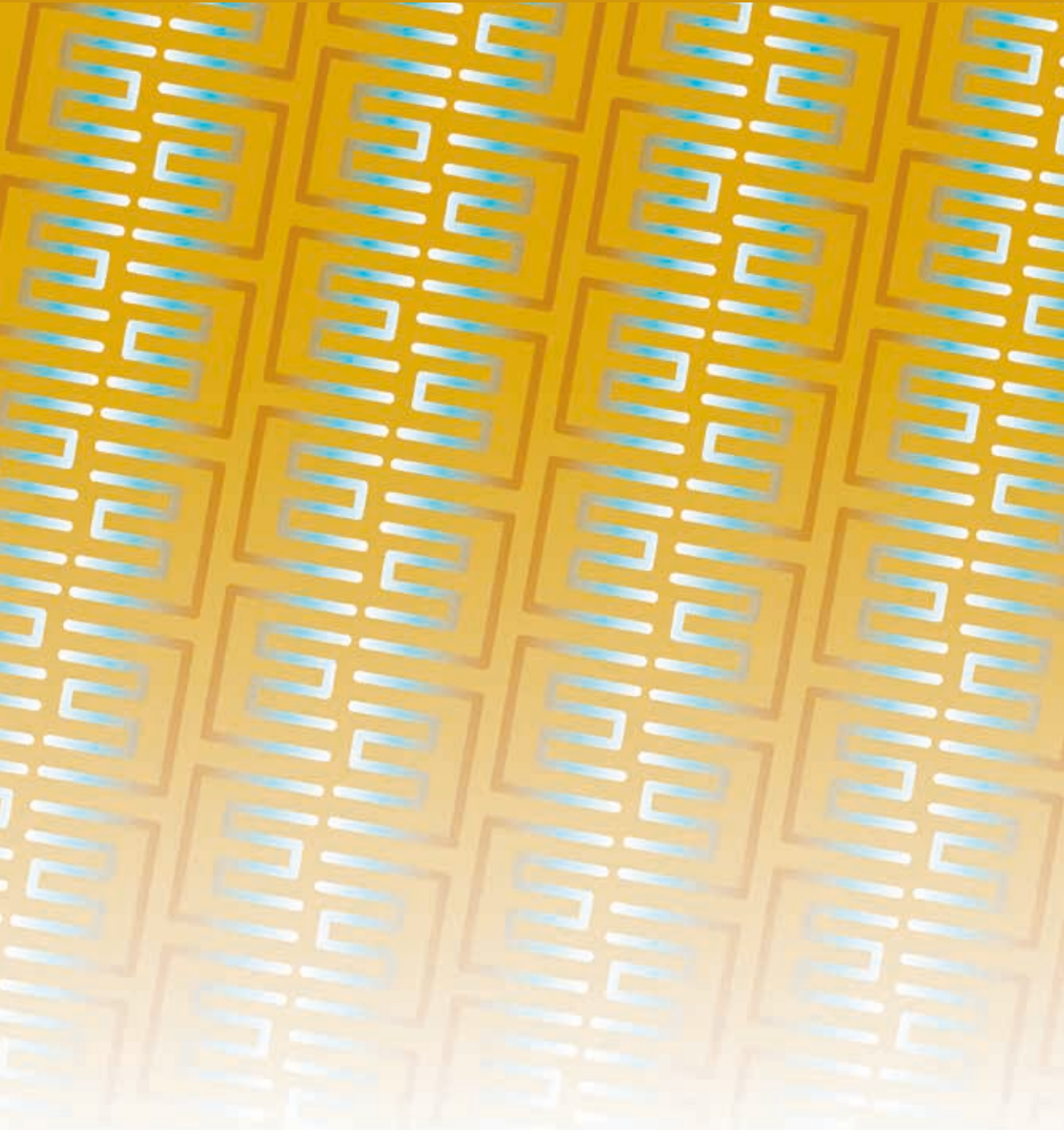


REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE

RTE

JAARVERSLAG 2018



INHOUD

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

HOOFDSTUK I ONTWIKKELINGEN IN 2018

1 Jaarverslag	11
2 Meldingen	
Aantal meldingen	11
Verhouding man - vrouw	13
Verhouding levensbeëindiging op verzoek - hulp bij zelfdoding	13
Aard van de aandoeningen	13
Meest voorkomende aandoeningen	13
Dementie	13
Psychiatrische aandoeningen	15
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	15
Overige aandoeningen	15
Leeftijd	15
Locatie van de levensbeëindiging	17
Meldende artsen	17
Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie (Echt)paren	19
Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	19
Grijstinten in de toetsingspraktijk	19
3 Werkwijze RTE, ontwikkelingen	21
VO's, NVO's en ODB's	21
Complexe meldingen	24
EuthanasieCode 2018	24
Reflectiekamer	25
Organisatie	25

HOOFDSTUK II CASUÏSTIEK

1 Inleiding	27
2 Arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	30
2.1 Vijf representatieve zaken	30
Oordeelbrief	31
Kanker	
Casus 2018-116	32
Aandoening van het zenuwstelsel	
Casus 2018-117	34
Longaandoening	
Casus 2018-118	35
Hart- en vaataandoening	
Casus 2018-119	36

Combinatie van aandoeningen	
Casus 2018-125	37
2.2 Vijf meldingen geordend naar vier zorgvuldigheidseisen van de WTL	38
Vrijwillig en weloverwogen verzoek	38
Casus 2018-80	38
Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	41
Casus 2018-32	41
Geen redelijke andere oplossing	43
Casus 2018-120	43
Onafhankelijke consultatie	45
Casus 2018-121 en 2018-122	45
2.3 Vijf meldingen betreffende patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van ouderdomsklachten	47
Psychiatrische aandoening	47
Casus 2018-31	47
Dementie	50
Casus 2018-123	50
Casus 2018-141	52
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	57
Casus 2018-44	57
Casus 2018-50	58
3 Arts heeft <i>niet</i> gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	59
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig de vereisten van vrijwillig en weloverwogen verzoek en uitzichtloos en ondraaglijk lijden	59
Casus 2018-69	60
Casus 2018-70	65
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van (extra) consultatie bij een psychiatrisch patiënt	71
Casus 2018-42	71
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van consultatie van ten minste één onafhankelijke andere arts	75
Casus 2018-04	
<i>Niet</i> gehandeld overeenkomstig het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering	78
Casus 2018-23	78
Casus 2018-75	80

VOORWOORD

Maatschappelijke discussie

Het jaar 2018 zal niet de geschiedenis ingaan als een jaar waarin euthanasie als “een rustig bezit” werd ervaren.

Discussies over verzoeken om euthanasie van patiënten met een psychiatrische aandoening en schriftelijke verzoeken van patiënten met een vergevorderde vorm van dementie die hun wil op het moment van daadwerkelijke uitvoering niet meer konden uiten, waren daar onder andere de oorzaak van. Discussies die uiteenlopende standpunten te zien gaven in de media, in de politiek, onder het publiek en onder artsen.

De Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die in het najaar van 2018 het licht zag, kan enige rust brengen in de discussie over psychiatrie en euthanasie. Het voornemen van de KNMG om te proberen artsen meer houvast te bieden bij dilemma's die ontstaan wanneer een arts op grond van een schriftelijke wilsverklaring van een inmiddels wilsonbekwame patiënt gevraagd wordt om aan het verzoek om euthanasie te voldoen, kan daaraan eveneens bijdragen.

In het voorjaar van 2018 hebben de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) de EuthanasieCode 2018 gepubliceerd. Daarin wordt een handzaam overzicht gegeven van de manier waarop de zorgvuldigheidseisen uit de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) door de RTE worden geïnterpreteerd. De RTE zijn verheugd dat de EuthanasieCode 2018 met financiële hulp van de minister van VWS aan alle huisartsen is toegezonden. De RTE zien de EuthanasieCode 2018 als verplichte literatuur voor alle artsen die geconfronteerd worden met verzoeken van patiënten om hen te helpen sterven door euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Hoewel psychiatrie en vergevorderde dementie in combinatie met euthanasie onmiskenbaar buitengewoon wezenlijke en complexe vragen oproepen, moet tegelijkertijd worden vastgesteld dat in 2018 van de in totaal 6126 meldingen die de RTE hebben ontvangen, ongeveer 1% daarvan betrekking had op patiënten die leden aan een psychiatrische aandoening (67) of op patiënten bij wie de euthanasie is toegepast op grond van een schriftelijke wilsverklaring (2).

Net als in 2017 had ook in 2018 meer dan 90% van de meldingen betrekking op situaties waarin de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk leed ten gevolge van een ongeneeslijke of uitbehandelde ziekte, zoals kanker, hart- en vaataandoeningen, beginnende dementie, aandoeningen aan het zenuwstelsel of een combinatie van meerdere aandoeningen (5553).

Rol OM en IGJ

2018 was daarenboven een uitzonderlijk jaar, omdat voor het eerst sinds meer dan tien jaar, een euthanasiezaak door de Inspectie Gezondheid en Jeugd (hierna: IGJ) voor de tuchtrechter gebracht werd. Later in dat jaar besloot het College van procureurs-generaal (hierna: het college van PG's) voor het eerst sinds de WTL in 2002 in werking trad tot strafvervolgning van dezelfde arts over te gaan. In vier andere zaken waarover de RTE in 2017 tot het oordeel waren gekomen dat de desbetreffende artsen niet hadden gehandeld overeenkomstig één of meer van de zorgvuldigheidseisen van de WTL besloot het college van PG's tot een strafrechtelijk onderzoek. De reacties in de media op deze nieuwe ontwikkelingen waren uiteenlopend: van "een zeer onwenselijke trendbreuk" tot "het Openbaar Ministerie doet eindelijk wat de wetgever van hem verwachtte".

De WTL schrijft voor dat indien de RTE tot het oordeel komen dat een arts niet heeft gehandeld overeenkomstig één of meer van de in die wet omschreven zorgvuldigheidseisen, dat oordeel ter kennis wordt gebracht van het college van PG's en de IGJ.

De IGJ en het college van PG's onderzoeken en beoordelen vervolgens de door de RTE ter kennis gebrachte zaken.

De RTE, het college van PG's en de IGJ buigen zich over dezelfde zaken, maar bekijken die met verschillende brillen; vanuit een ander juridisch kader.

De RTE bezien de vraag of de arts conform de zorgvuldigheidseisen van de WTL heeft gehandeld.

De IGJ bekijkt of het handelen van de arts – kort gezegd - mogelijk een gevaar oplevert voor de gezondheidszorg.

Het college van PG's ten slotte geeft in dezelfde zaak antwoord op de vraag of de arts een strafrechtelijk verwijt gemaakt kan worden.

De drie instellingen beschikken voor de beantwoording van die vragen over verschillende onderzoeksmethoden en verschillende wijzen van afdoening.

Afdoening 2017 en 2018

Terugblikkend op 2017 en 2018 laat zich de vraag stellen of de oordelen en beslissingen van de RTE, college van PG's en IGJ voor de praktijk een eenduidige en heldere normstelling opleveren: kunnen artsen op grond daarvan weten waaraan zij zich in vergelijkbare situaties te houden hebben? En indien er verschillen te noteren zouden zijn in de uitkomst van de beoordeling van deze drie instanties, welke lessen kunnen daaruit worden getrokken?

Op zoek naar het antwoord op die vragen, levert nadere studie van de oordelen van de RTE en van de ter zake genomen beslissingen van IGJ en het college van PG's het hierna volgende beeld op.

In 2017 oordeelden de RTE in twaalf zaken dat daarin niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van de WTL was gehandeld. Van deze twaalf als “onzorgvuldig” beoordeelde meldingen blijkt dat acht daarvan na onderzoek en na een gesprek (voorwaardelijk) werden geseponeerd met alle nuances die in de desbetreffende afdoening-besluiten werden verwoord.¹ IGJ meende dat de artsen in die zaken niet verder tuchtrechtelijk vervolgd hoefden te worden. Het betreft meldingen waarbij de RTE meenden dat de onafhankelijkheid van de te raadplegen arts in het geding was dan wel dat de levensbeëindiging medisch niet zorgvuldig uitgevoerd was. Deze twee zorgvuldigheidseisen uit de WTL worden blijkens de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek van het college van PG's niet gezien als “substantiële zorgvuldigheidsnormen”.²

De desbetreffende artsen onderschreven het oordeel van de RTE of lieten tenminste weten dat zij daar lering uit hadden getrokken en dat zij zich hoe dan ook in toekomstige gevallen aan de, in het oordeel van de RTE omschreven, normstelling zouden houden.

In deze acht gevallen bleken de IGJ en het college van PG's de door de RTE gestelde overtreding van de WTL te onderschrijven. Maar omdat de artsen lering hadden getrokken uit het ter discussie gestelde handelen, oordeelde de IGJ dat er geen reden was om te vrezen voor herhaling of voor een gevaar voor de gezondheidszorg. Op bijna identieke gronden meende het college van PG's dat de arts geen strafrechtelijk verwijt gemaakt kon worden, althans het niet opportuun te vinden om tot strafvervolging van de arts over te gaan.

In 2018 oordeelden de RTE over zes zaken dat niet overeenkomstig één of meer van de zorgvuldigheidseisen van de WTL was gehandeld. Van deze zes als “onzorgvuldig” beoordeelde meldingen hebben zowel het college van PG's als de IGJ er tot op heden vijf afgehandeld. In één zaak loopt nog onderzoek. De IGJ besloot in de overige vijf zaken na met de desbetreffende artsen te hebben gesproken dat met het oog op de patiëntveiligheid, er geen redenen waren voor verder onderzoek of nadere te nemen maatregelen ten aanzien van het medisch handelen van de desbetreffende artsen. In diezelfde vijf zaken heeft het college van PG's na onderzoek en na gesprekken te hebben gevoerd met de artsen besloten (voorwaardelijk) te seponeren. Het college van PG's onderschreef in die zaken de door de RTE gestelde overtreding van de zorgvuldigheidseisen. Maar mede doordat de des-

1 Beslissingen van het College van PG's aangaande oordelen van de RTE worden geplaatst op <https://www.om.nl/onderwerpen/euthanasie/beslissingen-college/>

2 De aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding) is te vinden op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17>

betreffende artsen zich toetsbaar hebben opgesteld en hebben aangegeven er zorg voor te zullen te dragen dat de gestelde overtredingen niet nogmaals zullen voorkomen, oordeelde het college van PG's dat de arts geen strafrechtelijk verwijt te maken valt en/of dat het niet opportuun was om tot strafvervolgning over te gaan. Over één van de door de RTE in 2018 als "onzorgvuldig" beoordeelde meldingen moeten het college van PG's en de IGJ nog beslissingen nemen.

Expliciete bevestiging normstelling RTE

Van de totaal achttien meldingen waarover de RTE in 2017 en 2018 oordeelden dat niet aan een of meer van de zorgvuldigheidseisen werd voldaan, zijn er nu dertien met een expliciete bevestiging van de normstelling van de RTE (voorwaardelijk) geseponneerd omdat van strafrechtelijke verwijtbaarheid geen sprake was en/of omdat strafrechtelijke vervolging niet opportuun werd geacht. Ook IGJ heeft over deze dertien zaken besloten dat de arts niet tuchtrechtelijk vervolgd behoefde te worden.

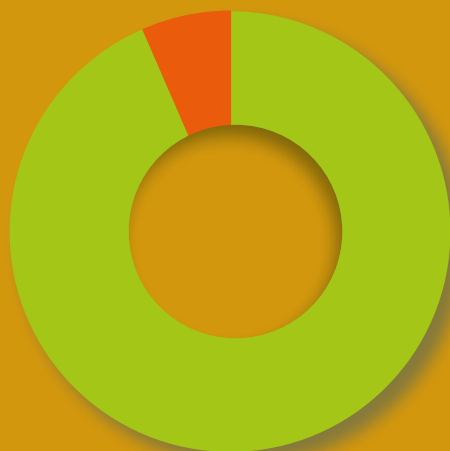
Ondanks het feit dat al deze meldingen vanuit verschillende juridische invalshoeken door drie onafhankelijk van elkaar functionerende instanties onderzocht en beoordeeld worden, is de uitkomst eenduidig en helder: artsen kunnen op grond daarvan weten waaraan zij zich in vergelijkbare situaties te houden hebben.

Resten de vier zaken uit 2017 waarover de RTE oordeelden dat er sprake was van handelen in strijd met de WTL en waarbij het college van PG's op 8 maart 2018 openbaar maakte dat in die zaken "strafrechtelijke onderzoeken naar mogelijk strafbare euthanasie" zou worden ingesteld.

In die vier zaken zijn zorgvuldigheidseisen uit de WTL aan de orde die door het college PG's gezien worden als "substantiële zorgvuldigheidsnormen". Daarbij gaat het over de vraag of de arts in redelijkheid tot het oordeel heeft kunnen komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en daarmee samenhangende vragen over de geldigheid van de schriftelijke wilsverklaring. Bovendien gaat het over de vraag of de arts tot het oordeel heeft kunnen komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

In twee van deze vier in strafrechtelijk onderzoek genomen zaken heeft het College van PG's inmiddels besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

Wat opvalt bij de vergelijking tussen het oordeel van de RTE en de sepot beslissingen van het college van PG's in die twee zaken, is dat tijdens het strafrechtelijk onderzoek dat in opdracht van het college van PG's door een Officier van Justitie werd verricht, andere en soms nieuwe feiten naar voren zijn gekomen. In het strafrechtelijk onder-



8

AFHANDELING DOOR COLLEGE PG'S VAN DE 18
DOOR RTE IN 2017 EN 2018 ALS
"ONZORGVULDIG" BEOORDEELDE MELDINGEN

● (voorwaardelijk) geseponeerd	15
● nog in onderzoek	3

zoek wordt de arts door de Officier van Justitie – anders dan de RTE – als verdachte gehoord. Bovendien kan de Officier van Justitie onder meer ook familieleden onder ede als getuigen horen. Niet uit te sluiten valt dat er ten gevolge daarvan feiten naar voren komen die in het gesprek tussen de arts en de RTE niet boven water zijn gekomen.

Om het (te) laat opduiken van nieuwe feiten te voorkomen, is het aanbevelenswaardig dat de arts die gevraagd wordt om tijdens een vergadering van de RTE uitleg te komen geven over de door hem/haar verleende euthanasie, zich daarop nog indringender voorbereidt, door alle denkbare relevante informatie – feiten en omstandigheden – aan de RTE ter beschikking te stellen.

De RTE zouden zich tijdens het gesprek met de arts – ondanks het feit dat de arts in relatie tot de RTE expliciet geen verdachte is! - vasthoudender moeten opstellen om de relevante feiten en omstandigheden boven water te krijgen.

Samenvattend

In 2017 en 2018 werden al met al in totaal 12.711 meldingen van euthanasie door de RTE beoordeeld. Daarvan werden in totaal achttien meldingen door de RTE beoordeeld als strijdig met een of meer van de zorgvuldigheidseisen van de WTL. Van die achttien zaken zijn er inmiddels vijftien door het college van PG's geseponeerd.

Voor artsen is het onmiskenbaar spanningsvol als hun handelen door de RTE wordt getoetst, a fortiori als zij zich daarna voor dat handelen ook nog eens hebben te verantwoorden ten overstaan van IGJ en Openbaar Ministerie. De euthanasiepraktijk in Nederland wordt zeer indringend gecontroleerd. Maar op grond van de bovenstaande cijfers zou er geen reden hoeven te zijn voor grote bezorgdheid onder artsen. De uit die controle voortvloeiende normstelling is een bijdrage aan de zorgvuldigheid van de praktijk zonder dat artsen onnodig geconfronteerd worden met tegen hen gevoerde procedures.


Naleving van de Richtlijnen van de KNMG en van de NVvP, het geven van meer houvast met betrekking tot euthanasie en dementie door de KNMG én intensieve raadpleging van de EuthanasieCode 2018 van de RTE door artsen moet tot vermindering van de spanning rond de uitvoering van euthanasie leiden onder gelijktijdige verdere verhoging van de zorgvuldige naleving van de in de WTL omschreven zorgvuldigheidseisen.

Jacob Kohnstamm,
Coördinerend voorzitter Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

Maart 2019

10

VERHOUDING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK / HULP BIJ ZELFDODING



● Levensbeëindiging op verzoek	5898
● Hulp bij zelfdoding	212
● Combinatie van beide	16

HOOFDSTUK I

ONTWIKKELINGEN IN 2018



1 JAARVERSLAG

Voor nadere informatie over de hoofdlijnen van de wet, de werkwijze van de commissies etc. zie EuthanasieCode 2018 en euthanasiecommissie.nl.

In het jaarverslag doen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) verslag van hun werkzaamheden over het afgelopen kalenderjaar. Ze leggen daarmee verantwoording af aan samenleving en politiek over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak. Die wettelijke taak behelst het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidseisen zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In dit jaarverslag worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip euthanasie. Alleen waar dat nodig is, zal een onderscheid worden gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het jaarverslag heeft daarnaast tot doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de wijze waarop de commissies concrete meldingen hebben getoetst en beoordeeld. In het jaarverslag wordt dan ook stilgestaan bij die meldingen.

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

11

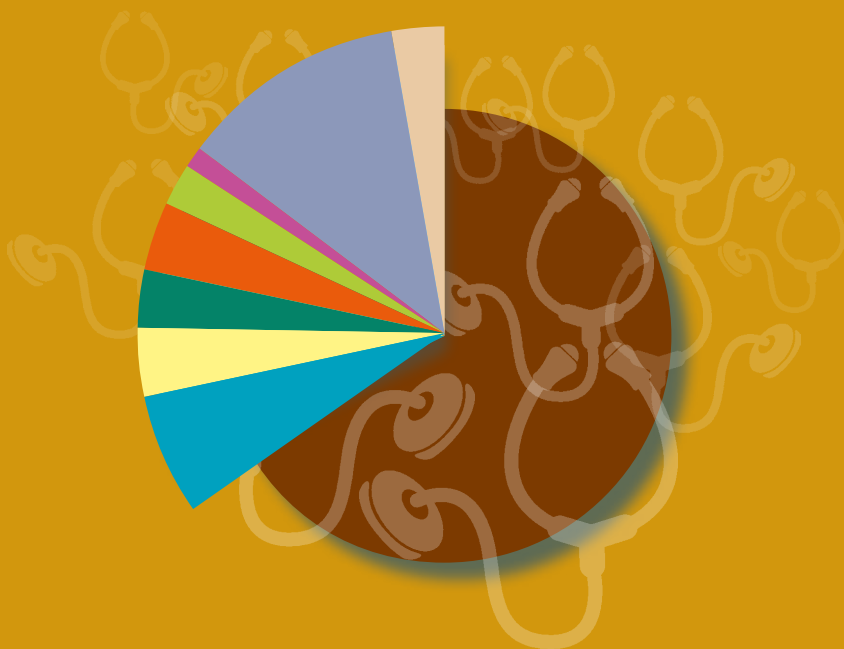
2 MELDINGEN

Aantal meldingen

De overzichten met het aantal meldingen van euthanasie in de vijf afzonderlijke regio's zijn te raadplegen op de website (zie: euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

In 2018 hebben de RTE 6126 meldingen van euthanasie ontvangen. Dat is 4,0% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2018 is overleden (153.328). In 2017 ontvingen de RTE 6.585 meldingen, ofwel 4,4% van het totale sterftecijfer (150.027). Het is voor het eerst sinds jaren dat het aantal meldingen gedaald is ten opzichte van het jaar daarvoor. Dat is zowel in absolute aantallen als gerelateerd aan het aantal sterfgevallen in Nederland het geval. De Minister van VWS heeft op 6 november 2018 op Kamervragen geantwoord³ dat de resultaten van een inmiddels gestart onderzoek naar het aantal euthanasie-meldingen in de jaren 2003-2018 in het voorjaar van 2020 aan de Tweede Kamer zullen worden aangeboden. Wellicht zal dat onderzoek ook een verklaring geven voor de afname in 2018.

3 Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 2018-2019, Aanhangsel van de Handelingen, 521



12

AARD VAN DE AANDOENINGEN

● kanker	4013
● aandoeningen van het zenuwstelsel	382
● hart- en vaataandoeningen	231
● longaandoeningen	189
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	205
● dementie	146
<i>dementie in de beginfase: 144</i>	
<i>ver(der)gevorderde dementie: 2</i>	
● psychiatrische aandoeningen	67
● combinatie van aandoeningen	738
● overige aandoeningen	155

Man-vrouwverhouding

De man- vrouwverhouding in de meldingen was nagenoeg gelijk: 3191 mannen (52,1%) en 2935 vrouwen (47,9%).

Verhouding levensbeëindiging op verzoek / hulp bij zelfdoding

Zie voor de aandachtspunten bij de medisch zorgvuldige uitvoering EuthanasieCode 2018 p. 33 e.v.

In 5898 gevallen (96,2%) was er sprake van levensbeëindiging op verzoek, in 212 (3,4%) van hulp bij zelfdoding en in 16 gevallen (0,3%) betrof het een combinatie van beide. Dit laatste doet zich voor als een patiënt, na het innemen van een door de arts overhandigde dodelijke drank in het kader van de hulp bij zelfdoding, niet binnen een tussen arts en patiënt afgesproken tijdsbestek overlijdt. De arts gaat dan alsnog over tot de (gebruikelijke) wijze van uitvoering van levensbeëindiging op verzoek door het intraveneus toedienen van een coma-inducerend middel, gevolgd door een spierverslapper.

Aard van de aandoeningen

Meest voorkomende aandoeningen

- In 90,6% van de meldingen (5553) was sprake van mensen met:
- niet (meer) te genezen kanker (4013);
 - aandoeningen van het zenuwstelsel, bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS, ALS (382);
 - hart- en vaataandoeningen (231);
 - longaandoeningen (189) of
 - een combinatie van aandoeningen (738).

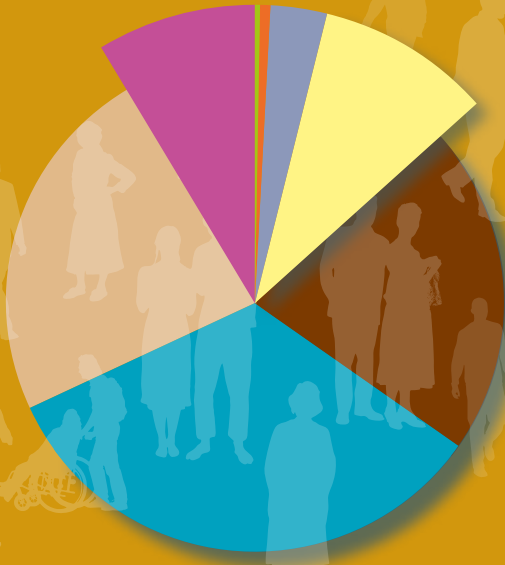
Dementie

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie EuthanasieCode 2018 p. 42 e.v.

Bij twee meldingen was in 2018 sprake van patiënten in een ver(der) gevorderd stadium van dementie die niet meer in staat waren om over hun verzoek te communiceren en waarbij de schriftelijke wilsverklaring bepalend was voor het vaststellen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Zie melding 2018-41, opgenomen in hoofdstuk II en melding 2018-21, gepubliceerd op www.euthanasiecommissie.nl.

In 144 meldingen vormde dementie in de beginfase de grondslag van het lijden. Het betrof patiënten in een fase van dementie, waarin zij nog inzicht hadden in (de symptomen van) hun ziekte, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun verzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek nog konden overzien. Melding 2018-123, opgenomen in hoofdstuk II, is hier een voorbeeld van.

LEEFTIJD



30 jaar of jonger	25
30-40 jaar	43
40-50 jaar	181
50-60 jaar	574
60-70 jaar	1363
70-80 jaar	1986
80-90 jaar	1442
90 jaar of ouder	512

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening EuthanasieCode 2018 p. 40 e.v.

Psychiatrische aandoeningen

In 67 meldingen van euthanasie vond het lijden zijn grondslag in een psychiatrische aandoening. Van deze 67 meldingen was 34 keer de meldende arts een psychiater, twintig keer een huisarts, twee keer een specialist ouderengeneeskunde en elf keer een andere arts. In dergelijke gevallen dient de arts een grote behoedzaamheid aan de dag te leggen, zoals in melding 2018-31 (opgenomen in hoofdstuk II) gebeurde. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft in 2018 de herziene richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis uitgebracht. In de richtlijn wordt beschreven welke procedures psychiaters volgens de NVvP moeten volgen in het geval van een euthanasieverzoek door een patiënt.⁴

Stapelning van ouderdomsaandoeningen

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

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen - zoals visusstoornissen (stoornis in zien), gehoorstoornissen, osteoporose (botontkalking), artrose (slijtage), evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang (kennen en weten neemt af) - kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op oudere leeftijd op en zijn een optelsom van een of meerdere aandoeningen en daarmee samenhangende klachten. Deze hebben lijden tot gevolg, dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren door déze patiënt. In 2018 ontvingen de RTE 205 meldingen in deze categorie.

Overige aandoeningen

Tot slot gebruiken de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie 'overige aandoeningen'. Het betreft aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom. Dit waren 155 gevallen in 2018.

Leeftijd

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

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie, te weten 1986 (32,4%), heeft betrekking op de leeftijdscategorie 70-80 jaar, gevolgd door de leeftijdscategorieën 80-90 jaar en 60-70 jaar, respectievelijk 1442 (23,5%) en 1363 (22,2%).

In 2018 beoordeelden de RTE drie meldingen van euthanasie bij een minderjarige (12 t/m 17 jaar). Deze zijn gepubliceerd op de website onder de nummers 2018-48, 2018-51 en 2018-94.

⁴ Deze richtlijn en andere op het onderwerp betrekking hebbende stukken zijn te raadplegen op de website van de NVvP (nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie).



16

MELDENDE ARTSEN

● huisarts	5194
● specialist ouderengeneeskunde	294
● medisch specialist in ziekenhuis	293
● arts in opleiding tot specialist	64
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld artsen verbonden aan de Stichting Levensidekliniek of een basisarts)	281

In de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn 68 meldingen ontvangen. In 42 van deze gevallen werd de grondslag van het lijden gevormd door kanker en in tien gevallen was de grondslag een psychiatrische aandoening. Binnen de categorie dementie heeft het hoogste aantal meldingen betrekking op mensen tussen 80-90 jaar oud (60 meldingen). Binnen de categorie psychiatrie waren er in 2018 zowel in de leeftijdscategorie 50-60 als 60-70 jaar zestien meldingen. Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' waren de meeste meldingen in de leeftijd 90 jaar of ouder (139 meldingen).

Locatie van de levensbeëindiging

In verreweg de meeste gevallen (4919, ofwel 80,2%) van de meldingen vond het overlijden van de patiënt thuis plaats. In de overige gevallen was de plaats van overlijden een hospice (491, oftewel 8,0%), een verpleeghuis (239, oftewel 3,9%), een verzorgingshuis (233, oftewel 3,8%), een ziekenhuis (169, oftewel 2,8%) of een andere, bijvoorbeeld bij familie thuis, in een woonzorgcentrum of een zorghotel (75, oftewel 1,2%).

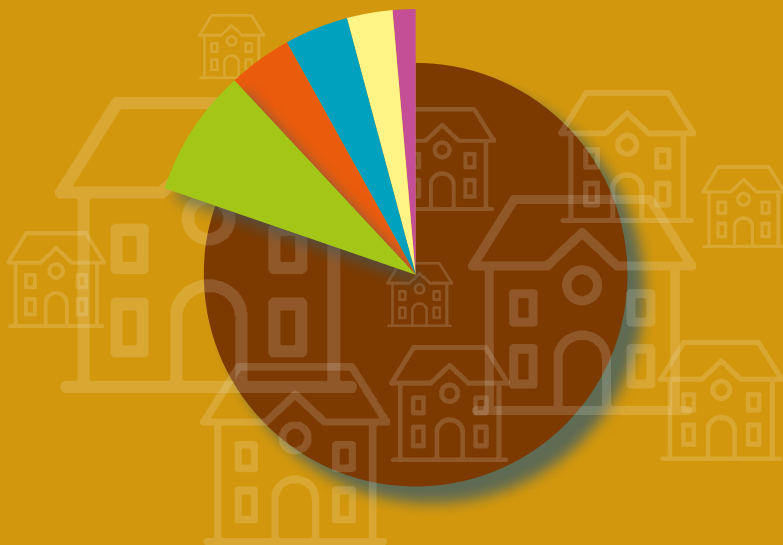
Meldende artsen

In het overgrote deel van de meldingen (5194) was een huisarts de meldende arts (84,8% van de meldingen). De overige meldende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (294), medisch specialisten (293) en artsen in opleiding tot specialist (64). Ten slotte is er nog een grote groep meldingen (281) waarbij de meldend artsen een andere achtergrond hebben, de meesten van hen zijn verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek (SLK).

De RTE hebben in 2018 het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan de SLK (726) nauwelijks zien veranderen.

In 2017 waren dit er 751, een daling van 3,4%.

Zoals uit de meldingsgegevens blijkt, schakelt een arts bij een door hem als te ingewikkeld ervaren euthanasieverzoek vaak een SLK-arts in. Dat kan gebeuren op initiatief van de behandelend arts, de patiënt zelf of bijvoorbeeld, op diens verzoek, door zijn familie. Een groot deel van de meldingen waarbij sprake was van een psychiatrische aandoening was afkomstig van een SLK-arts: 44 van de 67 meldingen (oftewel ruim 65%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 59 van de 146 meldingen (dus ruim 40%) afkomstig van een SLK-arts. Verder waren 81 van de 205 meldingen waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen (oftewel 39,5%) afkomstig van SLK-artsen. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie uitvoeren of artsen die alleen euthanasie willen verlenen in geval van een terminale aandoening verwijzen regelmatig door naar de SLK.



18 LOCATIE VAN DE LEVENSBEEÏNDIGING

● Thuis	4919
● Hospice	491
● Verzorgingshuis	233
● Verpleeghuis	239
● Ziekenhuis	169
● Anders	75

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

Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie

Levensbeëindiging door euthanasie staat het doneren van organen en weefsel niet in de weg. In de door de Transplantatiestichting opgestelde Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie is de procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven.⁵ De RTE ontvingen in 2018 zeven meldingen waarin werd aangegeven dat sprake was van orgaandonatie na euthanasie.

(Echt)paren

In achttien meldingen werd aan twee partners gelijktijdig euthanasie verleend (negen paren). Oordelen 2018-121 en 2018-122 zijn daar een voorbeeld van. Vanzelfsprekend dient de arts dan in iedere melding afzonderlijk aan de zorgvuldigheidscriteria, die de WTL vereist, te voldoen.

Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

In zes van de 6126 gemelde gevallen zijn de RTE tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 van de WTL heeft voldaan: dat is iets minder dan 0,1% van het totaal aantal meldingen. Deze zes uitspraken zijn opgenomen in hoofdstuk 2.

Grijstinten in de toetsingspraktijk

We zouden onvoldoende recht doen aan de nuances van de toetsingspraktijk als we alleen zouden weergeven hoe vaak de RTE tot het oordeel kwamen dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig een of meer van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De toetsingspraktijk kent daarnaast 'grijstinten'. Inclusief de hierboven genoemde zes meldingen heeft de commissie in 37 meldingen bij de arts, en in een enkel geval bij de consultant, om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. In 35 meldingen heeft de commissie de meldende arts, en in een enkel geval de consultant dan wel de voormalige huisarts van de patiënt, uitgenodigd om tijdens de commissievergadering antwoord te geven op bij de commissie gerezene vragen. Doorgaans waren deze mondelinge en schriftelijke toelichtingen van artsen en consultants voor de commissie zo verhelderend dat zij tot het oordeel is gekomen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dat neemt niet weg dat de commissies ook regelmatig aanwijzingen hebben gegeven aan artsen over de wijze waarop zij hun handelen en het melden daarvan in de toekomst kunnen verbeteren.

⁵ De richtlijn en de achtergronden en onderbouwing die er aan ten grondslag hebben gelegen zijn te raadplegen via transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie.



20

VERHOUDING MAN-VROUW

mannen	3191
vrouwen	2935

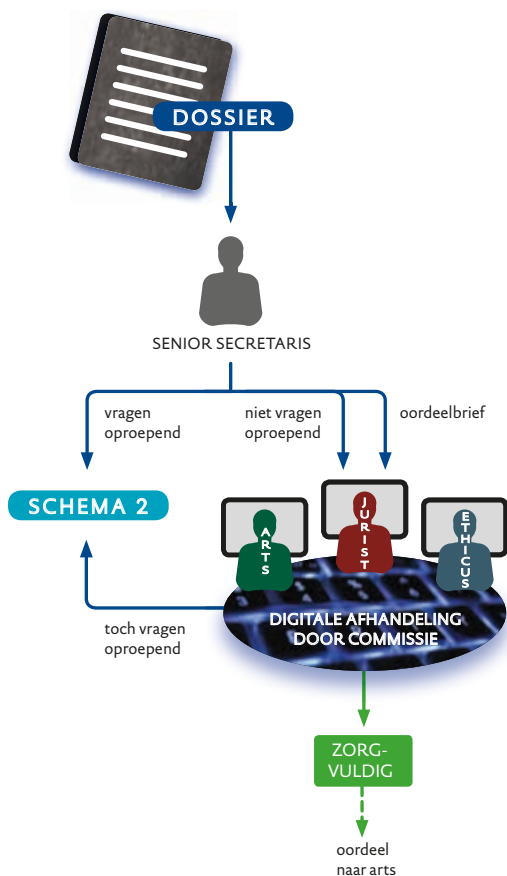
3 WERKWIJZE RTE, ONTWIKKELINGEN

VO's, NVO's en ODB's.

Sinds 2012 hanteren de RTE de volgende werkwijze bij de beoordeling van een melding. Nadat een melding is binnengekomen, wordt het dossier door de secretaris van de commissie, een senior jurist, geselecteerd als vragen oproepend (VO-melding) of niet vragen oproepend (NVO-melding). In 2018 is daar een derde categorie bijgekomen: de NVO-meldingen waarbij het uitvoerig beschreven NVO-oordeel in bepaalde gevallen wordt vervangen door een korte zogenaamde oordeelbrief (ODB). In deze laatste categorie meldingen worden uitsluitend meldingen geselecteerd waarin het lijden wordt bepaald door kanker, COPD, ALS of hartfalen of een combinatie van twee of meer van deze aandoeningen.

SCHEMA 1

± 85% VAN DE MELDINGEN (NVO/ODB)

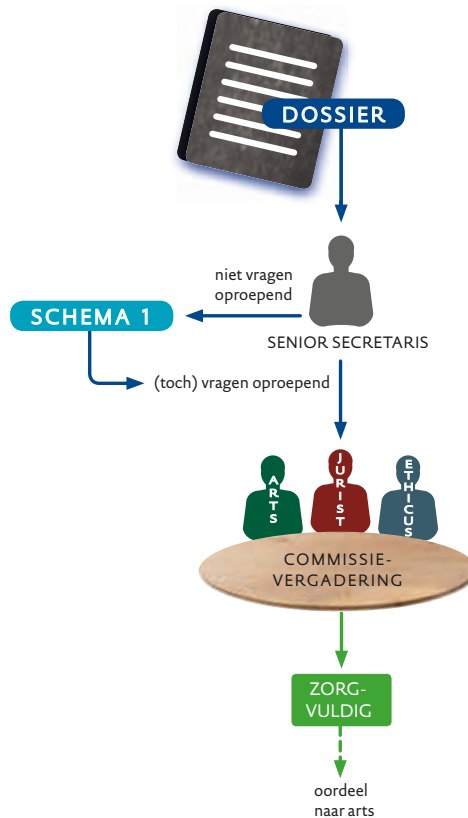


Meldingen worden als NVO of ODB geselecteerd wanneer de secretaris van de commissie de inschatting maakt dat de gegeven informatie volledig is en dat door de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Na de eerste selectie worden de meldingen door de commissie beoordeeld. Bij de als NVO of ODB geselecteerde meldingen gebeurt dat digitaal. Als voorbeeld van dergelijke NVO en ODB-meldingen zijn in hoofdstuk II de oordelen 2018-116, 2018-117, 2018-118, 2018-119 en 2018-125 opgenomen. Als ook de commissie van oordeel is dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan én de melding met een oordeelbrief afgedaan kan worden, wordt de arts, in een korte brief, onder verwijzing naar de feiten zoals weergegeven in de desbetreffende melding, op de hoogte gesteld van de uitkomst van de beoordeling. Een voorbeeld van de ODB is opgenomen op pagina 31 van dit jaarverslag. De hierboven genoemde oordelen 2018-116 en 2018-117 zouden inmiddels in de vorm van een ODB aan de arts worden verzonden.

SCHEMA 2

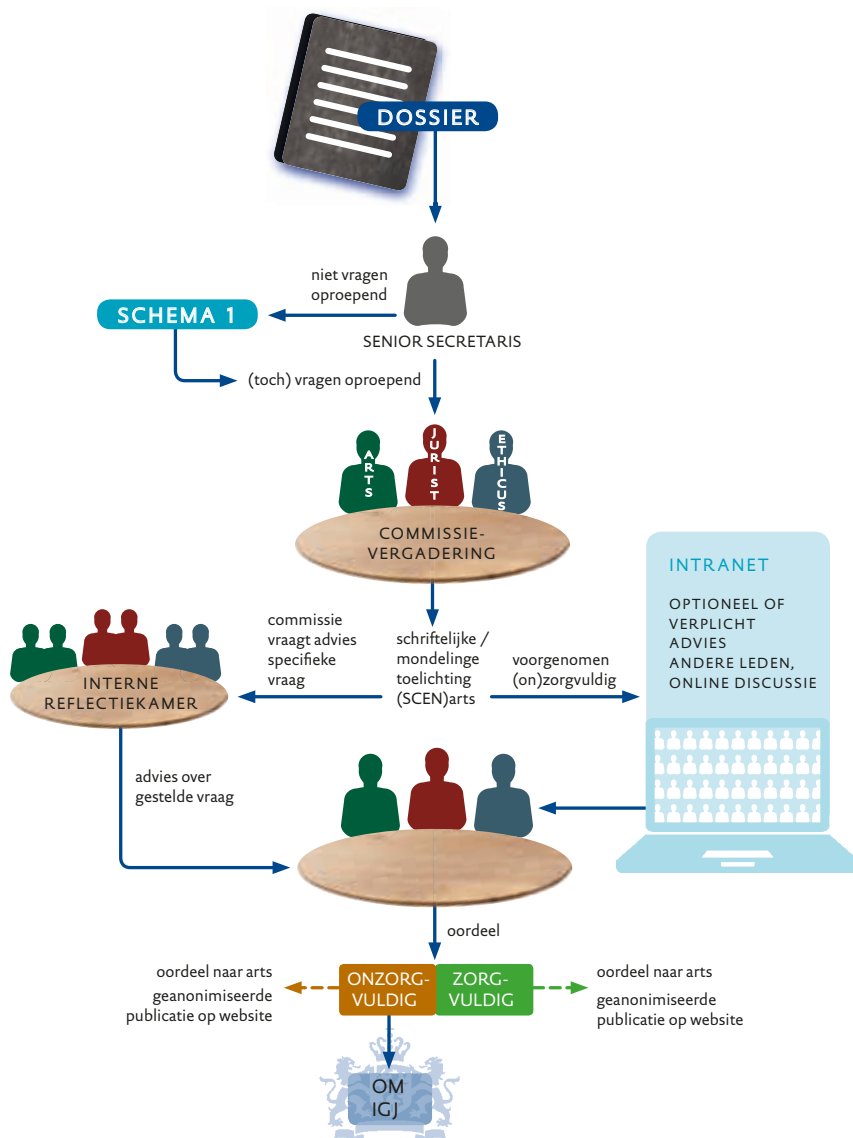
± 14% VAN DE MELDINGEN (VO)



Een efficiëntere toedeling van meldingen aan commissieleden en wijziging in de administratieve verwerking daarvan heeft de tijd die verstrijkt tussen de ontvangst van een melding en het informeren van de arts verkort. De invoering van de ODB heeft aan de verkorting van de afdoeningstermijn eveneens aanzienlijk bijgedragen. Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel bedroeg in 2018 gemiddeld 37 dagen.

SCHEMA 3

± 1% VAN DE MELDINGEN (VO)



Als één van de commissieleden van mening is dat een door de secretaris als NVO- of ODB- geselecteerde melding toch vragen oproept, wordt de melding doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering. Een klein aantal van de aldus als NVO of ODB geselecteerde meldingen (42 oftewel 0,7 % van de meldingen) werd alsnog als VO-melding in de commissievergadering besproken.

VO geselecteerde meldingen worden altijd mondeling besproken en beoordeeld in de maandelijkse commissievergadering.

In 2018 werd 46% van het aantal ontvangen meldingen als niet vragen oproepend geselecteerd. In 39% van het aantal meldingen werd het definitieve oordeel van de RTE middels een ODB aan de arts verzonden. Daarbij verdient vermelding dat de ODB pas in de loop van 2018 werd ingevoerd.

Van alle ontvangen meldingen werd 14% (798) direct bestempeld als vragen oproepend (VO), bijvoorbeeld maar niet uitsluitend omdat sprake was van een psychiatrische of dementieële aandoening of omdat het door de meldende arts aangeleverde dossier te summier was.

Complexe meldingen

De commissies voeren onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het wenselijk wordt geacht dat alle commissieleden zich erover kunnen uitspreken. Zo is het een vaste werkwijze dat een commissie die meent dat een melding niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, het voorgenomen concept oordeel met onderliggend dossier digitaal op het RTE intranet aan alle andere commissieleden voorlegt. Na kennisneming van de reacties komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

Ook in andere meldingen waarin de behandelende commissie behoefte heeft aan een intern debat worden voorgenomen oordelen op het intranet gezet. Doel is om de kwaliteit van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en in de oordelen zoveel mogelijk uniformiteit na te streven. In 2018 zijn, inclusief de meldingen die als “onzorgvuldig” werden beoordeeld, achttien meldingen in discussie gebracht.

EuthanasieCode 2018

In het voorjaar van 2018 is een geactualiseerde versie van de in 2015 gepubliceerde Code of Practice verschenen onder de titel “Euthanasie-Code 2018, de toetsingspraktijk toegelicht”. Hierin wordt toegelicht welke aspecten de RTE van belang achten bij de uitoefening van hun wettelijke taak. Doel van de EuthanasieCode 2018 is om, vooral voor (uitvoerend) artsen en consulenten, op een toegankelijke wijze inzicht

telijk te maken hoe de RTE de wettelijke zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen. De EuthanasieCode 2018 is met financiële hulp van het Ministerie van VWS aan alle huisartsen in Nederland verzonden.

Reflectiekamer

De RTE hebben in 2016 besloten om een interne reflectiekamer in te stellen, onder meer met het doel om de onderlinge afstemming en harmonisatie verder te bevorderen. De reflectiekamer bestaat uit twee juristen, twee artsen, twee deskundigen inzake ethische of zingevingsvraagstukken, die allen tenminste drie jaar deel uitmaken van de RTE en naar verwachting nog tenminste twee jaar aanblijven. Zij worden bijgestaan door een secretaris. Een commissie kan de reflectiekamer raadplegen in geval van een complex vraagstuk. De reflectiekamer beoordeelt een melding niet in zijn geheel, maar buigt zich over één of meer specifieke door de adviesvragende commissie geformuleerde vragen. Gegeven de tijd die het werk van de reflectiekamer vergt, wordt de meldende arts geïnformeerd over het feit dat het oordeel mogelijk langer dan normaal op zich zal laten wachten. In 2018 bracht de reflectiekamer drie adviezen uit. Het eerste advies betrof de term medische grondslag, het tweede advies de grote behoedzaamheid die vereist is bij psychiatrische patiënten en het derde advies betrof schriftelijke wilsverklaringen. In 2019 wordt de reflectiekamer geëvalueerd.

Organisatie

De RTE zijn ingedeeld in vijf regio's. Elke regio heeft drie juristen (voorzitter), drie artsen en drie deskundigen inzake ethische of zingevingsvraagstukken ('ethicus'). Daarmee bestaan de RTE in totaal uit 45 commissieleden.

De commissieleden worden openbaar geworven en op voordracht van de commissies voor vier jaar benoemd door de ministers van VWS en J&V. Ze kunnen eenmaal worden herbenoemd.

De commissies zijn onafhankelijk. Dat wil zeggen dat de commissies de euthanasiemeldingen toetsen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en oordelen zonder bemoeienis van de ministers, politiek of deren. Anders gezegd: de leden en de coördinerend voorzitter worden wel benoemd door de ministers, maar de ministers zijn niet bevoegd 'aanwijzingen' te geven over de inhoud van de oordelen.

De coördinerend voorzitter van de RTE zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor, waarbij ook steeds een vertegenwoordiger van de artsen en de ethici aanwezig is. De coördinerend voorzitter is daarnaast voorzitter van één van de vijf regio's.

De commissies worden bijgestaan door een secretariaat met ongeveer 25 medewerkers. Het secretariaat bestaat uit de algemeen secretaris, secretarissen (juristen) en administratief medewerkers. De secretarissen hebben een raadgevende stem in de commissievergadering. De inhoudelijke aansturing van de secretarissen is in handen van de algemeen secretaris. De secretariaten staan functioneel onder leiding van de adjunct-directeur de *Eenheid secretariaten tuchtcolleges voor de gezondheidszorg en toetsingscommissies euthanasie (ESTT)*.

De medewerkers van het secretariaat zijn in dienst van het ministerie van VWS en ondergebracht bij ESTT. Bij deze Eenheid werken ruim 70 medewerkers. Daarnaast maken het bedrijfsbureau (10 mensen) en het management (directeur en adjunct-directeur) daarvan deel uit. De administratief medewerkers van de RTE zijn verantwoordelijk voor alle administratieve processen, van registratie van de kenmerken van een binnengekomen melding tot toezending van het oordeel van de commissie aan de meldend arts en/of Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Het secretariaat van de commissies is gehuisvest op drie locaties in het land: Groningen, Arnhem en Den Haag. Het bedrijfsbureau en het management van ESTT zijn gehuisvest in Den Haag.

Er staan veranderingen op stapel die de kwetsbaarheid van de (te) kleine gedecentraliseerde eenheden verminderen en de lopende professionalisering van het secretariaat van de RTE zullen bevorderen. De bestuursraad van VWS heeft eind 2018 besloten tot een reorganisatie met als doel om het secretariaat integraal in Utrecht te vestigen. Het gaat formeel om een 'voorgenomen besluit tot reorganisatie'. Het definitieve besluit wordt begin 2020 verwacht in de vorm van een nog op te stellen Organisatie en Formatierapport.

De soorten functies en het aantal medewerkers veranderen niet; alleen de standplaats van het werk. Dat impliceert voor de meeste medewerkers een flinke verandering: van Groningen, Arnhem en Den Haag naar Utrecht. Het idee is dat alle vergaderingen van de RTE eveneens gaan plaatsvinden in Utrecht. De verhuizing is voorzien begin 2020.

Tot slot nog iets over de kosten.

In 2018 bedroegen de kosten voor de RTE ruim 4,2 miljoen euro.

€ 857.000 had betrekking op vergoedingen voor de commissieleden.

De kosten voor materieel, ICT- en locatiekosten bedroegen € 998.000.

€ 2.380.000 werd besteed aan personeel (management, bedrijfsbureau en secretariaten).

HOOFDSTUK II

CASUÏSTIEK

II

1 INLEIDING

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

Een arts die euthanasie heeft toegepast, heeft de wettelijke verplichting dit te melden bij de gemeentelijk lijkschouwer. De gemeentelijk lijkschouwer stuurt de melding en de bijbehorende stukken vervolgens door naar de RTE. Het door de arts aangeleverde dossier bestaat in hoofdzaak uit een verslag van de meldende arts, een verslag van de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent, delen van het medisch dossier van de patiënt zoals het patiëntjournaal en specialistenbrieven, een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt als die aanwezig is, en een verklaring van de gemeentelijk lijkschouwer. De onafhankelijke arts is bijna altijd een arts die geraadpleegd is via het KNMG-programma Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN), de zogenoemde SCEN-arts.

De commissie kijkt of de meldende arts voldaan heeft aan de zes zorgvuldigheidseisen die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) in art 2 lid 1 stelt:

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

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

Bij het toetsen kijken de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de EuthanasieCode 2018, die opgesteld is op

basis van eerder beslissingen van de RTE. Verder houden zij rekening met beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De RTE oordelen of vast is komen te staan dat er voldaan is aan het vereiste van voorlichting (c), consultatie (e) en medisch zorgvuldige uitvoering (f). Het gaat om zaken die feitelijk kunnen worden nagegaan. De overige drie zorgvuldigheidseisen schrijven voor dat de arts *de overtuiging heeft gekregen/ tot de overtuiging is gekomen* dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), uitzichtloos en ondraaglijk lijden (d) en dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing was (d). Gegeven de formulering van deze drie zorgvuldigheidseisen (“tot de overtuiging is gekomen”) is aan de arts een zekere beoordelingsruimte gelaten. Bij de toetsing van het handelen van de arts op deze drie punten kijkt de RTE daarom naar de wijze waarop de arts het onderzoek naar de feiten heeft verricht en naar de motivering die de arts voor zijn besluitvorming geeft. De RTE toetst dus of de arts, gegeven diens door de wet gegeven beoordelingsruimte, tot de overtuiging heeft kunnen komen dat aan deze drie zorgvuldigheidseisen is voldaan en naar de wijze waarop de arts dat onderbouwt. Het verslag van de consulent draagt bij aan deze onderbouwing.

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

Paragraaf 2 is onderverdeeld in drie subparagrafen.

Eerst (paragraaf 2.1) geven we vijf meldingen weer die representatief zijn voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangen. Meldingen waarbij genezing niet (meer) mogelijk was en sprake was van kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, longaandoeningen, hart- en vaataandoeningen of een combinatie van aandoeningen.

Daarna (paragraaf 2.2) richten we de aandacht op verschillende zorgvuldigheidseisen. Daarbij gaan we met name in op het vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b), het ontbreken van een redelijke andere oplossing (d) en de consultatie (e). We presenteren in die paragraaf meldingen die wat meer ingewikkeld zijn dan de meldingen in 2.1. Dat komt tot uitdrukking in het opnemen van meer gegevens over de patiënt, diens verzoek en de beschrijving van het lijden en extra overwegingen van de commissie. Er zijn twee zorgvuldigheidseisen die op deze plaats niet expliciet aan

de orde komen: de voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten (c) en de medisch zorgvuldige uitvoering (f). Het vereiste onder (c) is in het algemeen nauw verweven met andere zorgvuldigheidseisen, waaronder de eis dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Daarvan kan alleen sprake zijn als de patiënt goed op de hoogte is van zijn gezondheidssituatie en zijn vooruitzichten. De medisch zorgvuldige uitvoering komt aan de orde bij de meldingen waarbij niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Ten slotte (paragraaf 2.3) beschrijven we een aantal meldingen waarin euthanasie of hulp bij zelfdoding is verleend aan een patiënt uit een bijzondere categorie: mensen met een psychiatrische aandoening (één melding), mensen met dementie (twee meldingen) en mensen met een stapeling van ouderdomsaandoeningen (twee meldingen). In alle gevallen die beschreven worden in paragraaf 2 is de commissie tot het oordeel gekomen dat de arts voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen die de WTL stelt.

In paragraaf 3 komen zes meldingen aan de orde waarin de commissie geoordeeld heeft dat er niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Het gaat daarbij om twee meldingen waarbij de commissie oordeelde dat de arts niet voldaan had aan de vereisten betreffende het lijden en het ontbreken van een redelijk alternatief; één melding waarbij de grote behoedzaamheid die vereist is bij euthanasie bij psychiatrische patiënten niet is betracht; één melding betreffende de onafhankelijke consultatie en twee meldingen waarbij de commissie oordeelde dat de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

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

2. ARTS HEEFT GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

2.1 Vijf veel voorkomende meldingen

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

Wat betreft de eerst beschreven melding is bijna het complete oordeel opgenomen. Alleen de persoon-identificerende gegevens zijn wegge laten. In NVO-meldingen waarin sprake is van kanker, ALS, hartfalen of COPD ontvangt de arts sedert medio 2018 een oordeelbrief (ODB, zie pagina 31) in plaats van een uitgeschreven oordeel. In een ODB wordt aangegeven door welke voorzitter, arts en ethicus van de RTE de melding digitaal bestudeerd is en dat zij van oordeel zijn dat door de arts aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Bij alle andere meldingen wordt wel een volledig oordeel uitgewerkt. De hierna volgende voorbeelden geven weer hoe een NVO-oordeel van de RTE eruit ziet. De vijf meldingen samen geven een representatief beeld van het merendeel van bij de RTE binnen gekomen meldingen. Een enkele keer is een bijzonder kenmerk toegevoegd als opgenomen in een hospice of een verstandelijke beperking of een bijzondere wijze van communicatie met de patiënt.

OORDEELBRIEF

Geachte heer, mevrouw (naam),

Op (datum) heeft de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: de toetsingscommissie) uw verslag en bijbehorende stukken ontvangen betreffende uw melding van levensbeëindiging op verzoek bij de heer/mevrouw (naam), geboren op (datum), overleden op (datum). Alle door u aangeleverde stukken zijn grondig bestudeerd door de toetsingscommissie.

Gelet op de feiten en omstandigheden als vermeld in de stukken is de toetsingscommissie van oordeel dat u tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. U heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn/haar vooruitzichten. U heeft met de patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij/zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. U heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Ten slotte heeft u de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Op grond van het bovenstaande is de toetsingscommissie tot het oordeel gekomen dat u heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De toetsingscommissie bestond uit:

(naam), voorzitter, jurist

(naam), lid, arts

(naam), lid, ethicus

Vertrouwende u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,
Hoogachtend,

voorzitter

(handtekening)

secretaris

(handtekening)

KANKER CASUS 2018-116

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, inmiddels zou in een dergelijke melding een ODB aan de arts worden gestuurd.

FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

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

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij een man, tussen 60 en 70 jaar oud, werd in december 2017 een kwaadaardige tumor van het borstvlies vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de man bestond uit pijn, met name in buik en hoofd, misselijkheid, braken, niets meer kunnen eten en nauwelijks meer kunnen drinken. Hij had moeite met slikken en was fors vermagerd. Tevens kampte hij met verstopping, duizeligheid, verzwakking, vermoeidheid en verminderde mobiliteit.

Hij leed onder de uitzichtloosheid van zijn situatie en het vooruitzicht lichamelijk verder af te takelen met volledige zorgafhankelijkheid tot gevolg.

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

Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten de man voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

De man had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Drie dagen voor het overlijden heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Nadien heeft hij zijn verzoek herhaald.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consultant een onafhankelijke SCEN-arts. De consultant bezocht de man twee dagen voor de levensbeëindiging nadat

hij door de arts over de man 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.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met de man tot de 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 KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

BEOORDELING

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

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

BESLISSING

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

AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL CASUS 2018-117

oordeel: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Aandachtspunten: NVO-melding, beperking in communicatie, inmiddels zou in een dergelijke melding een ODB aan de arts worden gestuurd.

Een vrouw, tussen 80-90 jaar oud, leed sinds oktober 2016 aan Amyotrofische Lateraal Sclerose (ALS; een ongeneeslijke ziekte van de zenuwcellen die de spieren aansturen wat leidt tot het steeds minder functioneren van de spieren). Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. In de laatste maanden voor het overlijden ging haar situatie verder achteruit.

Het lijden van de vrouw bestond uit kortademigheid, krachtverlies, slikstoornissen, niets meer kunnen eten en drinken en verminderde mobiliteit. Tevens kon zij niet meer spreken en kampte zij met dubbelzien en continu tranende ogen. Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie en de angst om te stikken. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten de vrouw voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

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

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht de vrouw twee dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De consulent constateerde dat de vrouw, ondanks dat zij niet meer kon spreken, goed in staat was haar verzoek tot euthanasie kenbaar te maken. De consulent communiceerde met haar door vragen te stellen, waarop de vrouw reageerde met behulp van haar spraakcomputer, gebaren en mimiek. De consulent kwam mede op basis van dat gesprek tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

LONGAANDOENING CASUS 2018-118

OORDEEL: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: NVO

Een vrouw, tussen 60 en 70 jaar oud, ervoer vanaf vijf jaar voor het overlijden toenemende klachten van benauwdheid en hoesten. Uiteindelijk werd in 2017 longfibrose (een zeldzame chronische aandoening waarbij te veel littekenweefsel in de longen wordt gevormd) vastgesteld. Zij werd hiervoor behandeld maar dit had geen effect. In het laatste jaar voor het overlijden ging haar toestand hard achteruit. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de vrouw bestond uit ernstige en progressieve benauwdheid. Bij iedere inspanning raakte zij extreem benauwd en zij was voortdurend afhankelijk van de toediening van extra zuurstof. Het grootste gedeelte van de dag bracht zij noodgedwongen op bed door. Dagelijkse handelingen werden steeds uitputtender en zij werd toenemend afhankelijk van de zorg van anderen. Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie en ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De vrouw had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Tweeënhalve week voor het overlijden heeft zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

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

HART- EN VAATAANDOENING CASUS 2018-119

OORDEEL: Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, opgenomen in een hospice

Een man, tussen 70 en 80 jaar oud, had al enkele jaren last van onbegrepen vermoeidheidsklachten. In november 2017 werd de waarschijnlijkheidsdiagnose myelofibrose (overmatige vorming van bindweefsel in het beenmerg) vastgesteld. Er werd een afwachtend beleid afgesproken. In februari 2018 werd hij getroffen door een ischemisch cerebellair infarct met ernstige beperkingen tot gevolg (een ischemisch cerebellair infarct is een beroerte die ontstaat wanneer de bloedtoevoer naar het gebied van de kleine hersenen is onderbroken. Een gevolg kan zijn dat bewegingen niet uitgebalanceerd verlopen). Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg). De man was opgenomen in een hospice (een instelling waar ongeneeslijk zieke mensen hun laatste levensfase door kunnen brengen).

Het lijden van de man bestond uit kortademigheid, evenwichtsstoornissen en vermoeidheid. Hij was altijd een actieve man geweest. Nu was hij rolstoelafhankelijk geraakt, afhankelijk van de zorg van anderen geworden en kon hij niet meer de dingen doen die voor hem het leven waardevol maakten.

Hij leed onder de zinloosheid en uitzichtloosheid van zijn situatie, de lichamelijke achteruitgang, het gebrek aan kwaliteit van leven en het dreigende verlies van zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

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

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

COMBINATIE VAN AANDOENINGEN CASUS 2018-125

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding

Een vrouw, ouder dan 90 jaar, had al enige tijd hartfalen en nierinsufficiëntie. Daarnaast had zij hevige pijnklachten in de rug waarschijnlijk als gevolg van artrose, slagaderverkalking, suikerziekte met als gevolg daarvan zenuwschade, acute pijn in de linkerschouder en vochtophoping in de linkerarm. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van de vrouw bestond uit snelle achteruitgang van haar lichamelijke situatie. Zij was zeer vermoeid, had pijn en was bedlegerig geworden. De vrouw was altijd actief en zelfstandig geweest; zij was nu tot bijna niets meer in staat. Zij wist dat er geen verbetering van haar situatie mogelijk was en dat er alleen verslechtering in het verschiet lag. Zij had in overleg met haar behandelend specialist gemotiveerd afgezien van een verstrekkende ingreep voor haar vaatlijden en ervoer geen kwaliteit van leven meer. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De commissie oordeelt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

2.2. Vijf meldingen geordend naar vier zorgvuldigheidseisen van de WTL

In het onderstaande worden vier meldingen beschreven waarbij vier zorgvuldigheidseisen aan de orde komen: de arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dat er geen redelijk alternatief aanwezig was om dat lijden te verlichten, en tot slot de consultatie. In sommige van de beschreven meldingen speelt een bijzonderheid een rol, bijvoorbeeld het opgenomen zijn van de patiënt met een Rechterlijke Machtiging (een gedwongen opname), een combinatie van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen en een zogenoemde duo-euthanasie (waarbij twee personen tegelijkertijd euthanasie krijgen).

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De WTL bepaalt dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De wet schrijft niet voor dat het moet gaan om een schriftelijk verzoek. Een mondeling verzoek volstaat. Met betrekking tot dit zorgvuldigheidsvereiste kunnen in bepaalde situaties bijzondere vragen rijzen. Bijvoorbeeld in de onderstaande melding waarin de patiënt was opgenomen in de instelling met een Rechterlijke Machtiging. Dat gebeurde omdat de man op dat moment een gevaar voor anderen en voor zichzelf was, onder andere omdat hij suïcidaal was. Het is van belang om uit te sluiten dat het oordeelsvermogen van de patiënt door een psychiatrische aandoening is aangetast.

CASUS 2018-80

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, uitsluiten depressie op aanraden van de consultant

Een man, tussen 80 en 90 jaar oud, werd in 2012 getroffen door een beroerte waarna hij fysiek sterk achteruit ging. In de jaren daarna ontwikkelde hij allerlei lichamelijke aandoeningen en eind 2017 werd vasculaire dementie (dementie ten gevolge van vaatlijden in de hersenen) bij hem vastgesteld. De toestand van de man ging sindsdien steeds verder achteruit. In maart 2018 werd hij met een Rechterlijke Machtiging (gedwongen) opgenomen op een psychogeriatrische zorgafdeling. Dat gebeurde omdat de thuissituatie ontspoord was doordat het karakter van de man veranderde. Hij was soms agressief. Door een ziekenhuisopname en een crisisopname in het verpleeghuis gevolgd door permanente opname, ging zijn toestand aanvankelijk nog verder achteruit.

Dat kwam onder andere door de veelheid van prikkels die hij ervoer door de opnames, de verandering van setting en de onderzoeken. Na enkele weken in het verpleeghuis nam het agressieve gedrag af en werd de man rustiger.

De man was afhankelijk van de zorg van anderen, hetgeen hij als verschrikkelijk ervoer. Hij leed onder de wetenschap dat er geen verbetering van zijn situatie meer mogelijk was en dat zijn verstandelijke en fysieke vermogens alleen maar achteruit zouden gaan. Hij wist dat de schade ontstaan door de beroerte onomkeerbaar was en hij ervoer geen enkele kwaliteit van leven meer. Daarnaast was hij bang om opnieuw een beroerte te krijgen waardoor hij zijn wil niet meer kenbaar zou kunnen maken. De man wilde verdere aftakeling niet meer meemaken en waardig sterven.

De man sprak ongeveer anderhalve maand voor het overlijden voor het eerst met de arts over euthanasie; hij heeft de arts toen meteen om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Tijdens de gesprekken die de arts met de man voerde, kon de man de gevolgen van zijn handelen, de situatie en de beslissingen die hij nam goed overzien. De arts achtte hem wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts consulteerde een onafhankelijke SCEN-arts. Die constateerde dat eerder geadviseerd was om de man door een psychiater te laten onderzoeken vanwege zijn suïcidaliteit en dat dit nog niet was gedaan. De consultant adviseerde verder de Rechterlijke Machtiging niet meer te verlengen of op te heffen zodat de man meer vrijheden zou krijgen en mogelijk zou kunnen worden overgeplaatst naar een andere woonomgeving, waar hij beter tot zijn recht zou komen. Ook vroeg hij zich af of de medicatie die de man kreeg, aangepast moest worden.

In het gesprek met de commissie gaf de arts aan dat het niet de bedoeling was geweest om de Rechterlijke Machtiging te verlengen, deze had alleen een functie gehad voor de opname. De man was inmiddels rustiger en werkte veel meer mee.

De arts gaf aan dat, naar zijn mening, de man allesbehalve depressief was. Ondanks dat de arts geen twijfel had over de wilsbekwaamheid van de man, volgde hij het advies van de consultant op en raadpleegde een onafhankelijk psychiater.

De onafhankelijke psychiater zag de man ongeveer een week voor het overlijden. Hij onderzocht of een depressie een rol speelde bij de euthanasiewens. De onafhankelijke psychiater nam geen depressief beeld in engere zin waar. De man was niet suïcidaal. Wel waren er somberheidsklachten in reactie op het verlies van zelfstandigheid en de

lichamelijke en geestelijke achteruitgang. De onafhankelijke psychiater vond de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Met betrekking tot de medicatie zag de geraadpleegde onafhankelijke psychiater geen enkele reden om het psychofarmacabeleid aan te passen. Het medicatiegebruik was al bijna volledig afgebouwd terwijl de beperkingen in het functioneren van patiënt onveranderd waren gebleven.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was, volgens de commissie, voldaan.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

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

CASUS 2018-32

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, combinatie van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, vrijwillig en weloverwogen verzoek, Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) en ouderdomsklachten

Een man, tussen 80 en 90 jaar oud, had al langere tijd fysieke en psychische klachten. Hij had gewrichtsproblematiek in enkels, knieën, heup, onderrug en handen, versleten rugwervels, hartfalen, vermoeidheid en cognitieve achteruitgang. Hij had ook een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS - nare ervaringen die steeds terugkomen in gedachten of dromen) als gevolg van trauma's uit zijn oorlogsverleden. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de man bestond uit gewrichtspijnen, hoofdpijn, krachtsverlies, beperkte mobiliteit met verminderde balans en moeizaam lopen, kortademigheid, urine-incontinentie en vergeetachtigheid. De man kwam zijn huis bijna niet meer uit. Hij had slaapproblemen door herbelevingen en nachtmerries van zijn oorlogsverleden, waardoor hij vermoeid raakte. De verstandelijke achteruitgang tastte zijn vermogen aan om hiermee om te gaan waardoor hij zijn angstgevoelens niet goed meer kon hanteren en zo de grip op zijn leven verloor.

Hij leed onder de toenemende zorgafhankelijkheid, het verlies van zelfstandigheid en controle over zijn leven en de uitzichtloosheid van zijn situatie. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde ongeveer drie maanden voor het overlijden onderzoek gedaan naar mogelijke behandelopties. Deze specialist constateerde

dat er geen reële behandelopties waren die het lijden van de man aanzienlijk zouden kunnen verlichten. Hij concludeerde verder dat de verstandelijke achteruitgang belastend en verontrustend was voor de man, maar zijn wilsbekwaamheid niet beïnvloedde. Er waren geen tekenen van een depressie aanwezig. De specialist ouderengeneeskunde achtte de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek.

Ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden overweegt de commissie dat in het geval van verstandelijke achteruitgang met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek om euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in deze melding gedaan.

Tevens moet de arts de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Het lijden van de patiënt moet een medische grondslag hebben, maar niet vereist is dat er sprake is van een levensbedreigende aandoening. Het lijden van de patiënt kan dan ook het gevolg zijn van een stapeling van aandoeningen en daarmee samenhangende klachten die, in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt, een lijden doen ontstaan dat voor de patiënt ondraaglijk is.

De commissie overwoog dat de man hoogbejaard was en in toenemende mate aan een combinatie van aandoeningen leed waardoor de controle over zijn leven en zijn autonomie steeds meer in het gedrang kwamen. Traumatische ervaringen kunnen hanteerbaar zijn wanneer mensen krachtig en vol in het leven staan. Ten gevolge van de fysieke en verstandelijke achteruitgang werd de last van de traumatische ervaringen onhanteerbaar voor deze man. Gezien zijn aandoeningen, de daarmee gepaard gaande aftakeling, het verlies van zelfstandigheid en het gebrek aan kwaliteit van leven kon de arts tot de overtuiging komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

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 uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was, volgens de commissie, voldaan.

GEEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Deze zorgvuldigheidseis, die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, houdt verband met het ingrijpende en onomkeerbare karakter van euthanasie. Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven. Het gaat bij deze zorgvuldigheidseis om een overtuiging van arts en patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Er is een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënt redelijke, uitweg is om het lijden te verzachten of weg te nemen. Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkte kans op een positief resultaat zal in het algemeen niet als een redelijk alternatief kunnen worden aangemerkt. Een medische ingreep of behandeling die het lijden aanzienlijk kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans een redelijk alternatief zijn.

CASUS 2018-120

ORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, geen redelijke andere oplossing, een week voor het overlijden fracturen in bekken na valincident. Riskante operatieve ingreep met een onzekere slagingskans, patiënte zag hier gemotiveerd van af, omdat de kans dat zij daarna weer kon lopen miniem was.

Een vrouw, tussen 90 en 100 jaar oud, liep na een valincident fracturen in het bekken op. Een riskante operatieve ingreep met een onzekere slagingskans behoorde tot de mogelijkheden. De vrouw zag hier echter gemotiveerd van af. De kans dat zij daarna weer kon lopen was heel klein. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de vrouw bestond uit de invaliderende gevolgen van haar botbreuken. Een en ander resulteerde erin dat zij niet meer zelfstandig kon lopen en dat ze bedlegerig was geworden. De vrouw zou worden opgenomen in een verzorgingshuis. Dit weigerde zij echter pertinent. De vrouw gaf aan dat haar grens was bereikt. Zij leed onder de zorgafhankelijkheid en de uitzichtloosheid van haar situatie. Zij ervoer een geringe kwaliteit van leven en wilde waardig sterven. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzicht-

loos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin de vrouw zich bevond.

Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was, volgens de commissie, voldaan.

ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

De arts behoort voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen die de patiënt ziet en beoordeelt of er voldaan is aan de vereiste van het verzoek, het lijden, het ontbreken van een redelijk alternatief en de voorlichting van de patiënt. Soms komt het voor dat twee partners tegelijkertijd een euthanasieverzoek doen. Indien op beide verzoeken wordt ingegaan wordt dit wel duo-euthanasie genoemd. De commissies verwachten dat de arts of artsen in zo'n geval voor ieder van de partners een andere consulent raadpleegt. Dit is nodig om te waarborgen dat iedere casus afzonderlijk wordt beoordeeld. Beide consulenten moeten zich ervan vergewissen dat er geen oneigenlijke druk bestaat van de ene partner op het euthanasieverzoek van de andere partner.

CASUS: 2018-121 EN 2018-122

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, consultatie bij duo euthanasie, uitvoering

Een vrouw, tussen 50 en 60 jaar oud, had sinds 1996 Multiple Sclerose (MS: aandoening van het zenuwweefsel waarbij in de beschermende laag rondom zenuwbanen afwijkingen ontstaan, waardoor sommige zenuwen minder goed of niet meer functioneren). Daarnaast was zij na een breuk in haar heup in 2005 rolstoelafhankelijk en kampte zij vanaf 2006 met een neurogene blaasfunctiestoornis (minder goed functioneren van de blaas door verslechtering van het functioneren van de zenuwen) waarvoor zij in 2014 een urinekatheter kreeg (een soepel slangetje dat in de blaas wordt gebracht om de urine uit de blaas te laten lopen). Ook had zij vanwege haar spierkrampen sinds 2007 een baclofenpomp (een onder de huid geplaatst pompje dat continu en rechtstreeks baclofen, een spierverslapper, spuit rond het ruggenmerg). En sinds 2017 had zij niet-genezende doorligwonden van de zitknobbels.

Haar lijden bestond uit progressieve uitval en beperkingen van lichaamsfuncties. De laatste periode voor het overlijden waren haar functies zodanig uitgevallen dat zij haar rolstoel met haar kin moest besturen en via een robot moest worden gevoed. Dit was voor haar acceptabel geweest omdat haar echtgenoot altijd voor haar had gezorgd. Echter, nadat er bij haar echtgenoot een uitgezaaide tumor werd geconstateerd en zijn overlijden nabij was, wilde de vrouw niet meer verder leven. Zij leed onder haar volledige zorgafhankelijkheid en het vooruitzicht geheel door vreemden te moeten worden verzorgd en

niet meer zelfstandig te kunnen blijven wonen. De vrouw wilde graag samen met haar echtgenoot sterven.

Bij haar echtgenoot, een man tussen 50-60 jaar oud, werd ruim drie maanden voor het overlijden een uitgezaaide kanker in de slokdarm vastgesteld. Hij werd bestraald. Desondanks bleek enkele weken voor het overlijden sprake te zijn van uitgebreide uitzaaiingen naar het buikvlies. Hierna zag de man af van verdere behandeling. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de man bestond uit aanhoudende pijn in de buik, misselijkheid en gebrek aan energie. Hij lag de hele dag op bed en was tot niets meer in staat. Hij was altijd een zeer actieve man geweest en leed onder de ontluistering en uitzichtloosheid van zijn situatie. Hij wilde op deze manier niet meer verder leven en graag samen met zijn echtgenote overlijden.

De arts heeft zowel met het echtpaar samen als met de man en vrouw apart over het euthanasieverzoek gesproken. De arts was ervan overtuigd dat de vrouw én de man een vrijwillig en weloverwogen verzoek deden.

De arts raadpleegde twee onafhankelijke SCEN-artsen als consulent. Een bezocht de vrouw thuis, een ander de man in het ziekenhuis. De consulenten kwamen tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts voerde de euthanasie uit met behulp van elastomeerpompen (pompsysteem met een zelfledigend reservoir); daardoor kon de euthanasie op hetzelfde tijdstip uitgevoerd worden en zijn de vrouw en de man één minuut na elkaar overleden.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts in beide meldingen voldaan heeft aan het vereiste van onafhankelijke consultatie. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was, volgens de commissie, voldaan.

2.3 Vijf meldingen betreffende patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van ouderdomsklachten

PSYCHIATRISCHE AANDOENING

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is niet beperkt tot patiënten in de laatste levensfase. Ook mensen met een langere levensverwachting zoals psychiatrische patiënten kunnen ervoor in aanmerking komen. Wel moet in een dergelijke situatie met grote behoedzaamheid gehandeld worden. Die grote behoedzaamheid krijgt vorm in het vereiste dat ook een onafhankelijke psychiater of andere deskundige geraadpleegd moet worden. Daarbij gaat het met name om een oordeel met betrekking tot de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het al dan niet ontbreken van een redelijke andere oplossing.

CASUS 2018-31

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, grote behoedzaamheid bij patiënt met psychiatrische aandoening, onafhankelijk psychiater geraadpleegd, geen redelijke andere oplossing. Combinatie van angst-, depressieve- en persoonlijkheidsstoornis.

Een man, tussen 50 en 60 jaar oud, had, sinds zijn late adolescentie, psychiatrische- en verslavingsproblematiek. Hij kampte met een aanhoudende depressieve stoornis en sociale angststoornissen. Daarnaast had hij een persoonlijkheidsstoornis met vermijdende en afhankelijke trekken, beperkt kunnen omgaan met frustraties en moeite om boosheid te beheersen.

Sinds zijn adolescentie had hij wisselend een doodwens. De man had eerder een aantal pogingen gedaan om zijn leven te beëindigen. Hij onderging meerdere medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen, waaronder – zonder blijvend resultaat - Electro Convulsie Therapie (ECT - onder narcose wordt met plakkers op het hoofd elektrische stroom door het brein gestuurd). De klachten bleken niet te verdwijnen door de therapeutische en medicamenteuze behandelingen uit de multidisciplinaire richtlijnen. De man kampte ook met hersenschadiging na de ECT.

Het lijden van de man bestond uit chronische somberheidsklachten, zich nergens mee verbonden voelen, chronische pijnklachten en beperkte mobiliteit. De man bleef hangen in de somberheid en nega-

tieve gedachten. Hij miste al vele jaren een gevoel van motivatie. Het lukte hem niet zich ergens toe te zetten. Het niet kunnen leggen van contacten met andere mensen droeg bij aan zijn ondraaglijk lijden. Hij leed onder de uitzichtloosheid van zijn situatie en het gebrek aan perspectief op verbetering. Iedere dag was een worsteling. Hij verbleef het merendeel van de tijd in bed, omdat de energie en wil hem ontbraken om ergens anders te zijn. De man ervoer elke dag als een dag te veel. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijk psychiater de man ongeveer twee maanden voor het overlijden onderzocht. De onafhankelijke psychiater stelde dat de kans gering was dat langere, intensievere psychologische behandelingen een aanzienlijke en aanhoudende verbetering zou geven.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de man aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De man had sinds vier jaar voor het overlijden een duidelijke euthanasiewens. De arts zag destijds nog een aantal behandelmogelijkheden vanuit het depressieprotocol. De man had volledig meegewerkt met de behandelopties die de arts had voorgesteld.

Sinds een klein jaar voor het overlijden was er een aanhoudende en consistente wens tot euthanasie. Ongeveer negen maanden voor het overlijden heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De man heeft zijn euthanasieverzoek hierna consequent geuit.

De eerder genoemde onafhankelijk psychiater stelde dat het bewustzijn van de man helder was en dat hij in staat was tot logisch samenhangende besluitvorming. Volgens de arts begreep de man de wettelijke kaders rondom zijn euthanasieverzoek en kon hij de gevolgen van zijn besluit goed op waarde schatten. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts, tevens specialist ouderengeneeskunde. De consulent bezocht de man elf dagen voor de levensbeëindiging. Volgens de consulent overzag de man de gevolgen van zijn euthanasieverzoek. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden als volgt: in het geval van een psychiatrische aandoening moet met grote behoedzaamheid worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts

dat in deze melding ook gedaan. De arts, reeds negen jaar de behandelend psychiater van de man, heeft, naast de onafhankelijke SCEN-arts, een onafhankelijke psychiater geconsulteerd. Door de onafhankelijke psychiater werd de arts bevestigd in het oordeel dat na een lange periode van vele en intensieve psychiatrische behandelingen zonder structurele verbetering geconcludeerd mocht worden dat er voor de man geen reële alternatieven meer waren en dat het ondraaglijk lijden daarmee uitzichtloos was en dat de man het verzoek vrijwillig en weloverwogen had gedaan. De arts werd door de consulent bevestigd in het oordeel dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

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

DEMENTIE

Bij dementie en euthanasie kan een onderscheid worden gemaakt tussen euthanasie bij een patiënt met 1) beginnende dementie (dat wil zeggen de fase waarin een patiënt nog inzicht heeft in zijn ziekte en symptomen) en euthanasie bij een patiënt met 2) verder gevorderde dementie waarbij twijfel bestaat of de patiënt nog wilsbekwaam is ten aanzien van het verzoek en euthanasie bij een patiënt 3) bij wie de dementie zodanig is voortgeschreden dat deze zelf niet meer om euthanasie kan vragen. In de laatste twee situaties kan een schriftelijke wilsverklaring de plaats innemen van het veelal mondelinge actuele verzoek.

Hieronder komt een melding aan de orde van euthanasie bij een patiënt met dementie die nog wilsbekwaam is en een melding van euthanasie bij een demente patiënt op basis van een schriftelijke wilsverklaring. In het afgelopen jaar is veel aandacht geweest voor een melding uit 2016 waarin de toetsingscommissie oordeelde dat niet voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen. De twee redenen daarvoor waren: onduidelijkheden in de schriftelijke wilsverklaring en de wijze van uitvoering. De belangrijkste verschillen tussen de melding van 2016 en melding 2018-41 op pagina 52 zijn de vele gesprekken die de arts met de patiënt gevoerd heeft voordat deze wilsbekwaam werd, het feit dat de schriftelijke wilsverklaring eenduidig was en premedicatie als onderdeel van goed medisch handelen was toegediend.

CASUS 2018-123

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, wilsbekwaamheid, aantasting van vermogens die het leven van patiënt hadden bepaald.

Bij een man, tussen 70 en 80 jaar oud, werd na een periode van klachten in 2014 de ziekte van Alzheimer vastgesteld. De toestand van de man ging in de loop der tijd steeds verder achteruit.

Het lijden van de man bestond uit progressief verval van zijn verstandelijke functies, waar hij zich voortdurend bewust van was. De man, wiens leven in het teken had gestaan van lezen, scherp formuleren, studeren en discussiëren, was hier als gevolg van zijn aandoening niet meer toe in staat. Hij raakte steeds vaker dingen kwijt en kon zijn gedachten niet meer goed onder woorden brengen. De man voelde zich voortdurend onrustig, gefrustreerd en radeloos.

Hij leed onder de wetenschap dat er geen verbetering van zijn situatie mogelijk was en er alleen verslechtering in het verschiet lag. Hij voelde zich ontredderd en wilde geen verdere ontluistering meemaken. De man ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat

het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De man had eerder met de arts over euthanasie gesproken. De arts heeft over een lange periode intensieve gesprekken gevoerd met de man. Tijdens die gesprekken kon de man zijn gedachten nog goed verwoorden. De arts twijfelde niet aan de wilsbekwaamheid van de man. Ongeveer drie maanden voor het overlijden heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Zeven maanden voor het overlijden werd de man onderzocht door een onafhankelijke psychiater wegens stemmingsklachten. Volgens de onafhankelijke psychiater konden de stemmingsklachten verklaard worden als een reactie op de ziekte en wat deze met zich meebracht. Het ging niet om een depressief toestandsbeeld. De man kon zijn euthanasiewens goed verwoorden en motiveren en de onafhankelijke psychiater achtte hem wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek.

De arts raadpleegde driemaal dezelfde onafhankelijke SCEN-arts als consulent. De eerste maal bezocht de consulent de man ongeveer zes maanden voor de levensbeëindiging. Het betrof een vroegtijdige consultatie. Op dat moment had de man nog geen concreet verzoek om euthanasie en ervoer hij zijn lijden nog niet als ondraaglijk. De tweede maal bezocht de consulent de man ongeveer een maand voor de levensbeëindiging. Volgens de consulent was de man wilsbekwaam, niet depressief en consistent in zijn euthanasiewens. De man had echter nog steeds geen concreet verzoek om euthanasie, mede omdat hij het moeilijk vond om een datum te bepalen. De derde maal bezocht de consulent de man ongeveer twee weken voor de levensbeëindiging. De man ervoer zijn lijden inmiddels als ondraaglijk en hij had een concreet verzoek om euthanasie. De consulent meende dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

CASUS 2018-41

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, huisarts, vergevorderde dementie, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, vrijwillig en weloverwogen verzoek, euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring, medisch zorgvuldige uitvoering, toediening premedicatie. Als de euthanasie plaatsvindt op basis van een schriftelijke wilsverklaring, wordt de arts altijd uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

Bij een vrouw, tussen 60 en 70 jaar oud, werd ongeveer zes jaar voor het overlijden op basis van al langer bestaande klachten de diagnose gesteld van de ziekte van Alzheimer. De vrouw werd medicamenteus behandeld om het ziekteproces te vertragen. Dit had echter een gering effect. In de loop der jaren verslechterde haar toestand geleidelijk. Ongeveer vier jaar voor het overlijden werd de vrouw opgenomen in een verpleeghuis.

De verstandelijke achteruitgang van de vrouw was van dien aard dat zij uiteindelijk niemand meer herkende en volledig afhankelijk werd van de zorg van anderen. Zij verkeerde in een permanente toestand van onbehagen. De vrouw was paniekerig en uitte zich vaak angstig. Zij schrok onder meer van weerspiegelingen van zichzelf, die zij vermoedelijk voor een indringer aanzag. Gedurende de nachtelijke uren was zij regelmatig overstuurd en dwaalde zij schreeuwend rond door de gangen van het verpleeghuis. De vrouw was niet meer in staat om kenbaar te maken wat haar dwars zat. Zij begreep niet meer wat anderen tegen haar zeiden en kon hen niet van een weerwoord voorzien. Het was duidelijk dat zij leed onder haar onvermogen om zelfstandig naar het toilet te gaan. Zij bevulde zichzelf regelmatig en uit de kreten die zij slaakte kon worden afgeleid dat zij dit verschrikkelijk vond.

De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts constateerde dat er geen momenten van wederkerigheid of vreugde meer waren. Volgens de arts was het niet meer mogelijk om de vrouw een voor haar menswaardig bestaan te bieden. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om haar lijden te verlichten.

Volgens de arts was de vrouw aanvankelijk nog wilsbekwaam. Na de diagnose gaf zij meteen aan euthanasie te wensen indien zij op een gegeven moment in een vergevorderd stadium van haar ziekte zou verkeren en ondraaglijk zou lijden. Ongeveer vijf jaar voor het overlijden heeft zij daartoe een schriftelijke wilsverklaring opgesteld waarvan zij

de inhoud uitvoerig met de arts heeft besproken. In de jaren erna heeft de vrouw haar schriftelijke wilsverklaring meerdere malen geactualiseerd. Hierin benadrukte zij dat zij veel waarde hechtte aan een goede levenskwaliteit en een waardig levenseinde. Omstandigheden die zij als ondraaglijk zou ervaren en waaronder zij euthanasie zou wensen bestonden uit het niet meer herkennen van haar naaste familieleden, volledig afhankelijk worden van de zorg van anderen en het verliezen van haar waardigheid.

Op verschillende multidisciplinaire overleggen zijn de omstandigheden besproken die de vrouw in haar schriftelijke wilsverklaring had benoemd. Aanvankelijk vond haar familie het moeilijk om haar situatie in te schatten. Ongeveer vijf maanden voor het overlijden waren zij echter allemaal van mening dat aan de omstandigheden was voldaan die de vrouw in haar schriftelijke wilsverklaring had benoemd. Zij verzochten de arts schriftelijk om situatie van de vrouw te beoordelen.

Op het volgende multidisciplinaire overleg werd onder meer bepaald dat het verzorgend personeel van het verpleeghuis de vrouw nauwlettend zou observeren en dat zij hun bevindingen zouden rapporteren. Uit deze rapportages bleek dat de vrouw aanvankelijk nog goede momenten leek te hebben. Haar situatie verslechterde echter naarmate de tijd vorderde. Zij kon geen invulling meer geven aan haar dagen en had ernstige stemmingsproblemen.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde de situatie van de vrouw ongeveer drie maanden voor het overlijden beoordeeld. De communicatie werd bemoeilijkt door taal- en begripstoornissen. De vrouw was niet in staat om de aandacht bij het gesprek te houden en liep na verloop van tijd weg. De onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde concludeerde dat de vrouw niet meer in staat was om haar verzoek toe te lichten.

Na dit alles was de arts ervan overtuigd dat zij het verzoek van de vrouw op basis van haar schriftelijke wilsverklaring kon inwilligen.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. Ongeveer een maand voor het overlijden sprak de consulent met de persoonlijk begeleider en vijf naaste familieleden van de vrouw nadat hij door de arts over haar was geïnformeerd en hij inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Na afloop hiervan bezocht hij de vrouw tezamen met haar persoonlijk begeleider.

De persoonlijk begeleider informeerde de consulent dat de vrouw haar wensen, zo lang zij daartoe nog in staat was, duidelijk verwoordde en regelmatig herhaalde. De kern hiervan kwam overeen met hetgeen zij in haar schriftelijke wilsverklaring had benoemd. Volgens de persoonlijk begeleider had de vrouw een half jaar voor het overlijden het

stadium bereikt waarin zij nimmer terecht wilde komen. Er waren toen nog wel soms korte momenten van enige tevredenheid waarneembaar.

In de maanden erna verslechterde haar situatie snel en werd zij steeds onrustiger. Na verloop van tijd verkeerde zij in een toestand van permanente angst en onrust, waarbij zij regelmatig op muren bonkte. De oorzaak hiervan was echter onduidelijk en kon om die reden niet worden verholpen. Volgens de consulent maakten de familieleden van de vrouw een betrokken en evenwichtige indruk en brachten zij haar wensen krachtig naar voren.

Tijdens het bezoek aan de vrouw lukte het de consulent niet om contact met haar te maken. Hij observeerde de vrouw en constateerde dat zij een onrustige, verdrietige en in zichzelf gekeerde indruk maakte. Na verloop van tijd liep de vrouw weg en dwaalde door de gangen van het verpleeghuis.

De consulent stelde vast dat de vrouw niet meer in staat was om iemand te herkennen en dat zij volledig zorgafhankelijk was geworden. De vrouw maakte een ongelukkige indruk. Volgens de consulent was de begeleiding in het verzorgingshuis optimaal, maar was dit, net als de liefdevolle aandacht van haar naaste familieleden, ontoereikend om haar lijden te verlichten.

In zijn verslag kwam de consulent op basis van zijn constatering tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Wel beschouwde hij het nog als een waardevolle aanvulling als een onafhankelijk ouderenpsychiater een inschatting zou maken van de ondraaglijkheid van het lijden van de vrouw.

Dat is ongeveer twee weken voor het overlijden gebeurd. De onafhankelijk ouderenpsychiater constateerde dat de teloorgang ten gevolge van de aandoening van de vrouw voor haar een ramp was. De vrouw kon haar gedachten niet meer onder woorden brengen, herkende haar familie niet meer en maakte een opgewonden indruk, iets wat leek te worden ingegeven door onmacht en frustratie. Hij stelde, mede op basis van gesprekken met naaste familieleden, vast dat de vrouw niet leed aan een depressieve stoornis, angststoornis of psychotische stoornis. De onafhankelijk ouderenpsychiater concludeerde dat er geen sprake was van behandelbare psychiatrische problematiek.

Na overleg met de consulent en een internist-intensivist heeft de arts besloten de vrouw voorafgaand aan de uitvoering van de levensbeëindiging premedicatie toe te dienen. Dat deed zij omdat de vrouw soms onvoorspelbaar gedrag vertoonde bij contactmomenten. De arts kon niet uitsluiten dat de vrouw de infuusnaald uit haar arm zou kunnen halen en zichzelf verwonden. Op aanreiken van het verzorgend personeel van het verpleeghuis nam de vrouw 's ochtends oraal een tablet

van 7,5 milligram dornicum in (een middel dat rustgevend werkt). Ongeveer drie kwartier later diende de arts, na het aanbrengen van een pijnstillende crème onder een afdekkend pleister 10 milligram dornicum onder de huid toe en 25 milligram nozinan (een middel dat gebruikt wordt als slaapmiddel en dat het effect van pijnmedicatie versterkt).

Na een half uur bracht een verpleegkundige van een specialistisch team van een thuiszorgorganisatie de infuusnaald in. Vervolgens heeft de arts het verzoek tot levensbeëindiging uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de vrouw. De commissie stelt vast dat het communicatieve vermogen van de vrouw in de laatste periode voor het overlijden van dien aard was dat zij haar wil niet meer kenbaar kon maken. De commissie overweegt dat, op het moment dat de vrouw haar schriftelijke wilsverklaring opstelde en actualiseerde, er geen aanleiding was om aan te nemen dat zij reeds wilsonbekwaam was.

Uit verklaringen van de arts, consulent, persoonlijk begeleider, verpleging en haar naaste familieleden blijkt dat de vrouw altijd consistent is geweest in haar wens en haar wens meermaals heeft bevestigd. De commissie is ervan overtuigd dat op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging sprake was van de omstandigheden die de vrouw in haar schriftelijke wilsverklaring had benoemd.

De commissie is voorts van oordeel dat de arts voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat er sprake was van actueel uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uit het dossier blijkt dat de arts zich grondig in de situatie van de vrouw heeft verdiept. De arts constateerde dat de vrouw zich in een situatie van ernstig lijden bevond. Op advies van de consulent heeft de arts het lijden van de vrouw nogmaals door een onafhankelijk ouderenspsychiater laten beoordelen. Hieruit bleek eveneens dat haar aandoening heeft geleid tot een volstrekt verlies van zelfstandigheid en het onvermogen om de wereld om haar heen te begrijpen. Deze situatie resulteerde in permanente gevoelens van angst en onrust. Dit maakte de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de vrouw voor de arts invoelbaar.

De commissie is van oordeel dat de arts de vrouw voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten toen zij nog wilsbekwaam was. Daarnaast meent de commissie dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er voor de situatie waarin de vrouw zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

De arts vond hiervoor steun in de rapportages van het verzorgend personeel en het verslag van de consulent. Hieruit kwam duidelijk naar voren dat op haar toestand geen positieve invloed kon worden uitgeoefend, en dat er sprake was van actueel uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Tevens constateert de commissie uit de verslaglegging en de mondelinge toelichting van de arts, dat de arts voor de uitvoering van de levensbeëindiging gebruik heeft gemaakt van premedicatie. Reden hiervoor betrof het gegeven dat de vrouw in de laatste periode voor het overlijden in een permanente staat onrust en angst verkeerde, waarbij een reële kans bestond dat een ongecompliceerde uitvoering van de euthanasie in het geding zou komen door een mogelijke schrikreactie. De commissie is van oordeel dat het toedienen van premedicatie door de arts onder deze specifieke omstandigheden onder goed medisch handelen valt. De uitvoering van de levensbeëindiging is medisch zorgvuldig uitgevoerd.

In deze casus heeft de arts voldoende aannemelijk gemaakt dat zij ervan overtuigd was dat de uitvoering van de levensbeëindiging in lijn was met eerdere schriftelijke wilsverklaringen en dat aan de overige zorgvuldigheidseisen was voldaan.

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

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Wil iemand in aanmerking komen voor euthanasie dan moet zijn lijden een medische grondslag hebben. Maar niet is vereist dat er een levensbedreigende aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals visusproblemen, gehoorstoornissen, botontkalking, artrose, evenwichtsproblemen, geestelijke achteruitgang – kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

Deze veelal degeneratieve aandoeningen treden doorgaans op oudere leeftijd op. Het is de optelsom van klachten die voortkomen uit een of meer aandoeningen die een lijden doen ontstaan dat door deze persoon als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren. Daarbij spelen ziektegeschiedenis, de levensgeschiedenis, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht een belangrijke rol. Hieronder twee meldingen die hierop betrekking hebben.

CASUS 2018-44

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, allerlei aandoeningen bij een patiënte, ouder dan 90, die op zich niet levensbedreigend waren, maar het leven voor haar wel ondraaglijk maakten.

Een vrouw, ouder dan 90 jaar, leed al enige tijd aan knieslijtage, heupslijtage, aandoening van meerdere zenuwbanen, suikerziekte en hoge bloeddruk. Zo'n vier maanden voor het overlijden verslechterde haar situatie ernstig door een wervelinzakking, hart- en vaatlijden, terugkomende urineweginfecties, incontinentie voor urine en feces en doorligwonden aan haar stuit.

Enkele weken voor het overlijden stopte de vrouw met eten en drinken. Dit leidde ertoe dat zij ernstig verzwakte waardoor zij bedlegerig werd en hulp nodig had bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de vrouw bestond uit ernstige achteruitgang van haar situatie. Zij vermagerde en verzwakte steeds meer en was tot bijna niets meer in staat. De vrouw was altijd een zelfstandige persoon geweest en was nu bedlegerig geworden en volledig afhankelijk van anderen. Zij wist dat er geen verbetering van haar situatie mogelijk was en wilde niet verder aftakelen. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De commissie concludeert dat, gezien de ouderdomsaandoeningen waar de vrouw mee kampte, de daarmee gepaard gaande aftakeling, het verlies van zelfstandigheid en het gebrek aan kwaliteit van leven de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

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

CASUS 2018-50

OORDEEL: gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, stapeling van ouderdomsaandoeningen, slechthorendheid en slechthorendheid

Een vrouw, ouder dan 90 jaar oud, zag al sinds enige jaren slecht en was zeer hardhorend. Er waren geen behandelingen meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven (palliatieve zorg).

Het lijden van de vrouw bestond uit ernstige verslechtering van haar situatie. Zij kon al langere tijd zeer slecht zien en zij was bijna geheel doof. Haar slechthorendheid en hardhorendheid maakten dat zij zich eenzaam voelde. Zij voelde zich afgesloten van haar omgeving en had een reële angst dat haar isolement in de toekomst zou verergeren. Bovendien viel zij regelmatig en was zij bang daarmee letsel op te lopen waarmee zij niet langer thuis zou kunnen blijven wonen en de regie zou verliezen.

De vrouw ervoer geen kwaliteit van leven meer. Zij wist dat er geen verbetering van haar situatie mogelijk was en ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor de vrouw aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

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

3. ARTS HEEFT *NIET* GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

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

In dit verslagjaar zijn de RTE zes keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij het verlenen van euthanasie niet gehandeld heeft conform de zorgvuldigheidseisen. Hieronder komen die zes meldingen aan de orde in de volgorde waarop de zorgvuldigheidseisen in de wet worden genoemd.

NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE VEREISTEN VAN UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN EN HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJK ALTERNATIEF

Aansluitend bij de uitspraak van de Hoge Raad in 1994 in de zaak Chabot geldt dat van de arts grote behoedzaamheid wordt gevraagd indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychiatrische aandoening. Veelal gaat het in dergelijke zaken om complexe psychiatrische problematiek en is de inbreng van specifieke deskundigheid vereist. Deze deskundige mag – anders dan een consulent – behandeladviezen geven. De grote behoedzaamheid die de arts dient te betrachten betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Het eerste van de twee onderstaande oordelen maakt duidelijk dat een gebrek in de consultatie er toe kan leiden dat de RTE oordeelt dat de arts er niet van overtuigd kon zijn dat er sprake was van uitzichtloos lijden en van het ontbreken van een redelijk alternatief. In het oordeel wordt ook duidelijk dat de RTE de arts verantwoordelijk houden voor een goed verslag van de consulenten.

In het tweede oordeel wordt duidelijk dat de arts de opvatting van consulenten dat er nog reële mogelijkheden zijn voor behandeling, serieus moet nemen.

CASUS 2018-69

oordeel: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Aandachtspunten: VO-melding, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, redelijk alternatief, consultatie, arts is verantwoordelijk voor kwaliteit rapport deskundige.

Een man, tussen 50 en 60 jaar oud, had ruim dertig jaar psychiatrische aandoeningen. Drie jaar voor zijn overlijden – nadat één van zijn ouders gestorven was - werd hij naar de GGZ verwezen. Daar werd geconstateerd dat hij dankzij de steun en structuur van zijn directe omgeving buiten de hulpverlening was gebleven. De diagnose was: een rouwreactie bij een man met zowel autistische als psychotische trekken. Het betrof een kwetsbare man, bij wie overbelasting ook depressie kon uitlokken. De man werd in de twee jaren voor het overlijden een aantal keer (kort) opgenomen in verband met de neiging tot zelfdoding. Hij sprak met zijn huisarts over euthanasie. Deze wilde hieraan geen medewerking verlenen. Daarop meldde de man zich ruim twee jaar voor het overlijden met een euthanasieverzoek aan bij de Stichting Levens einde kliniek (SLK). Dit verzoek werd na een bezoek van een SLK-verpleegkundige afgewezen, vanwege de korte tijd die verstreken was sinds het overlijden van de ouder.

De man werd met medicijnen behandeld, onder meer met antidepressiva en antipsychotica. Er waren gesprekken met een psychiater en er was steunend-structurend contact met een verpleegkundige met aandacht voor dagbesteding. Hij deed vrijwilligerswerk, kreeg kunstzinnige therapie en psycho-educatie. Na deze behandelingen stonden de depressieve en psychotische symptomen minder op de voorgrond. De behandelingen hadden echter geen noemenswaardig effect op zijn lijden.

Dat lijden bestond uit het feit dat alles te veel voor hem was: het daglicht meteen bij het ontwaken en verder alle handelingen die hij de hele dag moest doen. Hij raakte namen kwijt, kon vaak de weg niet vinden en kreeg steeds meer moeite met technische handelingen. Hij kampte met nachtmerries, paniek- en woedeaanvallen en een sterke mate van overprikkeling, onder meer door contact met derden. Hij leed onder de afhankelijkheid van professionele zorgverleners. Door zijn starre en dwangmatige wijze van zich handhaven kon hij zich niet aanpassen aan telkens wisselende personen in zijn omgeving. Hij ervoer een voortdurende spanning en raakte het overzicht over het dagelijks leven kwijt. Paniek en wanhoop lagen voortdurend op de loer. Hij voelde zich onmachtig in de huidige maatschappij te functioneren en was niet de persoon die hij wilde zijn, iemand met een baan en een gezin.

Daarnaast had hij last van darmklachten die zijn lijden verergerden. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

Ongeveer tien maanden voor het overlijden gaf een bij de behandeling betrokken psychiater aan dat het voortzetten van de psychiatrische behandeling geen perspectief op verbetering van de klachten bood. De psychiater verwachtte wel een verbetering van het functioneren van de man wanneer hij gehuisvest zou worden in een aangepaste woonsetting; in een beschermde woonvorm met structuur, zorg en aanspraak. Ongeveer negen maanden voor het overlijden verhuisde de man naar een dergelijke woonvorm. Dit gaf echter, onder meer door de gedwongen contacten met derden, geen verlichting van het lijden.

Ongeveer een jaar voor het overlijden wendde hij zich opnieuw tot de SLK. Negen maanden voor het overlijden sprak hij voor het eerst met de arts (een psychiater) over euthanasie. Hij heeft haar toen ook om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Vanaf ruim drie maanden voor het overlijden heeft de arts vervolgens nog vier gesprekken met hem gevoerd. De arts overlegde met de huisarts van de man, een bij de behandeling betrokken psychiater, de betrokken sociaal psychiatrisch verpleegkundige, zijn persoonlijk begeleider en zijn mantelzorger.

De arts raadpleegde naar aanleiding van het euthanasieverzoek een onafhankelijke psychiater voor een second opinion inzake de diagnose, eventuele behandelopties en de prognose daarvan. De onafhankelijke psychiater concludeerde ongeveer twee maanden voor het overlijden dat de hoofddiagnose een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) was (ASS is de verzamelnaam voor de verschillende vormen van een aandoening (autisme) waarbij de informatieverwerking in de hersenen anders dan normaal verloopt en verwerkt wordt). Daarnaast had hij een ongespecificeerde schizofrenie-spectrumstoornis met kortdurende psychoses (psychiatrisch toestandsbeeld waarbij iemand de wereld anders ervaart dan anderen zoals stemmen horen of dingen zien die er niet zijn) en een ongespecificeerde depressieve stemmingsstoornis. Volgens de onafhankelijke psychiater waren er voor de hoofddiagnose nauwelijks behandel mogelijkheden. Op het gebied van zowel de psychotische als de depressieve klachten waren er wel mogelijkheden. De man wees deze echter af.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijk psychiater, tevens SCEN-arts. De consulent constateerde dat de man de indruk maakte van iemand met psychotische toestanden die niet ingedeeld kunnen worden bij de gebruikelijke ziektebeelden (randpsychotisch). Hij zag een matig begaafd persoon met een relatief lichte vorm van autisme en

dwangmatige trekken. Van een depressieve stemmingsstoornis in engere zin was de consulent nauwelijks iets gebleken.

De man kon - ondanks herhaald verzoek - de consulent geen eensluidend antwoord geven op vragen naar de ondraaglijkheid van het lijden. Hij was sterk gericht op zijn wens en voornemen om middels euthanasie te overlijden. Maar hij slaagde er niet in om de consulent duidelijk te maken waaruit zijn lijden precies bestond en waarom dit ondraaglijk en uitzichtloos was. De consulent meende dat de man de mogelijkheden om zijn fysieke en psychosociale omstandigheden wezenlijk te verbeteren, mede gezien zijn geestesziekte, niet op waarde kon schatten. Het subjectief ervaren ondraaglijk lijden kon bij een meer objectieve beschouwing, volgens deze psychiater, niet worden gedeeld. Hij was van mening dat er voor deze man nog beduidend meer te bereiken was. Onvermogen dan wel onwil om hulp te aanvaarden maken een uitkomst als euthanasie nog niet te billijken, aldus de consulent. Hij kwam dan ook tot de conclusie dat onvoldoende sprake was van een invoelbare doodswens in het kader van een ondraaglijk, uitzichtloos lijden bij een overigens wilsbekwaam persoon. Volgens de consulent was dus niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

De arts zelf was van oordeel dat het lijden van de man vrijwel uitsluitend door de hoofddiagnose, de ASS, werd bepaald. Behandeling van de nevendiaagnoses, de voorbijgaande psychotische en depressieve klachten, zou, zelfs indien die succesvol zou zijn, slechts zeer weinig veranderen aan het lijden. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. De commissie had na lezing van het dossier nog vragen aan de arts. Onder andere over hoe het de man was vergaan in de beschermde woonomgeving en waarom de arts niet nog een extra consultatie had gevraagd nu de consulent had geoordeeld dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Wat betreft de woonvorm deelde de arts mee dat de man aangaf dat het wonen in de woonvoorziening hem moeilijk viel. Er waren voordelen (mensen waar hij contact mee kon hebben, fijne dagbesteding) maar de nadelen waren groter. Hij ervoer de confrontatie met zijn medebewoners, die psychiatrisch patiënt waren, als confronterend en zeer belastend. Er was weinig privacy en het was er erg gehorig. Hij werd daardoor voortdurend overprikkeld en raakte hierdoor verder ontregeld. Verhuizing naar een alternatieve woonomgeving met meer privacy hield de man af. Hij was juist van een dergelijke situatie naar de huidige omgeving verhuisd, omdat eenzaamheid hem ook veel spanning bezorgde. Hij realiseerde zich dat hij in eenzelfde situatie zou terugvallen als die hij eerder niet had aangekund en dat hij dan weer met een zekere regel-

maat in verband met een crisis opgenomen zou moeten worden. Dit dilemma droeg bij aan zijn lijden. Hij kon niet alleen wonen, maar het wonen in de beschermde woonomgeving was voor hem ook geen optie.

Wat betreft het naast zich neerleggen van de opvatting van de consultant, stelde de arts dat zij het niet eens was met zijn conclusie. In zijn algemeenheid merkte de arts daarbij op dat, wanneer een SCEN-verslag haar doet twijfelen over haar bevindingen, zij daarna verder onderzoek doet. In dit geval kon de consultant het lijden niet goed inschatten. Dit hield, volgens de arts, verband met de aard van de stoornis van de man. Iemand die aan ASS lijdt, kan zijn lijden niet goed verwoorden en overbrengen. Dat er nog behandelperspectieven zouden bestaan en dat de man hier onwillig tegenover stond, heeft de consultant in zijn verslag niet nader geëxpliciteerd, ook niet na herhaaldelijk aandringen van de arts. Vermoedelijk doelde de consultant op de door de onafhankelijke psychiater genoemde behandelmogelijkheden van de nevendiaagnoses, waaronder de depressie. Volgens de arts was het behandelen van een eventuele depressie niet relevant voor het verlichten van het lijden van de man. Zo er al sprake was van depressieve klachten, waren deze reactief en werd het lijden hierdoor niet primair bepaald. Het lijden van de man werd bepaald door zijn beperkingen als gevolg van de ASS. De arts was er derhalve van overtuigd dat er voor hem geen redelijke andere oplossing was. De behandelmogelijkheden die door de behandelend psychiater waren voorgesteld hadden wel een kans gekregen, echter zonder wezenlijk verschil te maken voor de ernst van het lijden. Aangezien zij door het verslag van de consultant niet aan het twijfelen werd gebracht, zag de arts geen aanleiding om een tweede SCEN-consultant te raadplegen. Dit laatste leek de arts ook niet gepast omdat dit voor de man een zware extra belasting zou betekenen. Dit gold des te meer voor een hernieuwde second opinion van een onafhankelijke psychiater. De arts wilde ook niet de indruk wekken dat zij aan het 'shoppen' was.

De commissie stelt dat, zoals de toetsingscommissies in aansluiting op het arrest van de Hoge Raad in de zaak-Chabot (1994) meermalen hebben overwogen, van de arts grote behoedzaamheid wordt gevraagd indien het euthanasieverzoek in overwegende mate voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychiatrische aandoening. Veelal gaat het in dergelijke zaken om complexe psychiatrische problematiek en is de inbreng van specifieke deskundigheid vereist (zie in gelijke zin ook de Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), 2009). De grote behoedzaamheid betreft met name de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het

verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing (zie EuthanasieCode 2018 par. 4.3).

Vast staat dat de bij de behandeling betrokken psychiater, de onafhankelijke psychiater en de consulent-psychiater de man ten aanzien van zijn euthanasieverzoek wilsbekwaam achtten. Mede gelet hierop, kon de arts naar het oordeel van de commissie tot de overtuiging komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de man. Is de grote behoedzaamheid ook betracht ten aanzien van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de man en het bestaan van geen redelijk andere oplossing voor zijn situatie? De commissie meent van niet. Ten aanzien van de onafhankelijke psychiater concludeert ze dat weliswaar een dergelijke psychiater is geraadpleegd, maar dat diens rapportage zo'n serieuze beperkingen kent dat er geen sprake is van een volwaardige second opinion. De commissie vindt dat de arts met een dergelijk summier rapport geen genoeg had mogen nemen. Grote behoedzaamheid betekent ook dat er bijzondere aandacht dient te zijn voor de kwaliteit van het verslag van de geraadpleegde collega. Uit het verslag moet blijken dat er sprake is geweest van voldoende onderzoek. Ook moeten de getrokken conclusies voldoende onderbouwd worden. Is dat niet het geval, dan is het de verantwoordelijkheid van de arts om de onafhankelijk psychiater te vragen om nader onderzoek en/of aanpassing van het geleverde verslag. Leidt dat niet tot een bevredigend resultaat, dan is het de verantwoordelijkheid van de arts om te zoeken naar informatie en advies van andere deskundigen om zijn/haar eigen oordeel te onderbouwen.

Ten aanzien van het passeren van het (negatieve) oordeel van de consulent door de arts, overweegt de commissie als volgt: wanneer een SCEN-arts tot het oordeel komt dat niet aan één of meer eisen van de WTL is voldaan, moet dat voor de arts aanleiding zijn om goed na te denken of de voorgenomen euthanasie wel doorgang kan vinden. Weliswaar schrijft de WTL alleen voor dat de consulent geraadpleegd moet worden, niet dat deze toestemming moet geven, maar de arts dient bij een negatief oordeel van de consulent wel goed te onderbouwen waarom hij/zij dat oordeel terzijde heeft geschoven (zie EuthanasieCode 2018 par. 3.6). Bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt weegt een negatief oordeel van een SCEN-arts - aldus de commissie - nog zwaarder. De gewenste grote behoedzaamheid brengt dan mee dat de arts nog meer dan in andere zaken moet motiveren waarom hij/zij oordeelt dat wél aan alle eisen is voldaan. Hoewel geen dwingende eis, ligt het dan voor de hand een tweede SCEN-arts (bij voorkeur tevens psychiater) te benaderen. De commissie wijst in dit verband ook op de eerder genoemde Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding van de NVvP (p. 44), waarin is vastgelegd dat bij een funda-

menteel meningsverschil - en daarvan was naar het oordeel van de commissie in dit geval sprake - altijd nog een andere consulent dient te worden geraadpleegd.

De commissie vindt de argumenten van de arts om dit niet te doen onvoldoende. Het SCEN-verslag was afkomstig van een ervaren psychiater met een aanzienlijke staat van dienst. In het verslag was helder en onomwonden beargumenteerd waarom euthanasie in dit geval geen doorgang behoorde te vinden. Desondanks hield de arts vast aan haar eigen opvatting, zonder die nader te laten toetsen. In het midden latend of die opvatting juist was, is de commissie van oordeel dat de arts in de gegeven omstandigheden (waaronder tevens het beperkte rapport van de onafhankelijk deskundige) in elk geval een tweede SCEN-arts (bij voorkeur tevens psychiater) of een tweede onafhankelijk deskundige had moeten raadplegen. Dan had ook beter vastgesteld kunnen worden of er bij de man (ook als de hoofddiagnose niet behandelbaar was) nog mogelijkheden waren om zijn draagkracht te versterken. Dat verder onderzoek voor de man enige belasting zou meebrengen is, in de ogen van de commissie, onvoldoende reden om van die stap af te zien. Hetzelfde geldt voor het argument dat de arts niet de indruk wilde wekken te 'shoppen': het benaderen van een tweede SCEN-arts had in het onderhavige geval juist de positie van de arts versterkt die zich daarmee toetsbaar opstelt en zich bereid toont het eigen voornemen kritisch te laten bevragen door een ander.

De commissie komt tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 sub b en d van de WTL. Aan de overige zorgvuldigheidseisen is wel voldaan.

CASUS 2018-70

oordeel: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Aandachtspunten: VO-melding, psychiatrie, grote behoedzaamheid, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, geen redelijk alternatief

Een man, tussen 70 en 80 jaar oud, leed sinds lange tijd aan chronische paranoïde schizofrenie (psychose met achterdocht). Daarnaast had hij somatoforme pijnklachten (klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak worden gevonden) en een groot aantal symptomen zoals gebrek aan energie, gebrek aan initiatief, moeite met sociale contacten. De man werd langdurig klinisch verpleegd en met medicijnen behandeld voor zijn paranoïde schizofrenie. Daarmee verdween de schizofrene

stoornis grotendeels. Latere verergeringen van de psychose werden met korte opnames behandeld.

Tot zijn overlijden werd de man thuis ondersteund, onder meer door bezoeken van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en medicatieconsulten bij een psychiater. Dit leidde niet tot grote verbetering van zijn welbevinden. De man voelde zich continu lichamenlijk verzwakt en vermoeid (hij voelde zich krachteloos en was niet in staat sociale contacten op te bouwen en te onderhouden) en hij had diverse pijnklachten (pijn in mond, buik en hoofd). Door zijn klachten was het voor de man onmogelijk om een normaal leven te leiden en was hij eenzaam. Volgens de man leed hij al vanaf zijn vroege jeugd onder zwakte en krachteloosheid, zonder dat hier verbetering in was gekomen. Hij was lichamenlijk uitgeput en aan het eind van zijn Latijn. Naar deze klachten was herhaaldelijk onderzoek gedaan, maar er was nooit een lichamenlijke oorzaak gevonden. De zwakte en krachteloosheid leken vooral verband te houden met het feit dat de man nauwelijks actief was.

De man had eerder met zijn huisarts over euthanasie gesproken, maar deze kon op dat verzoek niet ingaan. Hij vond de ondraaglijkheid van het lijden moeilijk in te schatten en meende dat er nog behandel-perspectief was. De behandelend psychiater was evenmin bereid om uitvoering te geven aan het euthanasieverzoek van de man. Daarop wendde de man zich ruim een jaar voor het overlijden tot de Levens-einde Kliniek (SLK). De SLK-arts (een psychiater) heeft zeven maal uitvoerig met de man over zijn verzoek gesproken. Tijdens het eerste gesprek, ruim een jaar voor het overlijden, heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Op verzoek van de arts heeft een onafhankelijke psychiater ruim vijf maanden voor de levensbeëindiging onderzoek gedaan naar de vraag of sprake was van een psychiatrische diagnose en eventueel resterende behandel-mogelijkheden. De onafhankelijke psychiater stelde vast dat er een psychiatrisch beeld was (paranoïde schizofrenie en een ongedifferentieerde somatoforme stoornis). Hij constateerde dat op het moment van onderzoek de psychotische belevingen op de achtergrond stonden en de klachten die niet door een duidelijke lichamenlijk ziektebeeld verklaard konden worden op de voorgrond. De onafhankelijke psychiater achtte het onwaarschijnlijk dat, gelet op de psychiatrische ziekte van de man en het zeer lange bestaan van deze klachten, dit te verhelpen zou zijn of dat de man een andere levensstijl zou gaan aanhouden. Dit laatste omdat de man al lang en consistent aangaf niet verder te willen leven. Ook verandering van medicatie zou waarschijnlijk niet tot een ander beeld leiden. Volgens de onafhankelijke psychiater zag de behandelend psychiater net als de huisarts van de man, nog wel mogelijkhe-

den in een verdere activering. Die zou de klachten van de man kunnen doen verminderen. De onafhankelijke psychiater constateerde, ten slotte, dat behandeling van de somatoforme stoornis nog nooit was geprobeerd en in principe mogelijk was. De kans op succes schatte hij in als gering, maar niet bij voorbaat uitgesloten. Hij adviseerde de arts een specifieke behandeling voor patiënten met chronische vermoeidheid te proberen. Daarbij tekende hij aan dat het om een gestructureerde poging met een duidelijk begin en einde zou moeten gaan.

Daarop kreeg de man, ongeveer twee maanden voor de levensbeëindiging, een intakegesprek bij een gespecialiseerd programma. Het doel was te bezien of hij leed aan een chronisch vermoeidheidsyndroom dat met cognitieve gedragstherapie kon worden behandeld. De betrokken psychotherapeut en psychiater concludeerden dat de diagnose chronisch vermoeidheidsyndroom niet na één gesprek kon worden gesteld. Zij boden de man aan, met het oog op verdere diagnostiek, een aantal nadere gesprekken met hem te voeren. De man wees dit voorstel af omdat hij het niet kon opbrengen om verdere behandelingen aan te gaan.

De consulent vond dat de man met betrekking tot zijn lijden een dubbele boodschap gaf: enerzijds vertelde hij tot niets in staat te zijn, anderzijds was hij nog uitstekend in staat zijn algemene dagelijkse levensverrichtingen zelfstandig uit te voeren. De consulent stelde vast dat sprake was van chronisch geestelijk lijden. Met name door het gesprek met de man en de door hem verstrekte documentatie had de consulent vooralsnog echter niet de indruk dat het lijden uitzichtloos was. Hij adviseerde de arts een aanvullende psychiatrische consultatie te laten doen met de vraag of de draaglast en draagkracht van de man door het ouder worden zodanig waren geworden dat hier sprake was van uitzichtloos lijden. De consulent kwam tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts heeft over deze conclusie telefonisch contact gehad met de consulent. Volgens haar leek de consulent vooral twijfels te hebben over de ondraaglijkheid van het lijden. Zij heeft het lijden van de man heroverwogen en binnen de SLK bediscussieerd. Zij bleef echter overtuigd van de ondraaglijkheid van het lijden van de man. Zij voelde zich hierin gesteund door het oordeel van de behandelend psychiater en van de onafhankelijke psychiater. De arts heeft overwogen een tweede SCEN-arts te raadplegen. Zij meende echter dat dit voor de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden weinig meerwaarde had. Nu bovendien de consulent met betrekking tot de overige zorgvuldigheidseisen geen opmerkingen had, heeft zij van een tweede SCEN-consultatie afgezien.

De commissie wilde graag meer duidelijkheid krijgen over de volgende vragen:

1. Hoe is de arts tot de overtuiging gekomen dat bij patiënt sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden?
2. Hoe is de arts tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing was?
3. Heeft de arts bij patiënt aangedrongen op nadere diagnostiek en eventueel behandeling bij een GGZ-instelling gespecialiseerd op het gebied van somatoforme stoornissen (een psychische aandoening waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden is)? Indien nee, waarom niet?

In het gesprek gaf de arts aan dat de ondraaglijkheid van het lijden van de man werd bepaald door zijn psychiatrische stoornis. Schizofrenie is niet behandelbaar. De psychotische klachten waren met behulp van medicatie, korte opnames en ambulante ondersteuning enigszins verminderd. Dat wil zeggen dat de heftigheid ervan verminderde. Volgens de arts vormden de pijn- en vermoeidheidsklachten een onderdeel van het complex aan klachten behorend bij de schizofrene stoornis en zijn deze als zodanig niet te genezen. De man had het gevoel dat zijn leven was mislukt en dat er geen enkele mogelijkheid bestond om een gewoon leven te leiden. De man was volgens de arts, en de geraadpleegde onafhankelijke psychiater, niet vitaal depressief maar somber door de combinatie van klachten. De arts meende dat daarom een formele depressiebehandeling niet geïndiceerd was. De man kon voldoende afstand nemen tot zijn psychiatrisch ziektebeeld om te beseffen dat hij aan een ziekte leed en dat daarvoor geen genezende behandeling beschikbaar was.

De arts verklaarde dat al langere tijd herstelgerichte zorg was ingezet om de man te leren omgaan met zijn pijn- en vermoeidheidsklachten. Daarbij was aandacht geschonken aan datgene wat wel goed ging. Deze herstellzorg had onvoldoende resultaat opgeleverd. Naar de mening van de behandelaar was de psychiatrische behandeling van de man optimaal en het bereikte evenwicht het maximaal haalbare.

Gedurende de jarenlange psychiatrische behandelgeschiedenis was nooit eerder een specifieke behandeling van de lichamelijke klachten van de man aan de orde gesteld. Gelet op de combinatie van de leeftijd van de man, zijn verminderde draagkracht en zijn kwetsbaarheid op grond van zijn stoornis, bestond er voor hem geen reële oplossing voor zijn lijden, een lijden dat veroorzaakt werd door zijn gevoel dat zijn leven mislukt was en door de ernstige beperkingen in zijn dagelijks bestaan.

Wat betreft de eventuele behandeling betreffende de chronische vermoeidheid was de arts, om “zichzelf enigszins in te dekken”, met de

man overeengekomen dat hij een intakegesprek zou hebben bij een gespecialiseerde GGZ-instelling. De arts twijfelde aan de diagnose ‘chronisch vermoeidheidssyndroom’ en vond de man ook niet depressief. Zij had bij hem niet op een vervolgonderzoek en eventuele behandeling aangedrongen. Dat deed ze niet omdat de man absoluut niet gemotiveerd was nog een behandeling te ondergaan en zichzelf al bereid was om tot euthanasie over te gaan.

Ook deze keer overweegt de commissie dat bij een verzoek om levensbeëindiging van een psychiatrische patiënt de arts grote behoedzaamheid moet betrachten (zie het arrest van de Hoge Raad in de zaak-Chabot uit 1994 en aansluitend daarop par. 4.3 EuthanasieCode 2018). In een dergelijk geval is het nog meer dan anders van belang om kritisch te reflecteren op de eigen indrukken en opvattingen, en die te toetsen aan de visie van anderen. In het kader van een voorgenomen euthanasie bij een psychiatrische patiënt moet een uitvoerend arts net zoals in andere gevallen een onafhankelijke arts, te weten een consulent, raadplegen die patiënt ziet en zijn oordeel geeft over de verschillende zorgvuldigheidseisen. Het oordeel van de consulent is niet per se doorslaggevend, maar weegt wel zwaar. Daarnaast dient een arts een onafhankelijke psychiater te raadplegen, die een deskundig oordeel dient te geven onder andere ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden.

Vast staat dat de arts in dit geval eerst een onafhankelijke psychiater om een second opinion heeft gevraagd en vervolgens een consulent heeft geraadpleegd die zijn oordeel heeft gegeven over de verschillende zorgvuldigheidseisen.

De commissie overweegt over de eisen dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat sprake was van uitzichtloos lijden en dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was het volgende: de onafhankelijk psychiater had een behandelingsalternatief aan gedragen waar aan in de praktijk geen gevolg is gegeven. De commissie wijst op de mondelinge toelichting van de arts dat zij met de man was overeengekomen dat hij een intakegesprek zou hebben om zich enigszins “in te dekken”. Hierdoor kan de commissie zich niet aan de indruk onttrekken dat arts en de man dit nimmer zagen als een serieuze behandelingspoging.

De commissie stelt voorts vast dat de behandelend psychiater net als de huisarts van de man nog wel mogelijkheden zag in een verdere activatie die de vermoeidheidsklachten zou kunnen doen verminderen. De commissie constateert verder dat de consulent de arts heeft geadviseerd een aanvullende psychiatrische consultatie te laten verrichten. Dit heeft de arts niet gedaan.

Ten aanzien van het niet opvolgen van het advies van de consulent en het passeren van het (negatieve) oordeel van de consulent door de arts, overweegt de commissie als volgt: wanneer een SCEN-arts tot het oordeel komt dat niet aan één of meer eisen van de WTL is voldaan, moet dat voor de arts aanleiding zijn om goed na te denken of de voorgenomen euthanasie wel doorgang kan vinden. Weliswaar schrijft de WTL alleen voor dat de consulent geraadpleegd moet worden, niet dat deze toestemming moet geven, maar de arts dient bij een negatief oordeel van de consulent wel goed te onderbouwen waarom hij/zij dat terzijde heeft geschoven (zie EuthanasieCode 2018, par 3.6). Bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt weegt een negatief oordeel van een SCEN-arts nog zwaarder. De gewenste grote behoedzaamheid brengt dan mee dat de arts nog meer dan in andere zaken moet motiveren waarom hij/zij oordeelt dat wél aan alle eisen is voldaan. Hoewel geen dwingende eis, ligt het dan voor de hand een tweede SCEN-arts (bij voorkeur tevens psychiater) te benaderen.

De commissie is in dit geval niet overtuigd van de door de arts gegeven reden van het terzijde schuiven van het oordeel en advies van de consulent. Gelet op alle eerder genoemde omstandigheden had het veeleer in de rede gelegen dat de arts na ontvangst van het verslag van de consulent, te meer nu dat ook in haar ogen niet geheel eenduidig was, nogmaals een zelfstandig oordeel van een onafhankelijke arts zou hebben gevraagd.

Gezien de hiervoor weergegeven bevindingen van de onafhankelijke psychiater, de consulent, de huisarts en de behandelend psychiater en de verschillende door hen gegeven adviezen dan wel aanwezig geachte behandelmogelijkheden, kan de commissie niet vaststellen dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van de man uitzichtloos was; respectievelijk dat de arts met de man tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin de man zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Naar het oordeel van de commissie lag het, gezien de bevindingen van voornoemde betrokkenen, juist op de weg van de arts hier nog nader onderzoek naar te (laten) doen. Daarentegen heeft de arts aan het advies van de onafhankelijke psychiater maar zeer ten dele gevolg gegeven en het advies van de consulent in het geheel niet gevolgd. De door de arts hiervoor gegeven verklaring kan de commissie niet overtuigen.

De commissie komt tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 sub b en d van de WTL. Aan de overige zorgvuldigheidseisen is wel voldaan.

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

In het geval van een patiënt met een psychiatrische aandoening moet de arts naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over de eerste vier zorgvuldigheidseisen altijd óók een onafhankelijke psychiater raadplegen. Deze moet met name beoordelen of de patiënt wilsbekwaam is inzake het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of er redelijke alternatieven ontbreken. Hij mag – anders dan een consulent – behandeladviezen geven. Als het contact met én een consulent én een psychiater tot onoverkomelijke belasting van de patiënt zou leiden, kan het raadplegen van één (SCEN-) consulent die tevens psychiater is voldoende zijn. In onderstaande melding heeft de arts geen psychiater geconsulteerd.

CASUS 2018-42

OORDEEL: Niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, vereiste van grote behoedzaamheid bij psychiatrische patiënten, raadpleging onafhankelijk psychiater, behandelingen mogen geweigerd worden.

Een vrouw, tussen 70 en 80 jaar oud, had sedert haar achttiende levensjaar psychiatrische aandoeningen. Haar klachten werden gediagnosticeerd als een schizo-affectieve stoornis (een psychiatrische aandoening met psychoses en stemmingsstoornissen). Zij maakte periodes met ernstige depressiviteit door. Soms was zij psychotisch. Zij had een aantal suïcidepogingen ondernomen en was verschillende keren opgenomen geweest. In verband met haar psychiatrische aandoeningen had de vrouw in de loop der tijd uitgebreide medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingen ondergaan. Die hadden echter niet tot verbetering van haar psychische gesteldheid geleid.

Omstreeks vijf maanden voor het overlijden werd bij de vrouw een verwijding van de buikslagader vastgesteld. Zij moest dringend geopereerd worden. Ook werd longkanker geconstateerd. De vrouw zag af van behandeling omdat zij door haar psychiatrische aandoeningen uitzichtloos en ondraaglijk leed. Zij had al jarenlang een doodswens. Zij zag de diagnose van de verwijding van de buikslagader en de longkanker als een welkome mogelijkheid om van haar moeilijke leven verlost te worden.

Haar huisarts voerde om principiële redenen geen euthanasie uit en verzocht de arts (ook een huisarts) of hij bereid was de euthanasieprocedure over te nemen. Het eerste gesprek met de arts over euthanasie vond zo'n twee maanden voor het overlijden plaats. Ongeveer tweeën-

halve week voor het overlijden vroeg de vrouw de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. De arts overlegde telefonisch met een psychiater van de instelling waarin de vrouw was behandeld. Deze psychiater was van mening dat er bij de vrouw sprake was van een realistische euthanasiewens op grond van ernstig, onbehandelbaar psychiatrisch lijden.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts (geen psychiater). De consulent bezocht de vrouw ongeveer anderhalve week voor de levensbeëindiging. Hij kwam tot de conclusie dat nog niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In zijn ogen was er nog geen concreet verzoek en nog geen ondraaglijk lijden. De consulent verzocht de arts om hem te benaderen wanneer deze omstandigheden waren veranderd. Twee dagen voor het overlijden stelde de consulent, op basis van de telefonische contacten met de arts, vast dat de situatie van de vrouw was gewijzigd. Zij had verzocht om levensbeëindiging op korte termijn. De consulent was ervan overtuigd dat er sprake was van een verzoek dat duidelijk was gebaseerd op een combinatie van ernstig chronisch uitbehandeld psychiatrisch lijden en recent vastgesteld mogelijk levensbedreigend lichamelijk lijden. Hij kwam tot de conclusie dat nu wel aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie vond het aangeleverde dossier summier en vroeg de arts om schriftelijke toelichting. De aangeleverde informatie bracht onvoldoende helderheid voor de commissie, daarom werd de arts uitgenodigd voor een gesprek. De vragen betroffen met name het dossier van de vrouw, de overtuiging van de arts dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en het niet consulteren van een onafhankelijke psychiater.

De arts antwoordde dat er weinig digitaal dossier was. Hij verkreeg aanvullende informatie door te praten met de huisarts en de echtgenoot van de vrouw. Ook heeft hij telefonisch contact gezocht met de GGZ-instelling waar de vrouw in behandeling was. Het was niet helemaal duidelijk wie haar behandelde, omdat er net sprake was van een overdracht van de ene psychiater naar een andere. Verder bleek het contact tussen de GGZ en de vrouw inmiddels redelijk summier te zijn.

Op de vraag van de commissie of de vrouw nog in staat was om weloverwogen behandeling te weigeren, antwoordde de arts dat hij daar goed over had nagedacht. Hij was op elk moment volledig overtuigd geweest van haar wilsbekwaamheid. Er was één moment dat hij twijfelde namelijk toen hij het eerste verslag van de consulent las en dat niet goed begreep. De consulent vond dat er nog geen ondraaglijk lijden bestond omdat de vrouw nog geen actueel verzoek uitte. Even had de arts het gevoel gehad dat de vrouw manipuleerde. Hij ging naar haar

toe en nam ook contact op met de consulent. De vrouw toonde zich tijdens het gesprek met de arts hevig teleurgesteld omdat de consulent negatief adviseerde.

De arts kon goed met de vrouw bespreken wat haar lijden inhield. Elke dag was er een van verschrikkelijk lijden; zij ervoer haar leven als een hel. De arts voelde zich door het verslag van de consulent onvoldoende gesteund en wilde op die manier niet tot uitvoering van de levensbeëindiging overgaan. Toen de vrouw duidelijk en concreet verzocht om euthanasie op korte termijn, overlegde de arts telefonisch met de consulent. De laatste concludeerde dat nu aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Wat betreft het consulteren van een onafhankelijke psychiater zei de arts dat het niet bij hem opgekomen was zo iemand te raadplegen. De vrouw was immers met haar zeer langdurige ziektegeschiedenis in de loop van de tijd door veel psychiaters behandeld zonder beduidend resultaat. Hij heeft wel met collega's overlegd. Achteraf erkent de arts dat hij niet helemaal juist gehandeld heeft. Hoewel hij zeer goed heeft nagedacht of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en daar zelf volledig van overtuigd was, is het voor hem nu duidelijk dat hij de grote behoedzaamheid die vereist is bij lijden op basis van een psychiatrische aandoening niet heeft betracht. Hij had daar meer vorm aan moeten geven door een onafhankelijke psychiater te raadplegen.

De commissie overweegt dat in het geval er bij een patiënt sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie (dat volgt uit het Chabot-arrest van de Hoge Raad in 1994). De behoedzaamheid uit zich door naast de reguliere consulent ook een onafhankelijke psychiater te raadplegen.

De onafhankelijke psychiater doet een eigen onderzoek naar de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek (a). Er moet worden uitgesloten dat het oordeelsvermogen van een patiënt door de psychiatrische aandoening is aangetast. Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is het tevens noodzakelijk dat hij een voldoende inzicht heeft in de ziekte, de gestelde diagnoses, prognoses en behandelmogelijkheden. Daarom moet een patiënt voldoende worden ingelicht over de situatie waar deze zich in bevindt (c). Waar het gaat om de uitzichtloosheid van het lijden (b) en het ontbreken van een redelijke andere oplossing (d) moet door de onafhankelijke psychiater worden onderzocht of er nog behandelingsmogelijkheden voor de patiënt zijn (Euthanasiecode 2018 blz. 41 en 42). Hierbij wordt overigens niet uitgesloten dat in voorkomende gevallen de rol van SCEN-arts en onafhankelijke psychiater gecombineerd mag worden.

De commissie realiseert zich dat, als gevolg van alle omstandigheden, de arts een lastige taak had. Zij heeft respect voor het feit dat de arts bereid was deze moeilijke casus van een collega over te nemen. Niettemin is de commissie van mening dat uit de aantekeningen die de arts heeft aangeleverd, de nadere schriftelijke toelichting van de arts, en het gesprek met de arts blijkt dat de arts niet met de grote behoedzaamheid te werk is gegaan die bij een euthanasieverzoek van een patiënt met een psychiatrische aandoening verwacht mag worden.

Door geen onafhankelijke deskundige te raadplegen, die een eigen onderzoek naar de bovengenoemde zorgvuldigheidseisen doet, heeft de arts onvoldoende kunnen onderbouwen dat voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen als bedoeld in artikel 2 lid 1 a, b, c en d van de WTL. De arts heeft geen overtuigende redenen gegeven waarom hij het raadplegen van een extra deskundige achterwege heeft gelaten. Daarbij was ook het contact met de behandelend psychiater uiterst summier geweest.

De arts heeft één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de vrouw heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft daarmee voldaan aan de zorgvuldigheidseisen als bedoeld onder artikel 2 lid 1 e WTL. De door de arts geraadpleegde consulent had echter niet de benodigde expertise in deze casuïstiek om een eigen onderzoek te doen naar de zorgvuldigheidseisen (a tot en met d) van de WTL.

De commissie merkt nog op, dat de consulent de arts niet adequaat heeft geadviseerd. Het zou in de rede hebben gelegen dat de consulent de arts erop had gewezen dat, gelet op de bij hem ontbrekende specifieke expertise en de langdurige psychiatrische voorgeschiedenis van de vrouw, de inschakeling van een onafhankelijke psychiater geboden was. De commissie oordeelt dat de arts niet voldaan heeft aan alle zorgvuldigheidseisen

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

Artikel 2 lid 1 sub e WTL schrijft voor dat de arts ten minste één andere onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen bedoeld in de onderdelen a tot en met d. Het consult is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te bevorderen.

CASUS 2018-04

OORDEEL: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: vereiste van onafhankelijke consultatie

Een man, tussen de 70 en 80 jaar oud, leed aan de ziekte van Alzheimer. Hij had hierdoor dagelijks last van onrust, desoriëntatie en angst. De man had op meerdere manieren geprobeerd zijn angsten te bestrijden. Zijn lijden bestond uit het verlies van zijn geestelijke vermogens. Hij voelde zich onveilig in zijn eigen lichaam en werd hier onzeker van. Hij kon niet meer alleen wandelen en kon zich niet meer concentreren op tv kijken of lezen. Ook was hij niet meer in staat om inhoudsvolle gesprekken te voeren. Hij moest 's nachts vaak plassen en raakte daarbij verward. Alleen al het vooruitzicht op de volgende nacht zorgde voor veel onrustgevoelens en opwindning. De man ervoer zijn leven als leeg en betekenisloos, en de gedachte dat hij in toenemende mate zou aftakelen en zou eindigen in een verpleeghuis, kon hij niet verdragen. Hij ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

Hij had eerder met zijn huisarts over euthanasie gesproken. Deze kon daar om niet uitgelegde redenen niet toe overgaan. De man wendde zich vervolgens tot de (later uitvoerend) arts met het verzoek hem in diens praktijk op te nemen en euthanasie uit te voeren. De arts nam daarop de verdere begeleiding, voorbereiding en uitvoering van de euthanasie over.

Een dochter van de man had, na de afwijzende reactie van de voormalige huisarts, contact opgenomen met de Stichting LevensEinde Kliniek (SLK). Een arts van de SLK bezocht de man achttien dagen voor de levensbeëindiging. De SLK-arts stelde een verslag op van dit bezoek. Als doel van het bezoek noemde de SLK-arts: kennismaken, verifiëren van de euthanasiewens en een eerste oriëntatie op de zorgvuldigheidseisen. Toen de SLK-arts begreep dat de nieuwe huisarts ook zou worden betrokken bij het begeleiden en uitvoeren van de euthanasie, trok hij zich terug.

De arts verzocht de SLK-arts het gemaakte verslag aan hem te doen toekomen. Uiteindelijk heeft hij dit verslag gebruikt als consultatieverslag. De SLK-arts was hiervan niet op de hoogte.

De commissie had vragen over de consultatie en nodigde de arts uit voor een mondelinge toelichting.

De arts gaf aan dat hij om het verslag van de SLK-arts had gevraagd omdat er sprake was van dementie en hij extra zorgvuldigheid wilde betrachten. De arts lichtte verder toe dat hij de wilsbekwaamheid van de man wilde laten beoordelen en daarom een onafhankelijke geriater had geconsulteerd. Deze geriater stelde vast dat de man wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek tot euthanasie. Vervolgens heeft de arts tegen de man gezegd dat een onafhankelijk consulent hem zou moeten bezoeken om te toetsen of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De man reageerde toen geschrokken.

Tijdens alle bezoeken van de arts was de man erg zenuwachtig en bang geweest dat hij iets verkeerd zou zeggen. De man was voor ieder bezoek van een arts angstig, omdat hij erg bang was dat aan zijn verzoek geen gehoor zou worden gegeven. Dit betekende concreet toenemende angst, onrust en verwardheid, waardoor de man zowel fysiek als mentaal onrustig was, een verhoogde valneiging had, alsmede een verstoring van zijn dag- en nachtritme. Het kostte de man na zo'n gesprek ook enkele dagen om zich te herpakken. De ernst van de klachten nam ook toe in de loop van het proces richting de uitvoering van euthanasie. Dit maakte dat de arts meende de hij het de man niet nog een keer een bezoek van een arts kon aandoen. De arts besloot om het verslag van de SLK-arts als consultatieverslag te gebruiken. Hij voelde zich daarin gesterkt door de overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en dat een bezoek van een consulent, hoewel zeer wenselijk, volgens de arts, niet wettelijk verplicht is.

De commissie overweegt wat betreft de consultatie dat in artikel 2, eerste lid, onder e, van de WTL het vereiste staat dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts moet hebben geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Dit vereiste wordt in par. 3.6. van de EuthanasieCode 2018 nader toegelicht. De arts raadpleegt zelf een onafhankelijke consulent (bij voorkeur een SCEN-arts). De onafhankelijke consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te waarborgen. Het helpt de arts na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op het euthanasieverzoek alvorens hij definitief besluit tot inwilliging en uitvoering daarvan.

De commissie meent dat het oriënterende bezoek en het naar aanleiding daarvan opgestelde verslag van de SLK-arts geen raadpleging van een onafhankelijke arts is, zoals bedoeld in artikel 2 lid 1, onder e van de WTL.

De commissie is van mening dat de arts een onafhankelijke arts had moeten raadplegen, temeer omdat het ging om een patiënt met een dementieel beeld waarbij extra zorgvuldigheid is geboden. Hoewel de commissie begrip heeft voor het feit dat een bezoek van een consulent belastend kan zijn voor een patiënt meent zij dat alleen in een uitzonderlijke situatie afgezien kan worden van een bezoek van een onafhankelijk consulent. Hiervan was in dit geval geen sprake. Daarbij merkt de commissie op dat de arts ook niet heeft overlegd met een onafhankelijke arts alvorens hij besloot af te zien van een consultatie (SCEN-artsen bieden naast consultatie ook steun).

Het ontbreken van een onafhankelijke consultatie, en daarmee de mogelijkheid van reflectie voor de arts, knelt volgens de commissie in deze casus te meer omdat de arts de man pas korte tijd kende en hij op basis van slechts twee gesprekken tot zijn besluit is gekomen.

De commissie is van oordeel dat de arts niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseis die is neergelegd in art. 2 lid 1, onder e. Aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG MET HET VEREISTE VAN DE MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Euthanasie moet door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze voor de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het coma dat de arts bewerkstelligt voordat hij overgaat tot het toedienen van een dodend middel. Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseisen hanteren de RTE als leidraad de KNMG/KNMP-richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' uit 2012. De richtlijn noemt de middelen die kunnen worden gebruikt en de aanbevolen dosering daarvan. Wijkt de arts van de richtlijn af, dan zal hij dit afdoende moeten beargumenteren. De arts is eindverantwoordelijk voor de medisch zorgvuldige uitvoering. Zijn handelen wordt door de commissies beoordeeld. De apotheker heeft een eigen verantwoordelijkheid, indien hij de spuiten of de drank bereidt, voor de bereiding en etikettering. De arts behoort te controleren of hij van de apotheker de juiste middelen in de juiste dosering ontvangt. Een ander vereiste is dat de arts, voor het geval er iets mis gaat in de uitvoering, een reserveset van de middelen bij zich moet hebben. Dit omdat het als onwenselijk wordt gezien dat de arts de patiënt bij de uitvoering van euthanasie alleen moet laten. Ten aanzien van de aanwezigheid tijdens een hulp bij zelfdoding stelt de EuthanasieCode 2018: als de patiënt dat wenst kan de arts de kamer verlaten, nadat de patiënt het euthanaticum heeft ingenomen. Hij behoort echter wel in de directe nabijheid van de patiënt te blijven om bij complicaties snel in te kunnen grijpen. Hieronder eerst een melding waarbij de arts geen reserve-set bij zich had en de patiënt tijdens de euthanasie verliet en vervolgens een melding van hulp bij zelfdoding, waarin de arts het huis van de patiënt, nadat deze het euthanaticum had ingenomen, verlaten heeft.

78

CASUS 2018-23

OORDEEL: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering, aanwezigheid van noodset, verlaten patiënt.

Een man, tussen 60 en 70 jaar oud, leed vanaf een jaar voor het overlijden aan een kwaadaardige tumor aan het borstvlies. In de laatste weken voor zijn dood ging zijn toestand snel achteruit. Genezing was niet mogelijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Bijna twee weken voor het overlijden heeft de man de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. Zij kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Op verzoek van de arts heeft de ambulancedienst een infuusnaald ingebracht. De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek gestart door toediening van 1000 mg thiopental (een middel dat een coma bewerkstelligt). Omdat de man niet in coma raakte, dacht de arts dat de thiopental onderhuids liep in plaats van in de ader. Hij besloot om niet de tweede spuit met 1000 mg thiopental te geven en ook niet de spierverslapper. De arts wilde eerst een nieuw infuus (laten) aanleggen door de ambulancedienst. Nog voordat die was gearriveerd, is de arts een nieuwe set euthanatica gaan halen bij de apotheek. Omdat het intussen door de ambulancedienst ingebrachte infuus niet liep, heeft de arts vervolgens 2000 mg thiopental en 150 mg rocuronium (een spierverslapper) via een infuusnaald toegediend, waarna de man overleed.

In het gesprek met de commissie gaf de arts aan dat de uitvoering niet is gelopen zoals hij gehoopt had. In zijn werkgebied is er een vaste afspraak tussen de artsen en apothekers dat de artsen één set meemen en dat de apotheker altijd een reserve-set tijdens de uren van de uitvoering bij de hand heeft. De reden hiervoor is dat er op deze manier geen onnodige set wordt klaar gemaakt die daarna moet worden weggegooid.

Na de toediening van 1000 mg thiopental viel het de arts op dat het lang duurde voordat de man in slaap raakte. Daardoor veronderstelde hij dat het infuus onderhuids was gaan lopen. De arts vertelde dat hij toen een time out voor zichzelf heeft ingelast. Hij wilde weten of het infuus goed zat. Bij het inspuiten van de thiopental had hij echter geen abnormale weerstand gevoeld. Ondertussen zakte de man toch steeds dieper in slaap; hij was op een gegeven moment niet meer aanspreekbaar. De arts heeft toen, na ongeveer twintig minuten, de pupil- en wimperreflex van de man gecontroleerd. Deze waren afwezig. Het had zo lang geduurd voordat de thiopental begon te werken, dat de arts het toch onveilig vond om rocuronium in te spuiten.

Nadat hij de toestand van de man gecontroleerd had, vertrok de arts naar de apotheek om een nieuwe set euthanatica op te halen. De man lag er op dat moment rustig bij en ook de familie was beheerst. Er heerste een volkomen kalme sfeer. De arts besloot zelf naar de apotheek te gaan omdat dat sneller was dan dat de apotheker de euthanatica zou brengen. In de tussentijd kon de apotheker de middelen klaar maken. De apotheek bevindt zich ongeveer een kilometer van het huis van de man en de arts is met de auto daar naartoe gereden. In totaal is de arts ongeveer tien minuten weggeweest. Enkele minuten nadat de arts was vertrokken, arriveerde de ambulancedienst om een nieuw infuus te prikken. De man is slechts kort zonder medische begeleiding geweest. De arts benadrukte dat wanneer er enige mate van instabiliteit bij de man en/of diens familie was geweest, hij nooit zou zijn weg-

gegaan. In dat geval zou hij hebben gewacht tot de apotheker de middelen had gebracht.

De commissie oordeelt dat het verlaten van de man gedurende de uitvoering van de euthanasie niet conform de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012 is, welke de toetsingscommissies als leidraad hanteren. In deze Richtlijn worden onder meer de volgende (voor deze casus relevante) normen vermeld:

- de arts behoort een extra set intraveneuze euthanatica bij zich te hebben;

- de arts is en blijft gedurende de euthanasie aanwezig.

De commissie is van oordeel dat deze normen gehandhaafd dienen te worden en dat de arts de verantwoordelijkheid heeft om van deze normen op de hoogte te zijn en hiernaar te handelen. Dat heeft de arts niet gedaan.

De commissie komt tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 sub f van de WTL. Aan de overige zorgvuldigheidseisen is wel voldaan.

CASUS 2018-75

OORDEEL: niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, medisch zorgvuldige uitvoering, hulp bij zelfdoding, verlaten van de patiënt voor het overlijden.

Bij een man, tussen 50-60 jaar, werd vijf maanden voor het overlijden bloedkanker vastgesteld. De arts was ervan overtuigd dat de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos leed. De man vroeg de arts ruim een maand voor het overlijden om hulp bij zelfdoding. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Afsproken was dat de man een dodelijke drank zou drinken. De commissie vroeg de arts om zijn verslag schriftelijk toe te lichten en nodigde hem vervolgens uit voor een gesprek.

Wat betreft de uitvoering van de hulp bij zelfdoding stelde de arts dat hij in aanloop van de uitvoering uitvoerig met de patiënt had gesproken over de procedure. Hoewel er een toedieningsweg in een ader aanwezig was, was er gekozen voor hulp bij zelfdoding. De arts had de man een antibraakmiddel gegeven en hij is er van uitgegaan dat de man deze instructies heeft opgevolgd. Nadat de man het euthanaticum eigenhandig innam, heeft de arts de woning verlaten. Hij was in de buurt en telefonisch bereikbaar. De man werd omringd door anderen, waaronder

zijn echtgenote en een thuiszorgmedewerker. Als er zich problemen zouden voordoen, was de arts telefonisch oproepbaar.

De commissie heeft na het gesprek met de arts alsnog het probleem van het verlaten van de patiënt voorgelegd:

U hebt in uw eerste schrijven aangegeven dat u, nadat patiënt het euthanaticum had ingenomen, de woning hebt verlaten. U was telefonisch bereikbaar en in de buurt. Dit hebt u tijdens het gesprek herhaald. In de KNMG/KNMP richtlijn 'uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding' is opgenomen dat: "de arts gedurende de hulp bij zelfdoding aanwezig dient te zijn en te blijven." (pag. 13). In de EuthanasieCode2018 is op pag. 34 vastgelegd dat: "als de patiënt dat wenst de arts de kamer kan verlaten, nadat patiënt het euthanaticum heeft ingenomen. Hij behoort echter wel in de directe nabijheid van de patiënt te blijven, om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen (bijvoorbeeld als de patiënt de barbituraatdrank uitbraakt)" en "Ook na de hulp bij zelfdoding moet de arts aanwezig blijven tot patiënt is overleden en het overleg met de lijkschouwer is afgerond."

Met inachtneming van voorgaande informatie, vraagt de commissie dan ook uw eerder vermelde opmerking nader te specificeren, onder meer door aan te geven op welke afstand u zich bevond tot de plek waar de patiënt was en naar de tijd die het zou kosten om weer bij de patiënt aanwezig te zijn.

In zijn aanvullend schrijven heeft de arts het volgende aangegeven: Patiënt nam het drankje in een paar slokken tot zich. Hij overhandigde de arts het lege flesje en vertelde dat de bittere smaak van het drankje hem niet was tegengevallen. Vervolgens ging patiënt rustig liggen op zijn linkerzijde en even later zei hij: "dokter u kunt nu wel gaan." De arts nam hierop afscheid en heeft de vrouw van patiënt sterkte gewenst. De arts verliet rustig het pand, bij de auto heeft hij het flesje opgeborgen in de achterklep en is langzaam naar zijn praktijk gereden. De praktijk bevindt zich op minder dan één kilometer van het huis van patiënt (geen stoplichten e.d.). Indien de arts gebeld zou worden zou hij binnen vijf minuten aanwezig zijn geweest.

Wat betreft de uitvoering van de hulp bij zelfdoding overweegt de commissie, na het vaststellen van het feit dat de arts het huis van de patiënt heeft verlaten nadat de laatste de Pentobarbital had opgedronken dat de arts niet alleen niet gehandeld heeft conform EuthanasieCode 2018, pagina 34 maar ook niet conform de KNMG/KNMP-richtlijn (pagina 13). Deze specificeert: "De arts moet gedurende de euthanasie of hulp bij zelfdoding aanwezig zijn en blijven. Dit kan bij de orale methode (hulp bij zelfdoding) enkele uren duren."

De commissie wijst erop dat de consultant in haar advies aan de arts uitdrukkelijk naar deze richtlijn verwezen.

Laatstgenoemde richtlijn noopt tot een restrictieve uitleg van het gestelde in de EuthanasieCode 2018. Het verlaten van de kamer kan hooguit inhouden, dat in een aangrenzende ruimte de ontwikkelingen worden afgewacht. Gezien het belang van snel ingrijpen, bijvoorbeeld in geval van uitbraken van de barbituraatdrank bij een reeds bewuste-loze patiënt, is een dergelijk scherp stellen van de norm van groot belang.

De arts heeft benadrukt dat alles probleemloos is verlopen. Als het gaat om de zorgvuldigheid van handelen is dit echter niet het hele verhaal. Het behoort ook tot de verantwoordelijkheid van een arts dat hij voldoende waarborgen heeft ingebouwd om onvoorziene complicaties het hoofd te bieden. Een tijdsduur van vijf minuten om te bewerkstelligen dat hij weer aanwezig is, is in dit kader een onvoldoende garantie. Snel kunnen ingrijpen bij complicaties impliceert: onmiddellijk kunnen ingrijpen. Het vertrek van de arts naar zijn praktijk was dan ook een onzorgvuldige handeling. Daarmee heeft de arts de hulp bij zelfdoding niet op alle onderdelen zorgvuldig uitgevoerd.

De commissie oordeelt dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 sub f van de WTL. Aan de overige zorgvuldigheidseisen is wel voldaan.

COLOFON

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

Ontwerp:
Inge Croes-Kwee (Manifesta idee en
ontwerp), Rotterdam

Druk:
Xerox/OBT, Den Haag

april 2019