

Casus 6 - RTE Jaarverslag 2012

Oordeel: onzorgvuldig

Samenvatting: geen ondraaglijk lijden. Het lijden van patiënte kon niet in overwegende mate toegeschreven worden aan een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De arts heeft niet met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

OORDEEL

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

(...)

2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

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

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Patiënte, een vrouw ouder dan 90 jaar, woonde sinds enkele jaren in een verzorgingshuis. De ziektegeschiedenis vermeldt dat patiënte ruim vier jaar voor het overlijden een CVA kreeg, waarvan zij neurologisch gezien goed herstelde. Zeven maanden voor het overlijden onderging patiënte een cataractextractie aan één van haar ogen in verband met verminderde visus. Patiënte stond nuchter in het leven. Haar doodswens bestond al meerdere jaren en werd door haar bij herhaling en veelvuldig geuit, al stond haar wens minder op de voorgrond dan kort voor het overlijden. De laatste jaren had patiënte zich verzet tegen haar gedachten over de dood en geprobeerd een andere invulling aan haar leven te geven door te zoeken naar andere interesses. Telkens weer kwam zij echter tot de ontdekking dat dit alles volgens haar geen doel diende. Toen kort voor het overlijden patiënte een plotselinge periode van duizeligheid en algehele malaise doormaakte, ervoer zij deze situatie als onaangenaam en bedreigend. Patiënte zag dit als een voorbode voor het lijden dat nog voor haar in het verschiet lag. Patiënte was bang voor deze aanstaande aftakeling en wilde dit niet meemaken. Zij besloot om niet meer te eten en te drinken

en op deze wijze te versterven. Kort nadat zij besloten had te stoppen met eten en drinken verzocht zij de arts om euthanasie.

Het lijden van patiënte bestond uit geestelijk lijden. Zij leed aan het leven op zich en het ondraaglijke gevoel te moeten wachten op lichamelijk ongemak en de dood. Zij ervoer haar leven als voltooid en was bang voor de lichamelijke aftakeling die mogelijk voor haar in het verschiet lag. Haar bestaan ervoer zij als een kwelling. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er zijn geen therapeutische en palliatieve maatregelen met patiënte besproken.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënte voldoende had voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Geruime tijd voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere gesprekken hierover gehad. De arts kende patiënte al jaren en was al jaren op de hoogte van haar doodswens. Toen patiënte, een week voor overlijden besloot zich te versterven, wilde de arts aan haar euthanasieverzoek tegemoet komen om haar, zodoende, een lijdensweg te besparen. Enkele dagen voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en haar lichamelijke situatie.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte kort voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. De consulent kwam tot de conclusie dat bij patiënte sprake is van lijden vanwege het feit dat zij nu een leven leidt dat voor haar volledig zinloos en doelloos is. De wijze waarop zij haar huidige leven leidt, met tevens het wachten op lichamelijk ongemak of aftakeling, is voor haar een ondraaglijk gevoel dat bij haar lijden veroorzaakt. De consulent heeft daarbij aangegeven dat haar lijden haar drijft tot het stoppen met eten en drinken hoewel dat juist kan leiden tot het ontstaan van klachten waarvoor zij angst heeft.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van zijn gesprek met patiënte tot de onvoorwaardelijke conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de Standaard euthanatica van de KNMP/WINAp of de aanvulling.

e. Nadere mondelinge toelichting van de arts

Bij de behandeling van de schriftelijke melding zijn er bij de commissie vragen gerezen over het handelen van de meldend arts. De commissie heeft om die reden de arts gevraagd een mondelinge toelichting te geven. De arts heeft deze mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering van (...)

De arts gaf - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting.

Desgevraagd vertelt de arts dat hij patiënte al acht á negen jaar kende. Patiënte was tot voor kort altijd een gezonde vrouw geweest. De arts zag patiënte hooguit drie tot vier keer per jaar. Bij ieder huisbezoek was haar doodswens een terugkerend onderwerp van gesprek. Patiënte had echter nooit een concreet verzoek gedaan. Er waren ook geen concrete aandoeningen die een verzoek zouden rechtvaardigen. De arts was tijdens deze gesprekken niet te diep ingegaan op haar wens. Hij had altijd geprobeerd haar te motiveren voor het leven.

Toen patiënte ziek werd, vermoedelijk door een buikgriep had deze situatie haar geconfronteerd met klachten en ongemak van dien aard dat patiënte zich realiseerde dat zij zich nu in een levensfase bevond, waarin zij alleen maar kon wachten op verdergaande lichamelijke aftakeling en uiteindelijk op de dood. Maar ook nu was er geen ernstig lichamenlijk lijden. Deze aftakeling echter, wilde patiënte niet meemaken. Zij had het besluit genomen te versterven en zij was gestopt met eten en drinken. De eerste paar dagen na haar besluit ervoer patiënte krampen in haar buik en ander ongemak.

Kort nadat zij dit besluit had genomen, werd de arts door de verzorgers bij de patiënte geroepen omdat het niet goed met haar ging. De arts bezocht patiënte. Zij was verzwakt. Een gesprek kwam op gang over de doodswens van patiënte. Dit gesprek met patiënte veroorzaakte dat bij de arts de “knop” als het ware omging. Patiënte was vastbesloten te versterven. Het was voor de arts heel duidelijk dat patiënte niet langer wilde leven. Hij raakte overtuigd van haar doodswens. Hij kon het ondraaglijk lijden van patiënte invoelen. De arts besloot het proces tot uitvoering in gang te zetten. De arts sprak met de hoofdzuster en directie van het verzorgingstehuis over de situatie en de doodswens van patiënte. Ook benaderde hij een SCEN-arts.

De arts bezocht patiënte enkele malen gedurende de dagen daarna. Desgevraagd vertelt de arts dat het afwachten van het verstervingsproces voor hem geen optie was, omdat hij tijdens zijn bezoek aan patiënte al het besluit genomen had haar verzoek in te willigen bij een positief SCEN advies. De arts had het besluit van patiënte om zichzelf te laten versterven niet als chantage ervaren. De SCEN-arts bezocht patiënte twee dagen voor overlijden en kwam tot de conclusie dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts ervoer deze conclusie als “toestemming”. De arts geeft aan dat hij niet tot inwilliging van het verzoek was overgegaan als hij geen “toestemming” van de SCEN-arts had gekregen. Na toelichting door de commissie onderkent de arts dat een SCEN-arts een consult verleent en dat de arts zelf verantwoordelijk blijft.

De arts bevestigt desgevraagd dat de commissie uit zijn verslag, het SCEN-verslag en het patiëntenjournaal terecht begrepen heeft dat het lijden van patiënte in overwegende mate bestond uit lijden aan het leven. Ook bevestigt de arts desgevraagd dat er ten tijde van het overlijden eigenlijk geen sprake was van een ziekte of aandoening. Wel was het zo dat de recente ziekteperiode, vermoedelijk buikgriep door een virusinfectie, de aanleiding voor patiënte vormde om te stoppen met eten en drinken.

De commissie licht toe dat de commissie het handelen van de arts moet beoordelen aan de hand van de in de wet opgenomen zorgvuldigheidseisen en dat de commissie bij de interpretatie van die zorgvuldigheidseisen ook de jurisprudentie van de Hoge Raad in acht neemt. De commissie geeft aan dat voor de “Klaar met leven” discussie met name het Brongersma-arrest bepalend is. De commissie licht toe dat de Hoge Raad in dat arrest heeft geoordeeld dat het lijden zijn oorsprong in overwegende mate moet vinden in een medisch geassocieerde ziekte of aandoening. Desgevraagd geeft de arts aan dat hij het Brongersma-arrest kent. De arts geeft aan dat hij

wellicht in dit opzicht wat naïef was geweest, maar zich gesteund voelde door het positief advies van de SCEN-arts. De arts erkent dat de arts eindverantwoordelijk is voor de levensbeëindiging. De arts zegt dat hij achteraf bekeken zich teveel had verlaten op het advies van de SCEN-arts. De arts is zich ervan bewust dat het hier om een bijzondere casus gaat.

Desgevraagd vertelt de arts dat patiënte op (...) had aangegeven direct dood te willen, maar dat hij toen tegen haar heeft gezegd, tijd nodig te hebben. Op de vraag van de commissie hoe de toestand van patiënte was op de dag van haar overlijden, vertelt de arts dat patiënte op bed lag en opgelucht was over het vooruitzicht dat het einde nabij was. Patiënte had niet geleden onder het verstervingsproces. Na het positieve advies van de SCEN-arts had de arts patiënte verteld dat zij wel weer mocht eten en drinken. De arts weet niet of zij dat gedaan heeft. Wel was zij vermagerd en verzwakt.

De commissie geeft aan geen nadere vragen meer te hebben en vraagt de arts of alles voldoende besproken is en of hij zelf nog iets onder de aandacht van de commissie wil brengen. De arts merkt op dat hij zich eerst nu realiseert dat hij zich teveel heeft gericht op de uitkomst van het SCEN-advies.

De arts heeft in zijn reactie op het verslag per brief van (...) het verslag aangevuld met het volgende.

“Ik ben akkoord met de inhoud van het verslag maar zou graag nog een aanvulling willen geven.

Op pagina 1, regel 9 van onderen staat de zin: “De arts besloot het proces tot uitvoering in gang te zetten”. Ik zou dit graag willen nuanceren. Ik heb met patiënte besproken dat, nu ze in deze situatie was aanbeland met een voor mij invoelbare doodswens, ik de SCEN zou bellen met de vraag om te toetsen of er in haar geval aan de indicatiestelling voor een euthanasieverzoek was voldaan. Met andere woorden of er in deze situatie waarbij het lijden voor een gedeelte bestond uit “klaar met het leven” naast de angst voor verder lichamelijk lijden met het ontbreken van een ernstig c.q. terminaal somatisch lijden volgens de huidige richtlijnen/inzichten aan de indicatiestelling voor euthanasie was voldaan.

Ik ging ervan uit dat de SCEN-arts de terzake kundige was die mij kon vertellen of in deze situatie aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Ik heb in zijn verslag niet gelezen dat een eventuele uitvoering van patiënte’s euthanasieverzoek mogelijk op gespannen voet zou staan met uitspraken van de Hoge Raad rond de “klaar met leven” discussie. Dit punt is ook in een telefonisch gesprek niet aan de orde geweest. Ik heb dan ook geen enkele twijfel gehad of ik in dit geval patiënte’s euthanasieverzoek wel zou mogen honoreren.

Ik had voor mijn contact met de SCEN-arts nog geenszins het besluit genomen om patiënte’s verzoek in te willigen. Bij een negatief antwoord advies was ik hier dan ook niet toe overgegaan.”

f. Nadere mondelinge toelichting van de consulent

Bij de behandeling van de schriftelijk melding zijn er bij de commissie vragen gerezen over het handelen van de meldend arts en de bevindingen van de consulent. De commissie heeft om die reden naast de arts, ook de consulent gevraagd een mondelinge toelichting te geven. De consulent heeft deze mondelinge toelichting gegeven op de commissievergadering van (...)

De consulent gaf - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting.

De consulent vertelt dat patiënte enkele dagen eerder ziek was geworden; zij had zich duizelig en niet lekker gevoeld. Daarvan was zij goeddeels hersteld. Echter, deze situatie confronteerde

patiënte met haar kwetsbaarheid en maakte dat zij niet langer wilde wachten op ziekte en complicaties. Daarop had zij het besluit genomen te versterven. Gedurende enkele dagen na aanvang van het verstervingsproces ervoer patiënte krampen in de buik en was zij bedlegerig geworden. De krampen waren nu afgenomen maar de patiënte was bang voor nieuwe pijn. Ondanks haar sterke angst voor pijnklachten was zij vastberaden door te gaan met versterven. Volgens de consulent gaf dit besluit van patiënte aan hoe sterk haar doodswens was.

De commissie vraagt de consulent of de oorzaak van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van patiënte in overwegende mate terug te voeren is op een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De commissie geeft daarbij aan dat de commissie uit zijn verslag, het verslag van de arts en het patiëntenjournaal de indruk heeft gekregen dat het lijden van patiënte in overwegende mate bestond uit lijden aan het leven.

De consulent vertelt dat het lijden van patiënte bestond uit reële lichamelijke klachten die te maken hadden met het maag- en darmstelsel, een sociaal isolement door het wegvallen van vrienden en familie en sterke angst voor de toekomstige lichamelijke aftakeling. Ook ervoer patiënte haar leven als doelloos. De consulent kon de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte invoelen. De consulent had eerder te maken gehad met verzoeken van patiënten, die leden aan het leven. Hij had nog niet eerder een positief advies gegeven ten aanzien van een dergelijk verzoek of zelf een dergelijk verzoek ingewilligd.

Desgevraagd vertelt de consulent dat hij geen behoefte had gevoeld de arts te adviseren een geriater te raadplegen. Volgens de consulent was er geen sprake geweest van neerslachtigheid. De consulent gelooft niet dat een verwijzing naar een geriater toegevoegde waarde had gehad. De consulent was onder de indruk geweest van de consistentie en de kracht van de doodswens van patiënte. De consulent vertelt dat hij het geestelijk - en lichamenlijk lijden van deze patiënte had besproken met collega's.

De consulent trekt de vergelijking met patiënten die wel duidelijk een somatische aandoening hebben, zoals patiënten met kanker en bij wie de angst voor komend lijden wordt erkend als lijden.

Vanuit de commissie wordt gezegd dat de commissie ervan overtuigd is dat er bij deze patiënte een consistente, duidelijke en vrijwillige doodswens bestond. De commissie heeft twijfels bij de vraag of de grond van deze doodswens, die een onmiskenbaar "klaar met het leven" aspect heeft, voldoet aan de zorgvuldigheidseisen.

De consulent geeft aan dat er bij patiënte niet alleen sprake was van lijden aan het leven. Hij geeft aan dat sprake was van lijden op drie niveaus. Er was sprake van lijden aan het leven, lijden door versterven en de angst voor te verwachten lijden. De consulent is van mening dat patiënte reëel psychisch en somatisch lijden ervoer.

Desgevraagd geeft de consulent aan dat hij niet heeft overwogen een conditioneel SCEN-verslag op te stellen, omdat naar zijn beleving patiënte tijdens zijn bezoek ondraaglijk lijden ervoer. Dit lijden bestond uit geestelijk lijden aan het leven, lichamenlijk lijden en het lijden dat voor haar in het verschiet lag.

Desgevraagd geeft de consulent aan dat sederende palliatieve maatregelen niet zijn overwogen omdat patiënte had aangegeven helder te willen blijven. Ook geeft hij aan niet te weten of en zo ja

Oordeel 2012-17

welke palliatieve, niet-sederende, maatregelen zijn overwogen of genomen om de lichamelijke klachten van het versterven te bestrijden.

De commissie geeft aan geen nadere vragen meer te hebben en vraagt de consulent of alles voldoende besproken is en of hij zelf nog iets onder de aandacht van de commissie wil brengen. De consulent herhaalt dat er duidelijk psychisch en somatisch lijden aanwezig was.

3. BEOORDELING

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. 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 de patiënte.

De commissie heeft zich vervolgens afgevraagd of de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was. De commissie merkt op dat ondraaglijkheid in het kader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (verder te noemen: WTL) subjectief moet worden uitgelegd en slechts marginaal kan worden getoetst. Mede gezien de schriftelijke en mondelinge uitspraken van de arts en de consulent heeft de commissie uitgebreid stilgestaan bij de vraag of en in hoeverre er in casu sprake was van een “klaar met leven” situatie.

De commissie neemt bij de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen de wetsgeschiedenis en jurisprudentie van de Hoge Raad in acht.

Zoals uit de wetgeschiedenis blijkt, wordt met “klaar met leven” bedoeld op de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. Alhoewel de oorzaak van het lijden als zodanig niet doorslaggevend is voor de vraag of sprake is van lijden, moet de situatie van de patiënt wel naar medisch ethisch inzicht kunnen worden gekenmerkt als een lijden. Aan het lijden moet dus wel een medische dimensie zitten (...). Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan de medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld; een dergelijk lijden gaat het terrein van de medicus te buiten.

Wat de jurisprudentie betreft is vooral het Brongersma-arrest van de Hoge Raad van belang. In dit arrest heeft de Hoge Raad geoordeeld dat het lijden zijn oorsprong in overwegende mate moet vinden in een medisch geassocieerde ziekte of aandoening.

In het verlengde van de vraag of de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was, heeft de commissie daarom tevens te beoordelen of het ondraaglijk en uitzichtloos lijden in overwegende mate wordt veroorzaakt door een medisch geassocieerde ziekte of aandoening. Niét is vereist dat dit een ernstige (levensbedreigende) aandoening is.

De commissie overweegt dat in deze melding sprake is van een patiënte op hoge leeftijd, die tot (kort voor) haar overlijden altijd een gezonde vrouw was geweest. Blijkens de gespreksverslagen had patiënte een al jarenlange bestaande doodswens. Bij ieder huisbezoek van de arts was de doodswens van patiënte ter sprake gekomen, maar nooit had zij een concreet euthanasieverzoek gedaan tot een week voor haar overlijden. Volgens de arts was er ook nooit een medisch geassocieerde ziekte of aandoening geweest, die een euthanasieverzoek zou rechtvaardigen. Zij was niet bang voor de dood. Patiënte had aangegeven angst te hebben voor pijn en lichamelijke ongemakken.

Een week voor overlijden werd patiënte ziek, vermoedelijk als gevolg van een buikgriep. Patiënte was duizelig, had maag- en darmklachten en had een sterke angst voor toekomstige lichamelijke

aftakeling. De situatie maakte dat patiënte zich geconfronteerd voelde met haar kwetsbaarheid; zij realiseerde zich dat zij in een levensfase verkeerde, waarin voor haar alleen nog verdergaande lichamelijke aftakeling en uiteindelijk de dood in het verschiet lagen. Patiënte ervoer haar bestaan als een kwelling. Deze ontwikkeling vormde de aanleiding voor het aanvankelijke besluit van patiënte om te versterven, en korte tijd later voor haar concrete euthanasieverzoek. Nadat patiënte was gestopt met eten en drinken kreeg zij de eerste paar dagen krampen in haar buik en ander ongemak. Er was gewichtsverlies. Ook raakte zij verzwakt en bedlegerig. Tijdens het huisbezoek werd het de arts duidelijk dat patiënte niet langer wilde leven, dat zij bang was voor toekomstig lijden en dat zij vastbesloten was te versterven. De arts kon de ondraaglijkheid van het lijden invoelen. De arts heeft daarbij evenwel ook aangegeven dat patiënte niet leed onder het verstervingsproces.

De commissie komt op basis van de mondelinge toelichting van de arts tot de conclusie dat er tijdens zijn huisbezoek en daarna tijdens het verstervingsproces, geen sprake is geweest van ernstig lijden voortkomend uit een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening. De commissie komt tot de conclusie dat bij patiënte in overwegende mate sprake was van existentieel lijden. Factoren zoals de hoge leeftijd van patiënte, haar biografie en persoonlijkheid waren sterk medebepalend voor de mate waarin patiënte haar lijden als ondraaglijk had ervaren. Onder deze omstandigheden is de commissie van oordeel dat het lijden van patiënte niet in overwegende mate toegeschreven kon worden aan een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening en de arts daarom niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden in de zin van de wet.

Zoals hiervoor reeds is weergegeven behoort een arts niet te oordelen over lijden dat voortvloeit uit een andere dan de medische context. De commissie is er niet van overtuigd geraakt dat er geen redelijke andere oplossing was -nog los van de vraag of daarvan (nog) sprake was- om de lichamelijk ongemakken voortvloeiend uit het versterven te verlichten en de angst voor ongemakken die mogelijk in het verschiet lagen weg te nemen. De arts heeft dan ook niet met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

De arts heeft patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De commissie merkt daarbij op dat de arts eindverantwoordelijk blijft voor de beoordeling of het euthansieverzoek voldoet aan de zorgvuldigheidseisen.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de Standaard Euthanatica 2007 van de KNMP/WINAP of de aanvulling.

Gelet op het vooroverwogene heeft de arts gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, lid 1, onder a., c., e. en f. van de WTL en heeft de arts niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, lid 1, onder b. en d. van de WTL.

4. BESLISSING

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

meldingsnummer: «MeldingsNummer»