De arts raadpleegde twee consulenten. Blijkens het verslag van de eerste consulent (een onafhankelijk huisarts die haar vier maanden voor haar overlijden bezocht) kon patiënte met enige moeite nog op de namen van haar kinderen komen. Zij wist niet meer waar haar kinderen woonden. Wanneer over haar ziekte werd gesproken, werd patiënte erg verdrietig. Toen opname in het verpleeghuis ter sprake werd gebracht, gaf patiënte duidelijk aan dat niet te willen. Later in het gesprek werden de antwoorden van patiënte minder consistent.
De eerste consulent was op basis van het snel verslechterende beeld als gevolg van de ziekte van Alzheimer overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden. Er waren geen reële alternatieve behandelmogelijkheden om het lijden te verlichten.
De ondraaglijkheid van het lijden bleek uit de door patiënte getoonde emoties maar kon niet meer door patiënte onder woorden worden gebracht. Uit de context, de wilsverklaring en de gespreksverslagen werd duidelijk dat op het moment van het tekenen van de wilsverklaring zeer waarschijnlijk sprake was van een vrijwillig genomen en weloverwogen beslissing. Ten tijde van de consultatie was patiënte niet in staat haar verzoek te herhalen. De eerste consulent kon zich niet vergewissen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en was daarom van mening dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De tweede consulent (ook een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts) bezocht patiënte ruim twee weken voor het overlijden; zij was op de hoogte van het verslag van de eerste consulent. Blijkens haar verslag was patiënte aanvankelijk rustig; daarna sloeg de stemming van patiënte om en werd zij verdrietig en boos. Patiënte huilde en riep; “Ik wil hier niet weg, ik wil niet helemaal dement worden.” Ook maakte zij duidelijk niet naar een verpleeghuis te willen. Gedurende het gesprek van anderhalf uur maakte patiënte voornamelijk een ongelukkige, verdrietige indruk. Patiënte was bang voor de chaos in haar hoofd, bang om niets meer te weten. Zij had zelf last van haar dwangmatige gedrag en had het gevoel in een vreemd lichaam te zitten. Haar omgeving gaf aan dat patiënte steeds moeilijker uit verdrietige en boze periodes te halen viel.
Door de grote gaten in het geheugen van patiënte waren de finesses van het euthanasieverzoek, dat zo goed en uitgebreid was voorbereid, voor haar verdwenen. Wel was in haar geheugen gegrift dat zij niet in het verpleeghuis wilde zijn en dan liever dood wilde gaan. Patiënte was naar de mening van de tweede consulent nog wel wilsbekwaam ten aanzien van haar gedachten over het verpleeghuis en dementie.

Er bestond bij de tweede consulent mede op basis van de uitgebreide schriftelijke wilsverklaring, geen twijfel wat betreft de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Er bestonden geen behandelopties meer en de geestelijke achteruitgang zou alleen maar toenemen; het vooruitzicht was opname in een verpleeghuis. Patiënte was daarmee in de situatie terecht gekomen die zij vreesde en juist altijd had willen voorkomen. Bovendien leed patiënte zichtbaar door verdriet, boosheid en dwangmatig handelen. De tweede consulent was overtuigd van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.
Het was de commissie opgevallen dat de arts zelf actief de tweede SCEN-consulent had benaderd met de vraag of zij een consultatie wilde doen. De commissie wilde van de arts weten hoe de tweede consulent was geselecteerd. Verder was zij benieuwd waarom de arts vond dat patiënte ondraaglijk leed. Tenslotte wilde de commissie van de arts horen hoe hij tot de overtuiging was gekomen dat het verzoek van patiënte nog steeds vrijwillig en weloverwogen was terwijl haar wilsbekwaamheid was aangetast. Behalve aan de arts werd ook aan de tweede consulent om een nadere, mondelinge toelichting gevraagd.
Volgens de arts had hij als eerste consulent de dienstdoende SCEN-arts geraadpleegd. Deze bezocht patiënte en gaf een negatief advies. Inmiddels verstreek de tijd en patiënte bleef haar doodswens, hoewel gebrekkig geformuleerd, herhalen en haar lijden werd almaar ernstiger. De arts voelde zich zeer betrokken bij patiënte en hij vond nog steeds dat hij haar eerdere, zeer duidelijk en herhaaldelijk geuite euthanasieverzoek recht moest doen. Hij wilde niet lang wachten in verband met de afnemende wilsbekwaamheid van patiënte. Hij ging daarom actief op zoek naar een tweede consulent, die ervaring had met het geven van een tweede opinie in het kader van een euthanasieverzoek bij dementie. De arts kende de tweede consulent niet en hij gaf in het gesprek met de commissie nadrukkelijk aan dat hij op geen enkele wijze er op uit was geweest om een een-tweetje aan te gaan. Hij wilde dat iemand met hem mee wikte en woog zonder dat dit per se een positief advies zou moeten opleveren. De arts zag wel op tegen een mogelijke juridische nasleep en beschouwde een positief advies wel als een soort bescherming daartegen. Door het positieve SCEN-advies van de tweede consulent voelde de arts zich gesterkt.
Over de ondraaglijkheid van het lijden vertelde de arts het volgende. Patiënte had al tien jaar lang, herhaaldelijk en zeer vastbesloten, aangegeven nooit naar een verpleeghuis te willen maar mocht dat onvermijdelijk zijn, liever te willen sterven. In de periode dat de wilsbekwaamheid van patiënte afnam, werd patiënte zeer verdrietig en boos zodra het verpleeghuis ter sprake kwam. Zij bleef dan uren in die stemming hangen. De ernst van het lijden bleek duidelijk uit haar lichaamstaal; van haar gezicht was de angst, de onzekerheid en het ongelukkig zijn af te lezen.
Patiënte had vanaf de diagnose van haar dementie een duidelijke en goed beargumenteerde doodswens gehad voor wanneer zij ondraaglijk zou lijden. Patiënte had daarover afspraken gemaakt met haar gezin, de arts en een begeleidend psycholoog. Patiënte schreef een uitgebreide wilsverklaring die telkens werd geactualiseerd. Alles leek goed voorbereid maar de plotselinge afgenomen wilsbekwaamheid van patiënte dreigde roet in het eten te gooien. Timing blijft bij euthanasie wegens dementie een cruciaal probleem, aldus de arts. Het verzoek was in de loop der tijd herhaaldelijk vrijwillig en weloverwogen geuit. In de laatste maanden voor het overlijden kon patiënte haar verzoek niet meer gedetailleerd onderbouwen. In de laatste drie weken voor het overlijden sprak de arts nog twee keer met patiënte over haar dementie en euthanasieverzoek. In die gesprekken maakte zij toch nog duidelijk, zij het in gebrekkige bewoordingen, wat zij wilde. Op de dag voor de levensbeëindiging voerde de arts een gesprek met patiënte waarin zij zei: “Niet tussen die demente deuren, ik wil dood, doe nou wat”. Dit was voor de arts, naast haar gedrag, de verbale bevestiging van het feit dat patiënte echt dood wilde. Hij beschouwde dit als een concreet verzoek zonder hetwelk hij niet in staat zou zijn geweest om de euthanasie uit te voeren.
Desgevraagd gaf de tweede consulent aan dat zij, ondanks het feit dat de arts haar gericht had geraadpleegd, zich onafhankelijk had gevoeld en goed in staat was geweest om een objectief oordeel te geven. Zij was gevraagd vanwege haar expertise op het gebied van

dementie en euthanasie. Zij kende noch de arts, noch patiënte. Zij voelde zich op geen enkele manier onder druk gezet om een positief advies te geven.
De tweede consulent gaf aan dat het in het geval van het beoordelen van het ondraaglijk lijden en het euthanasieverzoek bij dementie belangrijk is om een patiënt in zijn of haar thuissituatie te zien en de familie erbij te betrekken. Zij nam waar dat patiënte tijdens het grootste gedeelte van het gesprek erg onrustig en chaotisch was en een doodongelukkige indruk maakte. Zij herhaalde wel de woorden verpleeghuis, dementie en dood maar kon niet letterlijk zeggen dat zij euthanasie wenste. Bij doorvragen raakte patiënte in een staat van ontreddering.
Het ondraaglijk lijden was duidelijk waarneembaar en onmiskenbaar. De tweede consulent stelde vast dat de wilsbekwaamheid van patiënte was aangetast. Maar op grond van de schriftelijke wilsverklaring, de voorgeschiedenis die in het patiëntenjournaal was vastgelegd en de verklaringen van de familie met daarbij de verbale uitingen van patiënte “dementie, dood, dood” concludeerde de tweede consulent dat het verzoek vrijwillig, weloverwogen en concreet was.
De commissie overwoog met betrekking tot het *vrijwillig en weloverwogen verzoek* dat op grond van artikel 2 lid 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding een ondertekende schriftelijke wilsverklaring een mondeling verzoek kan vervangen. In het onderhavige geval had patiënte al vanaf zeven jaar voor het overlijden, na het bekend worden van de diagnose, vele malen uitgebreid met de arts, een begeleidend psycholoog en haar gezin over actieve levensbeëindiging gesproken. Patiënte had daarbij telkens aangegeven onder welke omstandigheden zij haar lijden als ondraaglijk zou ervaren en levensbeëindiging zou wensen. Patiënte had dit standpunt en het euthanasieverzoek vastgelegd in een door haar ondertekende, regelmatig geactualiseerde, schriftelijke wilsverklaring terwijl zij wilsbekwaam was. Zij was tot op het laatst meestentijds nog wel in staat om door gedrag en uitingen haar eerdere wilsverklaringen te ondersteunen. Gezien dit alles achtte de commissie het aannemelijk dat het in de schriftelijke wilsverklaring verwoorde verzoek door patiënte vrijwillig en weloverwogen was gedaan.
Met betrekking tot *de ondraaglijkheid van het lijden* stelde de commissie vast dat tijdens de vele gesprekken die patiënte met de arts en haar gezin over haar euthanasiewens had gevoerd, uitvoerig aan de orde was gekomen wat dat voor haar inhield. Patiënte had dit ook uitgebreid verwoord in haar schriftelijke verklaring. Zij had in die wilsverklaring omschreven dat het verlies van menselijke waardigheid door de totale afhankelijkheid van anderen, het niet langer herkennen van haar naasten en het onvermogen te begrijpen wat er in de wereld om haar heen gebeurde, voor haar een ondraaglijk lijden zou vormen. Patiënte had tevens aangegeven dat opname in een verpleeghuis wegens het niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, voor haar een reden zou zijn om euthanasie te verzoeken.
Patiënte kon vlak voor de levensbeëindiging de ondraaglijkheid van haar lijden weliswaar niet meer adequaat onder woorden brengen maar de arts en de consulenten hadden uit de lichaamstaal en verbale reacties van patiënte zeer sterk de indruk gekregen dat patiënte de toestand waarin zij nu verkeerde – die zij voorheen als ondraaglijk lijden had omschreven – ook als zodanig ervoer. De arts had zich hierin gesterkt gevoeld doordat patiënte, zij het op gebrekkige wijze, vlak voor de uitvoering van de euthanasie, nog enkele malen uitte dat zij dood wilde. Volgens de commissie kon de arts tot de overtuiging komen dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de euthanasie ondraaglijk leed.
Ten aanzien van *de consultatie* overwoog de commissie het volgende. Hoewel het in het algemeen om de onafhankelijkheid van de consulent te waarborgen de voorkeur verdient dat een consulent ‘at random’ wordt geselecteerd (zoals dat via de SCEN-organisatie gebruikelijk is), kan het in een bijzonder geval nuttig zijn om een arts met specifieke deskundigheid te vragen om een consultatie te verrichten. In casu heeft de tweede consulent een onafhankelijk en objectief oordeel kunnen geven. De arts heeft blijk gegeven van een zorgvuldige reflectie op zijn handelen onder andere door het raadplegen van twee onafhankelijke consulenten.
Concluderend stelde de commissie vast dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

b. *Uitzichtloos en ondraaglijk lijden*

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

Het lijden van een patiënt wordt als **uitzichtloos** beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het zodanig verzachten van de symptomen, dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt, ook niet mogelijk is. De uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose en wordt door de arts vastgesteld. Bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van een reëel uitzicht op verzachting van de symptomen moet rekening worden gehouden met zowel de verbetering die door een (palliatieve) behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in deze betekenis slaat op de ziekte of aandoening en de symptomen, waarvoor redelijkerwijs, dat wil zeggen voor de patiënt redelijke, reële curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. Patiënten gebruiken de term uitzichtloos ook om aan te geven dat het feit, dat er geen verbetering meer mogelijk is, voor hen onaanvaardbaar is en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

Casus 8

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden van patiënte met diverse psychiatrische klachten
Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw tussen 60 en 70 jaar, werd al drieëntwintig jaar poliklinisch behandeld wegens depressieve klachten. Gedreven door eenzaamheid deed zij drie suïcidepogingen die leidden tot opname en behandeling in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Er volgden nog verschillende opnames. In de loop van de jaren bleek zij een invaliderende bipolaire stoornis met stemmingscongruente wanen c.q. een schizo-affectieve psychose te ontwikkelen, die geleidelijk verergerde en ertoe leidde dat zij van negen tot twee jaar geleden permanent opgenomen was in het psychiatrisch ziekenhuis op een open afdeling voor chronische patiënten met de slechtste prognose. Nadat patiënte opnieuw een suïcidepoging had gedaan werd ze twee jaar geleden overgeplaatst naar de gesloten afdeling voor ouderenzorg, waar ze tot haar overlijden verbleef.
Voor de bipolaire stoornis werd patiënte behandeld met alle mogelijke medicatie. Ook werd ze begeleid door psychiaters en psychologen en overgeplaatst naar een andere afdeling. Al deze interventies hadden maar beperkt resultaat, met dien verstande dat patiënte de laatste anderhalf jaar voor het overlijden niet meer ernstig ontregeld was in manische of depressieve zin. Naar aanleiding van het advies van de eerste consulent twee jaar geleden werden er nog twee medicamenteuze behandelingen geprobeerd. Toen bleek dat deze ten aanzien van de heftige bipolaire decompensaties geen verandering te weeg brachten waren er verder geen reële behandelingsmogelijkheden meer en kon het lijden van patiënte als uitzichtloos worden beschouwd.
De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit het feit dat ze niets meer voelde en het leven voor haar sinds vele jaren geen betekenis meer had. Iedere dag was voor haar hetzelfde. Ze ervoer geen kleur, geur of smaak meer. Haar ouders en een goede vriendin waren al jaren dood. Haar relaties mislukten steeds en in relaties voelde zij zich altijd misbruikt. Met de weinige familieleden die er nog waren had zij geen contact meer. Er was al jaren niets meer waar ze zich op verheugde of waar ze echt plezier aan ontleende. Suïcidepogingen mislukten telkens en zij was bang om nieuwe suïcidepogingen te doen vanwege het feit dat die wellicht ook niet zouden lukken. Zij liep steeds slechter en autorijden ging ook al lang niet meer. Ook leed zij ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie.
De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was.
Volgens het eerste verslag van de eerste consulent is hem in eerste instantie gevraagd om zich als psychiater gespecialiseerd in de behandeling van bipolaire stoornissen een oordeel te vormen over de vraag of er nog reële therapeutische behandelingsmogelijkheden waren voor

de stoornis van patiënte. Na een uitgebreid gesprek met patiënte en haar begeleidster en na uitgebreide bestudering van het medisch dossier kon de eerste consulent bevestigen dat er bij patiënte sprake was van een bipolaire stoornis met slechts een partiële respons op de huidige medicatie. Patiënte maakte weliswaar geen duidelijke manische perioden meer door, maar had wel nog regelmatig enigszins manische episoden met daarnaast ook depressieve episoden. Volgens de consulent waren de diverse reële medicamenteuze opties geprobeerd op twee na, namelijk een medicamenteuze behandeling met quetiapine en lamotrigine. De eerste consulent gaf de collega van de arts het advies om patiënte met elk van deze middelen zeker twee maanden te behandelen in de door hem aanbevolen doseringen.
Een half jaar voor het overlijden zag de eerste consulent patiënte nog een keer. Volgens zijn tweede verslag had de behandeling met de beide middelen die hij had gesuggereerd geen verandering bij patiënte teweeggebracht. Volgens de consulent was patiënte tijdens het consult hooguit licht tot matig depressief en was er geen sprake van psychotische kenmerken en met name niet van wanen en hallucinaties. Patiënte vertelde de consulent dat zij nog steeds een doodswens had en dat ze haar lijden als ondraaglijk ervoer. Volgens de consulent was het verzoek van patiënte, die hij daartoe wilsbekwaam achtte, vrijwillig en weloverwogen en het lijden uitzichtloos en voor patiënte al jarenlang ondraaglijk.
Op verzoek van de arts bezocht de tweede consulent patiënte een week voor de uitvoering van de hulp bij zelfdoding. Patiënte verbleef op een tweepersoonskamer. De bedden werden gescheiden door een gordijn en er was geen persoonlijk meubilair aanwezig, noch andere persoonlijke voorwerpen. Zij nam tegenover de consulent op de rand van het bed plaats en bleef daar gedurende het gehele gesprek zeer rustig en rechtop zitten. Zij zag er goed verzorgd uit. Haar gezicht was arm aan mimiek en af en toe was er sprake van een vage glimlach, zij het niet van harte. Patiënte maakte op de consulent geen depressieve indruk. Zij vertelde de consulent dat ze raar in elkaar zat en dat al heel erg lang. Al meer dan tien jaar had ze geen gevoel en plezier meer. Dit was voor haar een ondraaglijk lijden.
Volgens de tweede consulent was het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen en was het lijden uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk.
De tweede consulent kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie oordeelde dat de arts, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, tot het oordeel kon komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en dat ook voor het overige aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De **ondraaglijkheid** van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het in beginsel een persoonsgebonden begrip is. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart kan voor een andere patiënt ondraaglijk zijn.
De ondraaglijkheid van het lijden wordt, behalve door de actuele situatie, bepaald door het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid van de patiënt.
Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak toegelicht met lichamelijke symptomen als pijn, misselijkheid, benauwdheid en met ervaringen als uitputting, toenemende ontluistering, toenemende afhankelijkheid en verlies van waardigheid. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden die tezamen de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De ernst van het lijden kan niet worden vastgesteld door alleen naar de symptomen op zichzelf te kijken, maar wordt uiteindelijk bepaald door de betekenis die deze symptomen voor deze patiënt hebben, ook gezien diens levensgeschiedenis en waardenpatroon.
De ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt moet voor de arts invoelbaar zijn. De vraag is hierbij niet of voor mensen in het algemeen of voor de arts zelf een lijden als dat van de patiënt ondraaglijk zou zijn, maar of dit lijden voor deze specifieke patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de patiënt te verplaatsen.
Van centrale betekenis voor het proces van beoordeling door de commissies is de vraag of de arts aannemelijk kan maken dat de ondraaglijkheid van het lijden voor hem invoelbaar is geweest.

Casus 9

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij patiënte ten gevolge van neuro-degeneratieve aandoening
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen 90 en 100 jaar, ontstond ruim dertig jaar voor overlijden een essentiële houding- en actietremor van beide handen als gevolg van een neuro-degeneratieve aandoening. Daarnaast was er ook een tremor van de stem. Patiënte werd met verschillende soorten medicatie behandeld, die echter nauwelijks tot geen effect hadden.
In de loop der jaren nam deze tremor toe waardoor patiënte steeds meer hinder ondervond bij ADL-activiteiten. Zelf tandenpoetsen en een sigaret aansteken werden te gevaarlijk als gevolg van het beven van de handen. Pinnen, een handtekening zetten, een telefoon neerleggen lukten niet meer en het zelf aankleden leverde steeds meer problemen op. Zij kon niet langer eten en drinken zonder te knoeien en op het laatst het warme eten niet meer met een (aangepaste) lepel naar haar mond brengen. Zij probeerde vervolgens met haar handen te eten, wat ook nog moeilijk voor haar was. Patiënte vond dit erg vernederend. Het leven met de continue tremor was voor haar erg vermoeiend. Tevens ondervond patiënte door het beven een forse sociale beperking aangezien zij aan vrijwel geen enkele activiteit kon deelnemen. Voor patiënte was dit lijden met de daarbij toenemende afhankelijkheid ondraaglijk.
De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was, mede door de poging van patiënte te stoppen met eten en drinken. Tevens had zij de mogelijkheid van zelfdoding overwogen. Dit wilde zij haar omgeving echter niet aandoen. Ruim twintig jaar voor overlijden had patiënte haar eerste euthanasieverklaring ondertekend en deze verklaring in de loop der jaren enkele malen geactualiseerd. De laatste jaren begon zij steeds meer over de mogelijkheid van euthanasie na te denken omdat zij op een waardige wijze wilde overlijden. Ruim vier maanden voor overlijden heeft patiënte de arts voor het eerst concreet om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft het verzoek vervolgens diverse malen herhaald.
De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis van patiënte. Volgens het verslag trof de consulent patiënte zittend in haar stoel. Patiënte vertelde over haar bewogen leven en over het verloop van haar ziekte. Zij was inmiddels volledig geïnvalideerd geraakt door de tremor. Zij kon nog wel grote gebaren maken, zoals haar bed opmaken, maar bij kleine gebaren ging veel mis.
Patiënte bemerkte hoe zij steeds meer afhankelijk werd; iets wat zij nooit had gewild. Vanwege haar problemen wilde zij zich ook niet meer onder de mensen vertonen. Zij verklaarde dat zij haar leven op deze wijze niet langer meer vol hield. Vanaf het moment dat er publiekelijk over euthanasie werd gesproken was zij lid geweest van de NVVE. Zij had altijd geweten geen lijdensweg te willen meemaken en in plaats daarvan voor euthanasie te kiezen. De laatste jaren had zij steeds meer over euthanasie nagedacht. Zij wilde op een waardige wijze sterven.
Patiënte vertelde dat ze een week voorafgaand aan de consultatie enkele dagen niet meer had gegeten en gedronken. Dit had zij echter afschuwelijk en onmenselijk gevonden. Zij was blij dat de arts haar had gezegd dat deze wijze van levensbeëindiging niet nodig was en dat de arts bereid was de euthanasieprocedure op te starten.
Volgens de consulent leed patiënte ondraaglijk onder een onbehandelbare progressieve, ernstige essentiële tremor. Er waren geen mogelijkheden om het lijden van patiënte te verlichten. Haar lijden was uitzichtloos. Patiënte was wilsbekwaam. Het verzoek om euthanasie was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen en voor de consulent invoelbaar.
De commissie oordeelde dat de arts, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, tot het oordeel kon komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en dat ook voor het overige aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Casus 10

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij patiënt door stapeling van ouderdomsklachten en verlies van waardigheid
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen 80 en 90 jaar, ontstonden steeds meer lichamelijke handicaps op visueel, auditief en motorisch gebied. Korte tijd voor overlijden kwamen daar een urineweginfectie en een pneumonie bij waarvoor hij niet behandeld wilde worden. Hij had last van pijn.
Door zijn aftakeling verloor patiënt steeds meer van zijn zelfstandigheid. Hij had hulp nodig bij het uit bed komen, wassen, aankleden en de toiletgang. Hij had een urinekatheter. Om naar de woonkamer te komen maakte patiënt gebruik van een traplift. Hij kon enkele stappen lopen met een rollator. Het lezen van een groot-letter boek kostte hem steeds meer moeite en zijn concentratievermogen nam af. Patiënt sliep slecht omdat hij geen pijnloze houding kon vinden. De laatste maanden viel hij steeds vaker vanwege evenwichtstoornissen. Patiënt leed onder zijn toenemende aftakeling als gevolg waarvan hij niet meer kon lopen, lezen en naar muziek luisteren en onder de wetenschap dat zijn situatie alleen maar zou verslechteren en hij zijn waardigheid zou verliezen. Voor patiënt, een man met een zeer zelfstandig karakter die veel van lezen en muziek luisteren had gehouden, was dit lijden ondraaglijk, hetgeen voor de arts invoelbaar was. De uitzichtloosheid van het lijden was evident.
De geraadpleegde consulent trof bij haar bezoek een cachectische man, zittend op de bank. Ter begroeting stond hij met moeite op met behulp van een rollator. Tijdens het gesprek vertelde hij over zijn leven. Hij voelde zich een kunstenaar maar had de laatste jaren steeds minder goed kunnen uitvoeren wat hij in zijn hoofd had. De laatste tijd kon dat helemaal niet meer. Dat ervoer hij als een totale aftakeling. Daarbij kwam dat hij overal hulp bij nodig had en helemaal afhankelijk was geworden. Dit kon hij niet verdragen. Hij wilde “als mens” sterven. Volgens de consulent was het lijden van patiënt uitzichtloos en ondraaglijk als gevolg van een cumulatieve aftakeling op motorisch en zintuiglijk gebied.
Tijdens de beoordeling van deze melding voelde de commissie zich nog onvoldoende door de arts geïnformeerd over de persoonlijkheid van patiënt en de interactie tussen patiënt en de arts die ertoe geleid had dat de arts het lijden van patiënt als ondraaglijk kon bestempelen. Zij verzocht de arts haar daarover een nadere mondelinge toelichting te geven.
In het gesprek met de commissie verklaarde de arts dat patiënt al meer dan 35 jaar bij hem in de praktijk zat en dat hij hem in die periode weinig zag. Patiënt was een zelfbewuste man, die duidelijke keuzes in het leven maakte. Zo had hij al in een vroeg stadium met hem over euthanasie gesproken. Voor deze man was het erg belangrijk dat zijn leven kwaliteit had.
Die kwaliteit ging toenemend achteruit: de laatste tijd sliep patiënt slecht, hij werd al benauwd van lopen in huis en vanwege het sterk afgenomen gehoor kon hij ook nauwelijks nog genieten van een gesproken boek. Lezen ging al niet meer door de ernstige visusbeperking.
Patiënt wilde op een menswaardige wijze sterven. Desgevraagd vulde de arts aan dat patiënt hem had verteld dat zijn leven voor hem geen kwaliteit meer had en dat hij graag wilde dat de arts hem hielp.
De arts had patiënt op diverse hulpmiddelen gewezen zoals een scootmobiel en visuele hulpmiddelen. Patiënt wees deze voorstellen echter af aangezien daarmee zijn hoofdprobleem niet werd opgelost. Hij leed aan de afnemende kwaliteit van zijn leven. Hij ging lichamelijk erg achteruit, werd toenemend afhankelijk, kon niet meer lezen en kon zich minder concentreren wanneer hij bezoek kreeg. Hij vond deze situatie ontluisterend.
De arts lichtte desgevraagd toe dat wanneer patiënten hem vragen hoe hij tegenover euthanasie staat, hij altijd zegt dat zij daar geen recht op hebben, maar dat de vraag wel te bespreken is. De arts verklaarde dat het moment waarop het voor hem invoelbaar werd dat het lijden van patiënt voor hem ondraaglijk was geworden, het moment was waarop hij mee kon

gaan met de wens van patiënt. Wanneer hij aan de invoelbaarheid van het lijden getwijfeld zou hebben, zou hij aan de SCEN-arts verzocht hebben vooral aan dat punt aandacht te schenken.
De commissie oordeelde dat de arts, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, tot het oordeel kon komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en dat ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Casus 11

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij patiënte door stapeling van ouderdomsklachten
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen 90 en 100 jaar, werd zestien jaar geleden slechtziendheid ten gevolge van glaucoom vastgesteld. Al elf jaar had zij ernstige klachten van benauwdheid, kortademigheid en angina pectoris waarbij als voorlopige diagnose boezemfibrilleren en hartfalen werd gesteld. Ook was sprake van artrose van de wervelkolom. Door deze combinatie van aandoeningen was zij in de jaren voor het overlijden steeds slechter ter been geraakt en kwam zij in een toenemend isolement. De laatste twee jaar voor het overlijden was zij niet meer buiten haar huis geweest. Na een val ongeveer drie weken voor het overlijden, was zij volledig bedlegerig. Patiënte wees de mogelijkheden om haar klachten te onderzoeken en beter te behandelen af. Zij kon dit niet meer opbrengen en vond het te belastend. Genezing was niet meer mogelijk. Ter palliatie kreeg patiënte pijnmedicatie met goed resultaat, hulp van een low vision specialist vanwege de slechtziendheid met matig resultaat en behandeling van het boezemfibrilleren en het hartfalen met weinig resultaat.
Het lijden van patiënte bestond uit volledige bedlegerigheid en afhankelijkheid van de zorg van anderen. Patiënte was voortdurend moe en snel benauwd. Haar visus was zo slecht dat ze zelfs geen televisie meer kon kijken. Ook omdat zij terugzag op een leven met veel verdriet, was ze teleurgesteld en verbitterd, kon ze het leven de maanden voor het overlijden niet meer aan. Toen haar lichamelijke ongemakken toenamen leek zij nog meer gebukt te gaan onder deze last. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.
De arts was ervan overtuigd dat het lijden van patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Volgens het verslag van de consulent trof hij patiënte in bed aan. Ze maakte op hem een vermagerde maar zeer heldere indruk. Ze kon zich goed concentreren op het gesprek. Haar stemming was niet depressief maar neutraal met een ondertoon van verongelijktheid en desillusie. Ze keek terug op een zeer ongelukkig leven en had al jaren een doodswens. De ondraaglijkheid van het lijden van patiënte, ze was aan huis en aan bed gekluisterd door een combinatie van invaliderende aandoeningen, was voor de consulent invoelbaar.
De commissie oordeelde dat de arts, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, tot het oordeel kon komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en dat ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Dementie

In de paragraaf over het vrijwillig en weloverwogen verzoek werd al aangeven dat in het algemeen veel aandacht van de arts is geboden bij een euthanasiewens van patiënten in een proces van dementering. Op het aspect van de wilsbekwaamheid is in het voorgaande reeds ingegaan.
Daarnaast is bij patiënten met dementie in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden. De ondraaglijkheid van hun lijden bestaat veelal uit hun beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in het besef dat dit proces alleen maar zal voortschrijden en op den duur zal leiden tot alomvattende afhankelijkheid en een totaal zelfverlies. Wanneer een patiënt (de gevolgen van) zijn ziekte ervaart en zich bewust is van de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. Van belang is daarnaast dat 'angst voor toekomstig lijden' een reële inschatting is van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang. Ook hier geldt dat de specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt.
De hiervoor besproken casus 5 en 7 kunnen als voorbeeld dienen.

Psychiatrische ziekte of stoornis

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

Casus 12

Euthanasie bij patiënte met psychiatrische aandoening
Oordeel: zorgvuldig

Patiënte, een vrouw tussen 40 en 50 jaar, leed vanaf haar puberteit aan anorexia en boulimia nervosa, waarbij de anorexia, met een uiterst minimaal eetpatroon en fors laxantia gebruik, de boventoon voerde. De eetproblematiek ging gepaard met stemmingsklachten (depressiviteit) en persoonlijkheidsproblematiek (borderline persoonlijkheidsstoornis) en was in 30 jaar tijd nooit geheel in remissie geweest. Het niet eten en het laxeren waren voor patiënte een manier om spanningen te reguleren en zichzelf te straffen. De interne motivatie om de eetstoornis te overwinnen was gering. Zij heeft in de loop der tijd diverse suïcidepogingen ondernomen door middel van overdoseringen medicijnen.
Vanaf haar puberteit is patiënte vele malen opgenomen geweest in gerenommeerde klinieken, onder andere in klinieken die in eetstoornissen gespecialiseerd zijn. Naast en deels ten gevolge van de eetstoornis waren er somatische afwijkingen: ernstige levensbedreigende anemieën bij bloedverlies uit het maag-darmkanaal en ernstige hypokaliëmiën vanwege purgeren. Patiënte moest voor haar somatische klachten meermalen worden opgenomen in het ziekenhuis, waar zij bloedtransfusies en kalium kreeg.
Drie jaar terug werd patiënte in overleg met de behandelend psychiater opgenomen in een GGZ-instelling voor langdurige zorg en gedwongen tot een behandeling van haar anemie. Direct na thuiskomst verviel patiënte weer in haar oude gedrag en zij weigerde een volgende opname. Patiënte schreef een wilsverklaring, waarin zij aangaf geen enkele behandeling meer te willen ondergaan met betrekking tot haar psychiatrische ziektes (anorexia nervosa, borderline en depressie) en de daaruit voortvloeiende lichamelijk klachten. Zij schreef ook dat zij op een comfortabele manier wilde sterven. Er werd een second opinion aangevraagd bij een onafhankelijk psychiater, die concludeerde dat patiënte wilsbekwaam moest worden geacht.
De arts heeft de casus van patiënte besproken met ethici en juristen en in het *Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek*. Ook won de arts advies en steun in bij collega huisartsen, onder wie een arts die eenzelfde casus had meegemaakt. De eensluidende mening was dat de beslissing van patiënte (om geen verdere behandelingen en ziekenhuisopnames te willen ondergaan) gerespecteerd diende te worden.

De arts heeft daarnaast meermalen uitvoerig gesproken met patiënte, de behandelaar in de kliniek waar patiënte voor haar eetstoornissen opgenomen was geweest en de behandelend psychiater van de GGZ langdurige zorg. De conclusie was dat alle psychiatrische en andere behandelingen niet hadden geleid tot verbetering van de klachten van patiënte en er voor haar geen therapeutische opties meer voorhanden waren.
De laatste drie jaar heeft patiënte zich onttrokken aan de psychiatrie. Zij werd in haar laatste palliatieve fase behandeld door haar huisarts en een psychotherapeute met als doel de kwaliteit van haar leven optimaal te maken en haar in harmonie te laten komen met haar kinderen en ouders.
Patiënte gaf aan de arts meermalen te kennen dat zij een einde aan haar leven wilde. Zij wilde dit niet doen door suïcide en verzocht de arts haar te helpen. De laatste maanden heeft de arts tevergeefs nog vele gesprekken met haar gevoerd om haar op andere gedachten te brengen. Omdat zij merkte dat de arts grote moeite had met euthanasie en hulp bij zelfdoding, probeerde zij een einde aan haar leven te maken via versterven. Dit lukte niet, omdat patiënte zeer veel last had van pijnen en geestelijke angst en onrust, die nauwelijks konden worden bestreden met oxazepam en pijnstilling.
Een jaar geleden was de Hb-waarde van haar bloed levensbedreigend laag. Patiënte weigerde behandeling en verzocht de arts opnieuw om hulp bij zelfdoding of euthanasie. Hierop heeft de arts de consulenten ingeschakeld. Ook heeft de arts de behandelend psychiater van patiënte geraadpleegd. Deze zag geen enkele behandeloptie meer.
De laatste weken ging ook de somatische toestand van patiënte snel achteruit. Zij weigerde eten en drinken en kon zichzelf nauwelijks meer verzorgen.
De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit de continu aanwezige onbedwingbare dwanggedachten, die zeer bestraffend en destructief waren. Elke hap eten en elke slok drinken werden gevolgd door gedachten om te moeten bewegen of laxantia te gebruiken. Patiënte was het continue gevecht in haar hoofd moe. Daarnaast leed zij ondraaglijk onder haar cachexie, anemie, hypotensie en het voortdurend op de rand van een shock verkeren. Ook leed zij ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Patiënte was al 30 jaar tevergeefs aan het vechten tegen haar negatieve, zwarte kant en talloze opnames en behandelingen waren zonder resultaat geweest.
De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was en dat euthanasie voor patiënte de beste optie was.
De arts raadpleegde als consulenten een onafhankelijke huisarts en een onafhankelijk specialist, beiden tevens SCEN-arts. Volgens het verslag van de eerste consulent had patiënte al vroeg problemen met eten, die rond haar puberteit tot anorexia leidden. Toen volgde ook de eerste opname. Nadien is patiënte nog herhaalde malen opgenomen geweest voor haar eetstoornis en de daaraan verbonden ernstige ondervoeding. Ruim vijfentwintig jaar geleden heeft patiënte een boulemische periode gekend, waarin zij vijftig kilo in gewicht toenam. De laatste jaren was er alleen maar anorexia gebonden denken en doen.
Patiënte was voortdurend in strijd met wat zij haar lichte en haar donkere kant noemde. De eerste was haar creatieve, lieve kant en haar overlevingsdrang, de andere kant was haar neiging tot zelfdestructie, dood te willen, zichzelf te vernietigen op alle mogelijke manieren.
Bij zijn bezoek aan patiënte deed patiënte zelf de deur open. Patiënte vertelde dat zij nog steeds van haar huisje kon genieten en met plezier keek naar de creaties die zij zelf gemaakt had. Patiënte lag de hele dag in een gemakkelijke stoel bij het raam met uitzicht op de tuin. Zij zag er goed verzorgd uit en oogde jonger dan haar kalenderleeftijd. Zij maakte een vermoeide indruk, had een wat vaalbleke gelaatskleur en haar handen leken wel doorzichtig. Haar magerte was door haar kleding moeilijk in te schatten. Zij was vriendelijk, had relativerende humor, glimlachte geregeld, maar alles wat zij zei had een droeve ondertoon. Volgens de consulent waren haar bewustzijn en denken ongestoord en waren er geen tekenen van depressie.
Patiënte gaf aan te begrijpen dat de dokters graag anders wilden en alles uit de kast wilden halen om haar te redden, maar dat zij de strijd had opgegeven. Het gevecht tegen haar nega-

tieve, zwarte kant was al lang verloren. Tegenover een sporadisch voorkomende goede dag stonden vele slechte dagen waarin in haar hoofd voortdurend een gevecht plaatsvond over de vragen of zij mocht eten, drinken, genieten, lopen, iets leuk vinden, etcetera. Dat gevecht won zij nooit en volgens haar was er geen enkele kans dat dit ooit nog anders zou worden, hoezeer de dokters haar ook wilden helpen.
De consulent vond de gevoelens van patiënte zeer invoelbaar. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënte vooral bepaald door het continue gevecht in haar hoofd en de uitzichtloosheid van haar lijden. Haar lijdensdruk was voor de consulent invoelbaar hoog.
Volgens het verslag van de tweede consulent was patiënte al bijna dertig jaar in psychiatrische behandeling wegens anorexia nervosa van het purgerende type met fors laxantiagebruik en persoonlijkheidsproblematiek. Later kwamen daarbij ook recidiverende depressieve episoden en suïcidepogingen. Patiënte was meermalen klinisch en poliklinisch behandeld in de algemene GGZ, op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en in meerdere gespecialiseerde, gerenommeerde landelijke centra/klinieken voor eetproblematiek. Volgens de consulent mocht in redelijkheid worden geconcludeerd dat patiënte uitbehandeld was.
Bij zijn eerste bezoek, tien dagen voor het overlijden, zag de consulent een magere cachectische bleke vermoeide vrouw met een feeëriek gezicht en felle ogen. Zij was vriendelijk, helder en adequaat en kon haar problematiek goed verwoorden. Er was geen sprake van een psychose of depressie. Wel waren er depressieve klachten en de anorexia nervosa. Patiënte overzag de consequenties van haar verzoek en was wilsbekwaam.
Volgens patiënte hadden alle behandelingen haar nauwelijks wat opgeleverd en nu haar kinderen groot waren en zij langzaam alles had moeten inleveren was voor haar het leven zinloos en het lijden niet meer te verdragen. Zij leed omdat het in haar hoofd altijd een gevecht was dat de hele dag doorging. Zij gebruikte zeer grote hoeveelheden laxantia, waardoor zij regelmatig bloedingen had waarvoor zij niet meer behandeld wenste te worden. Zij was in een zeer slechte lichamelijke conditie. Zij was het vechten moe. In haar beleving was haar problematiek nu, ondanks jaren van behandeling, niet verbeterd en in alle redelijkheid zag zij geen alternatieven meer dan te sterven en van haar lijden verlost te worden.
Bij zijn tweede bezoek, vijf dagen voor het overlijden, was de situatie veranderd en gecompliceerd doordat patiënte sinds twee dagen was gestopt met eten en drinken. De lichamelijke conditie was duidelijk verslechterd. Patiënte kwam nauwelijks meer van haar ligstoel en sliep veel. Het lijden was voor haar ondraaglijk.
De ondraaglijkheid van het lijden werd vooral bepaald door de allesoverheersende strijd en discussie in haar hoofd omtrent eten en alles wat er voor haar mee verbonden was. Na 30 jaren psychiatrische behandeling waren de kansen op substantiële verbeteringen bij patiënte gering, te meer nu zij zelf geen behandeling meer wenste. Gezien de eerdere behandelingen en inspanningen van patiënte zelf voor behandeling was de consulent met haar van mening dat er redelijkerwijs voor haar geen acceptabele alternatieven waren. Voor de consulent was het lijden van patiënte invoelbaar ondraaglijk.
De commissie merkte op dat zij de grote zorgvuldigheid en de behoedzaamheid waarmee de arts deze patiënte heeft begeleid en de uitstekende wijze waarop de arts zijn verslaglegging aan de commissie heeft gedaan waardeert en dat zij het handelen van de arts in deze zaak als zorgvuldig beoordeelt.

Casus 13

Euthanasie bij patiënte met pathologische rouwverwerking
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen 70 en 80 jaar, was sprake van Prolonged Grief Disorder ofwel pathologische rouwverwerking na het overlijden van haar echtgenoot ruim een jaar geleden. Patiënte ervoer na het verlies van haar man het leven als een hel. Zij was intens verdrietig en wilde niet meer leven zonder hem. Patiënte kreeg twee verschillende antidepressiva voorgeschreven om uit te proberen of depressiviteit een rol speelde bij haar gemoedstoestand. Wegens bijwerkingen en het ontbreken van enig effect op de gevoelens van patiënte werd met deze medicatie gestopt.
Patiënte sprak vele malen met een psycholoog die gespecialiseerd is in rouw- en verliesverwerking. Deze behandelingsmethode gaf geen enkel resultaat.
Het lijden van patiënte werd bepaald door ondraaglijke rouw als gevolg van het overlijden van haar echtgenoot.
De arts was overtuigd van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte. Naar heersend medisch inzicht was het lijden uitzichtloos. Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Blijkens het verslag van de eerste consulent, een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts zag patiënte er goed verzorgd uit. Zij vertelde dat haar man en zij een heel bijzondere liefde hadden gekend. Ze waren altijd samen, zeker sinds haar man met pensioen was. Zij vonden het verspilde tijd om met anderen te verkeren op feesten en recepties etc. Patiënte en haar man waren volkomen op elkaar gericht en verkeerden daardoor min of meer in een zelfgekozen sociaal isolement. De man van patiënte werd echter ernstig ziek en verzocht om euthanasie. Patiënte wilde het liefst tegelijk met haar man sterven. De arts was hiervan destijds op de hoogte geweest en dit had hem er lange tijd van weerhouden om op het euthanasieverzoek van de ernstig zieke man van patiënte in te gaan. Uiteindelijk legde patiënte zich op dat moment bij de situatie neer en zag van haar voornemen af. De arts voerde vervolgens de euthanasie bij de echtgenoot van patiënte uit.
Patiënte kon echter, zoals zij al verwacht had, niet zonder haar echtgenoot verder leven. Zij ervoer een gevoel van verlatenheid. Deze emotie was zeer heftig. Zij beschreef haar situatie als de hel. De rouw werd in de loop van de tijd niet minder. Het leven had geen betekenis meer voor haar. Patiënte vond dat ze uitzichtloos en ondraaglijk leed aan verdriet als gevolg van het afgesneden zijn van haar levenvullende liefde. De consulent kon de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte invoelen.
Patiënte was uitgebreid voorgelicht over de mogelijkheden die zouden kunnen worden aangewend om haar geestelijk lijden te verlichten. Rouwtherapie en medicatie hadden geen verbetering teweeg gebracht. Gezien de heftigheid van de emotie van patiënte en het zelfgekozen, beperkte sociale netwerk, was het niet waarschijnlijk dat zij zou kunnen herstellen. Het lijden was uitzichtloos. Er waren geen reële alternatieve behandelmogelijkheden om het lijden te verlichten.
Patiënte had al om euthanasie verzocht toen ze weduwe dreigde te worden. Deze wens bleef onverminderd aanwezig, terwijl de man van patiënte al langer dan een jaar geleden was gestorven. Patiënte wilde op een gecontroleerde, humane wijze overlijden. Als dat niet mogelijk was, zou zij zichzelf doden. Dit was geen dreigement maar een constatering.
Patiënte voelde zichzelf absoluut niet depressief. Zij at, dronk en sliep goed. Zij volgde het nieuws en ondernam activiteiten. De consulent stelde vast dat er hier geen sprake was van een depressie.
De tweede consulent, een onafhankelijke psychiater, constateerde pathologische rouw bij een plichtsgetrouwe, zorgzame vrouw die de relatie met haar man omschreef als een onafscheidelijke eenheid. Het leven van patiënte stond ook na een jaar als weduwe in het teken van lijden door het verlies van haar man. Patiënte gaf aan dat zij zes jaar eerder al een wils-

verklaring hadden opgesteld waarin stond dat ze niet zonder elkaar wilden doorleven. Rouwverwerkingtherapie had tot geen enkele verbetering geleid en antidepressiva waren niet geïndiceerd.
De tweede consulent schreef dat het nooit met zekerheid te zeggen is of pathologische rouw verdwijnt na verloop van tijd maar gezien de intensiteit van het verdriet een jaar na het overlijden van de geliefde, het beperkte sociale netwerk en de persisterende wens van patiënte om niet meer te willen leven zonder haar man, was herstel minder waarschijnlijk.
De commissie heeft extra aandacht besteed aan de beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden en de wilsbekwaamheid van patiënte.
Ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden overweegt de commissie het volgende.
De diagnose van de stoornis waaronder patiënte leed werd aangeduid als Prolonged Grief Disorder. Er was sprake van ernstig psychisch lijden in reactie op een onherstelbare, voor patiënte rampzalige situatie met begeleidende verschijnselen van reactieve depressiviteit in het kader van een gecompliceerd pathologisch rouwproces. Naar het oordeel van de commissie staat het lijden aldus in een medische context. Patiënte had zowel medicatie als intensieve begeleiding bij de rouwverwerking geprobeerd. Deze behandelingen hadden geen enkel resultaat opgeleverd. De arts en de geraadpleegde consulenten konden daardoor tot de conclusie komen dat de kans zeer gering was dat een zodanige verbetering van de levenssituatie van patiënte zou optreden dat ze deze als draaglijk zou ervaren. De commissie is van oordeel dat de uitzichtloosheid van het lijden daarmee voldoende is beargumenteerd.
Ten aanzien van de wilsbekwaamheid van patiënte overweegt de commissie het volgende.
De arts heeft extra behoedzaamheid betracht door naast een SCEN-arts als eerste consulent, ook nog een onafhankelijk psychiater als tweede consulent te raadplegen. Deze laatstgenoemde stelde vast dat geen sprake was van een endogeen depressief toestandsbeeld. Hij achtte patiënte bovendien wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasiewens. Nu de arts en de twee consulenten waaronder een psychiater overtuigd waren van de wilsbekwaamheid van patiënte, oordeelt de commissie overeenkomstig.
De commissie oordeelde dat de arts, gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, tot het oordeel kon komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en dat ook voor het overige aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Coma en verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma)

Lijden veronderstelt de aanwezigheid van bewustzijn. Verkeert een patiënt in coma, dat wil zeggen een toestand waarin het bewustzijn geheel en al ontbreekt, dan kan hij geen lijden ondervinden. In die situatie kan euthanasie niet plaatsvinden.
Op dit uitgangspunt is de volgende uitzondering mogelijk: Anders dan een coma dat door ziekte of daarbij optredende complicaties (spontaan) is ontstaan kan een coma het gevolg zijn van medisch handelen (het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding); een dergelijk coma is daarom in principe omkeerbaar (reversibel). In deze laatstgenoemde situatie kan uitvoering van euthanasie wel gerechtvaardigd zijn. Het wordt dan inhumaan geacht de patiënt uit dit reversibel coma te laten ontwaken met het doel hem zijn ondraaglijk lijden, ter bestrijding waarvan genoemde medicatie nu juist was toegediend, opnieuw te laten bevestigen.

Een patiënt kan spontaan, dan wel door het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding in een toestand van verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma) komen te verkeren, waarin niet is uitgesloten dat hij (ondraaglijk) lijdt. De arts kan aan de hand van reacties van de patiënt tot de overtuiging komen dat dit het geval is. Om artsen van dienst te zijn bij het bepalen en interpreteren van bewustzijnstoornissen heeft de KNMG in de, in juni 2010 gepubliceerde richtlijn “Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn”, de zogeheten Glasgow Coma Scale opgenomen.
Deze richtlijn ziet op de specifieke situatie dat, op het moment dat de arts – na een onafhankelijke consulent te hebben geraadpleegd – als het ware al “in de startblokken staat” om de euthanasie uit te voeren, de patiënt, al dan niet spontaan, in een toestand van verlaagd bewustzijn (dus met mogelijk lijden) geraakt, dan wel in een reversibel coma wordt gebracht. In die situatie kan de uitvoering plaatsvinden; de arts behoeft dan niet opnieuw een consulent te raadplegen en, hoewel de patiënt ten tijde van de uitvoering van de euthanasie niet meer in staat is zijn wil te uiten, is een schriftelijke wilsverklaring niet vereist. (zie casus 14)

Het komt echter ook voor dat een arts op grond van artikel 2, lid 2 WTL gevolg wil geven aan het – in een schriftelijke wilsverklaring gedaan – euthanasieverzoek van een patiënt die niet in staat is zijn wil te uiten, omdat hij zich in een toestand van verlaagd bewustzijn bevindt of in een reversibel coma is gebracht, terwijl er nog geen onafhankelijke consulent is geraadpleegd. Op deze – uitzonderlijke – situatie is de richtlijn niet van toepassing, maar ook dan kan de Glasgow Coma Scale een goed handvat bieden om de mate van bewustzijnverlaging (en daarmee mogelijk lijden) te bepalen, respectievelijk dit coma vast te stellen. Ook in deze situatie wordt het inhumaan geacht de patiënt uit dit reversibel coma te laten ontwaken teneinde hem zijn ondraaglijk lijden te laten bevestigen. (zie in dit verband casus 4)

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

Casus 14

Euthanasie bij patiënt met verlaagd bewustzijn
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen 70 en 80 jaar, werd een jaar geleden een myo-epitheliaal carcinoom van de weke delen met metastasen naar longen en lokale lymfeklieren gediagnosticeerd. Genezing was niet meer mogelijk. Palliatief onderging patiënt vanwege zwelling in een been een operatie en radiotherapie. Tevens werd lymfedrainage geprobeerd. De klachten verminderden niet, de zwelling breidde zich uit naar de onderbuik en het scrotum. Hij kreeg morfine vanwege de pijn; tegen de benauwdheid, die moeilijker te bestrijden was, kreeg hij zuurstofondersteuning. Vier dagen voor het overlijden werd vanwege toenemende benauwdheid op advies van een ingeschakelde palliatief consulent gestart met morfine en midazolam. Ondanks deze middelen nam zijn benauwdheid fors toe en patiënt gaf aan dat hij door middel van euthanasie zijn leven beëindigd wilde hebben.
De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënt uit forse benauwdheid, pijn, slecht slapen, algehele malaise en vermoeidheid. Hij was bedlegerig en afhankelijk van de zorg van anderen. Ook leed hij ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van zijn situatie. De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor hem uitzichtloos en ondraaglijk was.
Volgens het verslag van de consulent was patiënt helder van geest en kon hij zijn gedachten goed verwoorden. Hij moest tijdens het gesprek af en toe pauzeren vanwege kortademigheid. Patiënt vertelde de consulent zijn ziektegeschiedenis en huidige klachten. Op het moment van het consult was sprake van een snelle achteruitgang, maar was er nog geen sprake van ondraaglijk lijden.
Een dag voor het overlijden had de arts telefonisch contact met de consulent. De arts vertelde dat de situatie de laatste week snel verslechterde. Twee dagen voor het overlijden had patiënt tegenover de arts aangegeven dat zijn lijden voor hem ondraaglijk werd. Omdat met name de benauwdheid moeilijk te bestrijden was, had de huisarts overlegd met een palliatief consulent. Deze adviseerde parenteraal morfine en midazolam. Ondanks hoge doseringen morfine, midazolam en corticosteroïden parenteraal bleef patiënt benauwd, maar zij hadden niet tot gevolg dat hij niet langer af en toe aanspreekbaar was. Hij gaf te kennen dat hij wenste dat er een eind aan zijn leven werd gemaakt.
De consulent concludeerde dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek en van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De ondraaglijkheid van het lijden van patiënt werd vooral bepaald door de toenemende benauwdheid die ondanks maximale medicatie niet verbeterde. Ook was sprake van een algehele malaise en vermoeidheid. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering was het de commissie opgevallen dat patiënt de dag voor de levensbeëindiging nog medicamenteus is behandeld met

hoge doseringen morfine en midazolam om de benauwdheid te bestrijden. De commissie vroeg zich af of patiënt onder de omstandigheden als voormeld nog wilsbekwaam was ten tijde van de uitvoering van de euthanasie of dat er sprake is geweest van een situatie van verlaagd bewustzijn als onbedoeld neveneffect zoals bedoeld in hoofdstuk 3.3 van de KNMG-richtlijn *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* van april 2010.
De commissie heeft de arts verzocht om hierover een nadere schriftelijke toelichting te geven. De arts gaf – zakelijk weergegeven – de volgende schriftelijke toelichting: patiënt was ten tijde van de euthanasie niet meer wilsbekwaam aangezien hij in verband met het bestrijden van zijn benauwdheid al hoge doseringen morfine en midazolam had gehad naast de zuurstoftherapie. De benauwdheid is in het laatste stadium zeer snel progressief geworden. Conform de afspraak met patiënt werd in deze situatie euthanasie toegepast.
Voor de commissie is genoegzaam duidelijk geworden dat patiënt wilsbekwaam was en uitzichtloos en ondraaglijk leed toen hij de arts om uitvoering van de euthanasie verzocht. In overleg met een palliatief consulent is de arts patiënt vervolgens medicamenteus gaan behandelen met oplopende doseringen morfine en Dormicum om de benauwdheid van patiënt te bestrijden. Door deze medicamenteuze behandeling is patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn geraakt.
De commissie overweegt dat er in dit geval sprake is van een situatie, als die wordt beschreven in hoofdstuk 3.3 van de KNMG-richtlijn *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*. In zo'n geval is het verlaagde bewustzijn mogelijk reversibel, maar wordt het weer bij bewustzijn laten komen van een patiënt als ongewenst beschouwd en wordt de uitvoering van de vooraf afgesproken euthanasie gerechtvaardigd geacht.
Dat de arts ervoor gekozen heeft de euthanatica niet pas toe te dienen na het ontwaken uit de toestand van verlaagd bewustzijn, maar conform de afspraak met patiënt de euthanasie in deze situatie heeft toegepast, getuigt volgens de commissie van een medisch zorgvuldige afweging in het kader van de uitvoering van de levensbeëindiging.

Palliatieve sedatie

Bij palliatieve sedatie wordt het bewustzijn van een patiënt opzettelijk verlaagd om zo in de laatste levensfase het onbehandelbare lijden weg te nemen. Palliatieve sedatie kan alleen worden toegepast als het overlijden binnen twee weken is te verwachten.[4] De mogelijkheid van palliatieve sedatie betekent niet altijd dat de vraag om euthanasie verdwijnt. Er zijn patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het einde toe bij bewustzijn te willen blijven. In dat geval kunnen arts en patiënt dan ook tot de overtuiging komen dat palliatieve sedatie geen redelijke oplossing is.

c. *Voorlichting aan de patiënt*

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

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

Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij voldoende inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, behandelmogelijkheden en prognoses.
Het is de verantwoordelijkheid van de arts erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd. Hij moet dat ook actief verifiëren. Deze zorgvuldigheidseis leidde in geen van de gemelde gevallen tot opmerkingen van de commissies.

d. *Geen redelijke andere oplossing*

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

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

4 KNMG-Richtlijn Palliatieve sedatie, herzien in 2009

Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal bij beslissingen rond het levenseinde. Dat wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet benutten. Ook een patiënt die verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden mag (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren.
Bij een dergelijke weigering kan onder andere een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor deze patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn; het positieve effect van de behandeling weegt dan voor hem niet op tegen de nadelen ervan.
Ook zijn er patiënten die niet suf willen worden en het bewustzijn niet willen verliezen en daarom geen hogere doses (morfine) willen. De arts moet de patiënt dan goede voorlichting geven en met hem bespreken of deze angst terecht is.

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

Casus 15

Vraag of er nog reële alternatieven waren; belang van de mening van de consulent
Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 70 en 80 jaar, bestonden al sinds jaren ondraaglijke rugpijnen. Patiënte kon zich niet herinneren ooit zonder rugpijn te hebben geleefd. Vier jaar geleden concludeerde de huisarts op basis van röntgenfoto's dat er sprake was van osteoporotische inzakkingfracturen op verscheidene lumbale niveaus. De enige mogelijkheid was om medicamenteus te proberen de pijn te verzachten tot een draaglijk niveau. De verwachting was dat de klachten alleen maar zouden toenemen. Patiënte startte drie jaar later met fentanylpleisters in opklimmende dosering. De medicatie had ondanks toediening in maximale dosering geen effect op de pijn.
Ook startte patiënte met antidepressiva zoals Amitriptyline, echter zonder effect. Patiënte werd wel toenemend suf en de kans om te vallen nam toe. Patiënte verhuisde op advies van de arts tijdelijk naar een verzorgingshuis zodat er toezicht was en het effect van juiste toediening van de medicatie kon worden bekeken. Patiënte kreeg hierdoor wel wat rust maar de pijn verminderde niet en patiënte leed als gevolg daarvan ondraaglijk. Na de tijdelijke opname woonde patiënte weer thuis. Buiten de arts om consulteerde patiënte nog een manueel therapeut maar ook hij zag geen therapeutische mogelijkheden.
Patiënte verlangde ernaar om uit dit leven te mogen stappen naar een ander leven. Elke ADL-handeling veroorzaakte pijn. Ook leed patiënte ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Uit overleg met pijnspecialisten over vergelijkbare gevallen was het de arts duidelijk geworden dat een pijnblokkade, zelfs met een epidurale katheter, geen effect zou hebben op de niet-radiculaire pijn. De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte ondraaglijk was.
Volgens de arts waren er behalve de al genomen palliatieve maatregelen geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Volgens het verslag van de consulent was patiënte grotendeels bedlegerig en kwam zij alleen nog voor toiletbezoek uit bed. Patiënte kon haar verhaal duidelijk verwoorden. Ze vertelde dat ze al vanaf haar dertiende jaar pijn in haar rug had. Tot vijf jaar geleden was er geen onderzoek naar gedaan. Uit een röntgenfoto die vier jaar geleden werd genomen had de arts geconcludeerd dat er sprake was van een scoliose met osteoporotische en ingezakte wervels en dat dit de reden moest zijn waarom patiënte veel pijn leed. De arts stelde zich op grond daarvan op het standpunt dat er geen curatieve en geen palliatieve mogelijkheden meer waren en dat de klachten alleen maar zouden toenemen. Het leven van patiënte werd beheerst door de pijn en zij werd toenemend immobiel. Door de allesoverheersende pijnklachten had het leven voor patiënte geen betekenis meer.

Volgens de consulent was het verzoek van patiënte om euthanasie vrijwillig en weloverwogen. Het lijden was zowel psychisch als lichamelijk ondraaglijk. Het lijden was voor de consulent goed invoelbaar mede door de afhankelijke positie waarin patiënte verkeerde.
De consulent was echter van mening dat er door de arts niet voldoende aan pijnstilling was gedaan. Patiënte had alleen fentanylpleisters van maximaal 50 microgram gekregen aangevuld met Oxycodon met daarnaast nog enige tijd Amitriptyline.
Bij de behandeling in de commissievergadering viel het de commissie op dat de arts en de consulent in deze casus fundamenteel met elkaar van mening verschilden over het al dan niet nog bestaan van palliatieve mogelijkheden om de ondraaglijke (rug)pijn waaraan patiënte leed te verlichten. De commissie vroeg zich af of de arts een rugspecialist had geraadpleegd dan wel een palliatief team of een pijnteam. Ook wilde de commissie nog graag kennis nemen van de schriftelijke conclusies van de rugkliniek in Den Haag die patiënte kennelijk op eigen initiatief een jaar geleden samen met haar zoon had bezocht. Tenslotte wilde de commissie met arts en consulent van gedachten wisselen over de rol van de arts en de consulent in de euthanasieprocedure.
Bij gelegenheid van de mondelinge toelichting vertelde de consulent aan de commissie dat hij niet kon begrijpen hoe het kon dat een patiënte die al vanaf haar dertiende jaar pijn in de rug had, deze rugpijn na zestig jaar ineens als ondraaglijk ervoer. Dit was ook een van de redenen geweest dat hij, na het consult, de arts had gebeld. De consulent vond namelijk dat hij te weinig gegevens had ten aanzien van het ziektebeeld van patiënte om tot een oordeel te kunnen komen.
Patiënte had haar rugklachten al vanaf haar dertiende jaar. Pas later, na haar bevallingen, waren deze klachten toegenomen. De consulent had nergens uit kunnen opmaken wanneer die klachten precies waren toegenomen. Patiënte gaf duidelijk aan dat haar rugpijn allesoverheersend was. Als zij even uit bed was en naar beneden was geweest, wilde zij weer snel naar bed. Patiënte liet de consulent de medicatie zien die de arts haar ter pijnstilling had voorgeschreven. De consulent was van mening dat dit weinig was. In zijn praktijk als huisarts had hij meerdere vrouwelijke patiënten met soortgelijke rugklachten die goed reageerden op pijnstilling en hij vond dat de arts bij patiënte weinig aan pijnstilling had gedaan.
Patiënte vertelde dat zij ook naar een arts in een rugkliniek was geweest. Zij wist de naam van die arts en die kliniek niet meer. Volgens de consulent was die arts een orthopeed maar hij wist het niet zeker. Uit het gesprek met patiënte concludeerde de consulent dat, als er sprake was van een goede pijnbestrijding, een euthanasie niet nodig zou zijn, omdat er dan bij patiënte ook geen sprake was van ondraaglijk lijden. Patiënte had hem expliciet gezegd dat, wanneer zij geen pijn meer zou hebben, zij geen euthanasie zou willen.
Bij gelegenheid van de mondelinge toelichting verklaarde de arts aan de commissie dat hij ruime ervaring met pijnteams had. Volgens de arts heeft het alleen zin om een patiënt naar een pijnteam te verwijzen als deze last heeft van radiculaire pijn. Bot- en bandenpijn kunnen door een huisarts bestreden worden en daar kan een pijnteam geen andere mogelijkheden voor bieden. Huisartsen hebben met deze laatste aandoeningen veel te maken.
De arts vertelde de commissie verder dat hij bij patiënte ook geen aanwijzingen gehad had voor andere pathologie zoals ovariumpathologie of botmetastasen. De pijn van patiënte was een bewegingsafhankelijke pijn en naar zijn idee kon er geen andere reden voor de pijn zijn dan ingezakte wervels. De pijn van vier jaar geleden was dezelfde als drie jaar later. Patiënte had al die jaren doorgesukkeld omdat ze dacht dat de arts geen euthanasie wilde uitvoeren.
De arts gaf aan dat hij het bezoek dat patiënte aan een manueel therapeut had gebracht niet serieus nam. Patiënte was op eigen initiatief naar deze therapeut gegaan. De manueel therapeut had nog wel telefonisch contact opgenomen met de arts en hem verteld dat hij patiënte niet kon helpen omdat ze afwijkingen had op verschillende niveaus. Ook zei hij dat het geen zin had haar door te sturen naar een orthopeed of pijnspecialist. De arts deelde die mening.
De arts heeft overwogen patiënte morfine te geven maar dit was riskant omdat zij alleen woonde.
De arts gaf desgevraagd aan te hebben overwogen of er sprake zou zijn van psychische klachten bij patiënte maar naar zijn idee was er geen grote psychische problematiek.

De arts vertelde de commissie dat hij patiënte had laten opnemen in een verzorgingshuis om rust te creëren. Patiënte was thuis gevallen als gevolg van morfine. Haar euthanasiewens bleef echter onveranderd bestaan. De arts gaf aan een euthanasieverzoek van een patiënt niet als dwingend op te vatten. Een verzoek om euthanasie moest voor hem invoelbaar en reëel zijn wilde hij er op in gaan. De arts gaf aan de afgelopen twintig jaar te hebben ervaren dat wanneer een patiënt een euthanasiewens uit die niet reëel is, er uiteindelijk geen euthanasie plaatsvindt omdat patiënt zich dan alsnog bedenkt. Volgens de arts weet je dan ook, wanneer je op een euthanasiewens ingaat, snel of deze wens reëel is of niet. Gezien de pijn die patiënte leed was haar wens voor de arts invoelbaar. Artsen van een pijnpoli konden niets meer voor haar doen om het ondraaglijke lijden te verlichten.
In haar oordeel overweegt de commissie met betrekking tot de uitzichtloosheid van het lijden als volgt: Het lijden van de patiënt wordt 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. 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.
De commissie is in dit geval niet overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden en wel om de volgende redenen. Patiënte kwam ruim twaalf jaar geleden in de praktijk van de arts met rugpijn maar in die tijd werd geen nadere diagnose gesteld. Patiënte zou al vanaf haar dertiende jaar rugpijn hebben maar een mogelijke oorzaak van de pijn toen was de arts niet bekend. De arts erkent dat hij niet beschikt over een eerder gestelde diagnose, noch zijn er andere medische gegevens voorhanden ten aanzien van de jarenlange rugpijn. Patiënte bezocht de arts niet frequent. Weliswaar heeft de arts zowel zes als vier jaar geleden röntgenfoto's van de lumbale wervelkolom laten maken, waarbij op de laatste foto progressieve inzakkingen van de derde en vierde lumbale wervels te zien waren evenals discopathie en spondylose op alle niveaus maar de arts kon niet bevestigen dat de pijn waaraan patiënte de laatste jaren leed dezelfde was waaraan zij altijd had geleden.
Gezien de uitkomst van dit röntgenonderzoek had het volgens de arts geen zin patiënte te verwijzen naar een pijnteam omdat dit alleen zinvol is als zij last zou hebben van radiculaire pijn en dat was bij patiënte niet het geval. Ook heeft de arts patiënte niet verwezen naar een orthopeed.
Het is voor de commissie (en ook voor de arts) niet duidelijk of de vier jaar geleden gestelde diagnose de rugpijn afdoende verklaart, temeer daar die al sinds de jeugdjaren van patiënte bestond. Nu verdergaande diagnose ontbreekt, is het moeilijk vast te stellen of een behandeling al dan niet mogelijk was en de commissie is er dan ook niet van overtuigd dat er sprake was van een onbehandelbare ondraaglijke situatie. Patiënte had alleen fentanylpleisters van maximaal 50 microgram gekregen aangevuld met Oxycodon en Lyrica. Ook had zij enige tijd Amitriptyline gebruikt.
Daarbij komt dat ook volgens de consulent de pijnbestrijding niet volledig uitgeprobeerd en toegepast was. De consulent vond de medicatie die de arts aan patiënte had voorgeschreven ter pijnstilling te weinig, mede gezien zijn eigen ervaringen met deze patiënten. Van belang is bovendien dat patiënte tegen de consulent heeft gezegd dat zij geen euthanasie zou willen indien de pijn te behandelen zou zijn.
Het voorgaande leidt tevens tot de conclusie dat de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen andere reële oplossing was. Omdat niet onomstotelijk is vast komen te staan dat patiënte's klachten het gevolg waren van osteoporotische afwijkingen, zeker gezien in het licht van al meer dan zestig jaar bestaande rugklachten, vindt de commissie dat patiënte op zijn minst naar een medisch specialist of multidisciplinair team verwezen had moeten worden ter nadere diagnostiek en/of behandeling.
Ook wanneer de osteoporose de enige oorzaak van de pijn zou zijn geweest, zijn nog niet alle palliatieve mogelijkheden ten volle benut. Navraag bij een pijnteam van een academisch

ziekenhuis leerde de commissie dat pijnklachten van een dergelijke aard ook als ze niet radiculair van oorsprong zijn vaak goed te behandelen zijn.
Nu de diagnose niet duidelijk was en er wellicht nog palliatieve mogelijkheden waren, komt de commissie tot het oordeel dat het lijden van patiënte op het moment dat de euthanasie werd uitgevoerd wel ondraaglijk voor haar was maar (nog) niet uitzichtloos.
Samenvattend komt de commissie tot de slotsom dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de hierboven genoemde wettelijke zorgvuldigheidseisen.

e. Consultatie

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

Vereist is dat een tweede, onafhankelijke arts de patiënt ziet en zijn zelfstandig oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. en daarvan schriftelijk verslag doet.
Het raadplegen door de arts van een collega, die, voorafgaande aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. is wettelijk verplicht.
Een dergelijke raadpleging door de arts van een consulent is bedoeld om een zorgvuldig besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het door de consulent gegeven consult helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en helpt hem te reflecteren alvorens hij besluit tot het inwilligen van het verzoek.
De consulent dient de patiënt te zien om te beoordelen of de arts die de levensbeëindiging wil gaan uitvoeren niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d.; deze zelfde eis geldt voor een eventueel tweede of volgende, door de arts geraadpleegde consulent.
Wordt een reeds eerder geconsulteerde consulent opnieuw geraadpleegd dan kan deze consultatie, afhankelijk van de hierna beschreven omstandigheden, ook bestaan uit een telefonisch contact tussen arts en consulent.
Het gaat in genoemde gevallen om een formeel raadplegen van een tweede arts met een gerichte vraagstelling. Daarbij verstaat de commissie onder 'raadplegen' het kennisnemen van de bevindingen van de consulent en het hiermee samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging.

Onafhankelijkheid consulent

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. In het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 (blz.15) wordt expliciet aangegeven dat de onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts gewaarborgd moet zijn.
Volgens de KNMG impliceert een en ander dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent van de arts, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de arts die om het consult vraagt, in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Ook de schijn van afhankelijkheid dient volgens dit Standpunt te worden vermeden.
Dit betekent onder meer dat er geen familieband of zakelijke relatie mag bestaan tussen arts en consulent en in beginsel ook geen samenwerkingsrelatie in bredere zin. Zij mogen dus ook niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn.

De schijn van niet-onafhankelijkheid kan ook ontstaan wanneer dezelfde artsen regelmatig over en weer als uitvoerend arts, dan wel als consulent optreden en op die manier als het ware een vast duo vormen. Daarmee kan een ongewenste situatie ontstaan, omdat er dan terecht twijfel kan bestaan over de onafhankelijkheid. De commissies zijn van mening dat bij de raadpleging door een arts van steeds dezelfde consulent al snel de onafhankelijkheid van het oordeel van de consulent onder druk kan komen te staan. Ook de schijn van niet-onafhankelijkheid dient men te allen tijde te vermijden.
Het kan voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen vanuit een privésituatie of uit een intervisiegroep.
Kennis vanuit een privésituatie betekent niet per definitie dat de consulent niet in staat zou zijn om tot een onafhankelijk oordeel te komen, maar kan wel degelijk de schijn van niet-onafhankelijkheid wekken. Bij kennis vanuit een intervisiegroep, een professionele activiteit, hangt het van de omstandigheden in de intervisiegroep af of dit de onafhankelijke beoordeling door de consulent in de weg staat.
Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun mening daarover aan de commissie laten weten.
In verband met de onafhankelijkheid van de consulent is het gebruikelijk en tevens raadzaam via de SCEN organisatie een SCEN arts als consulent te benaderen (over het raadplegen van een SCEN arts, zie ook hieronder).

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

Schriftelijke verslaglegging consulent

Voor de beoordeling van de melding is de schriftelijke verslaglegging[5] door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de toestand waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich uit over zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissie.
De consulent geeft zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot de arts en tot de 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.
De arts moet daarom nagaan of het verslag van de consulent van voldoende kwaliteit is en of de consulent daarin zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Zo nodig moet hij de consulent daarop nader bevragen.

Situatie na raadplegen consulent

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

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

Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede bezoek van consulent aan patiënt in beginsel wel nodig zijn (zie casus 16).
Als er vervolgcontact is geweest tussen de arts en de consulent of als de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, moet de arts dat in zijn melding aangeven.
De commissies ontvangen ook meldingen, waarin de consultatie (d.w.z. het raadplegen van de consulent, het bezoek van deze aan de patiënt en het door hem gegeven consult) zeer kort voor het overlijden, soms op de dag zelf, heeft plaatsgevonden. Het kan dan raadzaam zijn dat de arts duidelijk aangeeft wanneer en op welke wijze hij van het verslag van de consulent heeft kennisgenomen.
De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen; bij verschil van mening tussen arts en consulent moet de arts uiteindelijk zijn eigen beslissing nemen. Het is immers het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld.

SCEN

'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)' leidt artsen op tot consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als andere, onafhankelijke arts een zogeheten SCEN-arts benaderd. De commissies zijn verheugd dat dit tegenwoordig (bijna altijd) ook het geval is wanneer de euthanasie door een specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd. Ook zijn specialisten steeds vaker zelf SCEN-arts. SCEN-artsen hebben ook een rol als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies.
De commissies hebben geconstateerd dat nog lang niet alle artsen met de consultverlenende SCEN-arts overleggen over de (wijze van) uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
Hoewel op grond van artikel 2, lid 1, onderdeel e. WTL van de als onafhankelijke consulent geraadpleegde arts slechts een oordeel over de onderdelen a. tot en met d. wordt gevraagd, staat niets de meldend arts in de weg met deze consulent, veelal een SCEN-arts, de voorgenomen wijze van uitvoering te bespreken.
Het is de commissies echter ook opgevallen dat sommige SCEN-artsen de consultvragende arts aanbieden over de uitvoering te adviseren.
Aldus geven zij op een goede manier uitvoering aan de S (Steun).

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

Casus 16

Consultatie vier maanden voor overlijden
Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënte, een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, was vijf jaar geleden een adenocarcinoom in de eerste helft van de dikke darm gediagnosticeerd. Zij werd geopereerd en onderging chemotherapie.
Drie jaar later werd zij in het ziekenhuis opgenomen wegens een dreigende ileus, maar een coloscopie toonde geen afwijkingen aan. Na een half jaar werden toch weer afwijkingen aangetroffen en onderging patiënte een laparotomie. Daarbij werd een niet te genezen recidief dan wel metastase van het coloncarcinoom gevonden. Er volgde een palliatieve resectie. Genezing was niet mogelijk.
Het lijden van patiënte bestond voornamelijk uit braken, misselijkheid en buikpijn. Gedurende de laatste periode voor haar overlijden namen de buikpijnaanvallen in frequentie toe en kon zij de sondevoeding die zij kreeg steeds minder verdragen. De klachten namen ook in ernst toe. Voor de arts was de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar.
Acht maanden voor het overlijden had patiënte met de arts over levensbeëindiging in het algemeen gesproken. Eerder had zij daarover al gesproken met haar vorige huisarts. Drie dagen voor het overlijden had zij concreet om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Daarna heeft zij dat nog enkele keren herhaald. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig.
Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.
Als consulent werd benaderd een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. Deze bezocht patiënte vier maanden voor het overlijden, na overleg met de arts en bestudering van medische gegevens van patiënte. De consulent bevestigde de ziektegeschiedenis van patiënte. De consulent bevestigde het uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk lijden. Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door toediening van 2000 mg thiopental en 20 mg pancuronium.
In de ontvangstbevestiging van de melding heeft de commissie de arts een vraag gesteld over de toedieningwijze van de euthanatica. In zijn schriftelijke reactie heeft de arts aangegeven, anders dan hij in zijn modelverslag had vastgelegd, niet alleen 2000 mg thiopental en 20 mg pancuronium intraveneus te hebben toegediend, maar anderhalf uur nadien opnieuw 20 mg (vijf ampullen) pancuronium te hebben gespoten, waarna patiënte na twintig minuten is overleden.
De schriftelijke toelichting had de commissie geen goed beeld gegeven van de wijze waarop de uitvoering van de levensbeëindiging daadwerkelijk was verlopen. Het was de commissie voorts opgevallen dat de uitvoering van de levensbeëindiging vier maanden na het bezoek van de consulent aan patiënte was uitgevoerd. Het was de commissie niet duidelijk hoe de situatie van patiënte zich had ontwikkeld na het bezoek van de consulent.
Om meer inzicht te verkrijgen in de gang van zaken rond de levensbeëindiging is de arts op gesprek uitgenodigd en hebben de leden van de commissie hem nog enkele vragen gesteld.
Desgevraagd heeft de arts toegelicht dat de patiënte kort voor het bezoek van de consulent pijn leed door een ileus. Omdat zijn ervaring hem heeft geleerd dat je in dergelijke gevallen nooit weet hoe de situatie zich zal ontwikkelen, heeft hij direct een bezoek van een consulent aangevraagd. Na het bezoek van de consulent is de toestand van patiënte echter verbeterd. Patiënte heeft op dat moment afgezien van haar verzoek om levensbeëindiging. Mede ingegeven door de moeite die haar kinderen met mogelijke levensbeëindiging hadden, heeft zij in de periode daarna een groot doorzettingsvermogen getoond. Na verloop van tijd is het

haar echter steeds minder gelukt zich over de door haar ervaren klachten heen te zetten. Kort voor de levensbeëindiging is de pijn steeds erger geworden en lukte het haar niet meer voeding binnen te krijgen. Patiënte heeft toen aangegeven ondraaglijk te lijden en levensbeeindiging te wensen. De arts heeft ingeschat dat de toestand van patiënte vergeleken met die ten tijde van het bezoek van de consulent, feitelijk niet veranderd was. Hij heeft gemeend dat een tweede bezoek van de consulent niets zou toevoegen en niet noodzakelijk was.
Met betrekking tot de uitvoering van de levensbeëindiging vertelt de arts dat hij niet had verwacht dat patiënte na het toedienen van de gebruikelijke euthanatica niet zou overlijden. Er was toen een stressvolle situatie ontstaan, terwijl hij niets van zijn spanning mocht laten blijken. Hij had contact opgenomen met de apotheker die hem uiteindelijk had aangeraden nogmaals 20 mg pancuronium toe te dienen.
Hij heeft zich toen verlaten op het advies van de apotheker, omdat hij er van uit ging dat de apotheker het beter zou weten dan hij. Voordat hij de extra dosering pancuronium toediende, had de arts gezien dat patiënte in diepe slaap was. Patiënte reageerde niet meer op prikkels. De arts had de diepte van het coma gecheckt door patiënte aan te kijken, aan te spreken en haar arm aan te raken. Nu de arts patiënte anderhalf uur na toediening van de thiopental en pancuronium een extra dosis pancuronium had toegediend, was het naar de mening van de commissie van belang dat de arts de diepte van het coma op een correcte wijze had moeten vaststellen, bijvoorbeeld door middel van de corneareflex. De arts vertelt dat hij in de stressvolle situatie, waarin hij verkeerde, niet heeft overwogen of patiënte wel in een voldoende diep coma verkeerde.
Na het gesprek met de commissie heeft de arts, onder andere naar aanleiding van het van dit gesprek opgestelde verslag, de commissie op meerde momenten nadere schriftelijke informatie verstrekt, die echter niet consistent was en bovendien niet overeenkwam met de eerder door de commissie ontvangen schriftelijke, maar ook mondelinge informatie van de arts. Als reden hiervoor noemde de arts de stress die hem in verband met het moeten geven van een mondelinge toelichting parten speelde, waardoor de gang van zaken bij de uitvoering hem niet meer op het netvlies stond.
Ten aanzien van de consultatie merkt de commissie het volgende op:
De WTL vereist dat de meldend arts een tweede, onafhankelijke arts raadpleegt die de patiënt ziet en zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen zoals genoemd onder artikel 2 lid 1 sub a. tot en met d. Deze consulent moet zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geven en moet daarvan schriftelijk verslag doen. Een dergelijke raadpleging (doorgaans aangeduid als consultatie) is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het door de consulent gegeven consult helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en helpt hem te reflecteren alvorens hij besluit tot het inwilligen van het verzoek. In het onderhavige geval was het de commissie op grond van de schriftelijke stukken, die door de arts bij de melding waren aangeboden, niet op voorhand duidelijk hoe de situatie van patiënte was veranderd ná het bezoek van de consulent. De arts had tijdens het gesprek met de commissie toegelicht hoe de toestand van patiënte zich had ontwikkeld. Hij had ingeschat dat haar toestand, vergeleken met die ten tijde van het bezoek van de consulent, feitelijk niet was veranderd en had daarom gemeend dat een tweede bezoek van de consulent niets zou toevoegen en niet noodzakelijk was.
De commissie is echter van mening dat, nu de toestand van patiënte na het bezoek van de consulent zodanig was verbeterd dat patiënte had besloten af te zien van levensbeëindiging, er op dat moment een nieuwe situatie was ontstaan. In dat licht had de arts, toen patiënte hem opnieuw om levensbeëindiging verzocht, nogmaals de consulent (eventueel telefonisch) moeten raadplegen.
Door niet opnieuw een consulent te raadplegen heeft de arts naar het oordeel van de commissie niet voldaan aan de zorgvuldigheidseis genoemd in art 2 lid 1 sub e. van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
Ten aanzien van de uitvoering overweegt de commissie dat de arts verantwoordelijk is voor

de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging, ook wanneer deze informatie heeft ingewonnen bij een deskundige, zoals een apotheker.
De commissie merkt op dat in casu, gelet op het tijdsverloop tussen het toedienen van de thiopental en de extra dosering pancuronium, het adequaat vaststellen van het coma was geboden alvorens tot toediening van laatstgenoemd middel over te gaan. Noch uit de schriftelijk gegeven informatie, noch uit het gesprek dat zij met de arts heeft gevoerd is het de commissie duidelijk geworden of een coma-check heeft plaatsgevonden en zo ja, of deze adequaat mocht worden geacht. De na het gesprek met de commissie door de arts verstrekte informatie was in tegenspraak met hetgeen hij tijdens zijn gesprek met de commissie had verklaard.
De commissie is zich er van bewust dat het uitvoeren van een levensbeëindiging voor artsen niet kan worden gerekend tot hun normaal handelen. Zij heeft er begrip voor dat levensbeëindiging door artsen als (bijzonder) stressvol kan worden ervaren. De commissie kan zich dan ook voorstellen dat juist een op een bijzondere wijze verlopen en als stressvol ervaren levensbeëindiging als het ware op het netvlies van een arts gebrand blijft staan.
De commissie kan zich echter ook voorstellen dat, indien dit laatste niet het geval blijkt, de arts – naar aanleiding van het verzoek van de commissie schriftelijk nadere informatie te verschaffen met betrekking tot de uitvoering van de levensbeëindiging, dan wel ter voorbereiding van zijn gesprek met de commissie – zich zal verdiepen in de feitelijke gang van zaken bij de door hem uitgevoerd levensbeëindiging.
Gelet op het voorgaande en met name gezien het door de arts pas na het gesprek aan de commissie toezenden van aanvullende schriftelijke informatie, die inhoudelijk niet overeenkomt met zijn eerder schriftelijk en mondeling verstrekte informatie, moet de commissie concluderen dat de arts niet aannemelijk heeft kunnen maken dat de levensbeëindiging medisch zorgvuldig was uitgevoerd en kan zij daardoor niet anders dan tot het oordeel komen dat evenmin is voldaan aan de zorgvuldigheidseis ex artikel 2 lid 1 sub f van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Casus 17

Onafhankelijkheid SCEN-arts en communicatie tussen arts en consulent
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen de 60 en 70 jaar, werd enkele weken voor overlijden een vermoedelijk neuro-endocriene tumor vastgesteld. Nader onderzoek wees op aanwezigheid van levermetastasen en andere complicerende factoren. Genezing was niet mogelijk.
Er waren geen curatieve behandelopties voorhanden. Sinds de diagnose zette het ziekteproces zich snel voort en namen de klachten van patiënt toe.
Het lijden van patiënt werd bepaald door snelle lichamelijke achteruitgang, bedlegerigheid met ADL-afhankelijkheid, benauwdheid en afnemende mogelijkheid tot communicatie. De optelsom van zijn klachten tezamen met de uitzichtloosheid van de situatie maakte dat patiënt zijn lijden als ondraaglijk ervoer. De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar.
De arts raadpleegde als consulent een SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt kort voor het overlijden, na overleg met de arts en bestudering van relevante medische informatie.
De consulent bevestigde in het verslag de ziektegeschiedenis van patiënt.
Patiënt was helder van geest tijdens de belangrijke momenten van het gesprek. Er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Er waren geen andere mogelijkheden om het lijden te verlichten. Patiënt wees palliatieve sedatie in de toekomst af. De consulent kwam tot de overtuiging dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De levensbeëindiging op verzoek vond plaats door intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental en vervolgens 20 mg pancuronium door de arts.
Bij de behandeling van de melding is er bij de commissie onduidelijkheid ontstaan over de onafhankelijkheid van de SCEN-arts ten opzichte van de arts en de wijze waarop de communicatie voorafgaande aan de euthanasie tussen de arts en de SCEN-arts was verlopen. Teneinde een antwoord te krijgen op bovengestelde vragen heeft de commissie de arts gevraagd een mondelinge toelichting te geven.
De arts vertelt desgevraagd dat de SCEN-arts via Atacom is benaderd. Op het moment dat de SCEN-arts met de arts contact opnam, realiseerde de arts zich direct dat de SCEN-arts tevens een patiënt van hem was. De SCEN-arts is de laatste tien jaar maximaal eenmaal per jaar bij de arts op consult geweest. De SCEN-arts is gepensioneerd en zit niet langer in een waarneemgoep met de arts. Zowel de arts als de SCEN-arts voelde zich volkomen vrij ten opzichte van elkaar; zij zagen geen belemmering voor een onafhankelijke beoordeling van de situatie.
Over het verloop van de gebeurtenissen op de dag van uitvoering vertelt de arts dat de SCEN-arts conform de afspraak de volgende ochtend na het consult belde. De SCEN-arts sprak met een collega van de arts, omdat de arts op dat moment niet bereikbaar was. Tijdens dat gesprek informeerde de SCEN-arts de collega-huisarts dat er “geen bezwaren waren, patiënt wilde euthanasie en niets anders”. Anders dan deze beknopte mededeling waren de nadere bevindingen van de SCEN-arts niet besproken. De collega-huisarts was op de hoogte van en betrokken geweest bij de behandeling van patiënt. Als de SCEN-arts al relevante bevindingen voor de levensbeëindiging had benoemd, acht de arts de collega-huisarts ter zake kundig genoeg om hem daarvan op de hoogte te stellen. Naderhand had de arts na raadpleging van het medisch dossier en via zijn collega-huisarts kennisgenomen van de eerdergenoemde slotconclusie van de SCEN-arts. De arts heeft zelf meerdere malen getracht telefonisch contact te leggen met de SCEN-arts. De arts wilde het akkoord van de SCEN-arts op schrift hebben om deze bij de schouwing aan de GGD arts te kunnen overleggen. De SCEN-arts bleek echter niet bereikbaar. Gedurende dit tijdsbestek verslechterde de situatie van patiënt in rap tempo en werd het verzoek om levensbeëindiging urgent. De dringende medische situatie – die patiënt als mensonterend ervoer – maakte dat de arts besloot niet langer te wachten tot hij persoonlijk had gesproken met de SCEN-arts maar over te gaan tot uitvoering van de levensbeëindiging. Desgevraagd antwoordt de arts dat patiënt hem daartoe niet onder druk had gezet. Volgens de arts was de dringende medische situatie de aanleiding geweest voor zijn besluit tot inwilliging van het verzoek.
Desgevraagd vertelt de arts dat hij ook geen nader contact had gezocht met nog een tweede collega-huisarts van de arts, die eveneens betrokken was geweest bij de behandeling van patiënt en die met de SCEN-arts gesproken had op de avond voor de euthanasie, kort nadat de SCEN-arts patiënt had bezocht en die ook van de SCEN arts had vernomen dat het in orde was.
De commissie overweegt naar aanleiding van de vraag of de arts in deze melding een onafhankelijk arts heeft geraadpleegd, dat het weliswaar ongebruikelijk is dat de arts als consulent een arts raadpleegt, die tevens als patiënt bij hem staat ingeschreven, maar dat deze omstandigheid in dit geval niet van invloed is geweest op de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Blijkens de nadere mondelinge toelichting van de arts was de consulent via Atacom benaderd, had de consulent – gedurende de tien jaar dat hij was ingeschreven in de praktijk van de arts – slechts incidenteel als patiënt met de arts gesproken en had de consulent zijn onafhankelijkheid ten opzichte van de arts nadrukkelijk in het SCEN-verslag bevestigd.
Naar aanleiding van de vraag op welke wijze de communicatie tussen de arts en de SCEN-arts vóór de uitvoering van levensbeëindiging was verlopen, overweegt de commissie dat de arts wettelijk verplicht is een collega te raadplegen die, voorafgaand aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen. Raadplegen maakt een onontbeerlijk onder-

deel uit van de zorgvuldigheidseisen en heeft een toetsend karakter. De consultatie helpt de arts om na te gaan of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op zijn eigen afwegingen, alvorens hij besluit tot inwilliging van het verzoek. Hierbij verstaat de commissie onder "raadplegen" *het kennis nemen van de bevindingen van de consulent* en het samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt. De commissie is van mening dat hiermee een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces wordt gewaarborgd.
Aan de hand van het dossier en de nadere mondelinge en schriftelijke toelichting van de arts stelt de commissie vast dat de arts via het medisch journaal en de collega-huisarts had kennisgenomen van de slotconclusie van het SCEN-verslag. De commissie stelt verder vast dat de arts voorafgaande aan de levensbeëindiging meermalen zonder succes geprobeerd had telefonisch contact te leggen met de SCEN-arts. De commissie stelt ook vast dat de arts vanwege de dringende medische situatie van patiënt is overgegaan tot de uitvoering van de euthanasie voordat hij met SCEN-arts had gesproken.
Aangezien de SCEN-arts in zijn gesprekken met beide collega-huisartsen van de arts heeft aangegeven dat hij de voorgenomen euthanasie zonder enig voorbehoud zorgvuldig achtte en hij in die gesprekken ook geen bijzondere bevindingen heeft genoemd waarvan de arts voorafgaand aan de euthanasie had moeten kennisnemen, oordeelt de commissie dat in dit geval, nu de arts heeft kennisgenomen van het ondubbelzinnige eindoordeel van de SCEN-arts, aan deze zorgvuldigheidseis is voldaan.
De commissie komt tot het oordeel dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld in de zin van artikel 2, eerste lid sub e. van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek bij zelfdoding en dat ook aan de andere zorgvuldigheidseisen is voldaan.

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

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

Bij euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek, is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica, meestal intraveneus, toedient aan de patiënt.
Van hulp bij zelfdoding is sprake als de arts het euthanaticum aan de patiënt overhandigt en de patiënt dit middel zelf inneemt.
De arts moet bij de patiënt dan wel in zijn directe omgeving aanwezig blijven totdat deze is overleden. Mogelijk is immers dat zich complicaties voordoen, bijvoorbeeld dat patiënt de drank weer uitbraakt of het overlijden lang op zich laat wachten. De arts kan dan – alsnog – euthanasie toepassen. De arts moet deze mogelijke gebeurtenissen van te voren met patiënt en familie bespreken.
De arts mag de euthanatica niet bij de patiënt achter laten. Dat kan gevaar opleveren, ook voor anderen dan de patiënt.
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[6] van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in de Standaard Euthanatica 2007 gevolgd. De Standaard Euthanatica 2007 gaat bij levensbeëindiging op verzoek uit van intraveneuze toediening van een coma inducerend middel, gevolgd door intraveneuze toediening van een spierverslappend middel. De KNMP geeft in de Standaard Euthanatica 2007 aan welke middelen voor de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek moeten worden gebruikt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'eerste-keus-middelen'[7] en 'tweede-keus-middelen'.[8] Met de laatste categorie middelen is minder ervaring ('evidence') opgedaan.
Daarnaast worden in de Standaard Euthanatica 2007 nog middelen genoemd die geen alternatief zijn voor het eerste-keus-middel. Ook staat erin welke middelen worden afgeraden.
Wanneer een arts geen gebruik maakt van een eerste-keus-middel en het gebruik van het andere middel niet nader motiveert, zullen de commissies de arts nadere vragen stellen. Bij de toetsing van de medisch zorgvuldige uitvoering is uitgangspunt dat tweede-keus-middelen zijn toegelaten, mits de arts het gebruik ervan afdoende motiveert. De commissies zullen zeker vragen stellen wanneer middelen zijn gebruikt, die niet als alternatief zijn genoemd of die worden afgeraden.

6 Standaard Euthanatica 2007: toepassing en bereiding (2007)

7 Opgenomen in de tabel op pagina 22 van de Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding, 2007

8 Opgenomen in de tabel op pagina 26 van de Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding, 2007

Het gebruik van niet geadviseerde coma-inducerende middelen kan voor de patiënt negatieve gevolgen hebben, die te voorkomen zijn door de geëigende middelen te gebruiken. Gegarandeerd moet zijn dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverslapper.
De commissies hebben geen bezwaar tegen de toediening van een middel als midazolam als pre-medicatie, voorafgaand aan het gebruik van een geadviseerd middel voor de inductie van het coma.
Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Het is van belang dat, met inachtneming van de Standaard Euthanatica 2007, individuele wensen van de patiënt zoveel als mogelijk worden vervuld.
De KNMP heeft in de Standaard Euthanatica 2007 ook vermeld welke doseringen zij adviseert bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissies doen navraag bij de arts als de dosering niet wordt genoemd of afwijkt van die in de Standaard Euthanatica 2007. Zoals hiervoor gesteld, moet zijn gegarandeerd dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverslapper. Het gebruik van een in de Standaard Euthanatica 2007 geadviseerd coma-inducerend middel, maar ook de juiste dosering hiervan is van groot belang om ervoor te zorgen dat de patiënt de gevolgen van de spierverslapper niet kan ervaren. In casus 18 en 19 gebruikte de arts een lagere dosering coma-inducerend middel dan in de Standaard Euthanatica 2007 wordt geadviseerd.

In casus 16 had de arts zich laten adviseren door een apotheker. De commissie overwoog dat de arts en niet de apotheker verantwoordelijk is voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging en dus ook voor de keuze en dosering van de gebruikte middelen. In die casus en in de hieronder genoemde casus 18 en 19 kwamen de commissies mede tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseis “medisch zorgvuldige uitvoering” had gehandeld, nu niet kon worden gegarandeerd dat de patiënten op het moment van toediening van de spierverslapper in diep coma waren.
Het is van belang dat de arts, alvorens de spierverslapper toe te dienen, de diepte van het coma adequaat controleert. De eerder in Hoofdstuk I genoemde gezamenlijke werkgroep van KNMP, WINAp en KNMG zal hierover richtlijnen opstellen.

Casus 18

Te lage dosering van coma-inducerend middel; belang van coma-check
Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënt, een man van 80 jaar, werd een maand voor overlijden een bronchuscarcinoom vastgesteld. Er bleken tevens metastasen aanwezig, verspreid door het hele lichaam. Er was geen genezing mogelijk. De laatste weken voor het overlijden zette het ziekteproces zich snel voort.
Het lijden van patiënt werd bepaald door bedlegerigheid, moeilijk te bestrijden misselijkheid met braken en pijn. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk. De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar. De patiënt had de arts om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN arts. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en bracht dezelfde dag verslag uit aan de arts. De levensbeëindiging op verzoek vond plaats door intraveneuze toediening van 1000 mg thiopental en vervolgens 20 mg pancuronium door de arts.
De arts lichtte nader toe dat hij voor het bepalen van de hoeveelheid thiopental was uitgegaan van 20 mg thiopental per kg lichaamsgewicht.
Bij bestudering van de melding van de arts waren bij de commissie nog enkele vragen gerezen betreffende de gang van zaken rond de uitvoering van levensbeëindiging. De commissie verzocht de arts de gang van zaken tijdens de uitvoering mondeling toe te lichten.
Daags na het bezoek van de SCEN-arts werd de arts door de dienstdoende arts gebeld met de mededeling dat patiënt er erg slecht aan toe was. Daarbij had de dienstdoende arts hem gevraagd of hij patiënt zou kunnen sederen. De arts besloot hierop naar patiënt toe te gaan. Op dezelfde dag had hij de euthanasie uitgevoerd.

De arts lichtte verder toe dat hij op het moment van achteruitgang van patiënt niet de recente richtlijn inzake euthanatica erbij had gepakt, maar dat hij wel een eerdere richtlijn had ingezien en op internet had gekeken. De meest recente richtlijn kon hij alleen per post bestellen. Dit had hij gedaan. Hij ontving die richtlijn enkele dagen nadat de levensbeëindiging was uitgevoerd. Hij had de levensbeëindiging uitgevoerd op dezelfde wijze zoals hij in eerdere situaties had gedaan, namelijk met 1000 mg thiopental en 20 mg pancuronium. De arts vulde desgevraagd aan dat patiënt binnen een minuut een diepe ademhalingsdepressie had. Twee à drie minuten later had hij patiënt pancuronium toegediend en was patiënt overleden. De arts wees de commissie op artikelen die hij op internet gevonden had. Daaruit viel af te leiden dat een methode waarbij wordt uitgegaan van 20 mg thiopental per kg lichaamsgewicht, zorgvuldig kan zijn.
De arts verklaarde desgevraagd dat hij geen enkele twijfel had of patiënt iets zou hebben kunnen ervaren van toediening van de spierverslapper. Patiënt was een ernstig cachectische man van circa 50 kg., die snel ademdepressie vertoonde. De arts verklaarde verder dat hij het moment na toediening van thiopental niet geschikt vond om nog iets anders te doen om de diepte van het coma te checken, zoals een oogbol- of wimperreflex of het toedienen van pijnprikkels. Hij was afgegaan op zijn klinische blik.
Hij vervolgde desgevraagd dat hij over de betreffende euthanasie een goed gevoel had overgehouden. De arts merkte desgevraagd op dat hij in voorkomende gevallen van euthanasie 2000 mg thiopental zou toedienen.
Voor wat betreft de uitvoering overweegt de commissie het volgende:
Bij de beoordeling van de vraag of de levensbeëindiging naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht is uitgevoerd, hanteert de commissie in beginsel de Standaard Euthanatica 2007 van de KNMP, als leidraad. Hierin wordt als coma inducerend middel thiopental in een dosering van 2000 mg geadviseerd; deze dosering is gewijzigd ten opzichte van de vorige versie (1998) van dit KNMP advies, omdat de daarin aanbevolen dosering van 1500 mg in sommige gevallen te laag is gebleken.
De commissie benadrukt het uitgangspunt dat moet zijn gegarandeerd dat een patiënt niet uit zijn coma ontwaakt en dat hij de gevolgen van het nadien toegediende spierverslappend middel niet kan ervaren, reden waarom zij de dosering van het coma inducerend middel van groot belang acht. De commissie overweegt dat de arts is uitgegaan van een verouderde richtlijn waarbij de dosering van euthanatica is gerelateerd aan het gewicht van een patiënt. Nu de arts patiënt 1000 mg thiopental heeft toegediend in plaats van de geadviseerde dosering van 2000 mg thiopental, acht de commissie het van extra groot belang na te gaan of patiënt voldoende diep in coma was voordat aan hem een spierverslappend middel werd toegediend.
In casu betrof het een ernstig cachectische man van circa 50 kg. Volgens de observatie van de arts ontstond vrij snel na toediening van de thiopental een ademdepressie. De arts is voor het vaststellen van de diepte van het coma afgegaan op zijn klinische blik en heeft de diepte van het coma niet gecheckt met een oogbol – of wimperreflex of door het toedienen van pijnprikkels.
Nu ademdepressie op zichzelf geen afdoende bewijs vormt voor het aanwezig zijn van een diep coma en nu de arts geen coma-check heeft uitgevoerd, heeft de arts het risico gelopen dat patiënt iets heeft kunnen ervaren van de werking van de spierverslapper, terwijl hij niet meer in staat was dit kenbaar te maken. De commissie kan niet anders dan tot de conclusie komen dat de arts in onderhavige casus de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Casus 19

Te lage dosering van coma-inducerend middel; belang van coma-check
Oordeel: onzorgvuldig

Bij patiënt, een man tussen de 50 en 60 jaar, werden een jaar geleden halskliermetastasen van een slecht gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom gediagnosticeerd waarbij de primaire tumor onbekend bleef. Patiënt onderging een radicale halsklierdissectie gevolgd door chemoradiotherapie. Een half jaar later werd een lokaal recidief gevonden met uitgebreide metastasering in hals en skelet. Er was geen genezing mogelijk. Patiënt leed onder de pijn, de toenemende afhankelijkheid en de angst om te stikken. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk.
De arts en de consulent waren van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van 1000 mg thiopental en 12 mg pancuronium.
De arts lichtte het gebruik van 1000 mg thiopental als volgt toe: In overleg met de apotheker waren de correcte doseringen besteld. Bij de uitvoering van de euthanasie had de arts zich gehouden aan de doseringen zoals beschreven door P. Admiraal. Bij het vullen van de spuiten beschouwde de arts de overblijvende ampullen als reserve voor het geval op het laatste moment nog iets mis zou gaan. De arts zou bij een eventueel volgende euthanasie de geadviseerde dosering uit de Standaard Euthanatica 2007 volgen.
De commissie besloot de arts uit te nodigen voor een gesprek. De arts lichtte de gang van zaken rondom de uitvoering – zakelijk weergegeven – als volgt toe.
Als arts heeft hij geen grote ervaring met euthanasie. Hij heeft voorafgaand aan de nu besproken casus slechts enkele keren tussen 2000 en 2006 en eenmaal in 2009 euthanasie uitgevoerd. In zijn huisartsenpraktijk bevindt zich een ordner met daarin een artikel van de anesthesioloog Admiraal betreffende een methode van levensbeëindiging. Aangezien hij deze methode in eerdere zaken heeft gevolgd en daarmee nooit problemen heeft ervaren, is hij voor de recente levensbeëindiging automatisch op de hem meest bekende methode teruggevallen. Hij is zich op dat moment niet bewust geweest van het bestaan van een Standaard Euthanatica uit 2007. Toen de apotheker hem de correcte dosering meegaf en met hem sprak over de Standaard, is dat niet echt tot hem doorgedrongen. Hij beschouwde de extra dosering als reserve.
De arts vulde aan dat de aankondiging van de nieuwe richtlijn hem destijds was ontgaan. De richtlijn is hem nooit opgevallen.
Bij nader onderzoek achteraf trof hij echter in de ordner in zijn praktijk wel een kopie van deze richtlijn aan. Toen hij het ging nakijken zag hij dat hij bij de door hem uitgevoerde euthanasie in 2009 wel de in deze richtlijn geadviseerde hoeveelheid euthanatica had gebruikt. Vóór die tijd is hij echter altijd van de methode Admiraal uitgegaan.
De arts lichtte verder toe dat hij er altijd op gefocust is dat een euthanasie technisch goed verloopt. Eerst brengt hij een infuusnaald in waarna de familie de gelegenheid krijgt om afscheid te nemen. In die tijd gaat hij terug naar zijn praktijk om de euthanatica klaar te maken. In dit geval betrof dat 1000 mg thiopental en 12 mg pancuronium.
De arts verklaarde desgevraagd dat hij met 1000 mg thiopental nog nooit problemen heeft ervaren. Hij realiseerde zich dat betreffende patiënten zich al in een slechte conditie bevonden en cachectisch waren geweest. De patiënt uit de nu besproken melding was door zijn ziekte eveneens behoorlijk verzwakt geraakt. Zijn gewicht was van circa 90 kg eerst teruggegaan naar 80 kg. De laatste maand voor overlijden had patiënt nog te kampen gehad met een galblaasontsteking en was hij nog verder afgevallen. Rond zijn ontslag uit het ziekenhuis – vlak voor zijn overlijden – kreeg patiënt als pijnstilling 3,6 mg morfine per uur via een infuus met een bolus van 3,2 mg. Deze hoeveelheid pijnstilling heeft er mogelijk ook toe bijgedragen dat patiënt diep buiten bewustzijn raakte na toediening van de in dit geval gebruikte hoeveelheid thiopental.

Patiënt was helder op het moment van het afscheid nemen en verwachtte dat de euthanasie al plaats zou vinden op het moment dat bij hem de naald werd aangelegd. Anderhalve minuut à twee minuten na de toediening van de thiopental heeft de arts hem pancuronium ingespoten. De arts vulde desgevraagd aan dat hij voorafgaand aan het inspuiten van de pancuronium de aanwezigheid van een coma niet heeft gecontroleerd door middel van een pijnprikkel. Hij vindt dat vervelend voor de omstanders. Hij heeft geen specifieke zaken nagelopen, maar heeft vooral gekeken hoe de situatie zich bij patiënt ontwikkelde: de ogen van patiënt vielen dicht en hij verloor heel snel het bewustzijn. Zijn ademhaling werd eerst snurkend en viel daarna helemaal weg. Zijn hand (die door de arts was vastgehouden) viel slap. De arts voelde daarin geen polsslag meer. Hij benadrukte dat de patiënt geen ademhaling meer vertoonde na toediening van thiopental. Patiënt reageerde niet meer en vertoonde geen enkele onrust. Na toediening van de pancuronium heeft de arts de familie de gelegenheid gegeven verder afscheid te nemen. Na circa vijf minuten heeft de arts geconstateerd dat er bij patiënt geen hartslag meer was.

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

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

Nu de arts patiënt 1000 mg thiopental heeft toegediend acht de commissie het van extra groot belang na te gaan of patiënt voldoende diep in coma was voordat aan hem een spierverslappend middel werd toegediend. De arts is voor het vaststellen van de diepte van het coma afgegaan op zijn klinische blik en heeft de diepte van het coma niet gecheckt met een oogbol – of wimperreflex of door het toedienen van een sterke pijnprikkel. Volgens de observatie van de arts vielen de ogen van patiënt dicht en verloor patiënt heel snel het bewustzijn. Zijn ademhaling werd eerst snurkend en viel daarna helemaal weg. Zijn hand (die door de arts was vastgehouden) viel slap. De arts voelde daarin geen polsslag meer. Patiënt reageerde niet meer en vertoonde geen enkele onrust. De commissie overweegt dat de arts er na anderhalve minuut tot twee minuten durende ademstilstand zonder coma-check niet voldoende van overtuigd kon zijn dat de betrokken patiënt in diep coma was en derhalve niet kon merken dat zijn ademhalingsspieren werden verlamd door de toegediende pancuronium. Het niet voelen van pulsaties in de pols sluit de aanwezigheid van hartactie niet uit.

De commissie kan niet anders dan tot de conclusie komen dat de arts in onderhavige casus de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Casus 20

Intraveneuze toegangsweg gaat verloren
Oordeel: zorgvuldig

Bij patiënt, een man van 50 jaar, werd een half jaar voor de levenbeëindiging een coloncarcinoom vastgesteld. Hiervoor onderging hij een operatie. Er bleek echter ook sprake van levermetastasen. Lokale behandeling van de levermetastasen was gezien de uitgebreidheid niet mogelijk en daarbij waren er ook lymfekliermetastasen. Wat resteerde was palliatieve chemotherapie. Patiënt zag hiervan af omdat hij niet het risico op bijwerkingen wilde lopen. Patiënt kreeg pijnmedicatie en anti-emetica. Er was geen genezing mogelijk en het lijden was uitzichtloos.
Patiënt leed ernstig onder zijn conditieverlies, pijn en obstipatie. Hij kon niet meer eten. Communicatief en sociaal was hij erg achteruitgegaan. Patiënt had erg veel moeite met de afhankelijkheid van zorg. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk. Dit was voor de arts invoelbaar. De consulent bevestigde de ziektegeschiedenis van patiënt. In zijn verslag bevestigde de consulent het uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk lijden. Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit door intraveneuze toediening van 1250 mg thiopental, waarna patiënte in coma raakte, gevolgd door 20 mg pancuronium.
Desgevraagd had de arts in een schriftelijke toelichting verteld dat zij niet de volledige dosis van 2000 mg thiopental had kunnen toedienen omdat “het naaldje sneuvelde”. Omdat patiënt al in een comateuze toestand verkeerde, had de arts de resterende hoeveelheid thiopental niet gespoten. Zij had daarna 20 mg pancuronium in een nieuw aangeprikte vena toegediend. De arts had in haar schriftelijke reactie opgemerkt dat zij de dosering van de euthanatica niet in het modelverslag had opgenomen omdat de lijkschouwer haar had gezegd dat dit niet nodig was.
Ondanks de aanvullende toelichting van de arts had de commissie nog geen goed beeld gekregen van de wijze waarop de levensbeëindiging daadwerkelijk was verlopen. Om hierin meer inzicht te verkrijgen was de arts, samen met haar collega die bij de levensbeëindiging aanwezig was, op gesprek uitgenodigd en hadden de leden van de commissie hen nog enkele vragen gesteld.
De arts licht toe dat zij met de apotheker, voorafgaand aan de levensbeëindiging, overleg had gevoerd over de te gebruiken euthanatica. Zij had 2000 mg thiopental, 20 mg pancuronium en twee vleugelnaaldjes tot haar beschikking. Bij controle vooraf leken de vaten van patiënt goed te zijn. Tijdens de uitvoering had de arts echter tevergeefs geprobeerd een vleugelnaaldje in een vat in een arm van patiënt te brengen. Na een poging van haar collega liep de venflon goed. De arts begon toen met het toedienen van de thiopental. Sneller dan de arts en haar collega hadden verwacht verloor patiënt het bewustzijn, ongeveer een minuut na het begin van toedienen van het coma-inducerend middel. Na het toedienen van 1250 mg thiopental stopte de venflon. De arts voelde weerstand bij het spuiten en wist dat het middel op dat moment niet meer intraveneus maar subcutaan werd toegediend. Patiënt reageerde niet meer op aanspreken en had een trage hartslag. De arts voegt hier aan toe dat het subcutaan spuiten flinke pijn veroorzaakt. Patiënt had er echter niet op gereageerd. De collega van de arts had hierop een pijnprikkel toegediend door te knijpen in de monnikskapspier van patiënt. Patiënt reageerde niet op deze pijnprikkel.
De arts vertelt dat zij ondertussen had besloten om een ander vat aan te prikken, hetgeen lukte. De arts overwoog op dat moment dat patiënt al in een diep coma verkeerde en dat zij het niet wilde riskeren dat het nieuw aangeprikte vat ook zou sneuvelen. De collega van de arts had patiënt nogmaals een pijnprikkel gegeven door in de monnikskapspier te knijpen. Toen patiënt niet reageerde en het zeker was dat hij in een afdoende diep coma verkeerde, had de arts hem 20 mg pancuronium toegediend.

Ten aanzien van de uitvoering overweegt de commissie het volgende:
Bij de beoordeling van de vraag of de levensbeëindiging naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht is uitgevoerd hanteert de commissie in beginsel de Standaard Euthanatica 2007 van de KNMP/WINAp als leidraad. De commissie onderschrijft het uitgangspunt dat moet zijn gegarandeerd dat het coma voldoende diep is zodat een patiënt de gevolgen van het nadien toegediende spierverslappend middel niet kan ervaren, reden waarom zij het op een correcte wijze vaststellen van de diepte van het coma van groot belang acht.
De commissie overweegt dat het de arts in het onderhavige geval, door het sneuvelen van de vleugelnaald, niet was gelukt om patiënt de volledige dosis van 2000 mg thiopental, die zij tot haar beschikking had, toe te dienen. Toediening via de venflon was gestopt en de arts had gemerkt dat de thiopental niet meer intraveneus maar subcutaan werd toegediend. Bekend is dat een dergelijke toediening pijn veroorzaakt. Patiënt had echter niet gereageerd. De collega van de arts had de diepte van het coma gecheckt door het geven van een pijnprikkel; zij had in de monnikskapspier van patiënt geknepen. Voordat de arts de spierverslapper had toegediend, had de collega van de arts nogmaals in de monnikskapspier van patiënt geknepen. Toen patiënt wederom niet reageerde, had de arts de pancuronium toegediend.
De commissie oordeelt dat nu de collega van de arts, vóórdat de arts de spierverslapper had toegediend, de diepte van het coma op een correcte wijze had vastgesteld, door te knijpen in de monnikskapspier van patiënt, de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies

Wettelijk kader

In Nederland zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294).
Dit is echter niet het geval als de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding plaatsvindt door een arts die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen én zijn handelen heeft gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer. Wanneer de arts aan deze beide voorwaarden voldoet dan is de door hem uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek, dan wel geboden hulp bij zelfdoding geen strafbaar feit. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293, tweede lid en 294, tweede lid).
De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), de meldingsplicht is uitgewerkt in de Wet op de lijkbezorging.
De WTL schrijft voor dat de regionale toetsingscommissies tot taak hebben op basis van het verslag van de arts en overige bij de melding gevoegde stukken te beoordelen of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de WTL.

Rol van de commissies

Wanneer een arts het leven van een patiënt op diens verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, meldt hij dat aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen.[9]
De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De verklaring van de geconsulteerde arts en – indien aanwezig – een schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd.

De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en eventueel door de arts 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 toetsen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De arts moet voor de commissie aannemelijk maken dat hij conform deze eisen heeft gehandeld.
De commissies overwegen daarbij of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.
Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. Het komt voor dat een arts wordt gevraagd schriftelijk op nadere vragen te reageren.[10] Ook gebeurt het dat door de commissie telefonisch contact met de arts wordt opgenomen om een punt te laten toelichten. Als de door de arts aldus verstrekte informatie niet volstaat, kan de arts worden uitgenodigd een mondelinge toelichting op zijn melding te geven.
Indien de commissie voornemens is te oordelen dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt deze in de regel voor een gesprek met de commissie uitgenodigd. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

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

De capaciteit van de secretariaten van de commissies houdt reeds een aantal jaren geen gelijke tred met de toename van het aantal meldingen. In 2011 heeft enige uitbreiding van de personele formatie plaatsgevonden. Echter door opgelopen achterstanden, inwerktijd van nieuwe "krachten" en langdurige ziekte bij de secretariaten bleek ook in dit verslagjaar

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

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

de afhandelingtermijn van zes weken bij een groot aantal meldingen helaas niet haalbaar.
Inmiddels hebben de commissies hun werkwijze gewijzigd en heeft er een verdere efficiëntieverbetering plaatsgevonden. Met in acht nemen van de wettelijke voorschriften en met behoud van de kwaliteit van de oordelen, wijden de commissies zich vanaf half 2011, eerst in het kader van een pilot in twee regio's en vanaf begin 2012 als algemene werkwijze in alle regio's, aan een digitale afdoening van niet vragen oproepende meldingen.
De 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.
Indien een commissie bij de behandeling van een melding van oordeel is dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen, zendt zij het voorgenomen oordeel voor advies en commentaar naar alle leden en plaatsvervangende leden van de eigen en andere commissies. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar harmonisatie en eenheid bij het toetsen. Uiteindelijk beslist de bevoegde commissie.

De commissies hebben in 2011 in 4 gevallen geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In dat geval wordt het oordeel niet alleen naar de meldend arts gezonden, maar, conform de WTL, ook naar het College van procureurs-generaal en naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het College bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan.[11]
De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of na het eindoordeel van de commissie nadere stappen moeten volgen, bijvoorbeeld in de vorm van het voeren van een gesprek met een arts of het aanhangig maken van een tuchtzaak (zie bijlage II).
Met het College en de Inspectie voeren de coördinerend voorzitter en plaatsvervangend coördinerend voorzitter van de commissies jaarlijks overleg.

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden bepaalt welke commissie bevoegd is de melding te behandelen.
Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben allen een plaatsvervanger. Ook heeft elke commissie een secretaris, eveneens een jurist, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. De commissies hebben de rol van een deskundigencommissie, waarbij moet worden opgemerkt dat het oordeel van de commissies een eindoordeel is indien het handelen van de arts als zorgvuldig wordt beschouwd.
De secretariaten hebben als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden.
De secretariaten zijn organisatorisch ondergebracht bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), een in Den Haag gevestigde uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volks-gezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag. De vergaderingen van de commissies hebben daar maandelijks plaats.

De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN) van de KNMG.
De commissies tezamen krijgen alle verslagen van de door de meldend artsen geraadpleegde consulenten onder ogen en hebben daarmee een totaalbeeld van de kwaliteit van deze verslaglegging. De kwaliteit van de verslaglegging behoeft permanente aandacht, maar de commissies zien ook een duidelijke verbetering van de kwaliteit van de verslaglegging en stellen dit zeer op prijs.
De bevindingen van de commissies worden in algemene termen teruggekoppeld naar de SCEN-organisatie.

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

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

Bijlage I

Overzicht meldingen

Overzicht van meldingen totaal

Overzicht van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 3695 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 3446 gevallen was er sprake van euthanasie (d.w.z. actieve levensbeëindiging op verzoek van patiënt), in 196 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 53 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 3329 gevallen een huisarts, in 212 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 139 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 15 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	2797
hart- en vaataandoeningen	114
aandoeningen van het zenuwstelsel	205
overige aandoeningen	394
combinatie van aandoeningen	185

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 2975 gevallen thuis plaats, in 189 gevallen in een ziekenhuis, in 111 gevallen in een verpleeghuis, in 172 gevallen in een verzorgingshuis en in 248 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

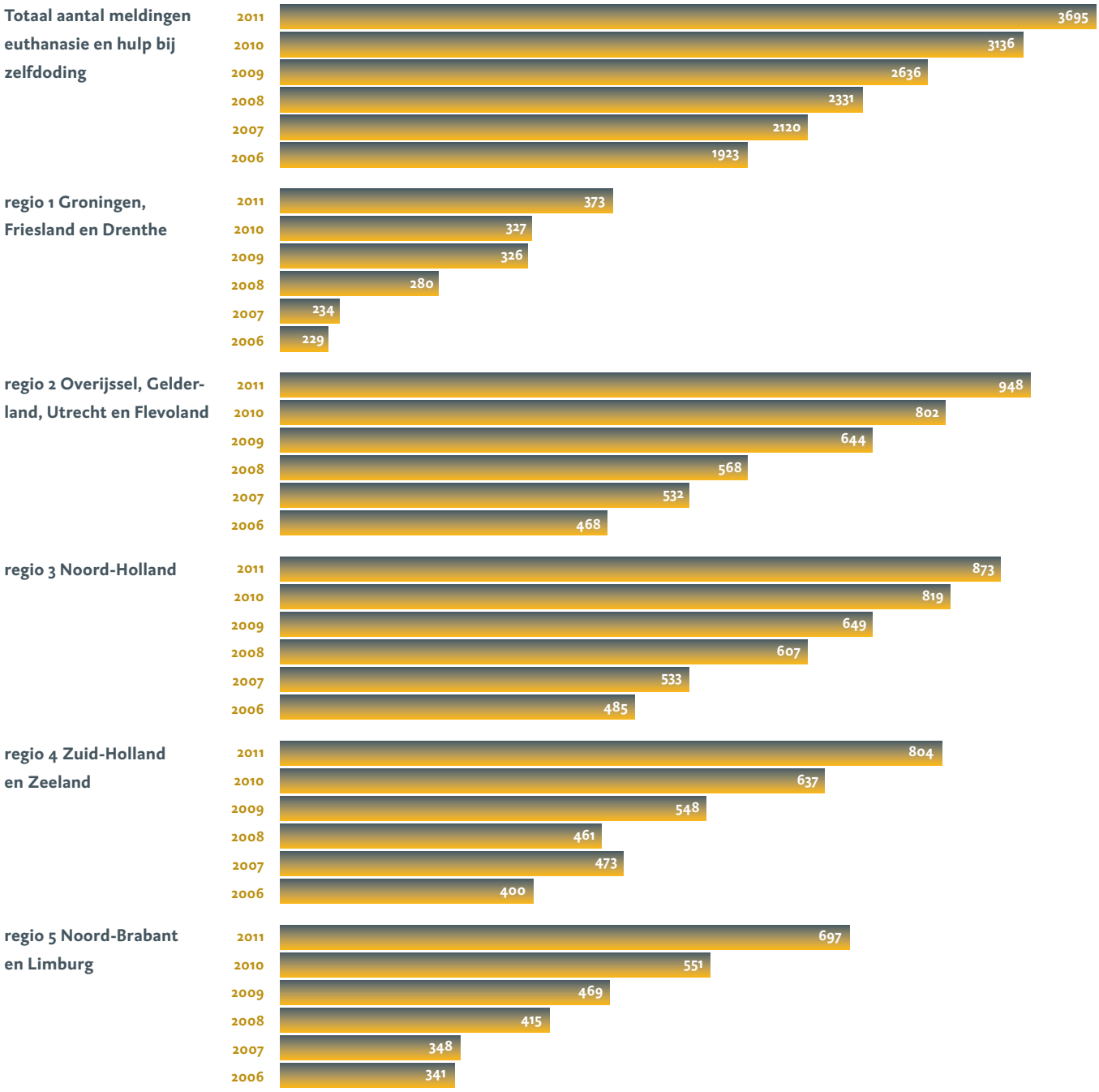
Bevoegdheid en eindoordeel

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

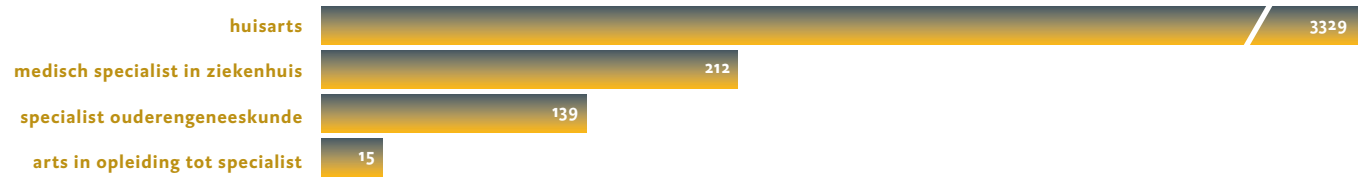
Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissies was 111 dagen.

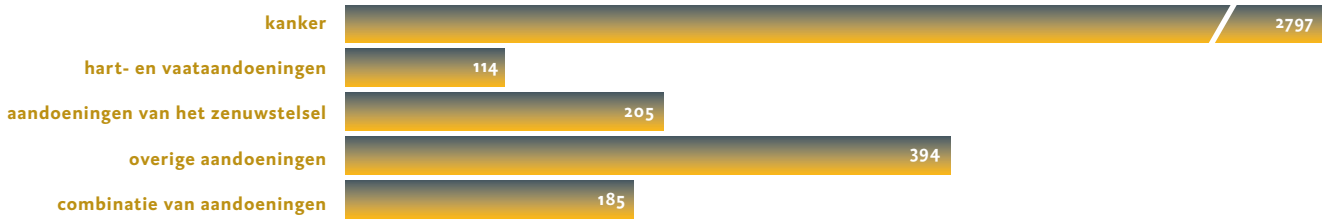
Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 en 2006



Meldende artsen 2011



Aandoeningen 2011



Overzicht van meldingen per regio

1 Regio Groningen, Friesland en Drenthe

Overzicht van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 373 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 328 gevallen was er sprake van euthanasie, in 43 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 2 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 350 gevallen een huisarts, in 14 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 8 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	284
hart- en vataandoeningen	23
aandoeningen van het zenuwstelsel	20
overige aandoeningen	25
combinatie van aandoeningen	21

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 314 gevallen thuis plaats, in 14 gevallen in een ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis, in 23 gevallen in een verzorgingshuis en in 13 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 11 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 50 dagen.

2 Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Overzicht van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 948 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 897 gevallen was er sprake van euthanasie, in 34 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 17 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 866 gevallen een huisarts, in 43 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 37 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 2 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	744
hart- en vataandoeningen	19
aandoeningen van het zenuwstelsel	51
overige aandoeningen	103
combinatie van aandoeningen	31

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 801 gevallen thuis plaats, in 40 gevallen in een ziekenhuis, in 23 gevallen in een verpleeghuis, in 37 gevallen in een verzorgingshuis, in 47 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

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

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 145 dagen.

3 Regio Noord-Holland

Overzicht van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 873 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 795 gevallen was er sprake van euthanasie, in 60 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 18 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 741 gevallen een huisarts, in 78 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 44 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 10 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	608
hart- en vataandoeningen	43
aandoeningen van het zenuwstelsel	42
overige aandoeningen	117
combinatie van aandoeningen	63

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 629 gevallen thuis plaats, in 73 gevallen in een ziekenhuis, in 34 gevallen in een verpleeghuis, in 66 gevallen in een verzorgingshuis en in 71 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

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

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 175 dagen.

4 Regio Zuid-Holland en Zeeland

Overzicht van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 804 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 759 gevallen was er sprake van euthanasie, in 36 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 9 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldende arts was in 734 gevallen een huisarts, in 42 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 27 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	630
hart- en vaataandoeningen	16
aandoeningen van het zenuwstelsel	52
overige aandoeningen	65
combinatie van aandoeningen	41

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 632 gevallen thuis plaats, in 39 gevallen in een ziekenhuis, in 27 gevallen in een verpleeghuis, in 29 gevallen in een verzorgingshuis en in 77 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

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

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 91 dagen.

5 Regio Noord-Brabant en Limburg

Overzicht van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 697 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 667 gevallen was er sprake van euthanasie en in 23 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 7 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 638 gevallen een huisarts, in 35 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 23 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

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

kanker	531
hart- en vataandoeningen	13
aandoeningen van het zenuwstelsel	40
overige aandoeningen	84
combinatie van aandoeningen	29

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 599 gevallen thuis plaats, in 23 gevallen in een ziekenhuis, in 18 gevallen in een verpleeghuis, in 17 gevallen in een verzorgingshuis en in 40 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

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

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 96 dagen.

Bijlage II

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

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

Overzicht afhandeling meldingen 2011 door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Casus 15

Onzorgvuldig omdat de uitzichtloosheid van het lijden niet duidelijk was en omdat de arts patiënte niet voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. Ook heeft de arts het oordeel van de consulent niet laten meewegen bij zijn besluitvorming en daarmee de consultatie-eis van zijn zin en bedoeling ontdaan.

Er is nog geen bericht van het College en van IGZ ontvangen over de afhandeling van deze zaak.

Casus 16

Onzorgvuldig omdat er vier maanden tussen de consultatie en de uitvoering was gelegen en omdat de arts niet aannemelijk heeft kunnen maken dat de uitvoering medisch zorgvuldig was uitgevoerd.

College van procureurs-generaal:
Het College was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met uitzondering van de eis van onafhankelijke consultatie en de eis van medische zorgvuldige uitvoering.
Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden en geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek. Het betrof een gebrek in de consultatie in die zin dat de arts de consulent gezien het tijdsverloop na de consultatie en de daarna veranderde toestand van de patiënte nog een keer telefonisch had moeten consulteren alvorens tot uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan.
Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er in dit geval geen reden voor vervolging.
Ook voor wat betreft het gebrek in de uitvoering bestond er gelet op die Aanwijzing geen reden voor vervolging.
Daarom heeft het College besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. Het College heeft de officier van justitie gevraagd in de sepotbrief bijzondere aandacht te vragen voor de wijze van verslaglegging door de arts, voor de wijze waarop hij informatie heeft verstrekt aan de regionale toetsingscommissie en het belang dat de arts zich toetsbaar opstelt.
Daarnaast was optreden van de IGZ gewenst. Een inspecteur van IGZ had inmiddels een gesprek gevoerd met de arts, zodat er voor het College geen aanleiding meer was de zaak extra onder de aandacht van de IGZ te brengen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
De inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd. Op basis van de door de commissie geleverde stukken en het gesprek met de arts heeft de inspectie de volgende conclusies getrokken:
- de arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen
- de situatie tijdens de uitvoering van de euthanasie was zeer stressvol en heeft mogelijk bijgedragen aan het onzorgvuldig handelen van de arts, maar dat verklaarde niet waarom de arts niet opnieuw een SCEN-arts heeft geraadpleegd toen er vier maanden verlopen waren na de consultatie
- de arts houdt een verschil van mening met de commissie over de feitelijke gang van zaken tijdens de uitvoering van de euthanasie
- de arts heeft aan de inspectie aangegeven dat deze euthanasie en de nasleep daarvan een harde leerschool voor hem is geweest en dat hij, als hij in de toekomst al opnieuw een euthanasie zou uitvoeren, anders zal optreden, gebruik makend van de leerpunten van deze casus (wel, zo nodig opnieuw, een SCEN-arts raadplegen kort voor de geplande euthanasie, formulier juist invullen, ervaringen overleggen met collega's, kortom: zich houden aan de zorgvuldigheidseisen)
- de arts is gestart met supervisie
- de arts gaat de casus en de gevolgen ervan bespreken met zijn collega SCEN-artsen.

Omdat de arts van deze casus geleerd heeft en in voorkomende gevallen in de toekomst gebruik zal maken van de leerpunten achtte de inspectie het niet noodzakelijk om het handelen van de arts ter toetsing voor te leggen aan het tuchtcollege.
De inspectie gaf de arts het advies om door te gaan met supervisie en in de toekomst ervaringen als deze met collega's en de SCEN-groep te bespreken.
De arts heeft de inspectie bericht op welke wijze hij de maatregelen en adviezen heeft opgevolgd.
De inspectie ziet naar aanleiding hiervan geen reden voor nadere acties jegens de arts.

Casus 18

Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering
Coma-inductie met 1000 mg thiopental zonder coma-check

College van procureurs-generaal:
Het College was van oordeel dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan behalve die van de medisch zorgvuldige uitvoering. Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er geen reden voor vervolging.
De arts heeft zich toetsbaar en coöperatief opgesteld, hij heeft lering getrokken uit deze casus en aangegeven in het vervolg te handelen conform de richtlijn van de KNMP. De kans op recidive is derhalve gering.
Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. Daarnaast achtte het College optreden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gewenst en daarom heeft het College de zaak onder de aandacht van de IGZ gebracht.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
De inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd. In dat gesprek bleek dat de arts niet op de hoogte was van de vigerende Standaard Euthanatica van de KNMP. Het controleren van reflexen of het toedienen van pijnprikkels om te kunnen vaststellen of de patiënt voldoende diep in coma was, werd door de arts niet toegepast. Daarvoor gebruikte hij zijn klinische blik.
De arts heeft toegezegd in voorkomende gevallen volgens de vigerende Standaard Euthanatica te handelen en de voornoemde controles toe te passen. De arts heeft zijn collegae binnen de maatschap en de HAGRO hierover geïnformeerd. Voor de inspectie is geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

Casus 19

Onzorgvuldig met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering
Coma-inductie met 1000 mg thiopental zonder coma-check

College van procureurs-generaal:
Het College was van oordeel dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan behalve aan die van de medisch zorgvuldige uitvoering. Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestond er geen reden voor vervolging.
De arts heeft zich toetsbaar en coöperatief opgesteld, hij heeft lering getrokken uit deze casus en aangegeven in het vervolg te handelen conform de richtlijn van de KNMP. De kans op recidive is derhalve gering.
Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. Daarnaast achtte het College optreden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gewenst. Een inspecteur van IGZ had inmiddels een gesprek gevoerd met de arts, zodat er voor het College geen aanleiding meer was de zaak extra onder de aandacht van de IGZ te brengen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
De inspectie heeft met de arts een telefoongesprek gevoerd. De arts heeft daarin aangegeven zich te kunnen vinden in het standpunt van de toetsingscommissie, in voorkomende situaties de Standaard Euthanatica als leidraad te volgen, checkpoints van de uitvoering, waaronder de wijze waarop de diepte van het coma is gecontroleerd, systematisch te zullen uitvoeren; deze punten te zullen documenteren en te hebben geleerd van deze casus.
Gelet op deze reacties van de arts is er voor de inspectie geen aanleiding om nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

Bijlage III

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Staatsblad 2001, nr. 194

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

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

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

Hoofdstuk I Begripsomschrijvingen

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Artikel 2

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

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

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

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

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

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

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

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

Artikel 9

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

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

Artikel 10

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

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

2°. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

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

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

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

Artikel 18

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

Artikel 19

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

Hoofdstuk IV Wijzigingen in andere wetten

Artikel 20

Het Wetboek van Strafrecht wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

Artikel 293

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

B

Artikel 294 komt te luiden:

Artikel 294

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

C

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

D

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

De Wet op de lijkbezorging wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 7 komt te luiden:

Artikel 7

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

B

Artikel 9 komt te luiden:

Artikel 9

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

C

Artikel 10 komt te luiden:

Artikel 10

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

D

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

E

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

Artikel 22

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

Hoofdstuk V *Slotbepalingen*

Artikel 23

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

Artikel 24

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

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001
Beatrix

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

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

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,
A.H. Korthals

Uitgave:
Regionale toetsingscommissies euthanasie
www.euthanasiecommissie.nl
Ontwerp:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam
Druk:
De Swart, Den Haag

augustus 2012