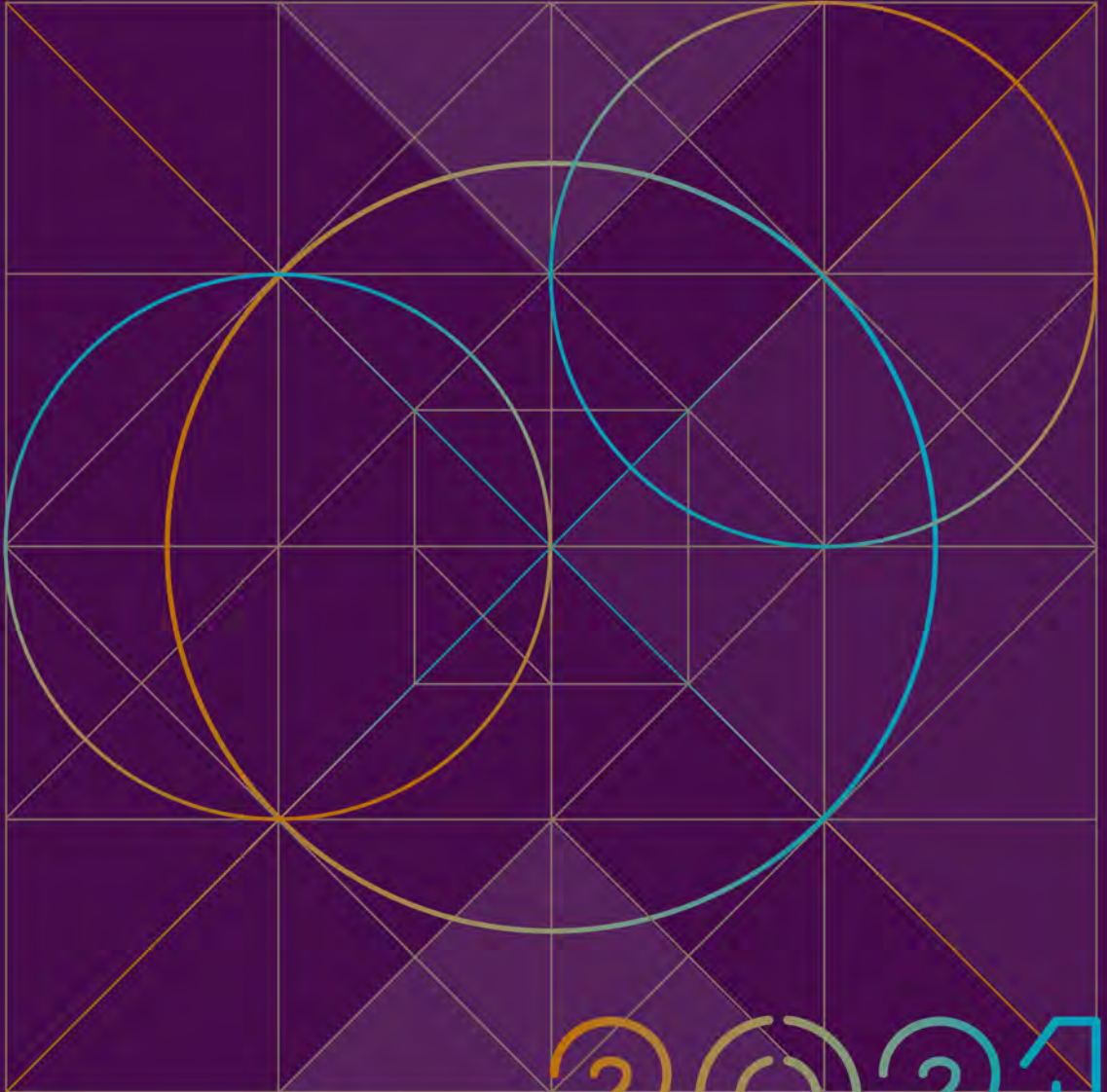


REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2021

INHOUD

VOORWOORD	4
-----------	---

HOOFDSTUK I CIJFERS EN ONTWIKKELINGEN IN 2021

1	Jaarverslag	7
2	Meldingen	9
	Aantal meldingen	9
	Verhouding man - vrouw	9
	Verhouding levensbeëindiging op verzoek - hulp bij zelfdoding	9
	Aandoeningen	11
	Meest voorkomende aandoeningen	11
	Dementie	11
	Psychiatrische aandoeningen	11
	Stapeling van ouderdomsaandoeningen	13
	Overige aandoeningen	13
	Leeftijd	13
	Meldende artsen	15
	Locatie van de levensbeëindiging	17
	Euthanasie en orgaan- en weefseldonatie	17
	(Echt)paren	17
	Niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	17
3	Werkwijze RTE, ontwikkelingen	18
	VO's en NVO's	18
	Het stellen van schriftelijke en mondelinge vragen door de RTE	21
	Complexe meldingen	21
	Reflectiekamer	22
	Organisatie	24

1	Inleiding	25
2	Arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	28
2.1	Vijf voorbeelden van veel voorkomend meldingen	28
	Oordeel 2021-36 Kanker	29
	Oordeel 2021-65 Aandoening van het zenuwstelsel	30
	Oordeel 2021-05 Longaandoeningen	31
	Oordeel 2021-40 Hart- en vaataandoeningen	32
	Oordeel 2021-07 Combinatie van aandoeningen	33
2.2	Vijf voorbeelden van meldingen geordend naar vijf zorgvuldigheidseisen	34
	Oordeel 2021-146 Vrijwillig en weloverwogen verzoek	35
	Oordeel 2021-147 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	37
	Oordeel 2021-28 Het ontbreken van een redelijke andere oplossing	38
	Oordeel 2021-42 Consultatie	40
	Oordeel 2021-30 Medische zorgvuldige uitvoering	42
2.3	Vier voorbeelden betreffende patiënten met een bijzondere aandoening (psychiatrische aandoening, stapeling ouderdomsklachten en dementie)	43
	Oordeel 2021-148 Psychiatrische aandoening	44
	Oordeel 2021-54 Stapeling van ouderdomsaandoeningen	46
	Oordeel 2021-86 Wilsbekwame patiënt met dementie	48
	Oordeel 2021-90 Patiënt die meer wilsbekwaam is wat betreft een verzoek om euthanasie	51
3	Arts heeft <i>niet</i> gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen	56
	Onafhankelijke consultatie	56
	Oordeel 2021-71	57
	Oordeel 2021-142	58
	Medisch zorgvuldige uitvoering	59
	Oordeel 2021-81	60
	Oordeel 2021-92	62
	Grote behoedzaamheid	64
	Oordeel 2021-76	65
	Oordeel 2021-97	67
	Oordeel 2021-143	70

VOORWOORD

In 2021 zijn door de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) 7666 meldingen van euthanasie¹ ontvangen. In 7 gevallen was het oordeel dat de arts niet voldaan had aan de zorgvuldigheidseisen. De belangrijkste conclusie is daarom ook dit jaar dat de uitvoeringspraktijk van euthanasie in Nederland zeer zorgvuldig is.

Het leeuwendeel van de meldingen roept na nauwgezette bestudering door de commissie geen vragen op. In dit jaarverslag zijn wederom een aantal van deze niet vragen oproepende meldingen (NVO's) opgenomen en uitgewerkt. Van een beperkt deel daarvan wordt ook geregeld het oordeel op de website geplaatst. De toetsing van deze meldingen, die veelal zien op oudere patiënten in een vergevorderd stadium van een terminale ziekte, vragen het overgrote deel van de capaciteit van de RTE.

Het maatschappelijk en politieke debat over euthanasie is ook in 2021 niet verstomd. De RTE mengt zich niet in dit debat. Zij toetst onder meer aan de Wtl² en de uitleg van deze wet door de Hoge Raad en geeft hiervan rekenschap met dit jaarverslag en de publicatie van een selectie van haar oordelen op de website. Afgelopen jaar is een begin gemaakt met de ambitie om alle gemotiveerde oordelen te publiceren. De RTE realiseert zich dat hiermee onevenredig veel aandacht wordt gegeven aan een relatief klein aantal meldingen. Namelijk alleen die meldingen die door hun aard of uitvoering vragen oproepen. Dit zijn de uitzonderingen en grensgevallen. Maar juist deze oordelen geven inzicht in de vragen en dilemma's waarvoor de RTE zich gesteld ziet. Zij kunnen het maatschappelijke debat voeden met voorbeelden uit de veelvormige praktijk.

Het afgelopen jaar is veel aandacht besteed aan de actualisering van de EuthanasieCode 2018. Dit proces zal in de eerste helft van 2022 worden afgerond. In de EuthanasieCode staan overzichtelijk de algemene toetsingsnormen die de RTE hanteert. Deze worden gedestilleerd uit de vele oordelen over individuele meldingen. De Code schept duidelijkheid vooraf en dat is van groot belang voor de uitvoerend arts. Die moet kunnen weten waar hij of zij aan toe is. De code is niet de enige op de arts gerichte norm bij euthanasie. Zo is in 2021 de nieuwe KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding vastgesteld en is het KNMG standpunt beslissingen rond het levenseinde uitgebracht. Dit is in goed overleg gegaan met de RTE. De RTE zal op haar beurt voor de

1 In dit jaarverslag worden levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding samengevat onder de term euthanasie.

2 Wtl: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

vaststelling van de geactualiseerde EuthanasieCode deze met de KNMG, maar ook met onder meer het Openbaar Ministerie, de IGJ en Expertisecentrum Euthanasie bespreken. Voorkomen moet worden dat de uitvoerend arts het slachtoffer wordt van onenigheid tussen de verschillende autoriteiten op het gebied van euthanasie.

Het aantal gemelde gevallen van euthanasie (7666) is in 2021 met 10,5% gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor. Het vormt dit jaar ook een hoger percentage van het totale sterftcijfer (170.839), namelijk 4.5% tegen 4.1% in 2020. De stijging is relatief nog groter omdat corona in de praktijk geen zelfstandige medische grond is gebleken voor euthanasie. Een coronabesmetting wordt in een enkel geval genoemd als bijkomende oorzaak van lijden naast een andere ernstige aandoening. De oversterfte als gevolg van de coronapandemie heeft hierdoor (zo goed als) geen verhogend effect op het aantal gevallen van euthanasie gehad. De oorzaak van de stijging van euthanasie ten opzichte van het totale sterftcijfer kan niet worden gegeven omdat hiernaar nog geen onderzoek is gedaan. Wellicht geeft de vierde evaluatie van de Wtl, die in 2022 en begin 2023 haar beslag zal krijgen, hierover meer duidelijkheid.

Ook voor de RTE was 2021 een lastig jaar als gevolg van de coronapandemie. Hier bovenop kwam de verhuizing van de vijf toetsingscommissies naar één pand in Utrecht en de integratie van de onderdelen van de RTE-organisatie (leden, secretariaten, procesondersteuning) als gevolg hiervan. Veel dank aan iedereen die extra inspanningen heeft verricht om het dagelijkse werk zorgvuldig en voorspoedig doorgang te laten vinden. Dank ook aan het ministerie van VWS en in het bijzonder de directie ESTT voor de goede ondersteuning dit jaar.

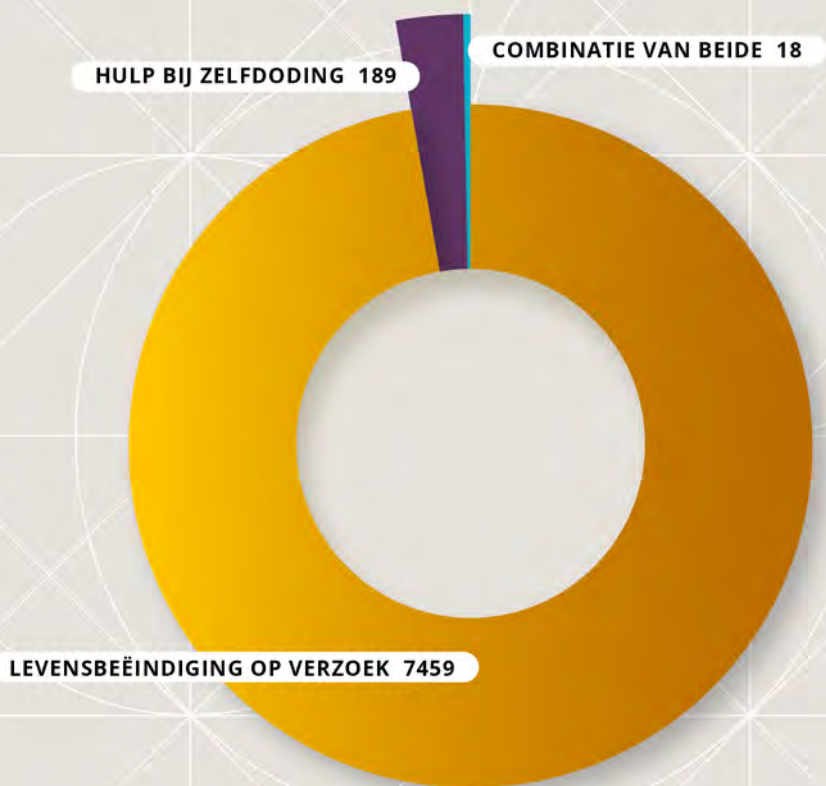
In mijn eerste jaar als coördinerend voorzitter heb ik een gedegen organisatie aangetroffen. Een organisatie die iedere melding van euthanasie in Nederland kritisch toetst aan de zorgvuldigheidseisen van de wet. Ik ben vooral onder de indruk geraakt van de moed van patiënt en arts om samen op een integere wijze een einde te maken aan het leven van de patiënt en zo diens ondraaglijke en uitzichtloze lijden te stoppen.

JEROEN RECOURT

coördinerend voorzitter

**VERHOUDING LEVENSBEËINDIGING
OP VERZOEK / HULP BIJ ZELFDODING**

6



HOOFDSTUK 1

CIJFERS EN ONTWIKKELINGEN IN 2021



1 JAARVERSLAG

In dit jaarverslag doet de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: RTE) verslag van haar werkzaamheden over het afgelopen kalenderjaar. Ze legt daarmee verantwoording af aan samenleving en politiek over de wijze waarop zij inhoud heeft gegeven aan haar 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: WtI). 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.

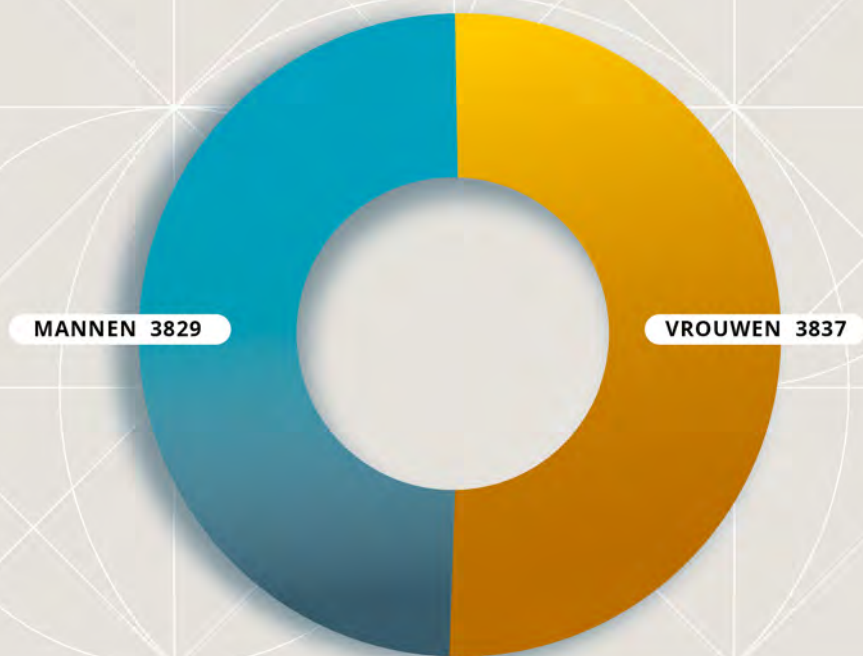
Het jaarverslag heeft daarnaast tot doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de wijze waarop de commissies concrete meldingen hebben getoetst en beoordeeld. In het jaarverslag wordt daarom in hoofdstuk 2 uitgebreid verslag gedaan van veel voorkomende en bijzondere oordelen.

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

Zie (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 en euthanasiecommissie.nl voor nadere informatie over de hoofdlijnen van de wet, de werkwijze van de commissies etc.³

³ De EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2020) wordt op het moment van verschijnen van dit jaarverslag herzien. Naar verwachting verschijnt de EuthanasieCode 2022 in het eerste half jaar van 2022.

MAN-VROUWVERHOUDING



2 MELDINGEN

AANTAL MELDINGEN

In 2021 heeft de RTE 7.666 meldingen van euthanasie ontvangen. Dat is 4,5% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2021⁴ is overleden (170.839). Het betekent een stijging van het aantal meldingen ten opzichte van 2020 met 10,5% (6.938 meldingen). Ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen is sprake van een stijging met 0,4 procentpunt in vergelijking met 2020.

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).

MAN-VROUW VERHOUDING

De man/vrouw verhouding in de meldingen was, net als in voorgaande jaren, nagenoeg gelijk: 3.829 mannen en 3.837 vrouwen (respectievelijk 49,9% en 50,1%). Wel is het voor het eerst sinds de RTE de verhouding man/vrouw opneemt in haar jaarverslag (sinds 2016), dat aan meer vrouwen dan mannen euthanasie werd verleend.

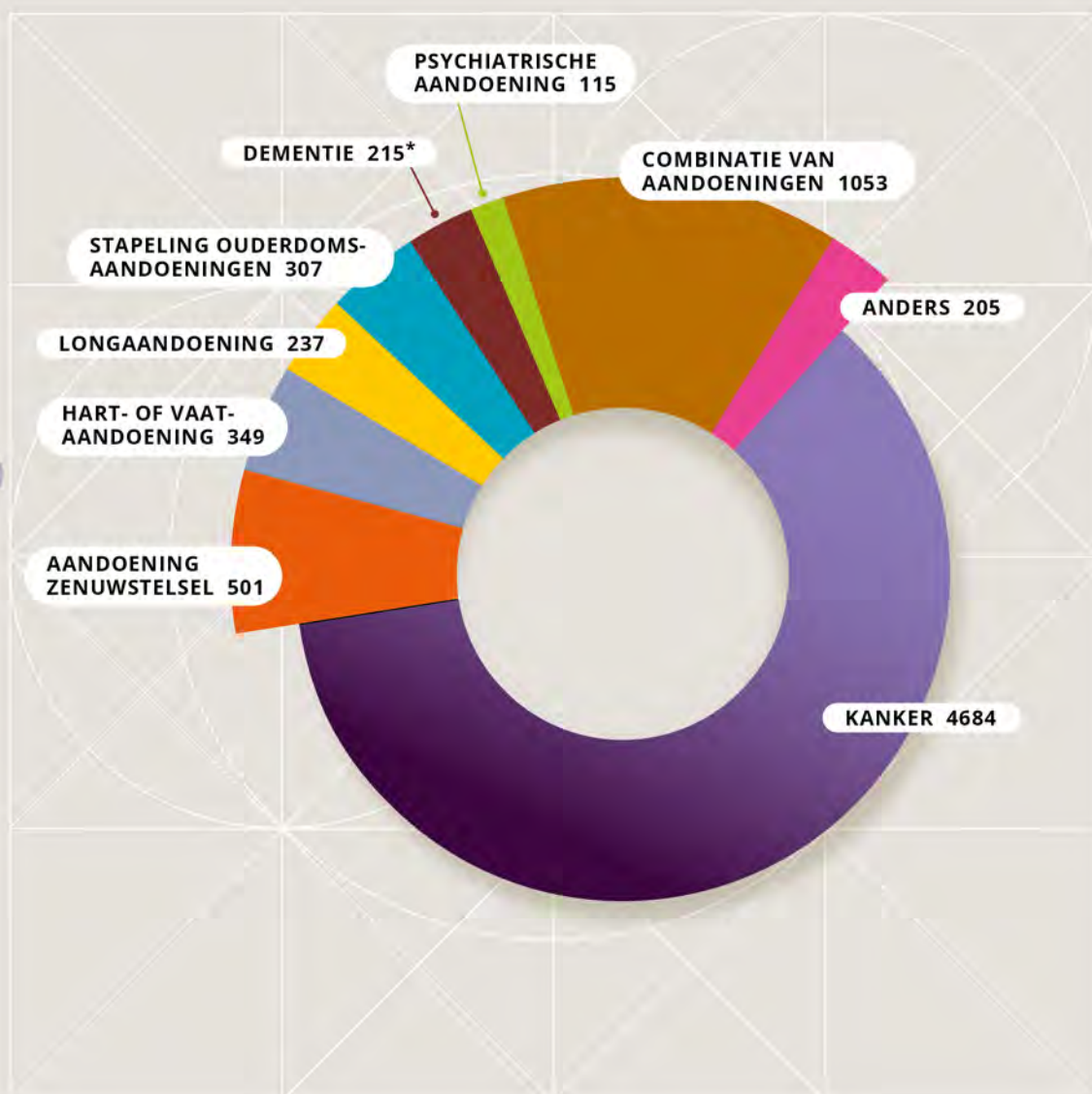
VERHOUDING LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK/ HULP BIJ ZELFDODING

In 7.459 (97,3%) meldingen was er sprake van levensbeëindiging op verzoek, in 189 (2,5%) van hulp bij zelfdoding en in 18 meldingen (0,23%) betrof het een combinatie van beide. Dit laatste doet zich voor als een patiënt, na het innemen van een door de arts overhandigde 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 uitvoering van levensbeëindiging op verzoek door het intraveneus toedienen van een coma-inducerend middel gevolgd door een spierverslapper.

Zie voor de aandachtspunten bij de medisch zorgvuldige uitvoering de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 35 e.v.

AARD VAN DE AANDOENINGEN

10



* waarvan dementie in de beginfase: 209
ver(der)gevoorde dementie: 6

AANDOENINGEN

MEEST VOORKOMENDE AANDOENINGEN

In 89,0% (6.824) van de meldingen die de RTE in 2021 ontving was sprake van mensen met:

- ongeneeslijke kanker (4.684; 61,1%);
 - aandoeningen van het zenuwstelsel (501; 6,5%), bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS, ALS;
 - hart- en vaataandoeningen (349; 4,6%);
 - longaandoeningen (237; 3,1%)
- of een combinatie van aandoeningen (1053; 13,7%).

DEMENTIE

Bij 6 meldingen was in 2021 sprake van patiënten in een ver(der) gevorderd stadium van dementie. Deze patiënten waren niet meer in staat om over hun verzoek te communiceren en hun schriftelijke wilsverklaring was bepalend voor het vaststellen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Eén van deze meldingen (2021-90) is opgenomen in hoofdstuk 2 van dit jaarverslag. Al deze meldingen zijn op de website van de RTE gepubliceerd.

In 209 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 euthanasieverzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek nog konden overzien. Melding 2021-86, opgenomen in hoofdstuk 2, is hier een voorbeeld van.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 46 e.v.

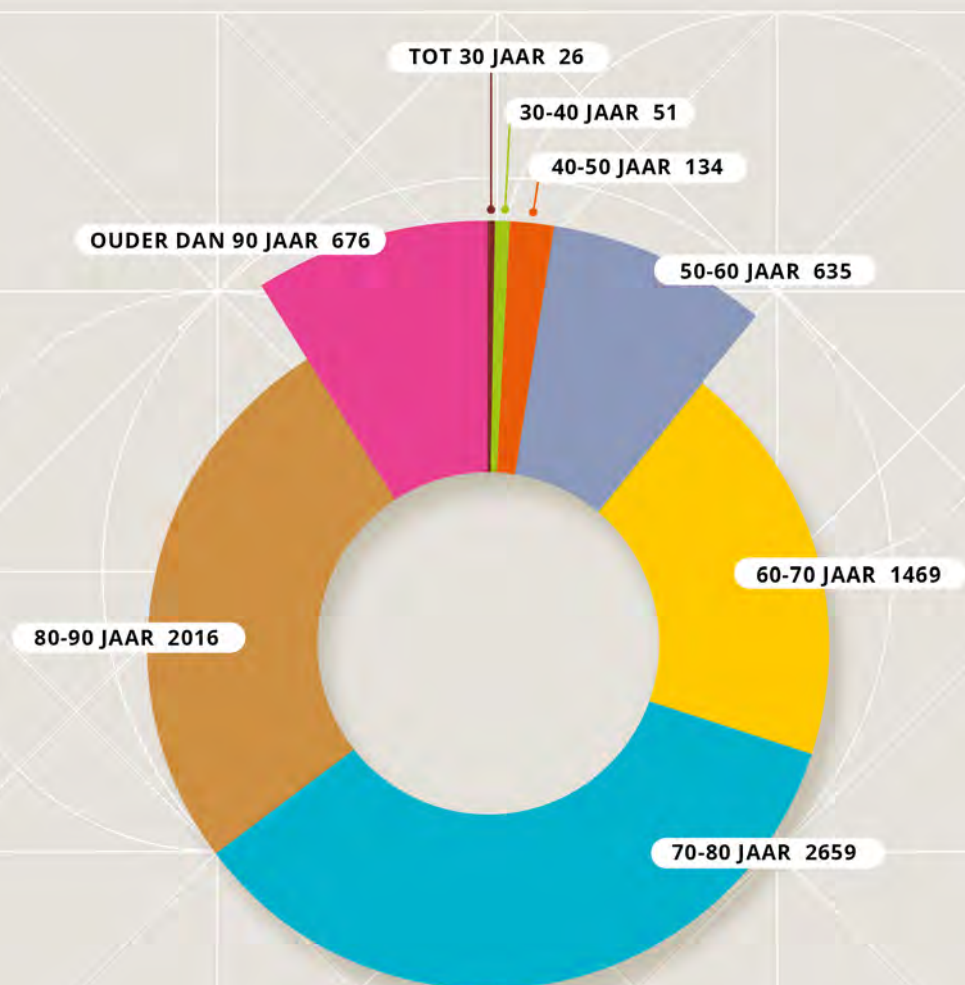
PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

In 115 meldingen van euthanasie vond het lijden zijn grondslag in één of meer psychiatrische aandoeningen. Van deze meldingen was de meldend arts 51 keer een psychiater, 23 keer een huisarts, 3 keer een specialist ouderengeneeskunde en 38 keer een andere arts. In 83 meldingen waarin euthanasie werd verleend aan een patiënt op grond van diens psychiatrische aandoening(en), was de uitvoerend arts verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie (EE, voorheen Stichting Levenseindekliniek). In meldingen waarin psychiatrische aandoening(en) de grondslag van het lijden vormen, dient de arts grote behoedzaamheid aan de dag te leggen, zoals in melding 2021-148 (opgenomen in hoofdstuk 2) gebeurde.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 44 e.v.

LEEFTIJD

12



STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals visusstoornissen (stoornis in zien), gehoorstoornissen, osteoporose (botontkalking) en de gevolgen daarvan, artrose (slijtage van gewrichten), evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang (afname van kennen en weten) – kan oorzaak zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op hogere leeftijd op en kunnen een optelsom van daarmee samenhangende klachten vormen. Deze kunnen lijden tot gevolg hebben dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk wordt ervaren door déze patiënt. In 2021 ontving de RTE 307 meldingen in deze categorie. Een oordeel dat betrekking heeft op een melding van stapeling van ouderdomsaandoeningen is opgenomen in hoofdstuk 2 en op de website gepubliceerd onder het nummer 2021-54.

Zie voor de aandachtspunten bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 23 e.v.

OVERIGE AANDOENINGEN

Tot slot gebruikt 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 of een zeldzame erfelijke aandoening. Dit waren 205 meldingen in 2021.

LEEFTIJD

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie heeft betrekking op de leeftijdscategorie 70-80 jaar, 2.659 (34,7%) gevolgd door de leeftijdscategorieën 80-90 jaar en 60-70 jaar, respectievelijk 2.016 (26,3%) en 1.469 (19,2%).

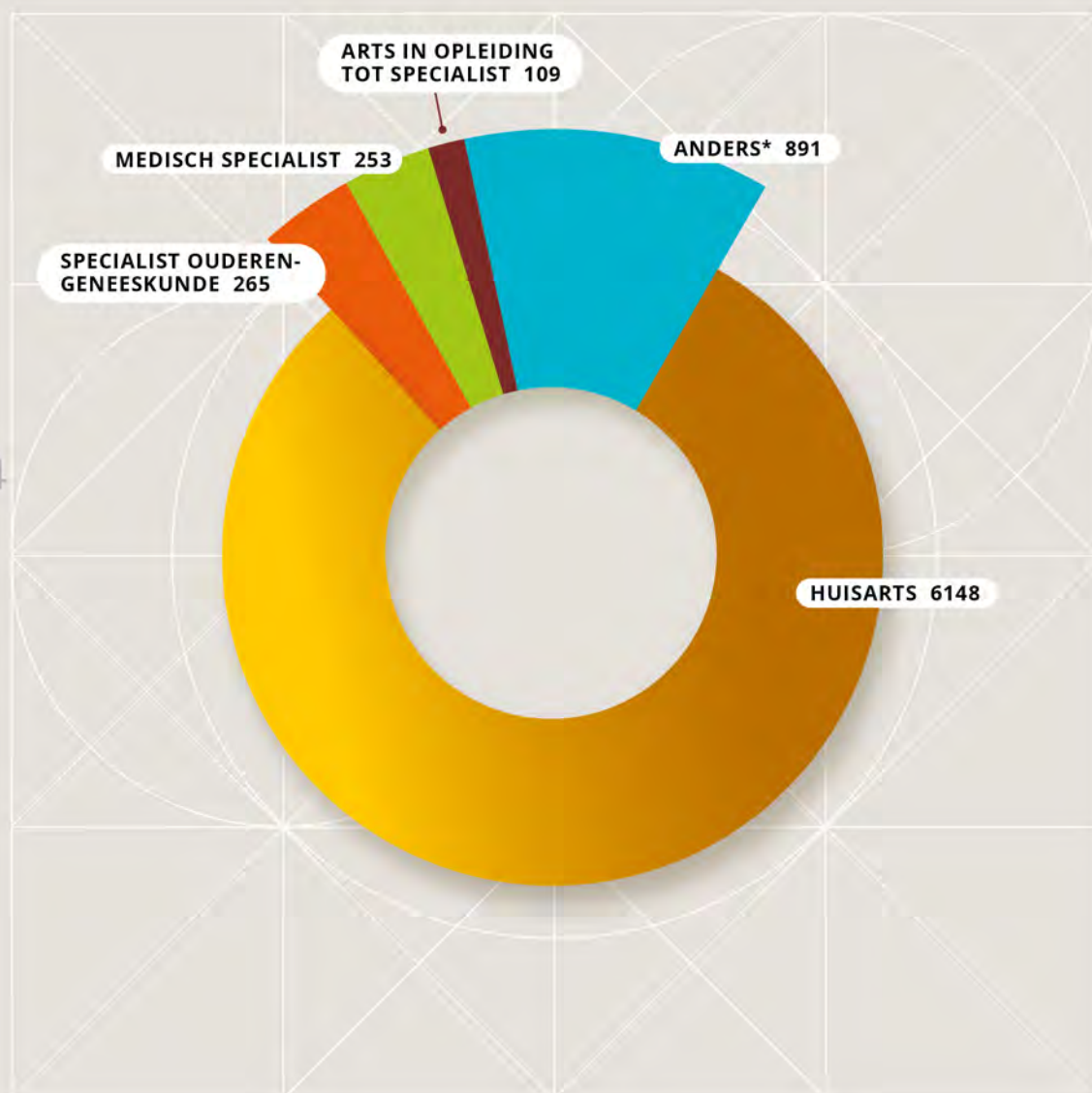
In 2021 beoordeelde de RTE één melding van euthanasie bij een minderjarige. Deze melding is op de website geplaatst onder nummer 2021-02. In 30 meldingen was de patiënt ouder dan 100 jaar. De oudste patiënt was 105.

Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018 p. 44

In de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn 77 meldingen ontvangen. In 34 van deze meldingen werd de grondslag van het lijden gevormd door kanker en in 31 meldingen was de grondslag een psychiatrische aandoening. Binnen de categorie dementie had het hoogste aantal meldingen betrekking op mensen tussen 80-90 jaar oud (89 meldingen) gevolgd door de leeftijdscategorie 70-80 (88 meldingen). Binnen de categorie psychiatrie

MELDENDE ARTSEN

14



* bijvoorbeeld artsen verbonden aan het
Expertisecentrum Euthanasie of een basisarts

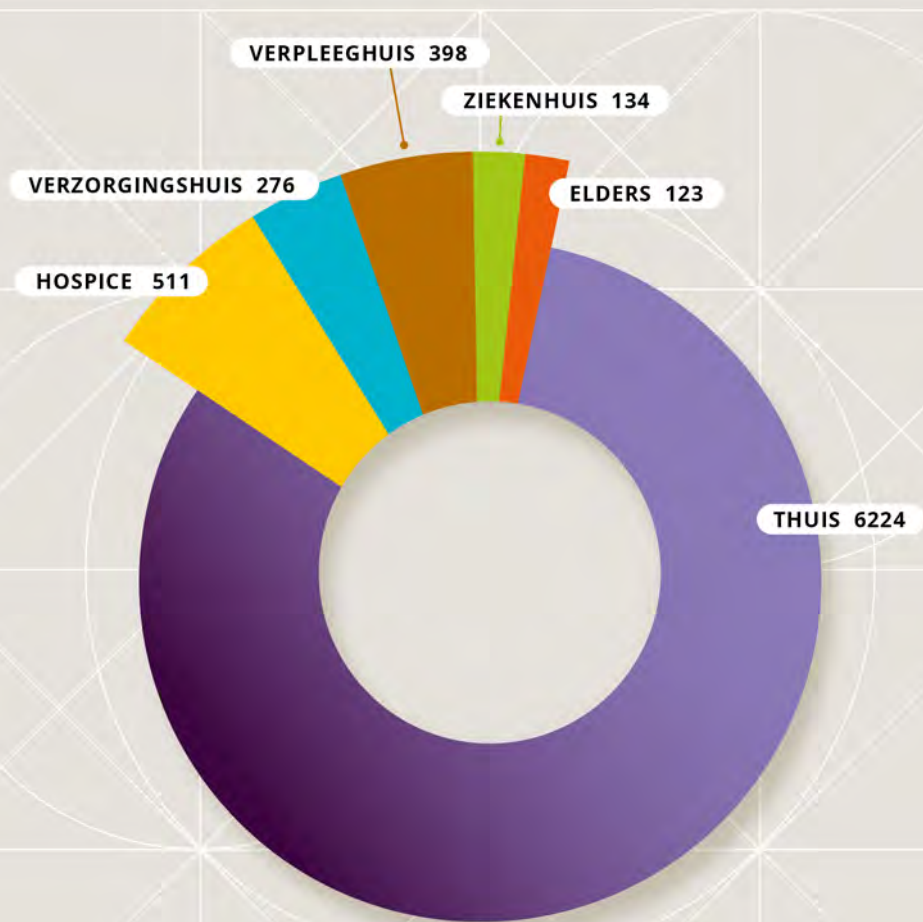
waren er in 2021 in de leeftijdscategorie 50-60 jaar 25 meldingen, in de leeftijdscategorie 60-70 jaar 22 meldingen. Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' waren de meeste meldingen in de leeftijd 90 jaar of ouder (188 meldingen).

MELDENDE ARTSEN

In het overgrote deel van de meldingen was een huisarts de meldende arts (6.148; 80,2% van de meldingen). De overige meldende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (265), medisch specialisten (253) en artsen in opleiding (109). Ten slotte is er nog een groep meldingen (891) waarbij de meldend artsen een andere achtergrond hebben, de meesten van hen zijn verbonden aan EE.

Het aantal meldingen (1123) van artsen die verbonden zijn aan EE steeg met ruim 200 ten opzichte van 2020 (916). EE-artsen worden vaak ingeschakeld als de arts die bij de behandeling van een patiënt betrokken is, het euthanasieverzoek als te ingewikkeld ervaart. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie uitvoeren of artsen die alleen euthanasie willen verlenen in geval van een terminale aandoening verwijzen patiënten regelmatig door naar EE. Naast het doorverwijzen door een behandelend arts komt het ook voor dat de patiënt zelf of, op diens verzoek, zijn familie het contact met EE legt. Een groot deel van de meldingen waarbij sprake was van een psychiatrische aandoening was afkomstig van een EE-arts: 83 van de 115 meldingen (ruim 72%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 99 van de 215 meldingen (46,0%) afkomstig van een EE-arts. Verder waren 158 van de 307 meldingen (51,4%) waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen afkomstig van EE-artsen.

LOCATIE VAN DE LEVENSBEEÏNDIGING



LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING

Zoals ook in voorgaande jaren vond in verreweg de meeste meldingen het overlijden van de patiënt thuis plaats (6.224; 81,2%). In de overige meldingen was de plaats van overlijden een verpleeg- of verzorgingshuis (674; 8,8 %), een hospice (511; 6,7%), een ziekenhuis (134; 1,7%) of een andere, bijvoorbeeld bij familie thuis, in een woonzorgcentrum of een zorghotel (123; 1,6%).

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 In 2021 ontving de RTE 5 meldingen waarin expliciet werd aangegeven dat sprake was van orgaan- en weefseldonatie na euthanasie.

(ECHT)PAREN

In 32 meldingen werd aan twee partners gelijktijdig euthanasie verleend (16 paren). De oordelen 2021-22 en 2021-23 op de website zijn daar een voorbeeld van. Vanzelfsprekend dient iedere melding dan afzonderlijk aan de zorgvuldigheidscriteria, die de Wtl vereist, te voldoen. Daarbij moeten beide partners door een andere consulent bezocht worden, om de onafhankelijke beoordeling van de casus te waarborgen.⁶

NIET OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In 7 meldingen in 2021 is de RTE tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen van artikel 2 eerste lid van de Wtl heeft voldaan. Deze 7 uitspraken zijn opgenomen in hoofdstuk 2.

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

⁶ (Gewijzigde) EuthanasieCode 2018, p. 31

VO'S EN NVO'S

Sinds 2012 hanteert 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 jurist, voorlopig beoordeeld als vragen oproepend (VO-melding) of niet vragen oproepend (NVO-melding). Meldingen worden als NVO 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, tenzij de melding in een categorie valt die per definitie als VO wordt aangemerkt. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval bij meldingen waarbij het lijden van de patiënt is gebaseerd op een psychiatrische aandoening. Na de eerste selectie door de secretaris van de RTE worden de meldingen door de commissie beoordeeld. Bij de als NVO geselecteerde meldingen gebeurt dat digitaal. De commissie geeft vervolgens haar oordeel of de melding inderdaad niet vragen oproepend is, of dat deze, anders dan het voorlopig oordeel van de secretaris luidde, toch vragen oproept. In het laatste geval kwalificeert de commissie die melding als VO-melding en wordt deze alsnog op de vergadering besproken. In 2021 is dat in 75 meldingen het geval geweest (1%).

In het geval een melding geen enkele vraag oproept, krijgt de arts altijd een verkort oordeel. In een dergelijk oordeel wordt verwezen naar de feiten in de melding. Tot slot wordt de arts op de hoogte gesteld van het feit dat de commissie op grond daarvan tot het oordeel is gekomen dat de arts aan alle zorgvuldigheidsvereisten heeft voldaan.

Is daarentegen sprake van een VO-melding, dan wordt een oordeel uitgeschreven. In dat oordeel maakt de commissie inzichtelijk welk aspect van de melding vragen oproept. Ook wordt opgenomen welke overwegingen de commissie heeft doen besluiten tot het oordeel 'voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' dan wel 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' te komen. De commissie beperkt zich daarbij tot het aspect dat vragen oproept.

De RTE verwacht zo voor artsen en andere belangstellenden inzichtelijk te maken op welke wijze zij tot haar oordeel komt en wat het doorslaggevende argument was voor dat oordeel.

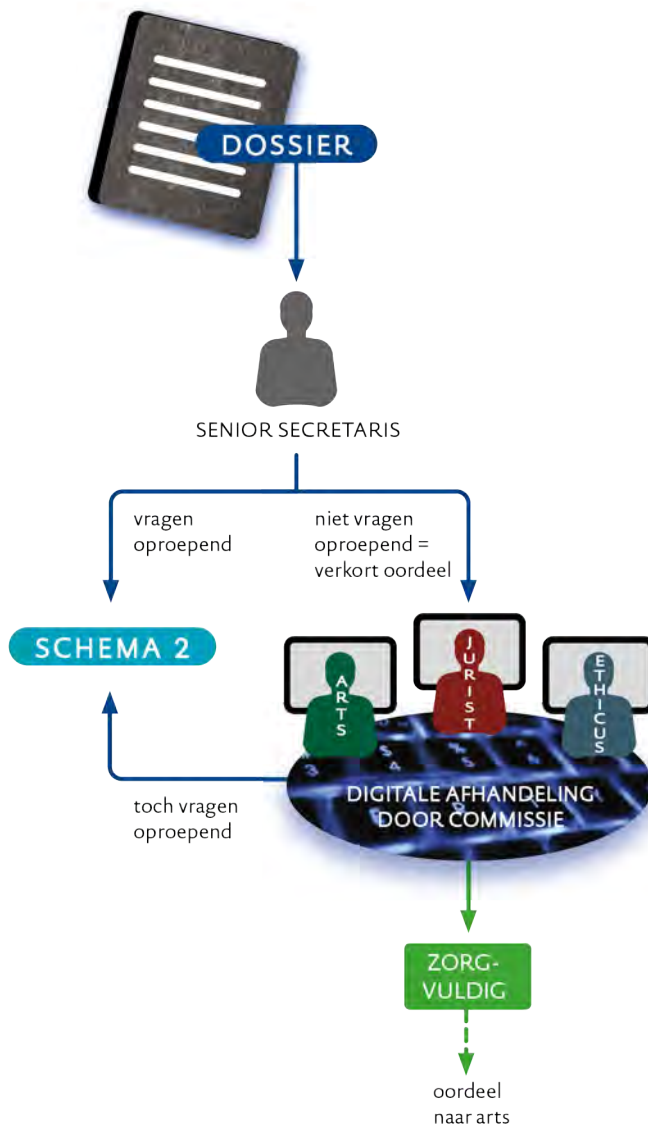
Als voorbeeld van NVO-meldingen met een verkort oordeel zijn in hoofdstuk 2 de nummers 2021-05, 2021-07, 2021-36, 2021-40 en 2021-65 opgenomen. Opmerking verdient dat daar een samenvatting van de betreffende melding is weergegeven en niet van het aan de arts verzonden oordeel, de meldingen zijn immers met een verkort oordeel afge-

daan. Ook op de website van de commissies (www.euthanasiecommissie.nl) wordt een deel van de NVO meldingen uitgeschreven.

In 2021 werd 94,6% van de ontvangen meldingen als NVO geselecteerd door de secretaris van de commissies.

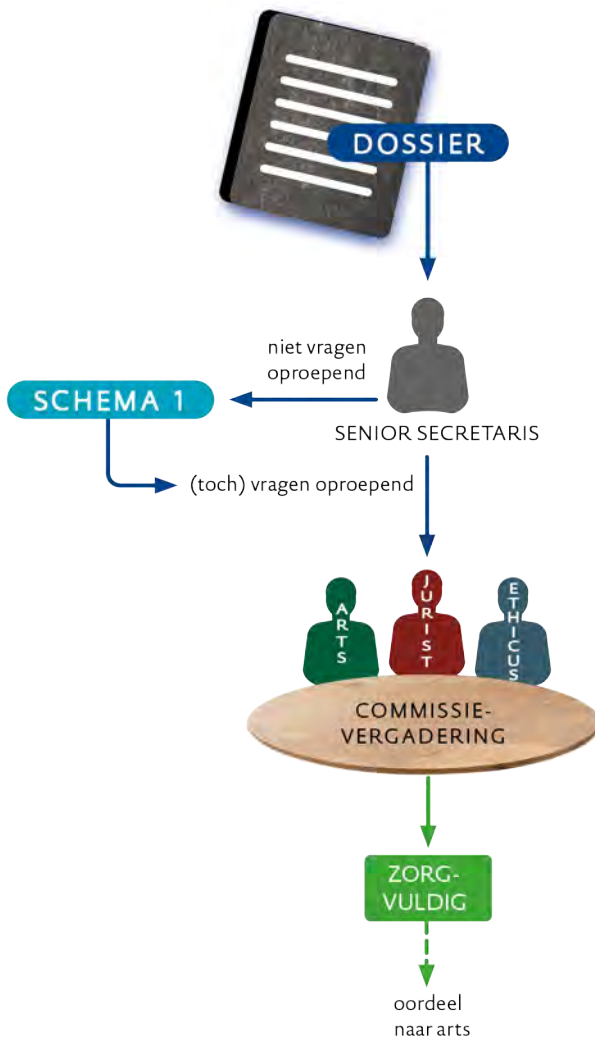
SCHEMA 1

94,6% VAN DE MELDINGEN (NVO)



SCHEMA 2

5,4% VAN DE MELDINGEN (VO)



Van alle ontvangen meldingen werd 5,4% direct bestempeld als vragen oproepend (VO), bijvoorbeeld (maar niet uitsluitend) omdat sprake was van een psychiatrische aandoening, omdat vragen rezen over de uitvoering van de euthanasie of omdat het door de meldende arts aangeleverde dossier toch te summier was om tot een oordeel te komen. Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel bedroeg in 2021 gemiddeld 32 dagen. Dat is binnen de in artikel 9, eerste lid van de Wtl, vastgestelde termijn van zes weken, echter drie dagen langer dan in 2020.

HET STELLEN VAN SCHRIFTELIJKE EN MONDELINGE VRAGEN DOOR DE RTE

In sommige gevallen leveren de door de arts en consulent ingevulde verslagen met de daarbij gevoegde bijlagen voor de commissie onvoldoende duidelijkheid om de melding te kunnen beoordelen. De commissie kan dan besluiten aan de arts of consulent een nadere toelichting te vragen. De commissie heeft naar aanleiding van haar vergadering in 21 meldingen bij de arts, en in een enkel geval bij de consulent, om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. Dit is inclusief de hierboven genoemde 7 meldingen waarin de commissie oordeelde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

In 23 meldingen heeft de commissie de meldende arts, en in een enkel geval de consulent, uitgenodigd om tijdens de daaropvolgende commissievergadering antwoord te geven op bij de commissie gerezen vragen, al dan niet nadat eerst schriftelijke vragen aan de arts waren gesteld. Doorgaans waren deze mondelinge en schriftelijke toelichtingen van artsen en consulenten voor de commissie zo verhelderend dat zij tot het oordeel is gekomen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft 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.

COMPLEXE MELDINGEN

De commissies voeren onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het wenselijk wordt geacht dat alle commissieleden en secretarissen 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 en secretarissen voorlegt. Ook meldingen waarin euthanasie wordt verleend aan een wilsonbekwame patiënt op basis van diens schriftelijke wilsverklaring volgen die route. Na kennisneming van de reacties komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

Ook in andere meldingen waarin de commissie behoefte heeft aan een intern debat worden voorgenomen oordelen op het intranet gezet. Het doel is om de kwaliteit van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en zoveel mogelijk uniformiteit in de oordelen te bereiken. In 2021 zijn 30 meldingen in discussie gebracht. Dit is inclusief de meldingen die als ‘niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen’ werden beoordeeld.

REFLECTIEKAMER

De RTE heeft 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 ten minste drie jaar deel uitmaken van de RTE en naar verwachting nog ten minste 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 advies vragende commissie geformuleerde vragen. Die vragen ontstijgen doorgaans de betreffende melding. 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. De reflectiekamer is in 2021 begonnen met het actualiseren van de EuthanasieCode 2018. Naar verwachting zal die in de eerste helft van 2022 verschijnen.

OVERIG

In 2021 is begonnen met de ontwikkeling van een nieuw automatiseringssysteem voor de RTE. Naar verwachting wordt dat systeem voor de zomer van 2022 operationeel.

De minister van VWS heeft in 2021 opdracht gegeven om in 2022 een start te maken met de Vierde evaluatie van de Wtl.

ORGANISATIE

De RTE is ingedeeld in vijf regio's. Elke regio heeft drie juristen (voorzitter), drie artsen en drie deskundigen inzake ethische of zingevingsvraagstukken ("ethicus"). Daarmee bestaat de RTE 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 minister, politiek of derden. 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 een commissie 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 (proces-ondersteuners). De secretarissen hebben een raadgevende stem in de commissievergadering. De inhoudelijke coördinatie van de secretarissen is in handen van de algemeen secretaris. Per maart 2021 heeft de verhuizing van het secretariaat naar Utrecht plaatsgevonden. Zodra de coronamaatregelen het toelaten, zullen alle vergaderingen van de commissies eveneens gaan plaatsvinden in Utrecht. Het afgelopen jaar vonden die voor een deel plaats via videovergaderingen.

HOOFDSTUK 2

CASUÏSTIEK

2

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 meldingen van artsen betreffende euthanasie.

Een arts die euthanasie heeft verleend, 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 meldend arts, een verslag van de als onafhankelijke arts geraadpleegde consultant, delen van het medisch dossier van de patiënt zoals 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).

25

De commissie kijkt of de meldend 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 kijkt de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de (gewijzigde) EuthanasieCode 2018⁷ die opgesteld is op basis van eerdere beslissingen van de RTE. Verder houden de commissies rekening met beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De RTE oordeelt 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 *tot de overtuiging is gekomen* dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b) en dat een redelijke andere oplossing ontbreekt (d). Gegeven de formulering van deze drie zorgvuldigheidseisen ('de overtuiging heeft gekregen') is aan de arts een zekere beoordelingsruimte gelaten. Bij de toetsing van het handelen van de arts op deze drie punten kijken de commissies daarom naar de wijze waarop de arts het onderzoek naar de feiten heeft gedaan 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, in redelijkheid tot de beslissing heeft kunnen komen dat aan deze drie zorgvuldigheidseisen is voldaan. Daarbij kijkt de RTE naar de wijze waarop de arts zijn of haar beslissing onderbouwt. Het verslag van de consultant draagt vaak bij aan deze onderbouwing.

De oordelen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, zijn onderverdeeld in oordelen waarin de commissie tot de conclusie is gekomen dat 'voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen' (paragraaf 2) en oordelen waarin de commissie tot de conclusie kwam dat dit niet het geval was (paragraaf 3). Dit laatste wil zeggen dat de betreffende commissie van oordeel is dat de arts ten aanzien van de naleving van een of meer van de zorgvuldigheidseisen te kort is geschoten.

Paragraaf 2 is onderverdeeld in drie sub-paragrafen. Eerst (paragraaf 2.1) geven we vijf meldingen weer die representatief zijn voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangt. Meldingen waarbij genezing niet (meer) mogelijk was en er sprake was van kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, longaandoeningen, hart- en vaataandoeningen of een combinatie van aandoeningen. In deze meldingen wordt het oordeel niet tot in detail uitgeschreven maar ontvangt de arts een verkort oordeel. Dat is een brief waarin kortweg staat dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

7 De EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2020) is te downloaden op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl). Desgewenst is ook een apart inlegvel te downloaden om in de papieren versie van de EuthanasieCode 2018 in te voegen.

Daarna (paragraaf 2.2) richten we de aandacht op verschillende zorgvuldigheidseisen. Daarbij gaan we in op het vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b), de gezamenlijke overtuiging dat een redelijke andere oplossing ontbreekt (d), de onafhankelijke consultatie (e) en de medisch zorgvuldige uitvoering (f). Er is één zorgvuldigheidseis die op deze plaats niet uitdrukkelijk aan de orde komt: de voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten (c). Dit vereiste is in het algemeen nauw verweven met andere zorgvuldigheidseisen, met name de eis dat de arts er van overtuigd is dat er sprake is 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.

Verder beschrijven we (in paragraaf 2.3) vier oordelen waarin euthanasie is verleend bij een patiënt uit een bijzondere groep: patiënten met een psychiatrische aandoening, patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen en patiënten met dementie. Bij de groep patiënten met dementie zal het eerste oordeel gaan over een patiënte met dementie die nog wilsbekwaam was betreffende haar euthanasieverzoek en het tweede oordeel over een patiënte met dementie die niet meer wilsbekwaam was.

In paragraaf 3 komen de zeven meldingen aan de orde waarin de RTE dit jaar heeft geoordeeld dat er niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Twee meldingen gaan over het vereiste van onafhankelijk consultatie, twee over de medisch zorgvuldige uitvoering en drie over de grote behoedzaamheid die vereist wordt bij het verlenen van euthanasie aan patiënten wier lijden voortkomt uit een psychiatrische aandoening.

Bij alle oordelen staat een nummer. Dat nummer verwijst naar de weergave van het oordeel op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl). In die gevallen waarin de arts een uitgeschreven oordeel heeft ontvangen, staat op de website meestal nog wat meer informatie. Als de arts een verkort oordeel heeft gekregen is er ten behoeve van publicatie op de website of voor het jaarverslag een korte samenvatting van de feiten uit de melding beschreven.

2 ARTS HEEFT GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

2.1 VIJF VOORBEELDEN VAN DE MEEST VOORKOMENDE MELDINGEN

Zoals uit hoofdstuk 1 blijkt wordt euthanasie voor het overgrote deel verleend aan patiënten met kanker (61,1% van de meldingen), aandoeningen van het zenuwstelsel (6,5% van de meldingen), hart- en vaat-aandoeningen (4,6% van de meldingen), longaandoeningen (3,1% van de meldingen) of een combinatie van aandoeningen (13,7%). Als voorbeelden daarvan dienen de volgende vijf meldingen, welke allemaal NVO-meldingen zijn. Deze oordelen geven een beeld van de problematiek die de RTE het meeste tegenkomt.

Het eerste oordeel is het meest compleet uitgeschreven om te laten zien dat de commissies naar alle zorgvuldigheidseisen kijken. Bij de andere oordelen wordt de aandacht vooral gericht op het lijden.

AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, ALS, communicatie via spraak-computer, op de website te vinden onder nummer 2021-65.

Bij een vrouw, tussen de 70 en 80 jaar oud, werd negen maanden voor haar overlijden Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS) vastgesteld. ALS is een ziekte van het zenuwstelsel waardoor spieren geleidelijk dunner en minder krachtig worden. Genezing is niet mogelijk.

Voor de vrouw was communiceren met anderen altijd erg belangrijk geweest. Haar spraak werd uiteindelijk echter onverstaanbaar. Zij kon via een communicatie-app nog 'praten' met anderen, maar dat voelde voor de vrouw als een samenvatting van zinnen en woorden in plaats van een daadwerkelijk gesprek. Dit was iets wat haar erg frustreerde. Verder had de vrouw slikproblemen waardoor ze veel last had van overmatig speeksel. Hierdoor kon ze nauwelijks nog eten, terwijl zij daar voorheen altijd erg van kon genieten. De vrouw verslikte zich regelmatig en dat was vervelend en beangstigend.

De vrouw leed onder de fysieke achteruitgang, het verlies van autonomie, de uitzichtloosheid van haar situatie en de reële angst om te stikken. Daarbij vreesde zij verdere achteruitgang. 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 aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden van de vrouw te verlichten.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

LONGAANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, snelle achteruitgang bij longfibrose, op de website te vinden onder nummer 2021-05.

Bij een man, tussen de 80 en 90 jaar oud, werd twee jaar voor zijn overlijden longfibrose (een ernstige longziekte) vastgesteld. Een halfjaar voor het overlijden bleek de ziekte ver gevorderd te zijn. Ongeveer anderhalve maand voor het overlijden werd vastgesteld dat behandeling niet meer mogelijk was. De situatie van de man verslechterde snel.

Hoewel de man voortdurend extra zuurstof kreeg, was hij na de geringste inspanning ernstig benauwd. Zelfs rechtop zitten was hem teveel geworden. De man werd in korte tijd volledig bedlegerig en was daardoor afhankelijk van anderen. Hij kon vrijwel niets meer, terwijl hij altijd heel actief en ondernemend was geweest. Hierdoor leed hij des te meer onder het snelle verlies van zelfstandigheid en de wetenschap dat zijn situatie alleen maar zou verslechteren. De man had de reële angst om te stikken en dat wilde hij niet meemaken.

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

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

HART- EN VAATAANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, gebrek aan perspectief, op de website te vinden onder nummer 2021-40.

Een vrouw, tussen de 80 en 90 jaar oud, maakte twee maanden voor het overlijden een CVA (beroerte) door met als restverschijnselen krachtverlies links, dysarthrie (spraakstoornis) en pijn. Na haar ziekenhuisopname verbleef de vrouw vanaf drie weken voor het overlijden in een verpleeghuis. In overleg met de behandelend artsen werd mede gezien haar leeftijd geen revalidatie gestart.

Het lijden van de vrouw bestond uit plotseling verlies van haar zelfstandigheid en de volledige zorgafhankelijkheid. Zij was tot bijna niets meer in staat. Het oppakken van een glas of zich omdraaien in bed was voor haar al teveel. De vrouw had moeite met spreken, pijn aan haar gehele linkerzijde en was erg vermoeid. Zij wenste hulp bij zelfdoding omdat zij haar situatie verschrikkelijk vond.

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

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

COMBINATIE VAN AANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, meerdere verschillende aandoeningen, op de website te vinden onder nummer 2021-07.

Bij een man, tussen de 80 en 90 jaar oud, was sinds geruime tijd voor het overlijden sprake van meerdere aandoeningen. Hij had COPD (een chronisch belemmerende longaandoening), ernstige nierproblemen en kanker in de dikke darm, endeldarm en longen. Sinds acht jaar voor het overlijden had hij ook hartfalen. Ongeveer vier maanden voor het overlijden nam zijn hartfalen ernstig toe. Genezing was niet meer mogelijk.

Het lijden van de man bestond uit het afnemen van zijn krachten. De geringste inspanning maakte hem al toenemend benauwd. De man werd steeds vermoeider, het slikken ging lastiger en hij verloor zijn reuk en smaak. Hij raakte volledig bedlegerig en enkele weken voor het overlijden kreeg hij pijnlijke doorligwonden op de stuit. De man was volledig uitgeput en wilde verder lijden niet meemaken.

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

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

2.2 VIJF VOORBEELDEN VAN MELDINGEN GEORDEND NAAR VIJF ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Hieronder worden vijf oordelen beschreven waarbij vijf zorgvuldigheidseisen aan de orde komen: de overtuiging van de arts dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a) en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b), de overtuiging van de arts en patiënt samen dat een redelijke andere oplossing ontbreekt (d), de consultatie van een onafhankelijke arts (e) en de medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging (f). Alle hier volgende meldingen waren aangemerkt als VO-meldingen. Dit betekent dat de meldingen in een commissievergadering zijn besproken en dat de arts vervolgens een uitgeschreven oordeel over de relevante zorgvuldigheidseisen heeft ontvangen.

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. Uit de wet vloeit voort dat de patiënt zelf het verzoek moet doen. De meeste patiënten zijn tot het moment van het verlenen van de euthanasie in staat tot een normaal (mondeling) gesprek.

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, kanker, patiënte maakte twee dagen voor overlijden delier door, mondelinge toelichting arts, op de website te vinden onder nummer 2021-146.

Bij een vrouw, tussen de 80 en 90 jaar oud, werd vijf maanden voor het overlijden darmkanker geconstateerd. Genezing was niet meer mogelijk. Sinds enkele weken voor het overlijden was sprake van regelmatig bloedverlies en verslechterde haar situatie snel. De vrouw leed onder volledige bedlegerigheid. Hierdoor was zij afhankelijk van anderen. Ze had buikpijn die niet goed behandeld kon worden met medicatie omdat zij hier snel delirant (verward) van werd. Daarnaast wist de vrouw dat zij niet meer beter zou worden.

Het was de commissie niet duidelijk of de arts in voldoende mate met de vrouw had gesproken over de euthanasie. Ook maakte de vrouw twee dagen voor het overlijden een delier door waardoor zij verward was geweest vlak voor de euthanasie. De commissie vroeg zich daarom af of in dit geval voldaan was aan het vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts lichtte toe dat hij vijf maanden voor het overlijden een goed gesprek met de vrouw had gevoerd over euthanasie. Hierin gaf zij aan dat zij euthanasie wenste als haar lijden ondraaglijk werd. De arts en vrouw hadden in de periode die daarop volgde regelmatig contact. Er was toen nog geen sprake van ondraaglijk lijden. Vlak voor haar overlijden werd de vrouw opgenomen in het ziekenhuis. Zij was toen verward. Bij thuiskomst kon zij niet meer zelfstandig uit bed komen. De vrouw was volledig afhankelijk en vond haar lijden ondraaglijk. Dit was ook voor de arts het omslagpunt, omdat hij wist dat de vrouw zelfstandigheid erg belangrijk vond. De arts sprak op de dag vóór de uitvoering 20 minuten met de vrouw. Op dat moment was zij niet verward of slaperig en zij gaf haar wens duidelijk aan. Ook op de dag van de uitvoering wist ze waarvoor de arts kwam en bevestigde zij haar euthanasiewens. De arts had geen enkele twijfel over de wilsbekwaamheid van de vrouw en volgens hem was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook de consulent, die de vrouw de dag na haar thuiskomst uit het ziekenhuis bezocht, constateerde dat zij niet verward was. Hij vond haar wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek.

De commissie vond dat de gesprekken tussen de arts en de vrouw te beknopt waren beschreven. De arts realiseerde zich dat hij de strekking van de gesprekken beter had moeten verantwoorden. Door de mondelinge toelichting van de arts was de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN EN HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen of verminderen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat. [...] De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt, in het licht van zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts mede gelet op het voortraject invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 24-25.)

Hoewel de zorgvuldigheidseisen ondraaglijk en uitzichtloos lijden (b) en het ontbreken van een redelijke andere oplossing (d) door het overlappende karakter vaak samen worden gezien en beoordeeld, worden de zorgvuldigheidseisen hieronder in aparte oordelen besproken. Het eerste oordeel is gericht op de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden en het tweede oordeel is gericht op het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Hierbij moet wel in overweging worden genomen dat beide eisen nooit helemaal los van elkaar kunnen worden gezien.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, hersenbloeding, korte periode tussen hersenbloeding en uitvoering euthanasie, mondelinge toelichting arts, op de website te vinden onder nummer 2021-147.

Een man, tussen de 80 en 90 jaar oud, maakte ruim twee weken voor het overlijden een hersenbloeding door. Hierdoor was de linkerkant van zijn lichaam verlamd. De man begon met revalideren, maar vroeg al snel om euthanasie. Met hem werd besproken om nog af te wachten, omdat hij er misschien na enige tijd anders over zou denken. De man gaf aan dat dit niet zou gebeuren. Hij kon vanwege zijn beperkingen zijn dagelijkse bezigheden niet meer zelfstandig uitvoeren en bleef consistent in zijn euthanasiewens.

Uit de stukken en correspondentie met de arts werd het voor de commissie duidelijk dat de man niet in staat was zichzelf te verzorgen of te verplaatsen. De man woonde al 30 jaar alleen en hij was altijd volledig zelfstandig geweest. De man was een doorzetter geweest, want bij al zijn gezondheidsproblemen greep hij alle mogelijkheden tot behandeling aan. Door zijn verlamming kwam de man in een rolstoel terecht en raakte hij de totale controle over zijn leven kwijt. Hoewel er nog een mogelijkheid was om te revalideren, wist hij echter dat hij nooit meer terug zou kunnen naar zijn zelfstandige leven. Dat was het moment dat hij geen kracht meer had om opnieuw behandelingen te ondergaan. Hij gaf zijn kwaliteit van leven een nul en ervoer zijn lijden als uitzichtloos en ondraaglijk. De arts kende de man goed en vond het uitzichtloos en ondraaglijk lijden invoelbaar.

De commissie was van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat bij de man sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, Expertisecentrum Euthanasie, ouderdomsaandoening met kaalheid, advies van onafhankelijk deskundige niet overgenomen, op de website te vinden onder nummer 2021-28.

Bij een vrouw, tussen de 90 en 100 jaar oud, was sprake van achteruitgang op basis van ouderdomsaandoeningen. Deze aandoeningen bestonden uit slijtage van gewrichten en botten, benauwdheid, vermagering, slecht zicht en cognitieve achteruitgang. Daarbij had de vrouw de aandoening alopecia universalis (het ontbreken van iedere beharing).

De vrouw had haar hele leven psychisch last gehad van de alopecia, onder andere doordat ze ermee gepest was. Zij had steeds veel moeite gedaan om haar kaalheid te verbergen. Nu haar gewrichtsproblemen steeds meer toenamen, zou ze wat betreft haar lichamelijke verzorging afhankelijk worden van anderen. Het was voor haar niet te verdragen dat zij daarmee haar kaalheid niet meer geheim kon houden.

De arts besloot een sociaal geriater in te schakelen om te zien of er nog behandelingsperspectieven waren. Deze zag nog een redelijk alternatief: het voorlopig afwachten en het voeren van gesprekken ter acceptatie van de kaalheid.

De arts nam deze beoordeling mee in zijn besluit, maar zag dit niet als redelijk alternatief. De consulent kwam tot eenzelfde oordeel nadat hij de vrouw had gesproken. Gelet op haar leeftijd en de lange duur van de manier van omgaan met haar kaalheid vond hij afwachten en het voeren van gesprekken geen redelijke oplossingen meer.

Volgens de commissie moet de arts zich inleven in de situatie van een patiënt om conclusies te kunnen trekken. Daar had de arts volgens de commissie aan voldaan. De commissie oordeelde dan ook dat de arts nauwkeurig had onderzocht of er nog behandelingen mogelijk waren. Deze waren niet meer aanwezig. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

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.

Onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt onder meer in dat er geen onderlinge (familie)relatie of vriendschap bestaat tussen de consulent en de patiënt en dat de consulent geen (mede)behandelaar van de patiënt is of recentelijk geweest is. Een eenmalig contact tussen arts en patiënt in het kader van de waarneming hoeft geen probleem te zijn. Dat zal afhangen van de aard van het contact en het moment waarop het plaatsvond. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 31.)

CONSULTATIE

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, kanker, geraadpleegde onafhankelijk arts herkende de man van een eerder uitgevoerd onderzoek, op de website te vinden onder nummer 2021-42.

Bij een man, tussen de 80 en 90 jaar oud, werd drie maanden voor het overlijden ongeneeslijke kanker vastgesteld. Hij verzocht om euthanasie. De arts benaderde een op dat moment dienstdoende SCEN-arts als consultant. Deze bezocht de man vier dagen voor de uitvoering van de levensbeëindiging. De SCEN-arts had de man echter al één keer eerder ontmoet. Dit was tijdens een onderzoek dat hij drie maanden voor het overlijden uitvoerde bij de man. De commissie boog zich over de vraag in welke mate de SCEN-arts de man kende. Er mag namelijk geen sprake zijn van een behandelrelatie tussen de consultant en patiënt.

De man verkeerde tijdens dat onderzoek in een verlaagde stand van bewustzijn, dus van intensief persoonlijk contact was geen sprake. Daarbij was er geen relatie tussen de uitkomsten van het onderzoek en de ziekte van de man. Ook gaf de SCEN-arts aan dat de man hem niet had herkend. Hij vond dat hij in staat was een onafhankelijk oordeel te vormen over de zorgvuldigheidseisen.

De commissie was van oordeel dat de SCEN-arts door het uitgevoerde onderzoek bij de man kon worden aangemerkt als medebehandelaar. Toch kon de commissie meegaan in de zienswijze van de SCEN-arts en arts. Het contact was niet op een zodanige manier geweest dat de SCEN-arts niet meer tot een onafhankelijk oordeel kon komen. Desalniettemin is de commissie van mening dat er een consultant moet worden geraadpleegd bij wie elke schijn van afhankelijkheid ontbreekt. Het is daarom beter om een SCEN-arts erbij te betrekken die geen connectie heeft met de patiënt.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts er in dit geval van uit mocht gaan dat hij een onafhankelijk consultant had geraadpleegd. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen was volgens de commissie voldaan.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Komt het tot euthanasie, dan moet deze door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het geïndiceerde coma. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis hanteerden de commissies tot en met 2021 de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 2012 (hierna: de Richtlijn) als leidraad. [...] Conform de richtlijn moet de arts beschikken over een noodset van middelen, voor het geval er met de eerste set iets mis gaat. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 35.)

Daarnaast is van belang dat de arts alle onderdelen van het proces zelf behoort uit te voeren. Dit houdt ook in dat de arts aanwezig is en blijft tot de dood is ingetreden en het overleg met de lijkschouwer is afgerond. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 36.)

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, combinatie van aandoeningen, arts verliet patiënt tijdens uitvoering, maar AIOS bleef bij patiënt, op de website te vinden onder nummer 2021-30.

Bij een man, van tussen de 80 en 90 jaar oud, verliep de euthanasie erg moeizaam. De arts verklaarde ter verduidelijking het volgende.

Nadat zij het coma-opwekkend middel (2000 milligram thiopental) aan de man had toegediend, was er na tien minuten nog geen sprake van een voldoende diep coma. Daarom moest gebruik worden gemaakt van de noodset. Ongeveer een halfuur na de eerste dosis diende de arts een tweede volledige dosis van het coma-opwekkend middel toe. Opnieuw zorgde dit niet voor een voldoende diep coma. Hoewel de arts geen aanwijzing zag dat het infuus niet via de ader liep, had zij wel dit vermoeden. Na contact met de apotheek ging de arts daar een derde set euthanatica halen. De AIOS (arts in opleiding tot specialist) die ter ondersteuning mee was, bleef aanwezig totdat de arts terug was. Bij terugkomst plaatste de arts een nieuw infuus in de andere arm van de man. Tweeënhalf uur na de tweede toediening, diende de arts een derde dosis coma-opwekkend middel toe via het nieuwe infuus. Hierop volgde een voldoende diep coma en kon de spierverslapper (150 milligram rocuronium) worden toegediend. Enkele minuten later stelde de arts vast dat de man was overleden.

De commissie merkte op dat aan euthanasie risico's zijn verbonden die onmiddellijk ingrijpen door een arts kunnen vereisen. Daarom is het volgens de Richtlijn en de EuthanasieCode niet toegestaan dat de arts een patiënt tijdens de uitvoering van euthanasie verlaat. De commissie was van mening dat de arts in deze situatie mocht afwijken van die regel omdat er al die tijd een arts bij de man was gebleven. Deze arts kon mogelijke complicaties opvangen.

Uit het voorgaande volgt dat de commissie onder deze specifieke omstandigheden van oordeel was de uitvoering medisch zorgvuldig was verlopen. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

2.3 VIER VOORBEELDEN BETREFFENDE PATIËNTEN MET EEN BIJZONDERE AANDOENING (PSYCHIATRISCHE AANDOENING, STAPELING OUDER- DOMSKLACHTEN EN DEMENTIE)

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 patiënten met een psychiatrische aandoening kunnen ervoor in aanmerking komen. Wel moet in een dergelijke situatie met grote behoedzaamheid gehandeld worden. Die grote behoedzaamheid betekent dat naast de gewone consulent ook een onafhankelijke psychiater of een consulent die zelf psychiater is, geraadpleegd moet worden. Daarbij gaat het met name om diens oordeel met betrekking tot de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Bij dat laatste geldt dat als de patiënt een redelijk alternatief afwijst, niet gesproken kan worden van uitzichtloos lijden. Het is echter niet zo dat een patiënt alle nog denkbare behandelingen moet ondergaan. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 44-45.)

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, depressies en PTSS, huisarts voert de euthanasie uit, op de website te vinden onder nummer 2021-148.

Een vrouw, tussen de 70 en 80 jaar oud, had al 25 jaar lang ernstige, terugkerende depressies. Ook had zij een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Daarnaast had zij problemen met haar lever. De vrouw had meerdere pogingen tot zelfdoding gedaan. De vrouw was door haar depressies mentaal en fysiek uitgeput. Ze was tot niets meer in staat en betere periodes bleven uit. Ongeveer een maand voor haar overlijden verzocht de vrouw haar huisarts om euthanasie. De vrouw werd voor het overlijden nog bezocht door een onafhankelijk psychiater en een consulent.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Tijdens de gesprekken met de arts was de vrouw steeds helder en duidelijk geweest. Zij kon haar situatie goed overzien. De onafhankelijk psychiater vond dat de vrouw tijdens de gesprekken goed georiënteerd was in tijd, plaats en persoon. Zij kon daarbij duidelijk reflecteren op haar wens om haar leven te beëindigen. Ook de consulent vond de vrouw tijdens hun gesprek helder, duidelijk en overwogen. De arts, onafhankelijk psychiater en consulent waren allen van mening dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN EN ONTBREKEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Uit het verslag van de arts bleek dat de vrouw aan alle therapieën had meegewerkt en elke behandeling had geprobeerd. Door haar leverproblemen kon zij medicatie echter slecht verdragen. De vrouw onderging eye movement desensitisation and reprocessing therapie (EMDR) en electroconvulsie therapie (ECT), maar zonder genoeg of blijvend effect. De vrouw bleef haar trauma's herbeleven en zij werd opnieuw depressief. De vrouw was mentaal en fysiek volledig uitgeput en tot niets meer in staat. Voor haar bestonden er geen betere periodes meer. Dit maakte dat alle bij de casus betrokken artsen vonden dat de vrouw uitzichtloos en ondraaglijk leed en dat er voor haar geen redelijke andere oplossing was.

De commissie was gelet op het voorgaande van mening dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Verder was de commissie van oordeel dat de arts samen met de vrouw tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin de vrouw zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen was volgens de commissie voldaan.

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Het lijden van de patiënt moet zijn oorzaak vinden in een medische aandoening die zowel somatisch als psychiatrisch van aard kan zijn. Het hoeft niet te gaan om één overheersend medisch probleem. Het lijden van de patiënt kan ook het gevolg zijn van een stapeling van grotere en kleinere gezondheidsproblemen. De optelsom van medische problemen kan, in samenhang met de ziektegeschiedenis, de levensgeschiedenis, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt, een lijden doen ontstaan dat voor de patiënt ondraaglijk is. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 24.)

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, beperkt in algemene dagelijkse levensverrichtingen, op de website te vinden onder nummer 2021-54.

Een vrouw, tussen de 80 en 90 jaar oud, had sinds geruime tijd voor het overlijden last van verschillende ouderdomsaandoeningen. Er was sprake van een oogziekte, balansproblemen en slikklachten. Daarnaast had de vrouw een baarmoederverzakking, plasproblemen en regelmatig vaginale infecties. De vrouw viel vaak door een slechte balans. Regelmatig leidde dit tot ernstige gevolgen zoals botbreuken, wonden en wondinfecties. Hiervoor moest zij een aantal huidtransplantaties ondergaan. Ook had zij ingescheurde pezen en gewrichtsaandoeningen in vele verschillende gewrichten. Eten werd voor de vrouw steeds moeilijker en lukte alleen nog als het gepureerd was. De vrouw leed onder deze lichamelijke aandoeningen. Ook had zij haar lichaam door de medicatie niet meer volledig onder controle.

De vrouw leed daarnaast onder het toenemende verlies van zelfstandigheid. Door de jaren heen had zij veel aanpassingen bedacht om zelfredzaam te blijven. De vrouw kon haar hobby's echter niet meer uitoefenen en zelfs lezen of tv kijken lukte haar niet meer. De dingen die voor de vrouw betekenisvol waren geweest vielen weg. Zij leed onder de zinloosheid van haar situatie en zij zag op tegen verdere fysieke achteruitgang.

De vrouw had vaker met de arts over euthanasie gesproken. Een maand voor het overlijden vroeg zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren voor de vrouw geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

DEMENTIE

In het geval er bij een patiënt sprake is van dementie wordt van de arts gevraagd met grote behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder de eis inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het ondraaglijk lijden van de patiënt. In de beginfase van dementie is in het algemeen de gewone consultatieprocedure voldoende. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige collega vraagt. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 46-47.)

In bijna alle gevallen die aan de commissie worden gemeld, gaat het om patiënten die nog voldoende inzicht in hun ziekte hebben en die nog wilsbekwaam zijn ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze patiënten wordt, naast een actuele achteruitgang in cognitieve vermogens en functioneren, veelal medebepaald door de angst voor verdere achteruitgang en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor (in het bijzonder) de autonomie en de waardigheid van de patiënt. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 46.)

In de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in die gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een euthanasieverzoek heeft opgesteld. Artikel 2, tweede lid, Wtl bepaalt dat een schriftelijke wilsverklaring een mondeling verzoek kan vervangen en dat de in artikel 2, eerste lid, Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 38.)

Hieronder volgt eerst een oordeel waarbij er sprake was van een patiënte met dementie die wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Daarna volgt een oordeel in een melding waarin de euthanasie is verleend op basis van een schriftelijke wilsverklaring.

WILSBEKWAME PATIËNT MET DEMENTIE

AANDACHTSPUNTEN: NVO-melding, ziekte van Alzheimer, wilsbekwaam, op de website te vinden onder nummer 2021-86.

Bij een vrouw, van tussen de 70 en 80 jaar oud, werd ongeveer vijf jaar voor het overlijden door een neuroloog de ziekte van Alzheimer vastgesteld. De ziekte leek langzaam te ontwikkelen, maar in de laatste maanden voor het overlijden nam de afasie (stoornis in spraak en taal) toe.

De vrouw kon niet goed meer communiceren, omdat het uitspreken van woorden steeds moeilijker ging. Het kostte haar erg veel energie om begrijpelijk over te komen. Deze situatie putte de vrouw volledig uit. Communicatie was in haar werkzame en privéleven heel belangrijk geweest. Het feit dat dit niet meer lukte vergde emotioneel veel van haar. Daarbij wist ze dat verdere achteruitgang in het verschiep lag en wilde dat graag voor zijn. De vrouw ervoer haar lijden als ondraaglijk.

De vrouw had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Vijf weken voor het overlijden vroeg zij de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Zij stelde vast dat de vrouw, ondanks de afasie, haar verzoek door duidelijke bewoording en mimiek goed kon overbrengen. De arts had geen twijfel over de wilsbekwaamheid van de vrouw ten aanzien van haar verzoek.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos was. Er waren voor de vrouw geen aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Ook had de arts de vrouw voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. Hij bezocht haar twee weken voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan. Ondanks de beperkte communicatie kon de vrouw aan hem duidelijk maken dat zij ziektebesef en –inzicht had en zich bewust was van de strekking van haar verzoek.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts gehandeld heeft overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

VERGEVORDERDE DEMENTIE

Op basis van het arrest van de Hoge Raad 2020 (ECLI:NL:HR2020:712) is er een aantal wijzigingen tot stand gekomen bij de toetsing van een melding op basis van een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een verzoek om euthanasie. Deze staan in de gewijzigde EuthanasieCode 2018. Voor wat betreft de volgende melding van euthanasie bij een patiënt met vergevorderde dementie zijn vooral de volgende citaten daaruit van belang.

Art. 2 lid 2 Wtl bepaalt dat in het geval van een schriftelijke wilsverklaring de in art. 2 lid 1 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. Dat betekent volgens de wetsgeschiedenis dat de zorgvuldigheidseisen “zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing zijn”. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 38-39.)

Concreet betekent dit wat betreft het verzoek dat de arts tot de overtuiging moet zijn gekomen dat de patiënt de schriftelijke wilsverklaring destijds vrijwillig en weloverwogen heeft opgesteld. De arts zal zich hierbij moeten baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten, nu mondelinge verificatie van de wensen van de patiënt niet mogelijk is. Daarnaast moet de arts vaststellen dat de actuele situatie van patiënt is begrepen in de situatie die patiënt heeft geschetst in zijn schriftelijke wilsverklaring. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 39.)

Verder moet de arts bedacht zijn op met het euthanasieverzoek strijdige contra-indicaties, zoals blijkend uit verbale uitingen en gedragingen van de patiënt. De arts zal moeten beoordelen of eventuele contra-indicaties in de weg staan aan het kunnen uitvoeren van euthanasie. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 40).

Ten tijde van de uitvoering van de euthanasie moet er sprake zijn van een situatie waarin aannemelijk is dat de patiënt ondraaglijk lijden ervaart. Er kan sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden door fysieke aandoeningen, maar er kan ook sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden als de patiënt in de situatie verkeert die hij in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft aangemerkt als (verwacht) ondraaglijk lijden. [...] Voor het vaststellen van het actueel ondraaglijk lijden, kan de arts zich baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten. Als de arts er niet van overtuigd is dat er sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt, kan er geen euthanasie plaatsvinden (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 40.)

De eis dat ten minste één andere, onafhankelijke arts, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen geldt onverminderd in geval van euthanasie bij een patiënt die zijn wil niet meer kan uiten. De wet schrijft voor dat de consulent de patiënt ziet. Dat is ook in deze situatie mogelijk. Van communicatie tussen de consulent en de patiënt zal niet of nauwelijks sprake zijn. Dat betekent dat de consulent naast zijn eigen observatie, ook informatie van de arts en aanvullende informatie van anderen dan de arts zal moeten gebruiken om tot een oordeel te komen en zijn verslag te maken. [...] De omstandigheid dat de patiënt zijn of haar wil niet meer kan uiten zal doorgaans aanleiding geven om een tweede onafhankelijke arts, met specifieke deskundigheid te raadplegen. Deze deskundige dient een oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van de patiënt, de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt en eventuele redelijke alternatieven. (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p. 41-42.)

De toepassing van de euthanasie moet op een voor de patiënt zo comfortabel mogelijke manier gebeuren. Er kunnen bij een patiënt die niet meer wilsbekwaam is om een euthanasieverzoek te doen aanwijzingen zijn dat onrust, agitatie of agressie kan ontstaan bij de uitvoering van euthanasie. In die situatie kunnen de door de arts in acht te nemen medische maatstaven hem tot de conclusie brengen dat premedicatie is aangewezen. Als er geen betekenisvolle communicatie mogelijk is met de patiënt als gevolg van de situatie waarin de patiënt zich bevindt, is het niet noodzakelijk dat de arts met de patiënt overlegt over het moment en de wijze waarop de euthanasie zal worden uitgevoerd (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p 42).

PATIËNT DIE NIET MEER WILSBEKWAAM IS WAT BETREFT EEN VERZOEK OM EUTHANASIE

AANDACHTSPUNTEN: VO-melding, ziekte van Alzheimer, schriftelijke wilsverklaring, Expertisecentrum Euthanasie, op de website te vinden onder nummer 2021-90.

Bij een vrouw, tussen de 60 en 70 jaar oud, werd ongeveer vier jaar voor het overlijden op basis van al langer bestaande klachten de ziekte van Alzheimer vastgesteld. De vrouw was al vele jaren lid van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE). Vierenhalf jaar voor het overlijden had zij een wilsverklaring ondertekend. Zij had die verklaring daarna door middel van een handtekening vele malen bekrachtigd. De laatste keer was twee jaar voor haar overlijden. Ze had in die tijd ook een persoonlijk aangevulde dementieclausule aan de wilsverklaring toegevoegd.

De vrouw nam contact op met het Expertisecentrum Euthanasie (EE) omdat de behandelend specialist oudergeneeskunde om principiële redenen geen euthanasie uitvoerde. In het tweede gesprek met de EE-arts - twee jaar en tien maanden voor het overlijden - bevestigde de vrouw onder welke omstandigheden haar toen nog niet actuele verzoek, concreet zou worden. Er was op dat moment geen twijfel aan de wilsbekwaamheid van de vrouw wat betreft haar verzoek om euthanasie.

Ongeveer tweeënhalfjaar voor het overlijden stemde de vrouw in met opname op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis. Daar ging haar toestand steeds verder achteruit. Uiteindelijk wist zij niet meer wie zij zelf was of waar zij was. Ook herkende zij haar kinderen niet meer. De vrouw kon niet meer zinvol communiceren en raakte in zichzelf gekeerd. Zij was onrustig en erg verdrietig, maar kon niet meer vertellen wat haar verdrietig maakte.

Negen maanden voor het overlijden verzochten de kinderen van de vrouw de arts gehoor te geven aan de wilsverklaring. In dit derde gesprek werd het de arts duidelijk dat de vrouw geen blijk gaf van herkenning. Zij was in zichzelf gekeerd en kon niet communiceren over haar verzoek. De arts bezocht de vrouw, in bijzijn van haar kinderen, daarna nog drie keer.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De commissie stelde vast dat de vrouw een duidelijke wilsverklaring had opgesteld, waarin zij concreet aangaf wat zij bedoelde met lijden aan dementie. Zij noemde onder andere het niet meer weten wie en waar zij was en haar dierbaren niet meer herkennen. Dit had zij ook besproken

met de arts. Soortgelijke uitspraken had zij al eerder gedaan bij haar huisarts en behandelend neuroloog, ze wilde de grip niet verliezen en geen “kasplantje” worden. Daarnaast had de vrouw haar verzoek met haar kinderen besproken. Tijdens al deze gesprekken was de vrouw volgens de arts nog in staat haar verzoek goed te uiten.

Uit de stukken is verder gebleken dat de vrouw na opname in het verpleeghuis onrustig en geprikkeld was geworden. Ruim een jaar voor het overlijden leidde dit tot agressie en verwondde zij een medebewoner. Medicatie leidde tot minder onrust maar zorgde voor kwijlen en sufheid. Sinds het staken van de medicatie, ongeveer vijf maanden voor het overlijden, was de vrouw constant verdrietig. Ze hilde en jammerde. De bezoeken van de arts aan de vrouw die hierop volgden, bevestigden voor hem dat de vrouw in de situatie was geraakt die zij had omschreven in haar wilsverklaring. Ook de kinderen van de vrouw en de andere betrokken artsen deelden deze mening. De commissie kwam op basis van deze gegevens tot de conclusie dat de vrouw zich in een situatie bevond waarin er voor haar, toen zij haar wilsverklaring schreef, sprake was van ondraaglijk lijden.

Ook concludeerde de commissie dat de wilsverklaring van de vrouw aan de door de Hoge Raad benoemde twee essentiële elementen voldeed. Uit de wilsverklaring volgde namelijk dat de vrouw euthanasie wilde indien zij door de dementie wilsonbekwaam was geworden en het uit de dementie volgend lijden lag ten grondslag aan haar verzoek.

De commissie stelde vast dat de arts meerdere pogingen had ondernomen om contact te krijgen met de vrouw. Hij probeerde te onderzoeken of de vrouw verbaal of non-verbaal kon aangeven dat zij geen euthanasie meer wenste. Uit het dossier werd duidelijk dat zulke uitingen er niet zijn geweest. Wel had ze uitingen gedaan die erop zouden kunnen wijzen dat zij nog altijd een euthanasieverzoek had. Zij maakte opmerkingen zoals “ik wil dit niet” of “ik wil weg”. Hoewel het niet mogelijk was om daar een precieze betekenis aan te verbinden, kon de arts naar het oordeel van de commissie tot de conclusie komen dat er geen sprake was van contra-indicaties.

De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de vrouw, waarbij het schriftelijk euthanasieverzoek als bedoeld in artikel 2, tweede lid, van de Wtl in de plaats kon treden van het mondeling verzoek.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN EN HET ONTBREKEN VAN EEN ANDERE OPLOSSING

Ondraaglijk lijden

De commissie betrok in haar oordeel dat uit het dossier en tijdens het gesprek was gebleken dat de arts zich goed in de situatie van de vrouw had verdiept. Hij bezocht haar zes keer en voerde overleg met alle verschillende betrokkenen. Daarbij nam de arts kennis van de bevindingen van de onafhankelijk deskundige en de consulent. Ook besprak de arts de situatie van de vrouw in het multidisciplinaire overleg van EE.

Op basis van de gesprekken met de vrouw en haar kinderen en de overige verslaglegging constateerde de arts dat de vrouw ondraaglijk leed. De arts leerde haar kennen als een zelfstandige, opgewekte, verzorgde vrouw. Iemand die veel waarde hechtte aan autonomie. Zij had zelf een duidelijk beeld voor ogen van het moment waarop zij haar lijden aan dementie als ondraaglijk zou ervaren. Daarom had zij dit concreet vastgelegd.

De cognitieve toestand van de vrouw ging in de loop van de tijd steeds meer achteruit. Uiteindelijk kon zij geen contact meer maken of aan-geven wat zij wilde. Ook lichamelijk ging het niet goed met haar. Ze liep moeilijk en liep daardoor een groot risico om te vallen. Uiteindelijk kon de vrouw niet meer zelf uit bed komen. Ook was zij inmiddels volledig incontinent.

De arts concludeerde dat de vrouw niet meer gelukkig was en leed onder haar dementie. Hij was ervan overtuigd dat het geschatte toekomstig lijden uit de wilsverklaring van de vrouw inmiddels actueel ondraaglijk lijden was geworden.

De arts raadpleegde een onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde. Hij bevestigde de overtuiging van de arts. De vrouw had alle grip op haar omgeving verloren. Hij concludeerde dat de dementie van de vrouw ver-gevoerd was en dat dit zorgde voor ondraaglijk lijden. Zij leed onder haar verdriet en was onbereikbaar voor troost. Alle door de vrouw opge-somde elementen van ondraaglijk lijden uit haar wilsverklaring waren realiteit geworden.

De arts raadpleegde ook een onafhankelijk consulent. De consulent was eveneens van mening dat de vrouw ondraaglijk leed onder de gevolgen van haar dementie. De lichamelijke toestand van de vrouw was achter-uitgegaan. Ook de consulent zag tekenen van actueel lijden, zoals ver-driet, huilen en uitingen zoals “ik wil niet meer”.

Uitzichtloos lijden en geen redelijke andere oplossing

De arts was ervan overtuigd dat er geen redelijke andere oplossing was om het ondraaglijk lijden van de vrouw te verlichten. Dit bleek volgens hem uit het feit dat de stemming van de vrouw niet meer te beïnvloeden was. Het opnieuw toedienen van medicatie en gedragsinterventies hadden daarnaast geen gewenst effect gehad. De onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde deelde deze overtuiging. De voortschrijdende dementie zou de vrouw alleen nog maar meer in haarzelf doen keren. Haar mogelijkheden om te communiceren zouden nog verder afnemen. Dit zou mogelijk tot meer gedragsstoornissen leiden. Ook waren er volgens hem geen palliatieve opties denkbaar. Het lijden zou toenemen en er was niets dat het zou kunnen verlichten. Ook de door de arts geraadpleegde consulent kwam tot de conclusie dat er geen redelijke andere oplossing was.

De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de vrouw uitzichtloos en ondraaglijk leed en dat er geen redelijke andere oplossing was om haar lijden te verlichten.

Voorgelicht over de situatie en de vooruitzichten

Uit de stukken werd duidelijk dat de vrouw door haar neuroloog, huisarts en de arts uitgebreid was voorgelicht over haar aandoening, het mogelijke verloop en de vooruitzichten. Op basis van deze informatie had de vrouw haar wilsverklaring opgesteld en ondertekend. Tijdens de eerste twee gesprekken met de arts had de vrouw aangegeven onder welke omstandigheden zij euthanasie wenste. Hierdoor kon de commissie tot het oordeel komen dat de vrouw zich bewust was van haar ziektebeeld en het verloop daarvan.

Consultatie

De commissie constateerde dat de arts een onafhankelijke consulent had geraadpleegd. De consulent had de vrouw gezien en geprobeerd te spreken. Zij constateerde dat de vrouw wilsonbekwaam was wat betreft haar verzoek om euthanasie. Ook had de consulent het dossier van de vrouw bestudeerd en haar schriftelijke wilsverklaring gelezen. De consulent had gesproken met alle andere betrokkenen. Zij concludeerde dat voldaan was aan de door haar te beoordelen zorgvuldigheidseisen.

De commissie constateerde dat de arts als deskundige een onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde raadpleegde. Deze heeft het dossier doorgenomen en met de verschillende betrokkenen gesproken. Hij bezocht de vrouw en probeerde een gesprek met haar te voeren. De onafhankelijk deskundige concludeerde dat de vrouw tijdens zijn bezoek wilsonbekwaam was. Ook deelde hij de mening van de arts dat de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos leed, dat er sprake was van actueel lijden en

dat er geen redelijke andere oplossing bestond om haar ondraaglijk lijden te verlichten.

Medisch zorgvuldige uitvoering

De commissie stelde vast dat de arts ter voorbereiding van de uitvoering overleg voerde met de behandelend specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundige. De reden hiervoor was dat de vrouw al eerder op heftige wijze op pijnprikkels had gereageerd en het niet mogelijk was om het plaatsen van de infuusnaald met haarzelf te bespreken. Na dit overleg besloot de arts om de vrouw premedicatie in haar koffie te geven en de prikplek op haar arm plaatselijk te verdoven met een pleister. Voor het geval dat dat niet zou werken, hield hij een injectie achter de hand.

Het geven van de premedicatie was niet meer nodig, omdat de vrouw voorafgaande aan de uitvoering al slaperig bleek te zijn. Het prikken van de naald ging zonder problemen. De arts heeft de levensbeëindiging uitgevoerd conform de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat de arts de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. Samenvattend is de commissie van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste en tweede lid, Wtl.

3 ARTS HEEFT *NIET* GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDS- EISEN

In dit verslagjaar is de RTE zeven keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij de toepassing van euthanasie niet gehandeld heeft conform de zorgvuldigheidseisen. Twee keer betrof dat het vereiste betreffende de consultatie, twee keer de uitvoering en drie keer de grote behoedzaamheid die betracht moet worden bij een patiënt die lijdt ten gevolge van een psychiatrische aandoening.

ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

De Wtl vereist dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts consulteert die de patiënt ziet en schriftelijk zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidsvereisten a tot en met d. In de EuthanasieCode 2018 staat wat betreft de onafhankelijkheid van de consulent onder andere:

De wet spreekt met betrekking tot de consulent van een ‘onafhankelijke arts’. Onafhankelijkheid betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Ook de schijn van niet-onafhankelijkheid moet worden voorkomen. De vereiste onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de arts houdt in dat er geen persoonlijke, organisatorische, hiërarchische of financiële relatie bestaat. Zo komt bijvoorbeeld een praktijkgenoot, medelid van de maatschap, een familielid of een arts die in een al dan niet financiële afhankelijkheidsrelatie staat tot de consultvragende arts (zoals een arts-assistent) niet in aanmerking. Ook een consulent die patiënt is van de uitvoerend arts komt hiervoor niet in aanmerking. (Gewijzigde Euthanasiecode 2018 pag. 29)

In de volgende twee oordelen is de commissie tot de conclusie gekomen dat er sprake was van een schijn van niet-onafhankelijkheid. Dit omdat de consulent als patiënt staat ingeschreven bij de uitvoerend arts.

De arts heeft voor een consultatie een consulent toegewezen gekregen via het gebruikelijke systeem. In zijn verslag antwoordde de arts op de vraag waarom de arts en de consulent onafhankelijk zijn ten opzichte van elkaar: *“Wij werken niet binnen eenzelfde praktijk of waarneemgroep, kennen elkaar oppervlakkig aangezien we in dezelfde stad werken.”*

De consulent schreef ten aanzien van de onafhankelijkheid ten opzichte van de arts: *U bent mijn huisarts en wij kennen elkaar van eerdere SCEN-consulten.... U vindt het niet bezwaarlijk dat ik het SCEN-consult doe en ik voel mij ook vrij en onafhankelijk om dit consult te doen.”*

Uit de mondelinge toelichting bij de commissie bleek dat de consulent de arts meteen na het verzoek om een consult opgebeld heeft. Zij bespraken toen het feit dat de consulent als patiënt staat ingeschreven in de praktijk van de arts. Zij dachten beiden dat dat geen belemmering was voor de onafhankelijkheid van de consulent. Ook werd in dat gesprek duidelijk dat de consulent zo’n twintig jaar staat ingeschreven als patiënt bij de arts en dat hij in die tijd vier of vijf keer in die hoedanigheid de arts bezocht heeft.

In het gesprek zei de arts dat hij ervan op de hoogte was dat de onafhankelijkheid tussen arts en consulent gewaarborgd moet worden. Maar hij wist niet dat de RTE een arts-patiënt relatie tussen arts en consulent beschouwt als schijn van niet-onafhankelijkheid. De arts kende de EuthanasieCode 2018 niet. De consulent kende de Code wel maar het vereiste niet. Na de uitnodiging voor de mondelinge toelichting heeft hij geconstateerd dat in de EuthanasieCode 2018 sprake is van een aanscherping op dit punt ten opzichte van de vorige versie van de Code.

De commissie is van oordeel dat het niet wenselijk is dat een arts die ingeschreven staat als patiënt bij de uitvoerend arts de consultatie doet. Dit omdat ook de schijn van niet-onafhankelijkheid voorkomen moet worden. Van deze schijn van niet-onafhankelijkheid is hier sprake gezien de jarenlange bestaande arts-patiënt relatie tussen arts en consulent.

Dat de arts niet op de hoogte was van deze norm acht de commissie spijtig. Maar zij is van oordeel dat men van een arts die euthanasie verleent, mag verwachten dat hij zich op de hoogte stelt van de actuele toetsingsnormen van de RTE. Hetzelfde geldt voor de consulent. De commissie kan dan ook niet anders dan tot de conclusie komen dat er in dit geval geen sprake was van het raadplegen van een onafhankelijke arts.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen heeft de arts voldaan.

Bij deze melding schreef de arts in zijn modelverslag over de consulent: 'We kennen elkaar als collega arts, heer [...] is patiënt in mijn praktijk. Wij hebben uitsluitend een professionele relatie met elkaar.' De SCEN-arts schreef: '[...] de consult-vragend arts ken ik als mijn eigen huisarts. Desondanks voel ik me onafhankelijk om een SCEN-consultatie bij deze patiënt te verrichten.'

De arts en de consulent zijn door de commissie uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven over de onderlinge relatie. In dat gesprek bleek dat de arts niet op de hoogte was van wat er in de EuthanasieCode 2018 staat over de arts-consulent relatie. Ook de consulent wist dit niet. Hij was een dergelijke situatie nooit eerder tegengekomen. Ook tijdens de intervisie bijeenkomsten was dit nooit besproken. Beiden hebben niet stilgestaan bij het feit dat er sprake zou kunnen zijn van belangenverstrengeling. De arts benadrukte dat de schijn van niet-onafhankelijkheid een kritische beoordeling niet in de weg heeft gestaan. De consulent stelde ook dat als hij een andere mening ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen had gehad dan de arts, hij dat had aangegeven.

De commissie constateert dat de EuthanasieCode 2018 helder is op dit punt: een consulent die patiënt is van de uitvoerend arts komt niet in aanmerking om als consulent op te treden. Nu in dit geval sprake is van een dergelijke relatie is de commissie van oordeel dat de arts niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van het raadplegen van ten minste één onafhankelijke arts. Er zijn naar het oordeel van de commissie geen omstandigheden door de arts aangevoerd die een afwijking van de EuthanasieCode 2018 rechtvaardigen. Ze komt dan ook tot het oordeel dat niet voldaan is aan dit vereiste.

Aan de overige zorgvuldigheidsvereisten heeft de arts voldaan.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

De RTE hanteert bij de toetsing van de medische zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding als leidraad. De Richtlijn van 2012 vermeldt op pagina 13 'De arts moet gedurende de euthanasie of hulp bij zelfdoding aanwezig zijn en blijven.' Verder stelt de Richtlijn dat de arts een extra set intraveneuze euthanatica en materialen voor bereiding én toediening dient mee te nemen. En ten slotte wordt in de Richtlijn benadrukt dat de arts de euthanatica niet bij de patiënt mag achterlaten (alle drie de normen staan ook in de EuthanasieCode 2018). Aan deze vereisten is in de volgende melding niet voldaan.

De uitvoering van deze euthanasie werd bemoeilijkt doordat de patiënt niet in coma raakte na het inspuiten van het daarvoor bedoelde middel. Dat gebeurde wel na een tweede dosis van het middel. Toen de man in coma was, diende de arts de spierverslapper toe. Helaas overleed de man niet binnen de tijd die daarvoor gesteld wordt in de richtlijn. De arts bedacht toen dat de infuusnaald waarschijnlijk niet goed geplaatst was. Hij besloot dat opnieuw te doen en had daarvoor een nieuwe naald nodig. Omdat hij die naald niet bij zich had, moest hij naar een andere ruimte in het gebouw.

Op gesprek bij de commissie vertelde de arts dat hij de ambulancedienst de infuusnaald had laten inbrengen. De euthanatica had hij van de apotheker. Deze had er geen naalden bijgeleverd. Hij had er niet bij stilgestaan langs de ruimte te lopen waar de naalden zijn opgeslagen. Dat kwam mede omdat hij ervan uit ging dat de ambulancedienst de naald goed geplaatst had. Toen de arts tot de conclusie kwam dat er een nieuwe naald moest komen, heeft hij overwogen om een verpleegster of verzorgende te vragen die op te halen. Maar hij dacht dat het te lang zou duren voordat een van hen ter plaatse zou zijn. Bovendien moest hij dan ook nog uitleggen wat voor naald hij wilde hebben en waar die te vinden was. Hij had geen telefoon bij zich en in de kamer waar de euthanasie werd uitgevoerd, was geen vaste telefoon aanwezig. Hij wist het nummer ook niet. De arts had niemand meegevraagd ter ondersteuning om een zekere beslotenheid te behouden tijdens de uitvoering, ook voor de familie.

De naalden bevonden zich in een kamer een etage lager. De arts was daar snel naar toe gelopen en was binnen maximaal tien minuten terug. Bij het verlaten van de kamer heeft hij er niet bij stilgestaan om de resterende dosis spierverslapper met zich mee te nemen. Dat kwam omdat hij erop gericht was zo snel mogelijk terug te zijn. Bij terugkomst was de man nog steeds in een diep coma. Hij had geen ongemak ervaren en de familie was rustig gebleven.

De arts realiseerde zich achteraf dat er onzorgvuldigheden waren in de uitvoering. Maar hij heeft geprobeerd om onder de gegeven omstandigheden zo goed mogelijk en in het belang van de man te handelen. Hij heeft naderhand de gang van zaken besproken met de familieleden en met collega's. Hij is van plan om naar het interne protocol te kijken en contact op te nemen met de apotheker.

De commissie is van oordeel dat de hiervoor genoemde normen gehandhaafd dienen te worden en dat die normen strikt uitgelegd moeten worden. Dit omdat er aan levensbeëindiging op verzoek risico's verbonden zijn die onmiddellijk ingrijpen kunnen vereisen. Risico's die maken dat de arts bij de patiënt aanwezig moet blijven tot de dood is ingetreden.

De commissie, die geen twijfel had aan de goede intenties van de arts, merkt op dat de arts zich in een tamelijk kwetsbare positie heeft geplaatst. Die positie was kwetsbaar doordat de arts geen telefoon bij zich had, geen assistentie had meegevraagd en geen andere vorm van opvang had georganiseerd. Daardoor kon hij niet op een eenvoudige wijze om assistentie vragen toen de uitvoering gecompliceerd bleek te verlopen. De commissie kan er dan ook niet omheen dat de arts niet heeft gehandeld conform de drie eerdergenoemde normen: hij had geen reservenaald bij zich, hij heeft de man verlaten en hij heeft de spierverlapper bij de man en diens familie achter gelaten. De commissie komt tot het oordeel dat de arts niet voldaan heeft aan het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering.

Aan de overige zorgvuldigheidsvereisten heeft de arts voldaan.

Zowel in de parlementaire stukken als in de EuthanasieCode 2018, als in de Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van de KNMG en KNMP én in het standpunt van de KNMG inzake euthanasie is vermeld dat de arts de levensbeëindiging zelf moet uitvoeren en niet aan een ander mag overlaten.

OORDEEL 2021-92

In deze melding werd op verzoek van de arts op de dag van de uitvoering een infuusnaald geplaatst door een daarin gespecialiseerd ambulance-team. Toen de arts bij de patiënte aankwam, zag de arts dat het een naald betrof in de enkel. Ze meende dat het er goed uitzag. Ze spoot eerst een zoutoplossing en een pijnstiller. Dat ging goed. Maar toen ze het coma-opwekkend middel wilde geven, merkte ze een sterke weerstand. Die weerstand verhinderde haar het middel toe te dienen. Omdat bewegen aan het kraantje aan de naald daarin geen verandering bracht, heeft de arts het ambulanceteam gebeld, zij dacht dat de naald toch niet goed zat.

De ambulancebroeder heeft de infuusnaald gecontroleerd. Hij dacht dat de naald wel goed zat en zie iets van de strekking “Geef mij maar, dan doe ik het wel.” De arts heeft hem daarop de spuiten met het coma-opwekkend middel aangereikt. Die zijn vervolgens door de ambulancebroeder probleemloos ingespoten. Nadat de arts vaststelde dat het coma voldoende diep was, heeft de ambulancebroeder de infuusnaald met een zoutoplossing doorgespoeld. Daarna heeft de arts de spuit met spierverslapper aan de ambulancebroeder gegeven en die heeft dat aan de vrouw toegediend.

Terugkijkend op haar handelen, vermoedde de arts dat de betrekkelijk hoge stroperigheid van het coma-opwekkend middel de weerstand die zij voelde veroorzaakt had. Zij had dit middel niet eerder gebruikt. Het werd haar verstrekt door de apotheek en een alternatief was er niet. Hoewel zij zich er geestelijk op had voorbereid dat zij kracht zou moeten zetten, was de arts bang dat als ze meer kracht zou zetten de vloeistof niet in de ader terecht zou komen maar onder de huid. Het moeizame verloop had haar bovendien aan het twijfelen gebracht over de plaatsing van de naald.

De ambulancebroeder met wie de arts zich verstond werd door haar getypeerd als ‘kordaat’ en ‘praktisch’. De gang van zaken waarbij zij de spuiten met het coma opwekkend middel aanreikte en de ambulancebroeder deze spoot, voltrok zich met een grote mate van vanzelfsprekendheid. Het was niet zo dat de ambulancebroeder de leiding had of op

eigen houtje handelde. De arts voelde zich ook niet overrompeld of terzijde geschoven. Zowel de arts als de ambulancebroeder wist wat er gebeuren moest. De arts gaf daarbij geen duidelijke aanwijzingen, maar bepaalde door het aanreiken wel welk middel op welk moment werd toegediend. Zij stelde ook de diepte van het coma vast. Nu de ambulancebroeder het spuiten voor zijn rekening nam, was het niet bij de arts opgekomen om de spierverslapper zelf toe te dienen. Ook was er volgens de arts geen aanleiding om de euthanasie uit te stellen nu de infuusnaald goed geplaatst bleek. Dat zou ook niet wenselijk zijn geweest omdat de vrouw en haar familie zich geestelijk op de uitvoering hadden voorbereid.

De commissie heeft naar aanleiding van de mondelinge toelichting van de arts geconstateerd dat – anders dan in het modelverslag was vermeld – de euthanatica niet door de arts werden toegediend. De commissie heeft zich in verband daarmee ambtshalve rekenschap gegeven van de vraag of zij bevoegd was om deze melding te beoordelen. De commissie meende dat zij bevoegd was.

De commissie stelt allereerst vast dat – afgezien het feit dat de arts niet zelf de euthanatica toediende maar deze aanreikte aan de ambulanceverpleegkundige - de uitvoering van de euthanasie volgens de in de Richtlijn omschreven methode plaatsvond. Verder stelt zij vast dat de vrouw geen ongemak heeft ervaren. Ook was het de arts die steeds bepaalde wat er, op welk moment gebeurde. In die zin beheerste de arts dus het uitvoeringsproces. Wat dat betreft is dus sprake geweest van een medisch correcte uitvoering. Toch kan de commissie er niet aan voorbijgaan dat de arts niet zelf de euthanatica heeft toegediend, zoals in de wet is voorgeschreven en ook uitdrukkelijk in de EuthanasieCode 2018 is beschreven. De arts heeft dit door een ander laten doen.

De commissie begrijpt uit de toelichting van de arts dat deze situatie is ontstaan. Echter bij deze stand van zaken dient het oordeel van de commissie te luiden dat de arts niet gehandeld heeft overeenkomstig het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen heeft de arts voldaan.

GROTE BEHOEDZAAMHEID

Indien een verzoek om euthanasie (in overwegende mate) voortkomt uit een lijden dat het gevolg is van een psychiatrische aandoening wordt van artsen grote behoedzaamheid gevraagd. Die behoedzaamheid betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. De arts moet bij deze patiënten naast de reguliere consulent óók een onafhankelijke psychiater raadplegen of een consulent die zelf psychiater is. Deze moet naar alle drie de aspecten kijken (Gewijzigde EuthanasieCode 2018, p. 44-45). In de volgende drie meldingen constateerden de commissies dat de artsen hun overtuigingen die hen deden besluiten euthanasie te verlenen, onvoldoende konden onderbouwen.

De melding betreft een euthanasie bij een vrouw met een borderline persoonlijkheidsstoornis (mensen met deze stoornis hebben last van sterke wisselingen in hun stemming, gedachten en gedrag). Die stoornis ging samen met antisociale kenmerken (geen rekening houden met de gevoelens en wensen van andere mensen). Er was regelmatig sprake van psychotische ontregeling (een verlies van grip op de realiteit). De vrouw had gedurende vele jaren verschillende psychiatrische behandelingen ondergaan voor haar stoornis, waaronder meerdere opnames. Geen van de behandelingen had een blijvend positief effect gehad. Door de gevolgen van pogingen tot zelfdoding en door suikerziekte was zij ook lichamelijk in een slechte conditie. Drie jaar voor het overlijden werd het voor haar steeds duidelijker dat haar lijden niet zou verminderen en zij sprak sindsdien geregeld met de arts over haar doodswens.

De arts was bereid het euthanasieverzoek te onderzoeken en verdiepte zich uitgebreid in de geschiedenis van de psychiatrische behandelingen die de vrouw had gehad. In overleg met de consulent werd op verzoek van de arts twee weken voor het overlijden een wilsbekwaamheidsbeoordeling bij de vrouw uitgevoerd door een onafhankelijk psychiater.

De arts heeft in haar mondelinge toelichting aan de commissie aangegeven dat zij niet goed op de hoogte was van hetgeen in de EuthanasieCode 2018 wordt vermeld over het raadplegen van een onafhankelijk psychiater bij een euthanasieverzoek bij een patiënt zoals deze. Ze had de consulent gevraagd waar ze op moest letten. De consulent had haar gewezen op de noodzaak de wilsbekwaamheid wat betreft een euthanasieverzoek te laten onderzoeken, maar niet dat de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van redelijke alternatieven ook moesten worden beoordeeld door een onafhankelijk psychiater. De arts zei tegen de commissie dat zij in het euthanasietraject heeft vertrouwd op de adviezen en de deskundigheid van de consulent. Zij ging er hierbij vanuit dat de consulent op de hoogte zou zijn van de toepasselijke wet- en regelgeving. Zij heeft dan ook van de consulent aangenomen dat alleen een wilsbekwaamheidsbeoordeling door een onafhankelijk psychiater nodig was.

De commissie merkt op dat de arts zelf verantwoordelijk is voor het euthanasietraject en dat ze zichzelf op de hoogte had moeten stellen van de relevante wet- en regelgeving. De arts heeft tijdens haar mondelinge toelichting aan de commissie verklaard dat ze dit inmiddels terdege beseft en dat ze dit zeker zal doen bij eventuele toekomstige toepassingen van euthanasie.

De commissie realiseert zich dat de arts geconfronteerd was met een complexe vraag van een complexe patiënt. Tevens realiseert de commissie zich dat de arts bereid was het euthanasieverzoek te onderzoeken juist omdat zij zich zo betrokken voelt bij haar patiënten en hen niet in de kou wil laten staan. De arts heeft hierbij zorgvuldig en met grote behoedzaamheid willen handelen. Dat blijkt onder andere door vooraf aan de consulent te vragen waar ze rekening mee moest houden. Toch komt de commissie tot het oordeel dat de arts niet met de vereiste behoedzaamheid te werk is gegaan. De arts heeft zich immers bij de raadpleging beperkt tot de vraag naar de wilsbekwaamheid van de vrouw aangaande een verzoek om euthanasie. De arts was overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden van de vrouw en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Ze heeft haar argumenten daarvoor uitgebreid toegelicht aan de commissie. Maar door het niet consulteren van een onafhankelijke deskundige wat betreft deze aspecten heeft de arts niet kritisch kunnen reflecteren op haar eigen overtuigingen. Dit klemmt des te meer omdat de arts zelf niet beschikt over voldoende deskundigheid ter zake van de psychiatrische aandoening van de vrouw. Ook de door de arts geraadpleegde consulent beschikt niet in voldoende mate over deze deskundigheid. De arts heeft daardoor onvoldoende kunnen onderbouwen dat zij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat sprake was van uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen heeft de arts voldaan.

Ook in de tweede melding is wel een deskundige geraadpleegd. Deze keer heeft die deskundige echter niet beoordeeld of de patiënt wilsbekwaam was wat betreft een verzoek om euthanasie.

OORDEEL 2021-97

Deze melding betreft een vrouw met een Post Traumatisch Stress Syndroom (PTSS). Er was sprake van een geestelijk lijden dat zich ook fysiek uitte in aanvallen van spierverkramping die steeds vaker voorkwamen en steeds erger werden. Ondanks dat de vrouw gemotiveerd deelnam aan verschillende psychotherapeutische behandelingen, werd haar situatie niet beter. De ingezette geneesmiddelen hadden slechts een tijdelijk effect. Fysiotherapie en maatschappelijke begeleiding waren ook niet succesvol geweest. Uiteindelijk bleef alleen het inspuiten van diazepam (een rustgevend middel) als symptoombestrijding over. Voor dat inspuiten was de vrouw afhankelijk van anderen.

De arts raadpleegde naast een gewone consulent een klinisch psycholoog. De arts – die als GGZ-kaderarts over uitgebreide kennis van de geestelijke gezondheidszorg beschikt – kwam bij deze psycholoog via het Centrum voor Consultatie en Expertise. De arts koos dat centrum omdat daar een grote groep experts werkzaam is die kennis heeft van de behandeling van complexe situaties. Binnen het CCE is volgens de arts de casus van de vrouw besproken door een multidisciplinaire groep, waartoe ook ten minste één psychiater behoort. In dat overleg werd besloten dat de onafhankelijke psycholoog de aangewezen persoon was om de vrouw te onderzoeken vanwege haar vak kennis op het gebied van de psychopathologie (de wetenschap betreffende de behandelingen voor psychische aandoeningen).

De arts heeft tijdens het gesprek met de commissie benadrukt het vervelend te vinden dat zij over het hoofd heeft gezien dat in de Euthanasie-Code wordt uitgegaan van consultatie door een onafhankelijke psychiater. Zij dacht met het inschakelen van de consulent en de klinisch psycholoog voldaan te hebben aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Een overtuiging waarin ze bevestigd werd door de consulent, die immers in haar verslag uitsprak (ook) van oordeel te zijn dat aan de wettige zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie overweegt allereerst dat met het niet raadplegen van een onafhankelijke psychiater voorbijgegaan is aan hetgeen in de EuthanasieCode is voorgeschreven. Daartegenover staat dat de arts er blijkens haar toelichting bewust en welberedeneerd voor gekozen heeft om het CCE te benaderen omwille van de aldaar aanwezige bijzondere deskun-

digheid. Verder was men bij het CCE ervan overtuigd dat de klinische psycholoog uit professioneel oogpunt de meest aangewezen persoon was om de uitzichtloosheid van het lijden en het al dan niet ontbreken van een redelijke andere oplossing te beoordelen.

Naar het oordeel van de commissie is de door de arts bewandelde weg te billijken. De commissie betreft bij dat oordeel het feit dat volgens de NVvP (zie pagina 27 van de Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis) in uitzonderingsgevallen een second opinion kan worden uitgevoerd door een andere professional dan een psychiater. Dat kan in situaties wanneer deze professional bij uitstek de specifieke deskundigheid bezit op het gebied van de aandoening van de patiënt. Met inachtneming van hetgeen hiervoor overwogen werd, is de commissie van oordeel dat de geraadpleegde onafhankelijk klinisch psycholoog in deze casus als een ter zake deskundige kan worden beschouwd, wier oordeel door de commissie betrokken zal worden bij de oordeelsvorming.

68 Wat betreft de drie vereisten die beoordeeld moeten worden door de onafhankelijke deskundige stelt de commissie vast dat de klinisch psycholoog niet gevraagd werd de wilsbekwaamheid van de vrouw te beoordelen. Zij heeft daarover ook niets gerapporteerd. De arts legde uit dat zij niet bekend was met dit voorschrift. Verder heeft de arts betoogd dat er geen enkele reden was om aan de wilsbekwaamheid van de vrouw te twijfelen, ook omdat haar stoornis daartoe geen aanleiding gaf. De arts heeft in dit verband nog gerefereerd aan bovengenoemde richtlijn waarin is opgenomen dat 'wilsbekwaamheid wordt verondersteld zolang het tegendeel niet is aangetoond'. Dat is voor de arts in dit geval het uitgangspunt geweest. Getoetst aan de vier gangbare vragen betreffende wilsbekwaamheid, waren er volgens de arts geen aanwijzingen voor omstandigheden die het vermogen van de vrouw om overwogen keuzes te maken hadden aangetast.

Ook de consulent achtte de vrouw wilsbekwaam ten aanzien van het verzoek om euthanasie. En in de rapportage van de klinisch psycholoog zijn in elk geval geen omstandigheden genoemd die aanleiding gaven om te twijfelen aan de wilsbekwaamheid van de vrouw.

De commissie stelt vast dat de arts een grote betrokkenheid met de vrouw aan de dag heeft gelegd door de behandeling van het euthanasieverzoek zelf ter hand te nemen. Zij heeft zich daarbij in de situatie van de vrouw verdiept en daarop uitgebreid gereflecteerd. Ook acht de commissie het aannemelijk dat de vrouw inderdaad wilsbekwaam was ten aanzien van het euthanasieverzoek; in haar ziekteverleden waren geen omstandigheden aanwezig die daarvoor een contra-indicatie waren en

naast de arts was ook de consulent van mening dat de vrouw wilsbekwaam was wat betreft het euthanasieverzoek.

Toch oordeelt de commissie dat de arts niet met de vereiste grote behoedzaamheid te werk is gegaan. Het voorschrift luidt immers dat een psychiater of een andere ter zake deskundige (ook) dit aspect van de zorgvuldigheidseisen beoordeelt, zodat de uitvoerende arts kan reflecteren op zijn eigen afwegingen dienaangaande. De raadpleging van een onafhankelijke deskundige was in dit geval des te meer van belang omdat arts noch consulent psychiater zijn.

Tijdens het gesprek met de arts is nog aan de orde gesteld dat alleen de arts verantwoordelijk is voor het euthanasietraject en dat deze zich ervan moet vergewissen dat aan de relevante wet- en regelgeving wordt voldaan. Het oordeel of advies van de consulent maakt dat niet anders. De arts heeft dat onderschreven, zoals zij eerder al deed in haar antwoord op schriftelijke door de commissie gestelde vragen, en herhaalde dat zij het betreurt niet bekend te zijn geweest met hetgeen hierover in de EuthanasieCode is voorgeschreven.

Bij deze stand van zaken kan de commissie niet anders dan oordelen dat de arts onvoldoende heeft onderbouwd dat zij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek en dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen heeft de arts voldaan.

In de derde melding is geen consultatie van een onafhankelijke deskundige geweest.

OORDEEL 2021-143

Deze melding betreft de euthanasie van een man die al 25 jaar buikklachten had. Ondanks heel veel onderzoek werd er geen lichamelijke reden voor zijn klachten gevonden. Ongeveer zeven jaar voor het overlijden werden zijn buikpijnklaarten geduid als somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK). Vier jaar voor zijn overlijden heeft de man blaaskanker gehad. Daarvoor is hij behandeld. Volgens de behandelend oncoloog was de behandeling succesvol maar de man zelf was ervan overtuigd dat de kanker uitgebreid uitgezaaid was. Hij had overal pijn en werd steeds vermoeider. Hierdoor kon hij niets ondernemen. Hij zat/lag de hele dag op de bank. Hij ervoer geen kwaliteit van leven meer. Hij vond het moeilijk te verkroppen dat er geen verklaring werd gevonden voor zijn lichamelijke klachten. De laatste maanden voor het overlijden was er sprake van totale inactiviteit en forse zelfverwaarlozing. Hij kon niet meer op zijn benen staan.

Tussen de diagnose van de blaaskanker en zijn overlijden deed de man verschillende pogingen zichzelf te doden. In verband daarmee werd hij opgenomen op een intensive-care afdeling en daarna op een gesloten afdeling van een psychiatrische instelling. Na het ontslag uit deze instelling werd de man thuis begeleid vanwege een depressie. Een advies om zich te laten behandelen voor somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten volgde hij niet op.

Uit het dossier van de (huis)arts werd duidelijk dat zij geen onafhankelijke psychiater had geraadpleegd. Zij heeft wel veertien dagen voor het overlijden, telefonisch contact gehad met de behandelend psychiater van de man. Toen de arts contact met hem opnam, gaf de behandeld psychiater aan dat bij de man geen sprake was van een depressie in engere zin waardoor hij wilsonbekwaam zou zijn. Hij bood aan om op huisbezoek te gaan bij de man, als dat door de consulent zou worden gevraagd.

De arts werd uitgenodigd voor een gesprek bij de commissie. De door haar geraadpleegde onafhankelijk consulent was, op verzoek van de arts, bij dat gesprek aanwezig.

De commissie constateert dat de door de arts geraadpleegde consulent tot de conclusie is gekomen dat sprake was van een vrijwillig en herhaald verzoek tot euthanasie. Hij signaleerde geen druk van derden. Hij stelde

vast dat de behandelend psychiater en de betrokken sociaal-psychiatrisch verpleegkundige de man als wilsbekwaam beoordeelden en dat er bij hem geen sprake was van een echte depressie.

Desgevraagd heeft de arts aangegeven dat de behandelend psychiater haar niet heeft gewezen op de noodzaak van het raadplegen van een onafhankelijke psychiater in het kader van een euthanasietraject. Ook de consulent deed dat niet. De consulent stelde tijdens de mondelinge toelichting van de arts dat 'een onafhankelijke psychiatrische beoordeling een gepasseerd station' was. Tijdens de mondelinge toelichting heeft de arts aangegeven dat zij niet bekend was met de EuthanasieCode van de RTE. Zij wist niet dat zij een onafhankelijke psychiater had moeten raadplegen.

Naar het oordeel van de commissie heeft de arts een grote betrokkenheid met de man aan de dag gelegd door de behandeling van het euthanasieverzoek ter hand te nemen. Zij heeft zich daarbij in de situatie van de man verdiept. Desalniettemin is de commissie van oordeel dat de arts niet met de gevraagde grote behoedzaamheid heeft gehandeld. Nu er sprake was van SOLK was een onafhankelijke psychiatrische beoordeling ter vaststelling van de wilsbekwaamheid ter zake noodzakelijk. Hoewel de consulent de arts niet nauwkeurig heeft geadviseerd, blijft de arts zelf verantwoordelijk voor het euthanasietraject. De commissie is dan ook van oordeel dat de arts zichzelf op de hoogte had moeten stellen van de ter zake doende wet- en regelgeving.

Ook wat betreft de vereisten van de overtuiging dat er sprake is van uitzichtloos lijden en dat een redelijk alternatief ontbreekt, komt de commissie, met eenzelfde redenering, tot deze conclusie.

Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat bij de man sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek; dat zijn lijden uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie.

Aan de overige zorgvuldigheidsvereisten heeft de arts voldaan.

COLOFON

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

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

Druk:
Xerox/OBT, Den Haag

april 2022