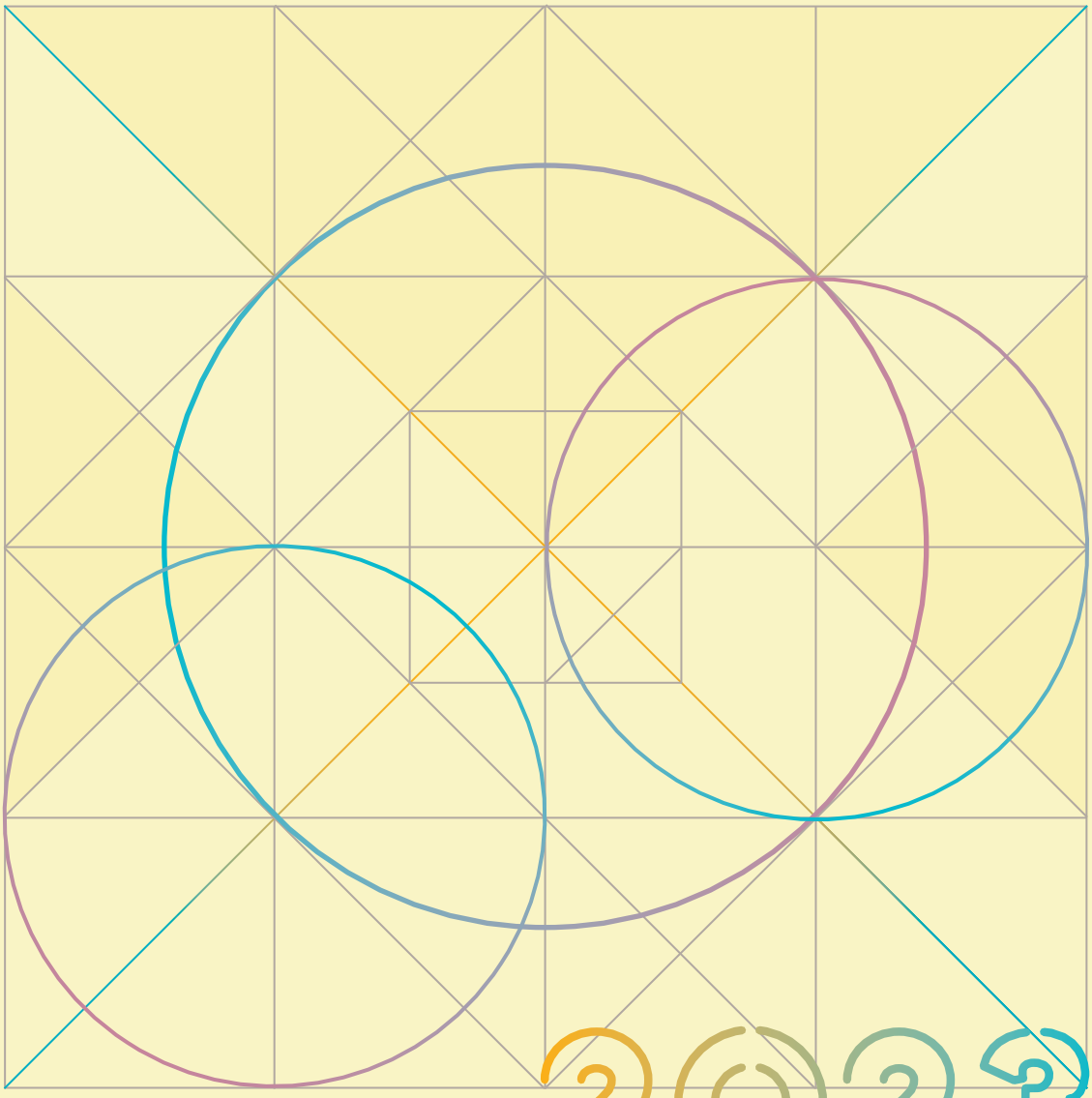
RTE

REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2023

INHOUD

VOORWOORD 4

INLEIDING 7

HOOFDSTUK 1 ONTWIKKELINGEN WERKWIJZE RTE

1 Verkort oordeel bij meldingen van euthanasie bij patiënten met een psychische stoornis 8

2 Geen standaard mondelinge toelichting meer na euthanasie op basis van een schriftelijk verzoek 11

3 Bijzondere werkwijze medisch zorgvuldige uitvoering 12

HOOFDSTUK 2 CIJFERS IN 2023

Aantal meldingen 14
Verhouding man – vrouw 14
Verhouding levensbeëindiging op verzoek / hulp bij zelfdoding 14
Aandoeningen 15
- Veel voorkomende lichamelijke aandoeningen 15
- Dementie 15
- Psychische stoornissen 17
- Stapeling van ouderdomsaandoeningen 17
- Andere aandoeningen 19

Leeftijd 19
Locatie van de levensbeëindiging 21
Uitvoerend artsen 21
Meldingen Expertisecentrum Euthanasie 21
Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie 23
Duo-euthanasie 23
Niet gehandeld volgens de zorgvuldigheidseisen 24
Selectie van meldingen 24
Verschillende soorten geschreven oordelen 25
Het stellen van schriftelijke en mondelinge vragen door de RTE 25
Doorlooptijden 26
Meldingen in de ‘discussieruimte’ 26
Reflectiekamer 27

HOOFDSTUK 3 CASUÏSTIEK

1 Inleiding 27

2 De arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen 30

2.1 Vijf voorbeelden van de meest voorkomende meldingen 30
Oordeel 2023-031 Kanker 31
Oordeel 2023-015 Aandoening van het zenuwstelsel 32
Oordeel 2023-013 Longaandoening 33
Oordeel 2023-021 Hart- en vaataandoening 34
Oordeel 2023-029 Combinatie van aandoeningen 35

2.2 Vijf voorbeelden van meldingen geordend naar vijf zorgvuldigheidseisen 36
Oordeel 2023-109 Vrijwillig en weloverwogen verzoek 37
Oordeel 2023-120 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden 39
Oordeel 2023-121 Het ontbreken van een redelijke andere oplossing 40
Oordeel 2023-110 Consultatie 43
Oordeel 2023-119 Medisch zorgvuldige uitvoering 45

2.3 Vier voorbeelden van patiënten met een bijzondere aandoening 46
Oordeel 2023-004 Psychische stoornis 47
Oordeel 2023-043 Stapeling van ouderdomsaandoeningen 49
Oordeel 2023-074 Wilsbekwame patiënt met dementie 51
Oordeel 2023-065 Patiënt met dementie die niet meer wilsbekwaam was 52

3 De arts heeft niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen 55
Onafhankelijke consultatie 55
Oordeel 2023-025 56
Grote behoedzaamheid bij psychische stoornissen 57
Oordeel 2023-002 58
Oordeel 2023-038 60
Combinatie van lichamelijke aandoeningen en psychische stoornissen 62
Oordeel 2023-003 63
Medisch zorgvuldige uitvoering 65
Oordeel 2023-108 66

VOORWOORD

In 2023 bestonden de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) 25 jaar. Op 1 november 1998 trad namelijk het besluit in werking waarin de vijf commissies in het leven werden geroepen met als doel het borgen van rechtszekerheid, maatschappelijke controle en kwaliteitsbewaking. Daar is nog nadrukkelijk als bijkomend doel bij vermeld het meer op afstand plaatsen van het strafrecht om zo de meldingsbereidheid van artsen te verhogen.

De RTE lijken deze doelen te (helpen) realiseren. Ieder jaar kunnen de RTE in hun jaarverslag melden dat de uitvoeringspraktijk zeer zorgvuldig is. Zo ook dit jaar. Ook de periodieke evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) en daarmee tevens de evaluatie van de RTE zelf komt telkens tot die conclusie. De meldingsbereidheid blijft onveranderd hoog. Het functioneren van de RTE zelf wordt positief beoordeeld. Dat geldt ook voor de meest recente evaluatie van juli 2023. De enige direct aan de RTE gerichte aanbeveling uit die evaluatie – het meer inzichtelijk maken van interne criteria over de selectie van meldingen – is overgenomen en gerealiseerd.

De RTE doen wat ze moeten doen: het tijdig toetsen van meldingen van artsen die euthanasie hebben verleend. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat er geen ambities en uitdagingen meer zijn. Nog los van de gestage groei aan meldingen – in 2023 werden er weer 4% meer meldingen van euthanasie ontvangen dan het jaar ervoor – blijven de kwaliteit en onderlinge consistentie van de oordelen, de bemensing van de RTE en de relatie tot de uitvoerend artsen en SCEN-artsen onderwerpen die voortdurende aandacht vragen. Daarnaast hebben de RTE tijdens het in december 2023 georganiseerde jubileumcongres aan de hand van vele deskundige sprekers getracht inzicht te krijgen in wat de toekomst in petto zou kunnen hebben.

De RTE ontvingen in 2023 9.068 meldingen van euthanasie. De groei heeft dus doorgezet, zij het minder dan in 2022. In het jaarverslag ziet u dit jaar voor het eerst de ontwikkeling van het aantal meldingen per categorie weergegeven in een grafiek. Grof genomen zijn er geen opvallende afwijkingen in aantallen per categorie.

Dit jaar zijn vijf meldingen beoordeeld als onzorgvuldig. Dit is wederom een zeer beperkt deel van het totaal. In hoofdstuk 3 staan samenvattingen van deze oordelen. In hoofdstuk 1 van dit jaarverslag wordt ingegaan op enkele meldingen waarin de Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van de KNMG en KNMP (2021) niet was gevolgd. Omdat deze meldingen in 2024 zijn beoordeeld, zullen zij pas in het volgend jaarverslag ter sprake komen.

In de tweede helft van dit verslagjaar hebben de RTE negen extra nieuwe leden geworven. Het tiende extra lid volgt in de eerste helft van 2024. Deze uitbreiding maakt het mogelijk dat de RTE in de pas kunnen blijven lopen met de gestage groei van het aantal meldingen van euthanasie. Naar de precieze oorzaken van deze stijging blijft het gissen. Toch lijkt de autonomie van de patiënt hier een rol te spelen, zowel waar het de keuze voor euthanasie betreft als voor het moment waarop. In de 25 jaar dat de RTE bestaan, is het maatschappelijke denken over de autonomie van de patiënt in de gezondheidszorg veranderd en daarmee automatisch ook over de autonomie van de patiënt aan het einde van diens leven. De Wtl, geconcretiseerd in de EuthanasieCode 2022, biedt ruimte aan deze ontwikkeling. Het is een mooi voorbeeld van de trage dynamiek tussen wet en praktijk waaraan de RTE invulling geven.

JEROEN RECOURT
coördinerend voorzitter

INLEIDING

In dit jaarverslag doen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE)[1] verslag van hun werkzaamheden over het afgelopen kalenderjaar. De RTE leggen daarmee verantwoording af aan samenleving en politiek over de manier waarop zij hun wettelijke taak hebben uitgevoerd, namelijk: het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidseisen zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl). In dit jaarverslag worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip 'euthanasie'. Alleen waar dat nodig is, zal een onderscheid worden gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het jaarverslag heeft daarnaast als doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de manier waarop de RTE meldingen van euthanasie toetsen en beoordelen. Daarom komt later in het jaarverslag de casuïstiek aan bod, met zowel veel voorkomende als bijzondere meldingen van euthanasie en alle meldingen die in het afgelopen jaar als 'onzorgvuldig' zijn beoordeeld.

Om het jaarverslag voor een breed publiek toegankelijk te maken, is geprobeerd zoveel mogelijk juridische en medische termen te vermijden of uit te leggen.

Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen om in dit jaarverslag 'zij' of *'haar' te gebruiken wanneer naar artsen of patiënten in algemene zin wordt verwezen. Uiteraard kunt u daarvoor ook andere persoonlijke voornaamwoorden lezen.*

Zie de EuthanasieCode 2022 en euthanasiecommissie.nl voor meer informatie over onder andere de hoofdlijnen van de wet en de werkwijze van de commissies.

1 *Zie bijlage I voor meer informatie over hoe de RTE zijn georganiseerd.*

HOOFDSTUK 1 ONTWIKKELINGEN WERKWIJZE RTE

1 VERKORT OORDEEL BIJ MELDINGEN VAN EUTHANASIE BIJ PATIËNTEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS

Een van de ontwikkelingen in de werkwijze van de RTE van 2023 is het invoeren van een 'verkort oordeel' bij een deel van de meldingen waarin het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat geheel of deels het gevolg was van een psychische stoornis[2]. Eerder werden de oordelen over dergelijke meldingen altijd geheel uitgeschreven, waarbij werd ingegaan op de specifieke aspecten van de zaak en de afwegingen van de commissie. Bij de verkorte oordelen wordt dit niet meer gedaan. De ervaring van de afgelopen jaren heeft namelijk geleerd dat sommige meldingen in deze categorie, net als bij meldingen over euthanasie bij patiënten met een lichamelijke aandoening, geen extra vragen oproepen bij de commissie en dat het bij die meldingen duidelijk is dat de arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Verkorte oordelen worden geschreven over meldingen waarbij is voldaan aan de volgende drie voorwaarden:

- *de arts heeft een onafhankelijk psychiater (die wel of niet tevens de (SCEN-)consulent is) geraadpleegd;*
- *zowel de arts als de door de arts geraadpleegde onafhankelijk psychiater en de door de arts geraadpleegde (SCEN-)consulent zijn het allen eens over de diagnose(n), de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek, het ontbreken van reële behandelmogelijkheden en het ontbreken van redelijke andere oplossingen;*
- *bij de commissie zijn er geen vragen gerezen over het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen door de arts.*

Wanneer een melding waarin het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat geheel of deels het gevolg was van een psychische stoornis wél extra vragen oproept bij de commissie of als de melding er aanleiding toe geeft om specifieke overwegingen bekend te maken, dan zal er een uitge-

2 *Hieronder vallen ook meldingen over patiënten met zowel een lichamelijke aandoening als een psychische stoornis.*

breid oordeel worden geschreven zoals dat voorheen altijd werd gedaan bij meldingen in deze categorie. Wanneer het om een enkele overweging gaat, dan kan deze aan de standaardtekst van het verkorte oordeel worden toegevoegd. Meldingen waarin het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat geheel of deels het gevolg was van een psychische stoornis worden nog steeds altijd besproken tijdens een vergadering van de commissie.

Elke maand zal er in ieder geval één verkort oordeel over een melding van euthanasie waarin het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat geheel of deels het gevolg was van een psychische stoornis inhoudelijk worden uitgeschreven voor publicatie op onze website.

DE TEKST VAN HET VERKORTE OORDEEL:

Uit de stukken is gebleken dat het euthanasieverzoek van de patiënt *(in overwegende mate) voortkwam uit lijden dat het gevolg was van (een) psychische stoornis(sen) / voortkwam uit lijden dat deels het gevolg was van (een) somatische aandoening(en) en deels het gevolg van (een) psychische stoornis(sen)*. De arts moet dan met grote behoedzaamheid omgaan met het euthanasieverzoek. Deze behoedzaamheid betreft vooral de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Bij de beoordeling van het verzoek gaat het erom dat de arts uitsluit dat het oordeelsvermogen van de patiënt door de psychische stoornis(sen) is aangetast. Is het oordeelsvermogen van de patiënt wat betreft het verzoek onvoldoende, dan is er geen sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts moet erop letten dat de patiënt relevante informatie kan bevatten, ziekte-inzicht heeft en ondubbelzinnig is in zijn overwegingen (zie EuthanasieCode 2022, pagina 46-47).

Waar het gaat om de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing moet de arts nauwkeurig onderzoeken of er nog mogelijkheden zijn om het lijden van de patiënt op te heffen of te verminderen. Wijst de patiënt een redelijk alternatief af, dan is er geen sprake van uitzichtloos lijden. Het is echter niet zo dat een patiënt alle nog denkbare behandelingen en interventies moet ondergaan (zie EuthanasieCode 2022, pagina 47).

Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij deze patiënten altijd psychiatrische expertise moet inroepen. Doel van het inroepen van psychiatrische expertise is dat de arts zich goed laat voorlichten en kritisch reflecteert op de eigen overtuiging. De onafhankelijk psychiater mag zo nodig behandeladviezen geven. De arts kan zelf beslissen of zij een onafhankelijk psychiater naast een (SCEN-)consulent raadpleegt, óf een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is (zie EuthanasieCode 2022, pagina 46-47).

(Indien raadpleging onafhankelijk psychiater náást SCEN-arts:)
De commissie stelt vast dat u een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd, die patiënte heeft onderzocht en schriftelijk *zijn of haar deskundige* oordeel heeft gegeven over de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Daarnaast heeft u een onafhankelijke SCEN-arts *(tevens psychiater),* geraadpleegd als consulent. De consulent heeft patiënte bezocht en schriftelijk *zijn of haar consulent* oordeel gegeven over de zorgvuldigheidseisen in artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met d, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

(Indien raadpleging onafhankelijk psychiater en SCEN-arts zijn gecombineerd:)
De commissie stelt vast dat u een onafhankelijke SCEN-arts, tevens psychiater, als consulent heeft geraadpleegd. De consulent heeft patiënte bezocht en schriftelijk *zijn of haar consulent* oordeel gegeven over de zorgvuldigheidseisen in artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met d, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hieronder was inbegrepen een beoordeling van de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

De commissie constateert dat zowel **[kiezen welke van toepassing waren:]** u, als de onafhankelijk psychiater, als de consulent van oordeel waren dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek, dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, dat er geen reële behandelmogelijkheden meer waren en het lijden van patiënte daarmee uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin patiënte zich bevond.

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

2 GEEN STANDAARD MONDELINGE TOELICHTING MEER NA EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN SCHRIFTELIJK VERZOEK

In 2017 besloten de RTE om een arts altijd uit te nodigen voor een mondelinge toelichting tijdens een vergadering van de commissie als zij een euthanasie meldde die was uitgevoerd op basis van een schriftelijk verzoek (ook wel 'wilsverklaring' genoemd). Bij deze zogenaamde 'artikel 2, lid 2, Wtl'-meldingen, die zeer weinig voorkwamen en waar de RTE dan ook weinig ervaring mee hadden, werd de arts gevraagd om in detail de hele gevolgde procedure toe te lichten.

Inmiddels hebben de RTE ruime(re) ervaring opgedaan met deze bijzondere categorie meldingen en is ook meer helderheid gekomen in de manier waarop de wettelijke zorgvuldigheidseisen geïnterpreteerd moeten worden als het gaat om euthanasie op basis van een schriftelijk verzoek. De ervaring van de afgelopen jaren heeft geleerd dat bij een deel van deze meldingen de informatie in het door de arts aangeleverde dossier voor de commissie voldoende is om tot een oordeel te komen. In deze gevallen zullen de RTE als regel de arts dan ook niet meer standaard uitnodigen voor een mondelinge toelichting. Soms kan het nodig zijn om de arts nog wel schriftelijk om een toelichting te vragen.

Vanwege de aard van de meldingen in deze bijzondere categorie zullen zij altijd worden besproken tijdens een vergadering van de commissie. Voor het beoordelen of de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, is het bij sommige meldingen weinig zinvol en onevenredig belastend voor de arts om haar om een mondelinge toelichting te vragen zonder dat er vragen zijn die de commissie zou willen stellen.

Alle oordelen over meldingen van euthanasie op basis van een schriftelijk verzoek worden op onze website gepubliceerd.

3 BIJZONDERE WERKWIJZE MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

In 2021 is de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (hierna: de Richtlijn) geactualiseerd. De RTE hanteren deze Richtlijn als leidraad (zie EuthanasieCode 2022, p. 36). Als een arts van de Richtlijn afwijkt, moet dit afdoende zijn beargumenteerd.

In de loop van 2023 dreigden er verschillen te ontstaan tussen de oordelen van de RTE over de voorwaarden waaronder van de Richtlijn kan worden afgeweken in het geval het toegediende euthanaticum niet het gewenste effect heeft. De meldingen waarbij dit speelde werden hierop 'on hold' gezet in afwachting van de uitkomst van intern overleg. Op deze wijze is rechtsongelijkheid voorkomen, maar werd ook vertraging in de afhandeling van een aantal meldingen van enkele maanden gecreëerd. Dit is in de eerste plaats erg vervelend voor de artsen die lang hebben moeten wachten op het oordeel van de RTE over hun melding. Het heeft er ook toe geleid dat twee oordelen in januari 2024 als 'onzorgvuldig' zijn beoordeeld, waar deze zonder vertraging al in 2023 zouden zijn afgegeven. Tot slot heeft een van de artsen die met deze vertraging werd geconfronteerd, onder meer hierdoor een klacht ingediend.

Het intern overleg is eind november 2023 afgerond waarna de beoordeling van meldingen waarin is afgeweken van de Richtlijn is hervat. De RTE doen nader onderzoek naar mogelijke risico's voor de patiënte bij het toedienen van een tweede dosering spierverslapper zonder eerst opnieuw een coma-inductor toe te dienen en bij een lang tijdsverloop tussen toediening van de euthanatica. De uitkomst van dit onderzoek wordt in 2024 verwacht. Hierop zal in het jaarverslag over 2024 worden teruggekomen. Voor nu wordt benadrukt dat de RTE eraan hechten dat uitvoerend artsen en SCEN-artsen de meest recente Richtlijn kennen. De RTE benadrukken hierbij ook dat het veruit de voorkeur verdient om conform de Richtlijn te handelen. Namelijk, als een patiënte niet of onvoldoende reageert op het toegediende euthanaticum, moet ervan worden uitgegaan dat het euthanaticum naast het vat is gespoten. Dit hoeft niet altijd zichtbaar te zijn als een subcutane zwelling. Dit betekent dat bij het niet werken van het toegediende euthanaticum de gehele procedure opnieuw moet worden uitgevoerd, van het plaatsen van een tweede infuusnaald, het toedienen van een coma-inductor en het adequaat vaststellen van een voldoende verlaging van het bewustzijn tot en met het toedienen van een spierverslapper (zie pagina's 15 en 17 van de Richtlijn).

Hiermee wordt de kans op verdere complicaties bij de uitvoering verkleind en wordt tevens het risico verkleind dat een derde set euthanatica moet worden nagebracht.

HOOFDSTUK 2
CIJFERS IN 2023

2

AANTAL MELDINGEN

In 2023 hebben de RTE 9.068 meldingen van euthanasie ontvangen[3]. Dat is 5,4% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2023[4] is overleden (169.363). Ten opzichte van 2022 (8.720) is het aantal meldingen met 4% gestegen. Hierbij een overzicht met het aantal meldingen van euthanasie bij de vijf afzonderlijke regionale commissies.
Regio 1: Groningen, Friesland, Drenthe en BES-eilanden – 929 meldingen.
Regio 2: Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland – 2.351 meldingen.
Regio 3: Noord-Holland – 1.844 meldingen.
Regio 4: Zuid-Holland en Zeeland – 1.763 meldingen.
Regio 5: Noord-Brabant en Limburg – 2.181 meldingen.

VERHOUDING MAN-VROUW

Het percentage man/vrouw in de meldingen was net zoals in voorgaande jaren ongeveer gelijk: 4.603 mannen en 4.465 vrouwen (respectievelijk 50,8% en 49,2%).

VERHOUDING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK/ HULP BIJ ZELFDODING

In 8.860 meldingen (97,7%) was er sprake van levensbeëindiging op verzoek en in 190 meldingen (2,1%) van hulp bij zelfdoding. In 18 meldingen (0,2%) was het een combinatie van beide. Hiervan is sprake als de patiente, na het innemen van een door de arts overhandigde drank in het kader van de hulp bij zelfdoding, niet binnen een tussen arts en patiënte afgesproken tijd 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 EuthanasieCode 2022 p. 36 e.v.

3 *Zoals bij elk jaarverslag van de RTE, heeft een aantal van deze meldingen betrekking op een euthanasie uitgevoerd in het voorgaande jaar, in dit geval 2022. Ook zullen sommige van deze meldingen pas in het jaar 2024 worden beoordeeld. Verder zijn in de jaarcijfers meldingen meegenomen die eind 2022 waren binnengekomen, maar niet meer konden worden meegeteld voor het vorige jaarverslag.*

4 *Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 21 februari 2024, zie Overledenen; geslacht en leeftijd, per week | CBS.*

AANDOENINGEN

VEEL VOORKOMENDE LICHAMELIJKE AANDOENINGEN

In 8.042 meldingen (88,7%) die de RTE in 2023 ontvingen was sprake van patiënten met:

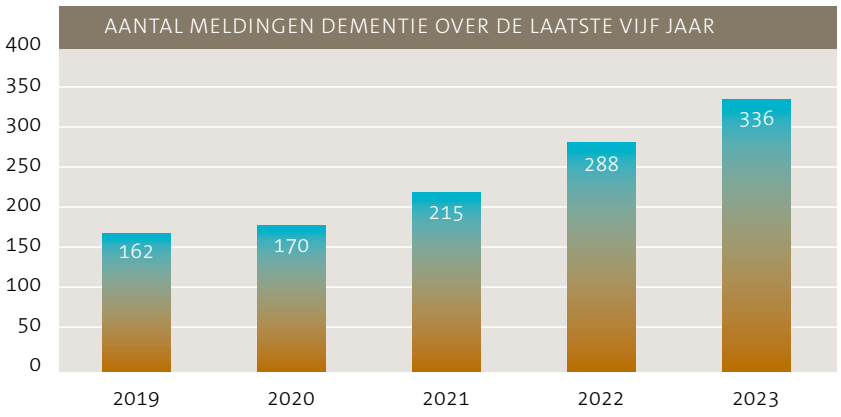
- kanker (5.105);
- aandoeningen van het zenuwstelsel (605), bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS of ALS;
- hart- en vaataandoeningen (393);
- longaandoeningen (340);
- een combinatie van (meestal lichamelijke) aandoeningen (1.599).

DEMENTIE

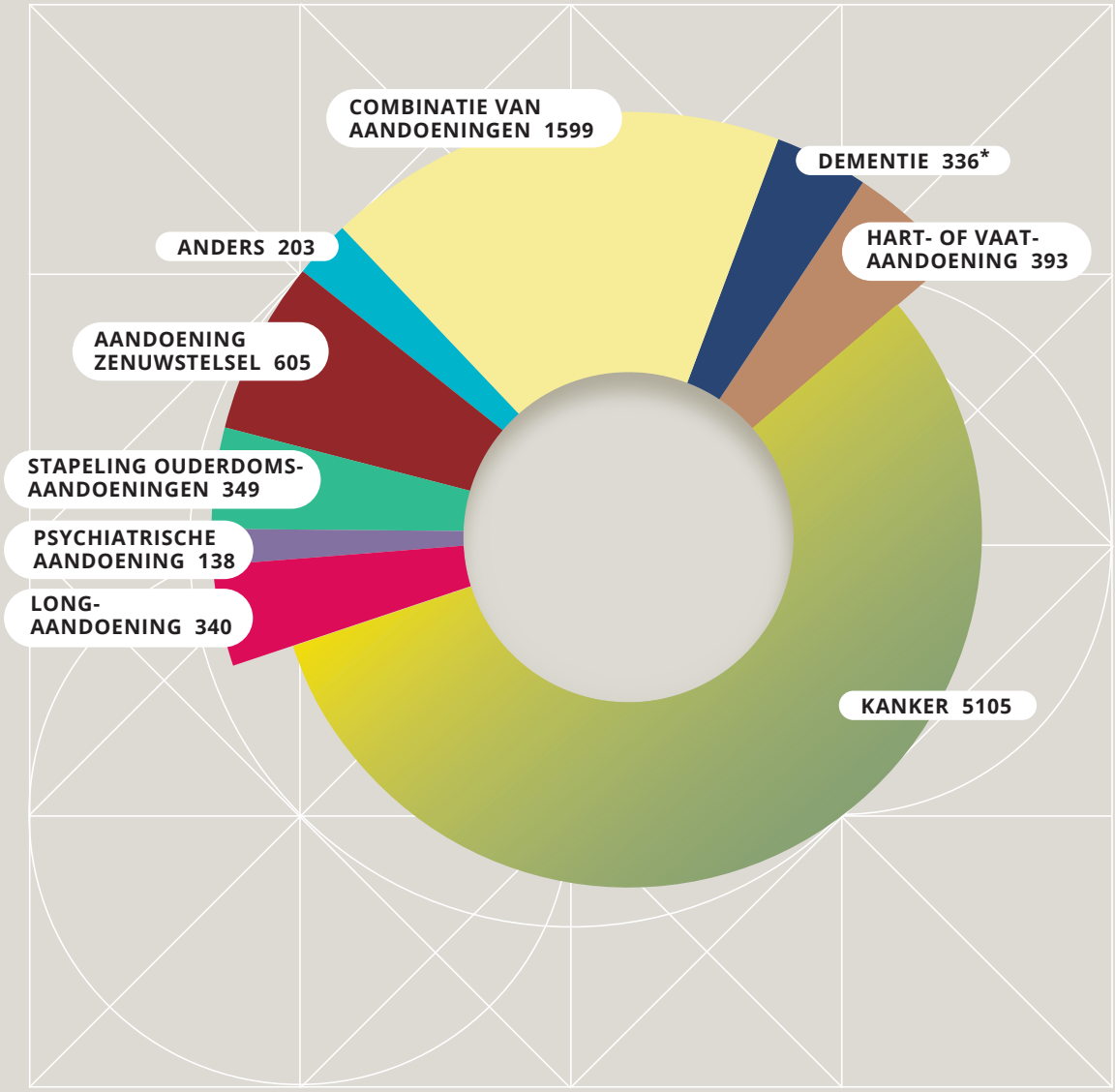
In 328 meldingen is euthanasie verleend aan een patiënte met een vorm van dementie die nog wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Het betrof patiënten in een fase van dementie waarin zij nog inzicht hadden in (de symptomen van) hun ziekte, zoals verlies van persoonlijkheid en van oriëntatie in tijd en ruimte. Oordeel 2023-074, opgenomen in hoofdstuk 3, is hier een voorbeeld van.
In acht meldingen die in 2023 beoordeeld zijn, was sprake van patiënten in een voortgeschreden stadium van dementie. Zij waren niet meer wilsbekwaam ten aanzien van hun verzoek en niet meer in staat om betekenisvol over hun verzoek te communiceren. Hun schriftelijke wilsverklaring kon worden opgevat als hun verzoek om euthanasie. Eén van deze oordelen (2023-065) is opgenomen in hoofdstuk 3 van dit jaarverslag. Al deze acht oordelen zijn op de website van de RTE gepubliceerd.

In 2023 is daarnaast nog één melding beoordeeld waar euthanasie aan een patiënte is verleend op basis van een schriftelijke wilsverklaring. Bij deze patiënte was geen sprake van voortgeschreden dementie, maar van wilsonbekwaamheid die voortkwam uit een doorgemaakte hersenbloeding.

Zie voor de aandachtspunten bij euthanasie bij patiënten met dementie de EuthanasieCode 2022 p. 49 en verder.



AARD VAN DE AANDOENINGEN



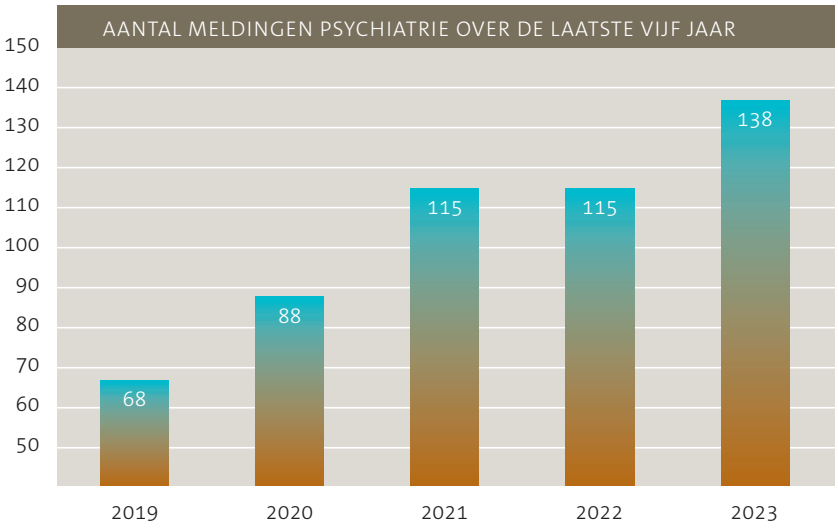
* *waarvan wilsbekwaam: 328*
niet wilsbekwaam: 8

PSYCHISCHE STOORNISSEN

In 138 meldingen van euthanasie in 2023 kwam het lijden (in overwegende mate) voort uit één of meer psychische stoornissen. Hierbij was de arts 56 keer een psychiater, 35 keer een huisarts en 10 keer een medisch specialist (waaronder ook specialisten ouderengeneeskunde). In de overige 37 meldingen was de uitvoerend arts een 'andere arts'.[5] In 70 meldingen was de uitvoerend arts verbonden aan Expertisecentrum Euthanasie (EE).

Als patiënten om euthanasie verzoeken omdat zij lijden aan (een) psychische stoornis(sen), moet de arts met grote behoedzaamheid te werk gaan. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in hoofdstuk 3, oordeel 2023-004.

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychische stoornis de EuthanasieCode 2022 p. 46 en verder.

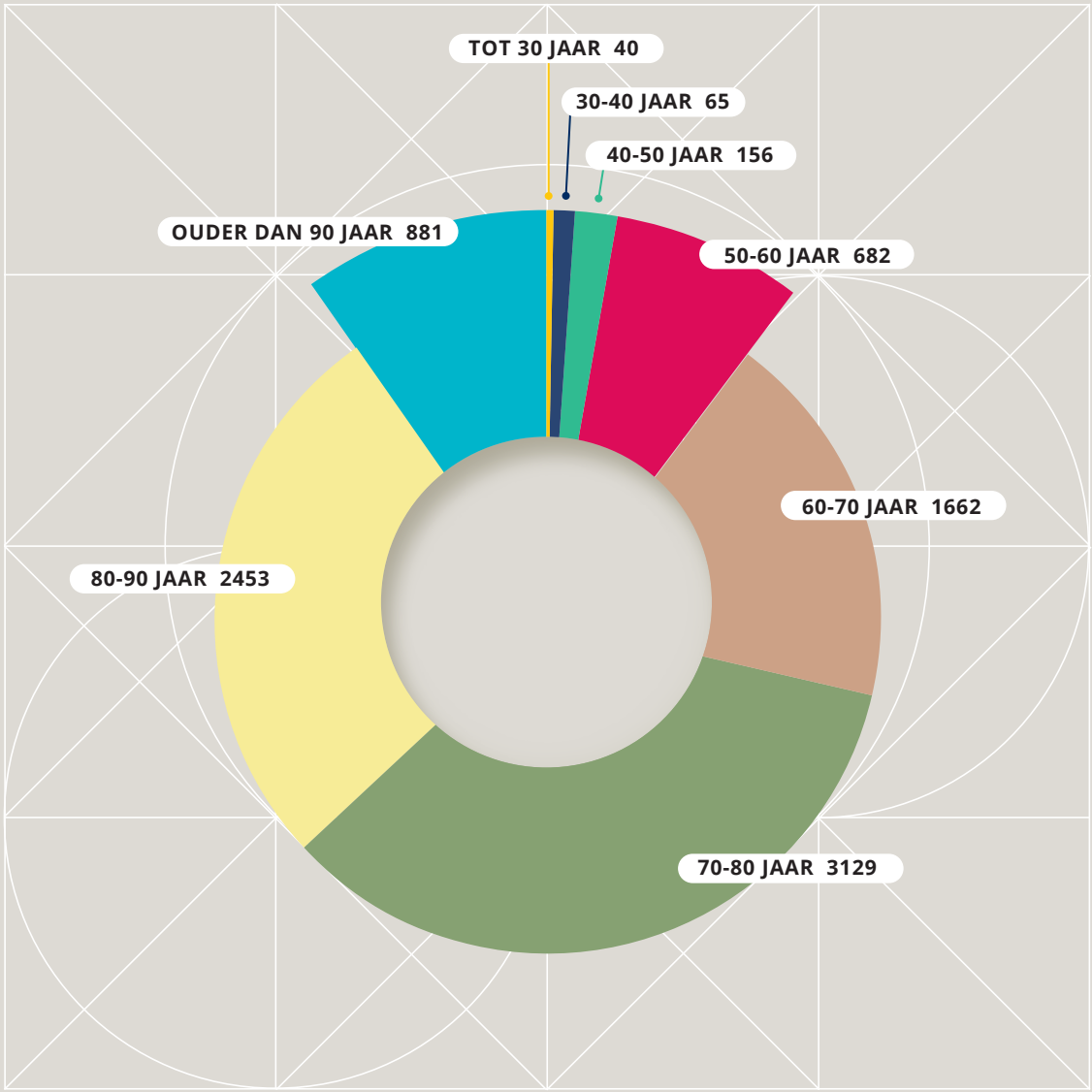


STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals slecht zien en horen, (gevolgen van) botontkalking, slijtage van gewrichten, evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang (kennen en weten neemt af) – kan zorgen voor ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze aandoeningen ontstaan meestal op hogere leeftijd en kunnen voor een optelsom aan klachten zorgen. Die klachten kunnen zorgen voor lijden, dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, de waarden en de draagkracht van de patiënte als uitzichtloos en ondraag-

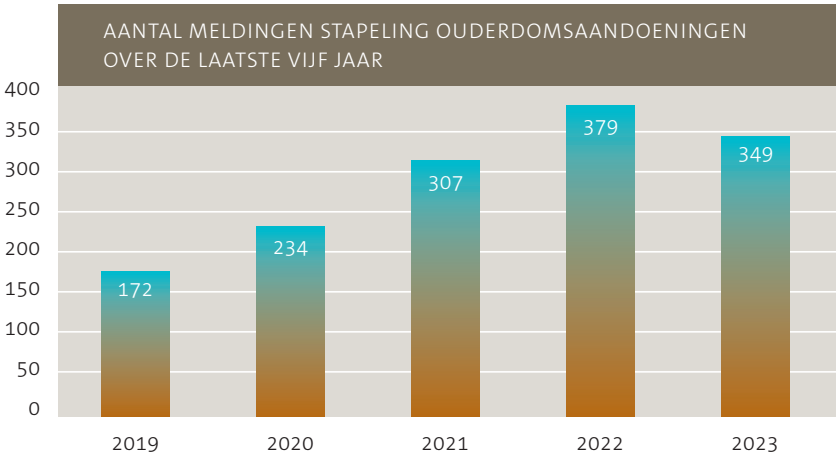
5 *Een 'andere arts' kan in dit geval bijvoorbeeld zijn een ambulant arts, medisch manager, arts niet-praktiserend, arts in opleiding of een basisarts.*

LEEFTIJD


TOT 30 JAAR 40
30-40 JAAR 65
40-50 JAAR 156
50-60 JAAR 682
60-70 JAAR 1662
70-80 JAAR 3129
80-90 JAAR 2453
OUDER DAN 90 JAAR 881

lijk kan worden ervaren door déze patiënte. In 2023 ontvingen de RTE 349 meldingen in deze categorie. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in hoofdstuk 3 en op de website gepubliceerd onder nummer 2023-043.

Zie voor de aandachtspunten bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen de EuthanasieCode 2022 p. 25 en verder.



ANDERE AANDOENINGEN

Tot slot gebruiken de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie 'andere aandoeningen'. Het gaat dan om aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zeldzame erfelijke aandoeningen, nierfalen, blindheid, ernstige fracturen of longCOVID. Dit waren 203 meldingen in 2023.

LEEFTIJD

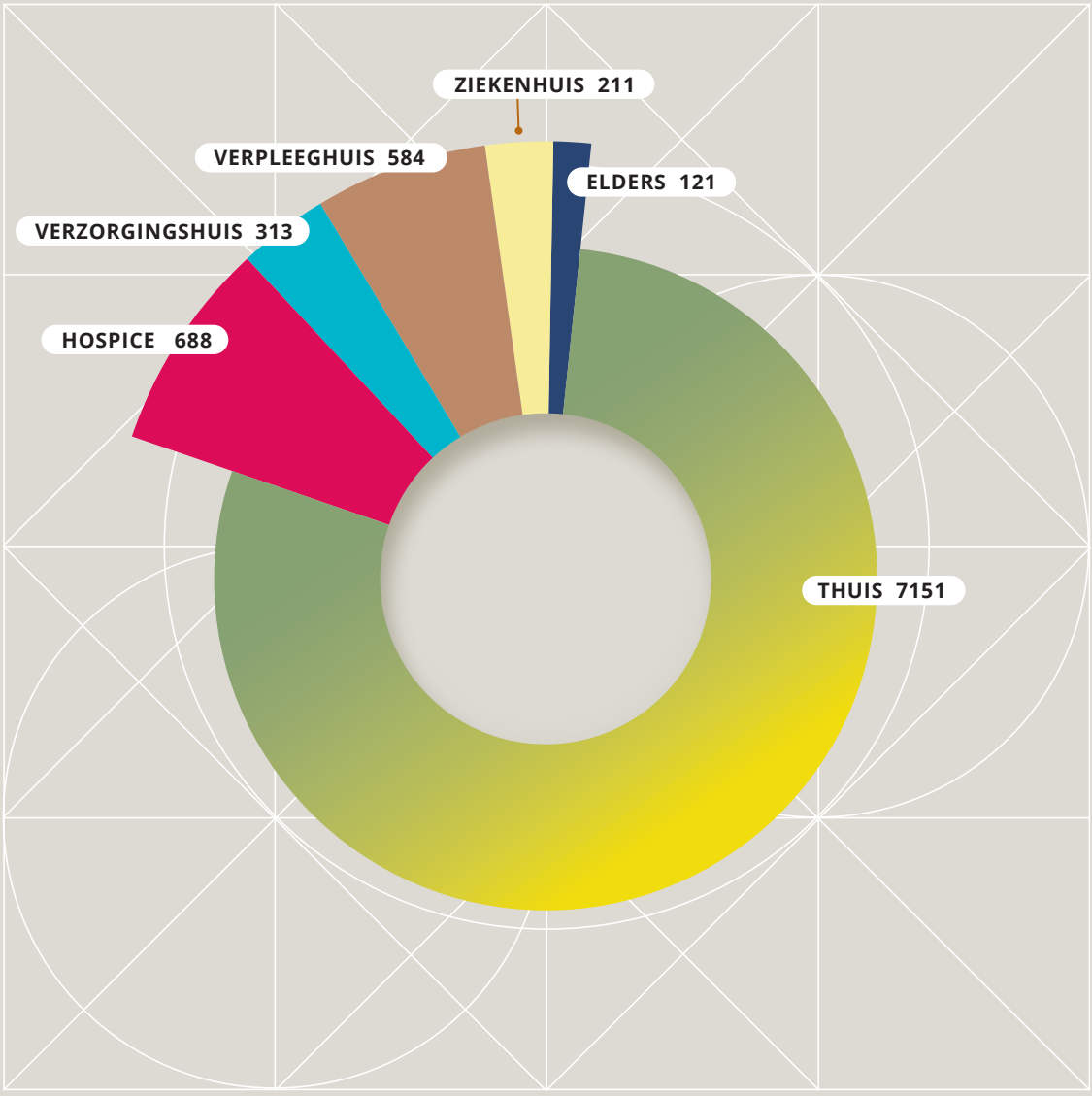
Het hoogste aantal meldingen van euthanasie ging over mensen in de leeftijdscategorie 70-80 jaar, namelijk 3.129 meldingen. Daarna volgt de categorie 80-90 jaar met 2.453 meldingen en de categorie 60-70 jaar met 1.662 meldingen.

In de leeftijdscategorie 50-60 jaar zijn er 682 meldingen binnengekomen. In de categorie 40-50 jaar 156 meldingen en in de categorie 30-40 jaar 65 meldingen. Het laagste aantal meldingen ging over patiënten in de leeftijdscategorie onder de 30 jaar, dat waren 40 meldingen.

In 2023 zijn er twee meldingen bij de RTE binnengekomen over euthanasie bij een minderjarige patiënte, in de leeftijdscategorie 16-18 jaar.[6] Deze meldingen zullen pas in 2024 beoordeeld worden.

6 *Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten de EuthanasieCode 2022 p. 46.*

LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING



In 12 binnengekomen meldingen was de patiënte ouder dan 100 jaar. De oudste patiënte was 104 jaar.

Over de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn 105 meldingen ontvangen. In 52 van deze meldingen werd de grondslag van het lijden gevormd door kanker en in 22 meldingen was de grondslag een psychische stoornis.

Binnen de categorie dementie had het hoogste aantal meldingen betrekking op patiënten tussen 70-80 jaar oud (141 meldingen) gevolgd door de leeftijdscategorie 80-90 jaar (131 meldingen).

Binnen de categorie psychiatrie waren er in 2023 zowel in de leeftijdscategorie 50-60 jaar als in de categorie 60-70 jaar 27 meldingen.

Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' was het merendeel van de patiënten 90 jaar of ouder (224 van de 349 meldingen).

LOCATIE VAN DE LEVENSBEËINDIGING

Ook in 2023 vond in verreweg de meeste meldingen het overlijden van de patiënte thuis plaats (7.151). In de overige meldingen was de plaats van overlijden een verpleeg- of verzorgingshuis (897), een hospice (688), een ziekenhuis (211) of een andere plaats, bijvoorbeeld bij familie thuis of in een zorghotel (121).

UITVOEREND ARTSEN

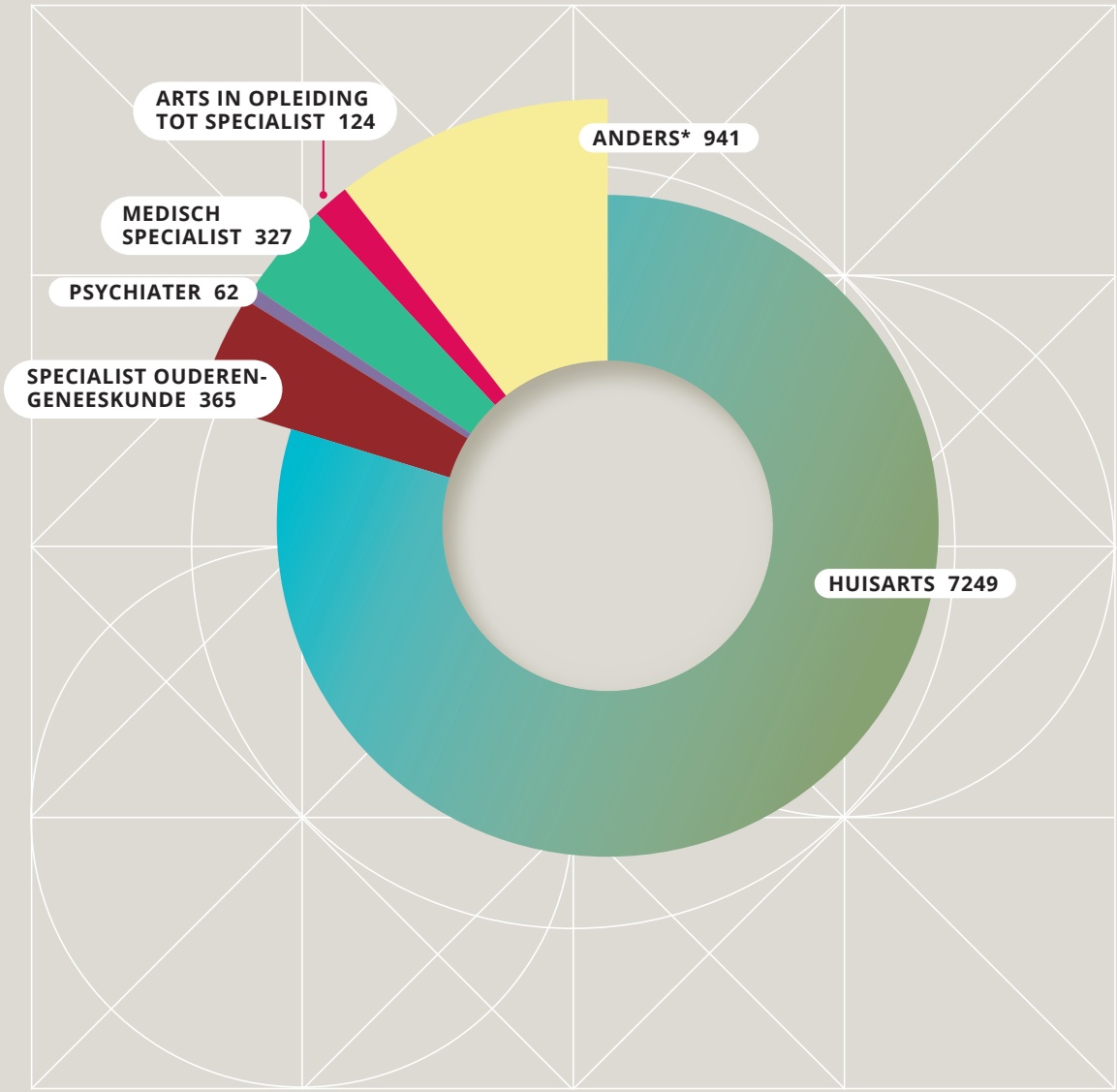
In het overgrote deel van de meldingen was een huisarts de uitvoerend arts (7.249). De overige uitvoerende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (365), psychiaters (62), overige medisch specialisten (327) en artsen in opleiding (124). Ten slotte is er nog een groep meldingen (941) van 'andere artsen'.[7]

MELDINGEN EXPERTISECENTRUM EUTHANASIE

Het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan EE steeg met 36 meldingen ten opzichte van 2022 (1.241) tot 1.277 (14,1%). EE-artsen worden vaak ingeschakeld als de arts die bij de behandeling van een patiënte betrokken is het euthanasieverzoek te ingewikkeld vindt. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie verlenen of artsen die alleen euthanasie willen verlenen aan patiënten met een

7 *Een 'andere arts' kan in dit geval bijvoorbeeld zijn een ambulant arts, medisch manager, arts niet-praktiserend, arts in opleiding of een basisarts.*

MELDENDE ARTSEN



** bijvoorbeeld artsen verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie of een basisarts*

terminale ziekte verwijzen soms patiënten door naar EE. Naast het doorverwijzen door een behandelend arts komt het ook voor dat de patiënte zelf of de familie het contact met EE legt. Ongeveer de helft van de meldingen waarbij sprake was van euthanasie vanwege een psychische stoornis was afkomstig van een EE-arts: 70 van de 138 meldingen (50,7%). Procentueel is dat een daling ten opzichte van 2022: 65 van de 115 meldingen (56,5%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 134 van de 336 meldingen (39,9%) afkomstig van een EE- arts. Verder waren 151 van de 349 meldingen (43,3%) waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen afkomstig van EE-artsen.

ORGAAN- EN WEEFSELDONATIE NA EUTHANASIE

Euthanasie staat het doneren van organen en weefsel niet in de weg. In de door de Nederlandse Transplantatie Stichting opgestelde Richtlijn *Orgaandonatie na euthanasie* is de procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven.[8] Als de patiënte organen of weefsel wil doneren na haar dood, moet de euthanasie plaatsvinden in het ziekenhuis.

De RTE ontvingen in 2023 24 meldingen waarin expliciet werd aangegeven dat sprake was geweest van orgaan- en/of weefseldonatie na euthanasie. Dit is een toename ten opzichte van de zes meldingen die vorig jaar binnenkwamen. Het wordt niet altijd duidelijk in het dossier opgenomen of er sprake is geweest van orgaan- en weefseldonatie; precieze cijfers zijn daarom niet bekend.

DUO-EUTHANASIE

Als beide partners verzoeken om gelijktijdige uitvoering van euthanasie en daaraan tegemoet wordt gekomen, registreren de RTE dit als duo-euthanasie. In 2023 gebeurde dit 33 keer, dus in 66 meldingen. Vanzelfsprekend moet iedere melding dan afzonderlijk voldoen aan de zorgvuldigheidscriteria die de Wtl stelt. Daarbij moeten beide partners door een andere consulent bezocht worden, om de onafhankelijke en afzonderlijke beoordeling van hun verzoeken te waarborgen.[9]

8 *De richtlijn en de achtergronden en onderbouwing die eraan ten grondslag hebben gelegen zijn te raadplegen via* Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie | Nederlandse Transplantatie Stichting.

9 *Zie EuthanasieCode 2022, p. 33.*

NIET GEHANDELD VOLGENS DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In 2023 zijn de RTE in vijf meldingen tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen uit de Wtl heeft voldaan. Al deze oordelen zijn opgenomen in hoofdstuk 3. In één melding stond de consulent als patiënt ingeschreven in de praktijk van de uitvoerend huisarts, waardoor de commissie oordeelde dat de consulent niet als onafhankelijk van de arts kon worden beschouwd. In drie meldingen had de arts niet de vereiste grote behoedzaamheid in acht genomen bij een patiënte wiens verzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis of een combinatie van een lichamelijke aandoening en een psychische stoornis. En in één melding had de arts de medicatie vóór de uitvoering van de euthanasie achtergelaten bij de patiënt waardoor de commissie tot het oordeel kwam dat er geen sprake was van een medisch zorgvuldige uitvoering.

SELECTIE VAN MELDINGEN

Sinds 2012 hanteren de RTE de volgende werkwijze bij de beoordeling van een melding, die ook is terug te zien in de schema's die in de bijlagen staan.

Na een eerste selectie door de secretaris van de RTE of het een 'vragen oproepende melding' (VO) of een 'niet vragen oproepende melding' (NVO) betreft, beoordeelt de commissie de melding.

In 2023 werd 95,6% van het aantal ontvangen meldingen als NVO geselecteerd door de secretaris. Die meldingen worden daarna door de commissie digitaal beoordeeld, zoals ook is terug te zien in schema 1, bijlage 2. De commissie geeft haar oordeel of de melding inderdaad geen vragen oproept, 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 bespreekt de commissie deze alsnog op de vergadering. In 2023 is dat in 65 meldingen het geval geweest. De route die dan wordt gelopen is terug te zien in schema 3, bijlage 2.

Van alle ontvangen meldingen werd 4,4% direct bestempeld als vraag oproepend (zie schema 2 bijlage 2), bijvoorbeeld omdat sprake was van een psychische stoornis, voortgeschreden dementie, een minderjarige patiënt of omdat vragen rezen over de uitvoering van de euthanasie of omdat het door de uitvoerend arts aangeleverde dossier onvoldoende informatie bevatte om tot een oordeel te komen.

VERSCHILLENDE SOORTEN GESCHREVEN OORDELEN

In het geval een melding geen enkele vraag oproept, een NVO-melding, krijgt de arts altijd een verkort oordeel, waarin staat vermeld dat de commissie op grond van de melding tot het oordeel is gekomen dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

Als voorbeeld van NVO-meldingen waarin de arts een verkort oordeel ontving, zijn in hoofdstuk 3 de oordelen 2023-031, 2023-015, 2023-013, 2023-021 en 2023-029 opgenomen. In dit jaarverslag zijn die betreffende meldingen wel verkort uitgeschreven. Ook op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl) wordt een deel van de NVO-meldingen op die wijze uitgeschreven. In het aan de arts verzonden verkorte oordeel is een dergelijke samenvatting niet opgenomen.

Als er sprake is van een VO-melding, dan bespreekt de commissie de melding op een vergadering. Ook wordt het oordeel uitgeschreven. In dat oordeel maakt de commissie inzichtelijk welk aspect van de melding vragen opriep en welke overwegingen tot het oordeel 'voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' dan wel 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' leidden.

Sinds dit jaar is er ook een nieuw soort verkort oordeel. Dit gaat om het 'verkorte oordeel' bij een deel van de meldingen waarin het euthanasieverzoek van de patiënte voortkwam uit lijden dat geheel of deels het gevolg was van een psychische stoornis. Dit is in hoofdstuk 1 al toegelicht. In 2023 zijn er 122 van deze verkorte oordelen naar de arts verstuurd.

HET STELLEN VAN SCHRIFTELIJKE EN MONDELINGE VRAGEN DOOR DE RTE

In sommige gevallen zijn de verslagen en bijlagen die de arts en de consulent inleveren voor de commissie niet duidelijk genoeg om de melding te 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 om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd.

In 16 meldingen heeft de commissie de arts, en in een enkel geval ook de consulent, uitgenodigd om tijdens een daaropvolgende commissievergadering mondeling antwoord te geven op bij de commissie gerezen vragen, al dan niet nadat eerst schriftelijke vragen aan de arts waren gesteld. Dit is inclusief de hiervoor genoemde vijf meldingen waarin de commissie uiteindelijk oordeelde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Indien sprake is van een eenvoudige en feitelijke vraag, wordt deze ook wel telefonisch of per mail gesteld.

DOORLOOPTIJDEN

Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het beoordelen van de melding bedroeg in 2023 gemiddeld 31 dagen. Dat is binnen de in artikel 9, eerste lid, Wtl, vastgestelde termijn van maximaal tweemaal zes weken. Ook is de doorlooptijd dit jaar gedaald ten opzichte van 2022, toen deze gemiddeld 34 dagen betrof.

MELDINGEN IN DE 'DISCUSSIERUIMTE' VAN DE RTE

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 oordeel met onderliggend dossier digitaal in een zogenoemde discussieruimte aan alle andere commissieleden en secretarissen voorlegt. Meldingen waarin euthanasie wordt verleend aan een wilsonbekwame patiënte op basis van diens schriftelijke wilsverklaring volgen per definitie die route. Na kennisneming en afweging van de reacties komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

Ook bij andere meldingen waarin de commissie behoefte heeft aan een RTE-brede raadpleging, worden voorgenomen oordelen in de discussieruimte 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 2023 zijn 26 meldingen in de discussieruimte geplaatst. Dit is inclusief de meldingen die als 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' werden beoordeeld. In sommige gevallen worden oordelen naderhand ook nog besproken in het voorzitters-, artsen- en/of ethici-overleg.

REFLECTIEKAMER

De Reflectiekamer heeft zich in 2023 op verzoek van het voorzittersoverleg gebogen over de vraag of het toetsingskader in de EuthanasieCode 2022 met betrekking tot een euthanasieverzoek dat voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een combinatie van een lichamelijke aandoening en een psychische stoornis (paragraaf 4.3) zou moeten worden aangepast. Het advies van de Reflectiekamer hierover wordt in 2024 verwacht.

HOOFDSTUK 3
CASUÏSTIEK

3

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 uitvoerend arts, een verslag van de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent, delen van het medisch dossier van de patiënte zoals specialistenbrieven, een schriftelijke wilsverklaring van de patiënte als die aanwezig is, en een verklaring van de gemeentelijk lijkschouwer. De onafhankelijke arts is bijna altijd een arts die geraadpleegd is via het KNMG-programma Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN).

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

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

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

Bij het toetsen kijken de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de EuthanasieCode 2022 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 oordelen of vast is komen te staan dat er voldaan is aan het vereiste van: (c) voorlichting, (e) consultatie en (f) medisch zorgvuldige uitvoering. 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: (a) een vrijwillig en weloverwogen verzoek, (b) uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat (c) een redelijke andere oplossing ontbreekt. 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 haar besluitvorming geeft. De RTE toetsen 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 kijken de RTE naar de wijze waarop de arts haar beslissing onderbouwt. Het verslag van de consulent 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 (paragaaf 2.1) geven we vijf meldingen weer die representatief zijn voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangen. Meldingen waarbij genezing niet (meer) mogelijk was en 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.

Daarna (paragraaf 2.2) richten we de aandacht op verschillende zorgvuldigheidseisen. Daarbij gaan we in op: (a) het vrijwillig en weloverwogen verzoek, (b) het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, (d) de gezamen-

lijke overtuiging dat een redelijke andere oplossing ontbreekt, (e) de onafhankelijke consultatie en (f) de medisch zorgvuldige uitvoering. Er is één zorgvuldigheidseis die op deze plaats niet uitdrukkelijk aan de orde komt: (c) de voorlichting aan de patiënte over diens vooruitzichten. 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 patiënte goed op de hoogte is van haar gezondheidssituatie en haar vooruitzichten.

Verder beschrijven we (in paragraaf 2.3) vier oordelen waarin euthanasie is verleend bij een patiënte uit een bijzondere groep: patiënten met een psychische stoornis, patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen en patiënten met dementie.

In paragraaf 3 komen de meldingen aan de orde waarin de RTE dit jaar hebben geoordeeld dat er niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Dit was in vijf meldingen het geval.

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 DE ARTS HEEFT VOLDAAN AAN DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

2.1 VIJF VOORBEELDEN VAN DE MEEST VOORKOMENDE MELDINGEN

Zoals uit hoofdstuk 2 blijkt, wordt euthanasie voor een groot deel verleend aan patiënten met kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen, longaandoeningen of een combinatie van aandoeningen. Als voorbeelden daarvan dienen de volgende vijf meldingen, die allemaal NVO-meldingen zijn, oftewel digitaal zijn beoordeeld door de commissies. Deze geven een beeld van de aard van de meldingen die de RTE het meest ontvangen.

De eerste melding 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, tenzij er een bijzonderheid was op het gebied van een van de andere zorgvuldigheidseisen.

KANKER

Zeldzame vorm van kanker, veel pijn door open wond

Bij een vrouw, tussen de veertig en vijftig jaar oud, werd ruim twee jaar voor het overlijden een oropharynxcarcinoom (kanker in de mond-keelholte) vastgesteld. Behandelingen hadden onvoldoende resultaat gehad. De kanker was uitgezaaid en genezing was niet meer mogelijk.

De vrouw had een snelgroeiende open wond in haar hals die veel pijn deed. Op de momenten dat zij in staat was om te eten, liep het voedsel vaak via de wond weer naar buiten. De vrouw verloor hierdoor snel gewicht en kracht en bleef constant honger houden. Daarnaast kon de vrouw nog moeilijk praten. Zij vond dit geen menswaardig bestaan.

De vrouw sprak al eerder met de arts over euthanasie en ruim een week voor het overlijden vroeg zij de arts om het uitvoeren van de levensbeëindiging.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts was er ook van overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren voor haar geen aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Verder bleek uit het dossier dat de arts de vrouw had voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

De arts raadpleegde een onafhankelijke SCEN-arts als consulent, die de vrouw vier dagen voor het overlijden bezocht. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Op de website te vinden onder 2023-031.

AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL

Zeldzame hersenziekte, afhankelijk van zorg

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, was sinds enkele jaren voor het overlijden sprake van neurodegeneratieve problemen. Ongeveer een jaar voor het overlijden werd de diagnose Progressieve Supranucleaire Parese (PSP) gesteld. Dit is een zeldzame hersenziekte die qua klachten lijkt op de ziekte van Parkinson, waarbij patiënten problemen kunnen ervaren met het evenwicht, denken en bewegen.

De vrouw viel regelmatig. Ook had zij spraakproblemen en slikproblemen die steeds verder toenamen. De vrouw was volledig afhankelijk van de zorg in het verpleeghuis waarin zij was opgenomen. Voor haar was dit ondraaglijk.

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

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Op de website te vinden onder 2023-015.

LONGAANDOENING

Zeldzame longaandoening, Expertisecentrum Euthanasie, actuele euthanasiewens

Bij een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, werd ongeveer negen jaar voor het overlijden lymfangioleiomyomatose (LAM) vastgesteld. Bij deze ziekte is er sprake van littekenvorming in de longen waardoor het longweefsel beschadigd raakt. Vlak voor het overlijden was sprake van een ziektebeeld vergelijkbaar met ernstige COPD.

De vrouw was constant kortademig en dit werd steeds erger. Zij was afhankelijk van de toediening van extra zuurstof. Door haar ziekte werd de vrouw zorgafhankelijk en werd haar wereld steeds kleiner. Dit was voor haar, als voorheen zelfstandige vrouw, ondraaglijk.

De vrouw voelde geen band met haar huisarts en wendde zich tot Expertisecentrum Euthanasie (EE). Op het moment van aanmelding sprak de vrouw regelmatig haar euthanasiewens uit, maar zij gaf daarbij meestal aan dat zij haar lijden nog draaglijk vond en daarom nog geen uitvoering wilde van de levensbeëindiging. Er volgden daarom nog achttien gesprekken met de arts verspreid over een periode van drie jaar. Ruim een maand voor het overlijden vroeg de vrouw de arts om 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 aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

De arts raadpleegde een onafhankelijke SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de vrouw, vanwege haar wisselende euthanasiewens, drie keer. Het laatste bezoek was ruim een week voor het overlijden. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Op de website te vinden onder 2023-013.

HART- EN VAATAANDOENING

Trombose in de hersenslagader, niet meer in staat om te praten

Een man, tussen de vijftig en zestig jaar oud, had enkele maanden voor het overlijden trombose (een bloedstolsel) in een van zijn hersenslagaders. Hierdoor ontstond een verlamming van alle vier de ledematen. Na revalidatie bleef de man aan één kant verlamd.

De man, die eerder altijd zelfstandig was, raakte volledig afhankelijk van anderen. Hij was niet meer in staat om te praten en ontwikkelde een slikstoornis, waardoor het gevaar bestond dat hij zich zou verslikken. De man had een tracheacanule, een noodzakelijk buisje in de luchtpijp om goed te kunnen blijven ademen. Deze canule moest een paar keer per dag worden uitgezogen. Het lukte hem niet meer om zelfstandig te eten en te drinken. Daarnaast schaamde de man zich voor de hevige emoties die plotseling naar boven konden komen door zijn aandoening.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Hoewel de man niet meer in staat was om te praten, kon hij goed communiceren met gebaren, hoofdbewegingen, aanwijzen en een spraakcomputer. Hiermee kon hij zijn verzoek duidelijk overbrengen.

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

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Op de website te vinden onder nummer 2023-021.

COMBINATIE VAN AANDOENINGEN

Alcoholverslaving, verschillende somatische aandoeningen, onafhankelijk psychiater

Een man, tussen de veertig en vijftig jaar oud, was sinds jonge leeftijd bekend met een alcoholverslaving. Opnames in een ontwenningskliniek hielpen niet. Zijn verslaving werd gezien als niet meer te behandelen en zorgde voor lichamelijke achteruitgang. De man had een chronische alvleesklierontsteking en had kort voor het overlijden plotseling verergerde longklachten. Er was een sterke verdenking op COPD en polyneuropathie (pijn en problemen met bewegen en gevoel, door aantasting van de zenuwen).

De man was door zijn aandoeningen sterk vermagerd. Ook was hij lichamelijk erg verzwakt en vaak benauwd. Hij had nog maar weinig energie en kon daardoor niet meer naar buiten. Hij bracht zijn dagen vooral door in zijn bed of stoel. Ook had de man last van chronische pijnklachten en was hij incontinent geworden, wat hij zeer vervelend vond.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden van 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 arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater, die concludeerde dat op het moment van de beoordeling geen sprake was van een depressieve, manische of psychotische toestand die de euthanasiewens van de man zou kunnen beïnvloeden. De onafhankelijk psychiater vond de man wilsbekwaam ten aanzien van het verzoek om euthanasie. Ook de geraadpleegde consulent (de SCEN-arts) deelde die mening.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Op de website te vinden onder nummer 2023-029.

2.2 VIJF VOORBEELDEN VAN MELDINGEN GEORDEND NAAR VIJF ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Hieronder worden vijf oordelen beschreven waarbij vijf zorgvuldigheidseisen aan de orde komen: (a) de overtuiging van de arts dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en (b) van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, (d) de overtuiging van de arts en patiënte samen dat een redelijke andere oplossing ontbreekt, (e) de consultatie van een onafhankelijke arts en (f) de medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging. De meldingen die hier volgen waren op één na aangemerkt als VO-meldingen. Dit betekent dat deze meldingen in een commissievergadering besproken zijn.

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 patiënte. Dit verzoek moet de patiënte zelf doen.

Met betrekking tot deze zorgvuldigheidseis kunnen in bepaalde situaties bijzondere vragen rijzen. In onderstaande melding ging het om de vraag of de patiënte wel zelf om de uitvoering van euthanasie had gevraagd. Een verzoek om euthanasie dat anderen namens de patiënte doen, kan niet worden gehonoreerd. In alle gevallen moet duidelijk zijn dat het verzoek door de patiënte zelf is geuit (zie EuthanasieCode 2022, p. 21).

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Pancreaskopcarcinoom, gemachtigde, mondelinge toelichting arts

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, werd tweeënhalf jaar voor het overlijden alvleesklierkanker ontdekt. Een half jaar voor het overlijden was de kanker teruggekomen, met uitzaaiingen naar de lever. Genezing was niet meer mogelijk.

Ongeveer vier maanden voor het overlijden sprak de vrouw met de arts voor het eerst over euthanasie. In de gesprekken die volgden spraken zij hier samen vaker over. Kort voor het overlijden had de vrouw nog geen actueel verzoek. Zij hoopte in een coma terecht te komen zodat zij zelf geen beslissing hoefde te nemen over haar levenseinde.
In het verslag had de arts aangegeven dat om uitvoering van de levensbeëindiging werd verzocht "*door tussenkomst van gemachtigde partner*", en hij beschreef daarbij ook: "*Nadrukkelijk de beslissing overlatend aan partner*". Het was voor de commissie onduidelijk wat er precies in de periode kort voor het overlijden had plaatsgevonden. De commissie besloot de arts om een toelichting te vragen.

De arts verklaarde dat de vrouw enorm had geworsteld met haar euthanasieverzoek. Zij dacht altijd meer aan haar naasten dan aan haarzelf. Ook stelde zij haar verzoek steeds uit vanwege vakanties en verjaardagen van haar kinderen en kleinkinderen. De vrouw wilde niet dat haar overlijden invloed zou hebben op feestelijke gebeurtenissen. Ook zag de vrouw altijd wel iets positiefs in een dag, iets dat haar kracht gaf om nog even door te gaan.
Op de dag van de euthanasie heeft de arts aan de vrouw gevraagd of zij nog door wilde en kon leven. De vrouw schudde toen haar hoofd. Toen de arts aan de vrouw vroeg of zij wilde sterven, knikte zij. De vrouw was compleet uitgeput en soms suf door de medicatie. De arts had vervolgens, wetende dat de vrouw wilde overlijden, het moment van uitvoering afgestemd met de partner van de vrouw.

Het werd de commissie duidelijk dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de vrouw. De vrouw had gedurende een langere tijd meerdere malen met de arts over haar euthanasiewens op termijn gesproken en was zich toen volledig bewust van de situatie. Ondanks dat de vrouw op het laatst niet meer in staat was om haar verzoek goed te verwoorden, kon zij haar verzoek nog bevestigen en kon de arts concluderen dat er nu sprake was van een actueel euthanasieverzoek. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2023-109.

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 haar 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 déze patiënt ondraaglijk is" (zie EuthanasieCode 2022, p. 26-27).

Hoewel de zorgvuldigheidseisen (b) 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' en (d) 'het ontbreken van een redelijke andere oplossing' met elkaar samenhangen en daardoor vaak samen worden 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 de gezamenlijke overtuiging van arts en patiënt dat een redelijke andere oplossing ontbreekt.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

Heupfractuur, korte tijd tussen het verzoek en het overlijden

Een man, tussen de negentig en honderd jaar oud, woonde zelfstandig tot aan het moment dat hij viel en zijn heup brak. De man besprak met de chirurg de mogelijkheden van een eventuele heupoperatie. Hij had zich laten voorlichten over de operatiemogelijkheden en wilde, mede gezien ervaringen in zijn omgeving en zijn leeftijd en kwetsbaarheid, geen heupoperatie. Na een korte ziekenhuisopname verbleef de man in een hospice. De man verzocht de arts in het hospice direct om euthanasie. De arts was bereid de man hierbij te helpen.

Op basis van het dossier bleek dat er tussen het moment van de val en het overlijden slechts twee weken tijd zat. De commissie heeft zich hierom onder andere afgevraagd of de arts wel voldoende zekerheid kon hebben gehad over de uitzichtloosheid van het lijden, aangezien de man nog niet de tijd had genomen om aan de nieuwe situatie te wennen. De arts beschreef dat het leven van de man tot aan de val acceptabel was en hij nog zelfstandig functioneerde. Door zijn gebroken heup zou hij veel aan zelfstandigheid moeten inleveren. Daarnaast was de kans heel klein dat hij weer zou kunnen lopen en zelfstandig zou worden. De man had vrijwel direct na de val zelf zijn leven willen beëindigen, maar deze poging slaagde niet. De arts gaf aan dat de man er, ondanks de korte tijd tussen de val en zijn verzoek, zeker van was dat hij zo snel mogelijk wilde overlijden.

De commissie constateerde dat de man altijd een zelfstandig leven had geleid. In de loop der jaren kon hij zich steeds moeilijker voortbewegen, maar genoot hij nog van zijn leven en zijn autonomie. Nadat hij was gevallen en daarbij zijn heup brak, raakte de man zijn zelfstandigheid volledig kwijt. Hij leed onder de toenemende afhankelijkheid. De commissie kwam tot de conclusie dat de man door deze beperking geen zinvolle invulling meer kon geven aan zijn leven.

De commissie oordeelde dan ook 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.

Op de website te vinden onder nummer 2023-120.

HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Huisarts zag nog behandelmogelijkheden, opname verpleeghuis

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, was sprake van verschillende lichamelijke aandoeningen. Zij had pijnklachten als gevolg van polyartrose (slijtage van de gewrichten) en buikpijn door fibromyalgie (pijn in bindweefsel en spieren). Ook had zij wervelinzakkingen die waren ontstaan door osteoporose (botontkalking) en ernstige jeuk door eczeem. Door haar klachten was de vrouw uitgeput, wat leidde tot zelfverwaarlozing. De vrouw had altijd een actief sociaal leven gehad, maar was inmiddels nog maar een schim van zichzelf.

Uit de meldingsgegevens bleek dat de huisarts van de vrouw er niet volledig van overtuigd was dat er geen redelijke andere oplossing bestond voor het lijden van de vrouw. Ook vond hij dat het lijden wisselend door de vrouw werd geuit. Dit was reden voor de huisarts om het euthanasieverzoek niet in behandeling te nemen. De vrouw wendde zich vervolgens tot een arts van het Expertisecentrum Euthanasie.

De arts sprak vier keer met de vrouw, waarin zij haar verzoek meerdere keren herhaalde. De arts had met de vrouw over andere oplossingen gesproken die de huisarts had voorgesteld, namelijk opname in een verpleeghuis of behandeling ten aanzien van de omgang met de jeukklachten. Verhuizen naar een verpleeghuis leek de vrouw eerst een goed idee, maar inmiddels had zij geen energie meer om te verhuizen. Dit was voor haar dus geen redelijke andere oplossing meer. Daarnaast zouden haar pijn- en jeukklachten ook dan aanwezig blijven, waarvoor zij al optimaal werd begeleid en behandeld met medicatie.

De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater, omdat er twijfels waren over de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. De onafhankelijk psychiater concludeerde dat er geen sprake was van ernstige psychische problematiek. Wel waren er bij de vrouw kenmerken van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, waardoor zij moeilijker met haar lichamelijke klachten om kon gaan. Een behandeling om dit beter te leren accepteren wilde de vrouw echter niet. Daarnaast concludeerde de psychiater dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Het werd voor de commissie duidelijk dat het verzoek van de vrouw was gebaseerd op haar lichamelijke klachten en dat deze klachten extra lijden veroorzaakten doordat de vrouw hier moeilijk mee kon omgaan. Volgens de commissie had de arts duidelijk gemotiveerd waarom hij tot de

conclusie kwam dat er geen redelijke andere oplossing bestond. De arts werd hierin gesteund door de onafhankelijke consulent (SCEN-arts) en de onafhankelijk psychiater. De commissie kwam dan ook tot het oordeel dat de arts samen met de vrouw tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2023-121.

CONSULTATIE

De arts behoort voorafgaand aan het uitvoeren van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen, die de patiënte ziet en beoordeelt of is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen ten aanzien van het verzoek, het lijden, het ontbreken van een redelijk alternatief en de voorlichting van de patiënte.

De Wtl 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 patiënte. Het is daarom van belang dat de consulent en de arts in hun verslagen ingaan op hun onderlinge relatie en dat de consulent in haar verslag ingaat op haar relatie met de patiënte. Onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënte houdt onder meer in dat er geen onderlinge (familie) relatie of vriendschap bestaat tussen de consulent en de patiënte en dat de consulent geen (mede)behandelaar van de patiënte is of recent is geweest. Een eenmalig contact tussen de arts en de patiënte 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 (zie EuthanasieCode 2022, p. 32-33).

CONSULTATIE

Recente (mede)behandelaar, onafhankelijkheid consulent-patiënt

Bij een man tussen, de zestig en zeventig jaar oud, was sprake van een autismespectrumstoornis, een bipolaire stoornis en terugkerende depressies. Daarnaast had hij aanhoudende lichamelijke klachten. De man was jarenlang uitgebreid begeleid en behandeld. Zo onderging hij meer dan honderd sessies elektroconvulsietherapie (ECT).

De arts vroeg als consulent een SCEN-arts, die ook psychiater is. Deze had in de periode van tien jaar tot drie jaar voor het overlijden de man regelmatig gezien voor de sessies ECT. De consulent gaf in zijn verslag aan nooit een daadwerkelijke behandelrelatie met de man te hebben gehad en dat zijn aandeel in de behandelingen vooral was beperkt tot een 'technische rol'. De man was nooit in de spreekkamer van de consulent geweest en de consulent had hem ook nog nooit anders dan liggend in een ziekenhuisbed gezien. Ook was de consulent nooit medeverantwoordelijk geweest voor de indicatiestelling en evaluatie van de ECT-behandelingen. Over de biografie en de levenssituatie van de man wist de consulent niets.

De commissie stelde vast dat de consulent in de periode tussen tien jaar en drie jaar voor het overlijden van de man (mede)verantwoordelijk was voor de uitvoering van ECT en ook verantwoordelijk voor de behandeling van eventuele complicaties tijdens en direct na de ECT. De commissie stelde vast dat de consulent hiermee, gedurende die periode, medebehandelaar van de man was. De rol van de consulent als medebehandelaar beperkte zich wel alleen tot het geven van een medische behandeling, die in het kader van een breder behandelplan werd gegeven. Drie jaar voor het overlijden werd de toediening van de ECT gestaakt in verband met onvoldoende effect en ernstige geheugenklachten bij de man. Sindsdien was de consulent op geen enkele wijze meer betrokken geweest bij de behandeling van de man.

De commissie kwam dan ook tot het oordeel dat er geen sprake was van een recente en intensieve behandelrelatie tussen de consulent en de man en dat de consulent daarmee op voldoende afstand stond om tot een onafhankelijk oordeel te kunnen komen. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2023-110.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Komt het tot euthanasie, dan moet de arts deze medisch zorgvuldig uitvoeren. 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 de bewustzijnsverlaging. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis gebruiken de commissies de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2021 als leidraad. Volgens de Richtlijn moet de arts beschikken over een noodset van middelen, voor het geval er met de eerste set iets misgaat (zie EuthanasieCode 2022, p. 36-37).

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

NVO-melding, infuus zat niet goed, procedure geheel opnieuw uitgevoerd

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, was sprake van uitgezaaide alvleesklierkanker. Genezing was niet meer mogelijk. De uitvoering van de levensbeëindiging verliep enigszins gecompliceerd. Uit het meldingsformulier van de arts bleek het volgende.

Op de dag van de uitvoering van de levensbeëindiging werden in de ochtend door verschillende hulpverleners meerdere pogingen gedaan om een infuusnaald bij de vrouw in te brengen. Nadat dit verschillende keren mislukte werd uiteindelijk besloten om met behulp van een echo in het ziekenhuis een infuusnaald in te brengen. Toen dit was gelukt kon de vrouw weer naar huis. De euthanasie stond gepland voor het einde van de middag.

Tijdens de uitvoering van de euthanasie verliep het toedienen van de lidocaine (een pijnstiller), gevolgd door een coma-inductor, gemakkelijk een pijnloos. Ook kon de arts met een zoutoplossing probleemloos het infuus doorspoelen. Na toediening van het coma-inducerend middel bleef de vrouw echter wakker. Hoewel er geen duidelijke tekenen van waren, vermoedde de arts dat het infuus niet goed zat, omdat de vrouw niet in coma raakte. De arts nam contact op met de spoedeisende hulp van het ziekenhuis en de dienstdoende anesthesioloog om de situatie te bespreken. Zij gingen akkoord om in het ziekenhuis opnieuw een infuusnaald in te brengen.

De vrouw werd vervolgens met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Hier werd weer met behulp van een echo een ‘lopend infuus’ aangesloten om de kans zo groot mogelijk te maken dat het infuus goed zou blijven. De arts regelde in het ziekenhuis een extra noodset van euthanatica, om weer een eerste set en een noodset beschikbaar te hebben. De arts voerde de gehele procedure bij de vrouw thuis opnieuw uit. Deze keer verliep de toediening van de coma-inductor, gevolgd door de spierverslapper, zonder problemen. De vrouw overleed rustig.

De commissie stelde vast dat de arts de uitvoering van de euthanasie staakte nadat hij had geconcludeerd dat het infuus niet goed liep. De arts handelde adequaat en volgens de Richtlijn door een nieuw infuus te laten inbrengen. Vervolgens heeft de arts de procedure in zijn geheel opnieuw uitgevoerd. De arts heeft zich laten adviseren door een anesthesioloog over de beste vervolgstap. De arts is tijdens de uitvoering kalm gebleven en heeft de vrouw en haar naasten kundig bijgestaan. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2023-119.

2.3. VIER VOORBEELDEN VAN PATIËNTEN MET EEN BIJZONDERE AANDOENING

Hieronder worden vier oordelen beschreven waarbij er sprake was van patiënten met een bijzondere aandoening. De eerste melding gaat over een patiënte met een psychische stoornis, de tweede melding over een patiënte met een stapeling van ouderdomsaandoeningen. De derde en vierde melding gaan over patiënten met dementie.

PSYCHISCHE STOORNIS

Als het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis wordt van de arts grote behoedzaamheid verwacht. De RTE geven invulling aan bovengenoemd uitgangspunt door te toetsen of de arts een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd en of deze heeft beoordeeld of de patiënte wilsbekwaam is ten aanzien van het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of redelijke alternatieven ontbreken. De onafhankelijk psychiater mag zo nodig behandeladviezen geven (zie EuthanasieCode 2022, p. 46-47).

PSYCHISCHE STOORNIS

VO-melding, dwangstoornis, geen redelijke alternatieven

Bij een vrouw, tussen de achttien en dertig jaar oud, was al sinds jonge leeftijd sprake van een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Deze dwangstoornis uitte zich in smetvrees en perfectionisme en droeg ook bij aan het ontstaan van een eetstoornis. Een jaar voor het overlijden werden er daarnaast kenmerken van een autismespectrumstoornis vastgesteld bij de vrouw.

De vrouw kon vanwege haar psychische stoornissen moeilijk invulling geven aan haar leven en niet genieten van activiteiten. Zij kon nooit voldoen aan de hoge eisen van perfectie die zij zichzelf door de OCS oplegde, en strafte zich door zelfverwonding. De vrouw kon moeilijk verwerken wat er in het dagelijks leven allemaal op haar afkwam, en had moeite met het aangaan en onderhouden van sociale contacten. De vrouw leed aan de enorme druk die zij constant voelde en wilde niet meer verder lijden.

De arts constateerde dat de vrouw ziektebesef en -inzicht had en dat zij zich bewust was van haar vooruitzichten en van de gevolgen van haar euthanasieverzoek. Ook de door de arts geraadpleegde onafhankelijk psychiater en consulent (SCEN-arts) waren van mening dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Uit het dossier bleek dat de vrouw gedurende het grootste deel van haar leven veel psychiatrische behandelingen had ondergaan. Deze konden haar dwanggedachten en -handelingen niet doorbreken en boden ook geen perspectief. De onafhankelijk psychiater concludeerde dat zowel de behandelingen die waren gericht op vermindering van de klachten als de steunende zorg die zij ontving, de lijdensdruk van de vrouw niet hadden kunnen verminderen. Integendeel, de klachten waren met de tijd en door de verschillende behandelpogingen alleen maar erger geworden. Volgens de onafhankelijk psychiater waren er geen behandelmogelijkheden meer. De geraadpleegde consulent deelde deze mening.

Vanwege de jonge leeftijd van de vrouw had de arts het euthanasieverzoek besproken in een moreel beraad en had hij daarnaast uitgebreid overlegd met verschillende behandelaars. Hieruit volgde dat een behandeling met Deep Brain Stimulation nog tot de mogelijkheid behoorde. Er werd onderzocht of deze behandeling voor de vrouw een redelijke optie zou kunnen zijn. Hieruit bleek dat de vrouw niet meer de motivatie kon opbrengen die nodig is om deze lange en intensieve behandeling te kunnen doorlopen.

Volgens de commissie was de arts met grote behoedzaamheid te werk gegaan. De commissie oordeelde dat arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en 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.

Op de website te vinden onder nummer 2023-004.

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Wil een patiënte in aanmerking komen voor euthanasie dan moet haar lijden een medische grondslag hebben. Maar niet is vereist dat er een levensbedreigende aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals slechtziendheid, slechthorendheid, botontkalking, gewrichtsslijtage, evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang – kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op hogere leeftijd op. Eén of een optelsom van meerdere van deze aandoeningen en daarmee samenhangende klachten kan lijden veroorzaken. Ook voor deze patiënten geldt dat het lijden en de ondraaglijkheid ervan samenhangen met zaken als levensgeschiedenis, persoonlijkheid en draagkracht (zie EuthanasieCode 2022, p. 25).

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

NVO-melding, leeftijd 100+, verschillende aandoeningen, stemmingsklachten

Een vrouw, ouder dan 100 jaar, had last van meerdere ouderdoms-aandoeningen. Zij had een hoge bloeddruk en hierdoor problemen met haar bloedvaten en nieren. Ook had zij last van slechthorendheid, met daarbij oorsuizen (tinnitus), en slechtziendheid. De vrouw sliep slecht waardoor zij continu vermoeid was. De vrouw kon nog maar moeilijk bewegen. Tot op hoge leeftijd had zij zelfstandig kunnen functioneren, maar sinds korte tijd was zij afhankelijk geworden van zorg voor haar alle-daagse handelingen. Ook ging de vrouw cognitief achteruit en werd haar begrip steeds minder. Zij werd hierdoor angstig en ontwikkelde somber-heidsklachten.

Anderhalve maand voor het overlijden sprak de vrouw voor het eerst met de arts over levensbeëindiging. Zij vroeg de arts toen ook meteen om euthanasie. Volgens de arts was haar verzoek vrijwillig en weloverwogen. Wel vroeg de arts een onafhankelijk psychiater om de somberheidsklach-ten van de vrouw te beoordelen. De psychiater concludeerde dat deze klachten van de vrouw waren ontstaan door de lichamelijke toestand waarin zij zich bevond. Er was geen sprake van een depressie. De arts werd hierin ook gesteund door de onafhankelijke consulent (SCEN-arts).

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 oordeelde dat de arts heeft voldaan aan de zorgvuldig-heidseisen.

Op de website te vinden onder nummer 2023-043.

DEMENTIE

Wanneer er bij een patiënte sprake is van dementie wordt van de arts gevraagd met grote behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het gaat hierbij in het bijzonder om de eisen ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het ondraaglijk lijden van de patiënte. In de beginfase van dementie is meestal de gewone consultatieprocedure (het raadplegen van een SCEN-arts) voldoende. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënte ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige vraagt (zie EuthanasieCode 2022, p. 49).

In bijna alle meldingen over euthanasie bij patiënten met dementie gaat het om patiënten die nog voldoende inzicht in hun situatie hebben en nog wilsbekwaam zijn ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze groep patiënten wordt, naast achteruitgang in functioneren en denken, vaak ook bepaald door de angst voor verdere achteruitgang en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor de autonomie en de waardigheid van de patiënte (zie EuthanasieCode 2022, p. 49).

Als de dementie zo ver is gevorderd dat de patiënte niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van haar euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in die gevallen waarin de patiënte, toen zij 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 zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn (zie EuthanasieCode 2022, p. 50).

De schriftelijke wilsverklaring moet steeds ten minste inhouden dat de patiënte om euthanasie verzoekt in de situatie waarin zij haar wil niet meer kan uiten. Indien de patiënte haar verzoek ook gehonoreerd wil zien als er geen sprake is van ondraaglijk lijden ten gevolge van fysiek lijden, moet daarnaast uit de schriftelijke wilsverklaring naar voren komen dat de patiënte haar (verwachte) lijden aan deze situatie aanmerkt als ondraaglijk en dat zij dit aan haar verzoek ten grondslag legt (zie EuthanasieCode 2022, pagina 42).

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

WILSBEKWAME PATIËNT MET DEMENTIE

NVO-melding, ziekte van Alzheimer, orgaandonatie

Bij een man, tussen de zestig en zeventig jaar oud, werd een paar maanden voor het overlijden de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Het geheugen van de man ging snel achteruit. Hij werd ook steeds onhandiger en was sneller boos. De angst om opgenomen te moeten worden in een verpleeghuis beheerste zijn leven. Hij wilde daarom ook absoluut niet te laat zijn met zijn euthanasieaanvraag.

De man sprak bijna een jaar voor het overlijden voor het eerst met de arts over levensbeëindiging. Anderhalve maand voor het overlijden vroeg hij de arts om uitvoering van de euthanasie.

Volgens de arts had de man ondanks zijn dementie voldoende ziektebesef en -inzicht en was er geen enkele twijfel over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van zijn euthanasieverzoek. De arts was er ook van overtuigd dat dat het lijden voor de man ondraaglijk en uitzichtloos was. Er waren voor hem geen aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Ook had de arts de man voldoende voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

De arts raadpleegde een onafhankelijke SCEN-arts als consulent, die de man ongeveer een maand voor het overlijden bezocht. De consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan. De man had aangegeven dat hij zijn organen na het overlijden wilde doneren. Hierdoor heeft de uitvoering van de euthanasie in het ziekenhuis plaatsgevonden. Tijdens de uitvoering heeft de arts ook de Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie van de Nederlandse Transplantatie Stichting van juli 2023 gevolgd.

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

Op de website te vinden onder nummer 2023-074.

PATIËNT MET DEMENTIE DIE NIET MEER WILSBEKWAAM WAS

VO-melding, ziekte van Alzheimer, schriftelijke wilsverklaring, Expertisecentrum Euthanasie, verblijf op gesloten afdeling

Bij een man, tussen de tachtig en negentig jaar oud, werd ongeveer tien jaar voor het overlijden de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Hij verbleef op basis van een rechterlijke machtiging op een gesloten afdeling van een woon-zorgcomplex, omdat hij door zijn ziekte niet meer thuis kon wonen. Nadat de man de diagnose dementie kreeg, stelde hij een schriftelijke wilsverklaring op en besprak hij deze met zijn huisarts. Deze schriftelijke wilsverklaring actualiseerde hij acht en vijf jaar voor het overlijden.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Toen de man zijn schriftelijke wilsverklaring opstelde nadat de diagnose Alzheimer werd gesteld, was hij wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasiewens. De wilsverklaring was vrijwillig en weloverwogen opgesteld en werd met de huisarts en naasten besproken. Ook werd de wilsverklaring in de jaren daarna twee keer geactualiseerd.

In zijn wilsverklaring had de man aangegeven dat hij niet in een toestand terecht wilde komen waarin hij zijn persoonlijke waardigheid zou verliezen, uitzichtloos of ondraaglijk zou lijden of waarin verdergaande ontluistering te voorzien was. In eigen woorden schreef de man verder dat hij euthanasie bij dementie wenste als hij incontinent raakte, naar een verpleeghuis moest, agressief werd, dierbaren niet meer herkende, in coma raakte, een beroerte kreeg, niet meer kon eten, drinken of zelfstandig kon ademen, niet meer zelf kon handelen, lezen of tv kijken, en als hij angstig zou worden.

De man meldde zich aan bij Expertisecentrum Euthanasie (EE). Tijdens de eerste drie gesprekken met het EE-team was de man wisselend wilsbekwaam. De arts concludeerde dat er op dat moment geen sprake was van ondraaglijk lijden en dat er nog geen actuele euthanasiewens bestond. Een paar maanden later, ongeveer drie maanden voor het overlijden, sprak de man op verzoek van zijn echtgenote voor de vierde keer met de arts. Daarna zijn er nog vijf gesprekken geweest. Tijdens die gesprekken was de man niet meer wilsbekwaam.

De man ging in het woon-zorgcomplex mentaal en fysiek hard achteruit. Samen met de echtgenote van de man, zijn kinderen en andere betrokken artsen, kwam de arts tot de conclusie dat er sprake was van de omstandigheden zoals de man deze in zijn schriftelijke wilsverklaring

had opgeschreven. De man was meerdere keren agressief geweest tegen mensen om hem heen. Ook was hij erg onrustig, verward en gefrustreerd doordat hij niet meer met de situatie kon omgaan. Hij herkende mensen om hem heen vaak niet meer, betekenisvolle communicatie was niet meer goed mogelijk en zijn geheugen ging sterk achteruit.

De commissie stelde vast dat op het moment van de uitvoering van de euthanasie sprake was van de omstandigheden die de man in zijn schriftelijke wilsverklaring had beschreven als voor hem ondraaglijk lijden. De commissie concludeerde daarnaast dat de wilsverklaring van de man aan de twee essentiële elementen voldeed. Uit de wilsverklaring volgde namelijk dat de man euthanasie wilde als hij door de dementie wilsonbekwaam was geworden en daarnaast lag het uit de dementie voortkomende lijden ten grondslag aan zijn verzoek.

De commissie stelde verder vast dat de arts tijdens de bezoeken aan de man geen verbale uitingen of gedragingen had gezien die strijdig waren met zijn euthanasieverzoek (zogenoemde 'contra-indicaties').

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

Wat betreft het ondraaglijk lijden vond de commissie dat de arts hier tijdens de gesprekken zorgvuldig onderzoek naar had gedaan. De man was zeer onrustig, zichtbaar gefrustreerd en riep meerdere keren niet meer te willen leven. Hij was agressief en kon dan opeens iemand slaan. Hiervoor kreeg hij medicatie, maar dat zorgde ervoor dat hij vaker viel. Verder kon de man niet meer zelf eten en drinken of autonoom functioneren. Hij herkende zijn naasten niet meer en wanneer hij besefte dat zijn geheugen hem in de steek liet, was hij verdrietig, gefrustreerd en machteloos. De arts vond de situatie van de man ontluisterend en zijn lijden invoelbaar ondraaglijk. Ook andere betrokken artsen, de onafhankelijk deskundige en de consulent deelden deze mening. Het actuele ondraaglijk lijden lag in de onrust en boosheid die was ontstaan door de ziekte van de man.

Tijdens het eerste bezoek van de arts was de man (gedeeltelijk) wilsbekwaam en tijdens de laatste gesprekken wilsonbekwaam. De arts had daarom niet zelf uitgebreid met de man over redelijke andere oplossingen kunnen spreken. Wel had de man aangegeven dat hij zich ervan bewust was dat zijn toestand alleen maar slechter zou worden, net zoals bij zijn broer en zus die ook de ziekte van Alzheimer hadden gehad. De man kon een reëel beeld schetsen van het verloop. Hierover had hij eerder, nog volledig wilsbekwaam, ook al gesproken met zijn huisarts, behandelend artsen en naasten. Ten aanzien van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing baseerde de arts zich op zijn eigen observaties en op rapportages van en overleg met andere

behandelaars van de man. Ook de onafhankelijk deskundige en de consulent kwamen tot de conclusie dat er voor de man geen redelijke alternatieven meer waren om zijn lijden te verminderen. Er waren geen mogelijkheden meer om de woedeaanvallen en onrust van de man op een menswaardige manier te verlichten.

VOORGELICHT OVER DE SITUATIE EN VOORUITZICHTEN

Uit het dossier werd duidelijk dat de man rondom de diagnosestelling en het opstellen van zijn schriftelijke wilsverklaring uitgebreid door zijn behandelend artsen was voorgelicht over zijn aandoening en vooruitzichten. Tijdens die periode was de man nog wilsbekwaam en wist hij ook goed wat de ziekte inhield. Hij had dit ook al bij zijn broer en zus gezien. Toen de arts betrokken raakte, was de man op momenten nog wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. De commissie kwam tot het oordeel dat de man zich ten tijde van het opstellen van zijn wilsverklaring bewust was geweest van zijn ziektebeeld en het verloop daarvan.

CONSULTATIE

De geraadpleegde consulent, een psychiater, sprak met de arts en bestudeerde alle relevante informatie, waaronder de wilsverklaring. De consulent bezocht de man, met wie betekenisvolle communicatie op dat moment niet meer mogelijk was, en sprak met zijn echtgenote. Hij concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts raadpleegde als onafhankelijk deskundige een specialist ouderengeneeskunde, die de man heeft bezocht en een gesprek met hem probeerde te voeren. Daarnaast sprak de onafhankelijk deskundige met verschillende betrokkenen, bestudeerde ze alle informatie en kwam zij op basis hiervan tot de conclusie dat voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen.

UITVOERING

Door het onrustige gedrag van de man en de mogelijke uitingen van boosheid, frustratie en fysieke agressie, werd in samenspraak met alle betrokkenen ervoor gekozen om de man vóór de uitvoering rustgevende medicatie toe te dienen. De man viel hierdoor in slaap. De arts heeft vervolgens in het bijzijn van de echtgenote en kinderen de euthanasie uitgevoerd volgens de Richtlijn.

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

Op de website te vinden onder nummer 2023-065.

3 DE ARTS HEEFT NIET VOLDAAN AAN DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In de periode van dit jaarverslag zijn de RTE vijf keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij het verlenen van euthanasie niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In één geval ging het om de zorgvuldigheidseis met betrekking tot de consultatie, twee meldingen gingen over de grote behoedzaamheid die in acht moet worden genomen als het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis, één melding ging om een combinatie van lichamelijke aandoeningen en een psychische stoornis, waarbij tevens grote behoedzaamheid in acht had moeten worden genomen en in één geval was de uitvoering medisch onzorgvuldig. De oordelen leest u hieronder en zijn in een meer uitgebreide vorm te vinden op de website.

ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

Volgens de Wtl moet de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts consulteren die de patiënte ziet en schriftelijk haar oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d. In de EuthanasieCode 2022 staat wat betreft de onafhankelijkheid van de consulent onder andere dat de wet met betrekking tot de consulent van een 'onafhankelijke arts' spreekt. 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 patiënte. 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 consult vragend arts (zoals een arts-assistent) niet in aanmerking om als consulent op te treden. Ook een consulent die patiënte is van de uitvoerend arts komt hiervoor niet in aanmerking (zie EuthanasieCode 2022, p. 30-32).

In de volgende melding was er geen sprake van een onafhankelijke consultatie, omdat de geraadpleegde consulent ingeschreven stond als patiënt bij de praktijk van de uitvoerend arts.

OORDEEL 2023-025

In deze melding raadpleegde de arts een SCEN-arts als consulent. Over de onafhankelijkheidsrelatie ten opzichte van de geraadpleegde consulent schreef de arts in zijn verslag het volgende: *"Ik ken de consulent alleen als ingeschreven patiënt bij mij en wist tot aan het moment van contact via de organisatie niet dat hij SCEN-arts was"*. De consulent schreef in zijn verslag: *"Arts ken ik sinds 1 jaar omdat hij mijn eigen huisarts is. Ik heb hem slechts 1x ontmoet. Ik voel mij in staat tot het geven van een onafhankelijk en professioneel oordeel"*.

Tijdens de mondelinge toelichting bij de commissie bleek dat de arts en de consulent met elkaar in contact waren gekomen via het dienstrooster van SCEN-artsen. Tijdens het telefonisch contact tussen de arts en de consulent waren zij zich er beiden van bewust dat de consulent sinds een jaar ingeschreven stond als patiënt in de praktijk van de arts. Zij hadden elkaar in de praktijk van de arts één keer kort gezien tijdens een kennismakingsgesprek. Toen zij dit met elkaar bespraken kwamen zij tot de conclusie dat dit geen belemmering vormde voor de consultatie.

De arts en de consulent verklaarden beiden niet bekend te zijn met de tekst uit de EuthanasieCode 2022, waaruit blijkt dat een consulent die patiënt is van de uitvoerend arts niet in aanmerking komt om als onafhankelijk consulent op te treden. De arts en de consulent realiseerden zich niet dat er een andere consulent geraadpleegd had moeten worden.

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. De arts wist dat de consulent als patiënt in zijn praktijk stond ingeschreven. Ondanks dat hij de consulent slechts éénmaal in een kennismakingsgesprek had ontmoet, had hij een andere consulent moeten raadplegen om de onafhankelijkheid tussen hen te waarborgen.
De commissie oordeelde dat er in dit geval geen sprake was van het raadplegen van een onafhankelijke arts.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts voldaan.

GROTE BEHOEDZAAMHEID BIJ PSYCHISCHE STOORNISSEN

Als een verzoek om euthanasie (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis wordt van de arts grote behoedzaamheid gevraagd. Die behoedzaamheid betreft vooral de wilsbekwaamheid van de patiënte ten aanzien van haar verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij deze patiënten altijd psychiatrische expertise moet inroepen. Doel van het inroepen van psychiatrische expertise is dat de arts zich goed laat voorlichten en kritisch reflecteert op de eigen overtuiging (zie EuthanasieCode 2022, p. 46-47).

In de volgende melding werd niet voldaan aan het vereiste van het raadplegen van een onafhankelijk psychiater. De arts voldeed daarom niet aan de gevraagde grote behoedzaamheid.

OORDEEL 2023-002

Deze melding gaat over een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, met tinnitusklachten. De klachten werden door verschillende artsen onderzocht, zonder dat er een duidelijke lichamelijke oorzaak werd gevonden. In het verleden werd de vrouw behandeld voor een post-traumatische stressstoornis (PTSS), deze klachten waren wel verminderd maar niet helemaal over. Enkele maanden voor het overlijden deed de vrouw een poging tot zelfdoding en kwam zij onder behandeling van een psychiater. Deze psychiater stelde vast dat er sprake was van een somatisch-symptoomstoornis en een depressieve stoornis bij de vrouw. Op advies van de psychiater werd de vrouw verwezen naar een audiologisch centrum en het tinnitusspreekuur in een academisch ziekenhuis. Aldaar bleek sprake van perceptief gehoorverlies (schade aan het binnenoor), maar werd geconcludeerd dat er geen indicatie was voor specifieke hulp omdat er al psychische begeleiding werd geboden. Naast oorsuizen had de vrouw ook hartkloppingen en een licht gevoel in het hoofd. Verschillende behandelingen binnen de GGZ hadden geen effect op de klachten van de vrouw. De behandelend psychiater concludeerde dat er geen behandelopties meer waren.

De arts raadpleegde een onafhankelijke SCEN-arts, zonder psychiatrische expertise, als consulent. De arts had geen onafhankelijk psychiater geraadpleegd.

Tijdens de mondelinge toelichting bij de commissie verklaarde de arts dat het inroepen van onafhankelijke psychiatrische expertise bijna nooit leidt tot nieuwe inzichten. Hij wilde de vrouw niet onnodig belasten met een onderzoek, omdat er volgens hem geen reële behandelopties waren om het lijden te verlichten. Daarbij gaf de arts aan dat onderzoek door een onafhankelijk psychiater een te grote belasting voor de vrouw zou zijn geweest. Het enige wat de vrouw nog wilde was beëindiging van haar lijden door euthanasie. De arts zag dit als een goede reden om geen psychiatrische expertise in te roepen. Ook vond de arts het raadplegen van een onafhankelijk psychiater niet nodig, omdat volgens hem tinnitus als een, hetzij grotendeels onbegrepen, somatische aandoening wordt beschouwd.

Volgens de commissie had de arts met grote behoedzaamheid moeten handelen, omdat een somatisch-symptoomstoornis (ondanks een mogelijke lichamelijke oorzaak) moet worden gezien als een psychische stoornis. Daarnaast had de arts door het niet raadplegen van psychiatrische expertise onvoldoende kunnen reflecteren op de stemmingsklachten van de vrouw, haar recente poging tot zelfdoding en de aanwezige

PTSS-klachten. De uitleg van de arts waarom hij geen psychiatrische expertise had ingeroepen overtuigde de commissie niet. Ook was de arts niet bij de vrouw nagegaan of zij openstond voor een gesprek met een onafhankelijk psychiater. De commissie was er niet van overtuigd dat het vragen van een onafhankelijk psychiatrisch oordeel in dit geval oneven-redig belastend zou zijn geweest voor de vrouw.

Omdat de arts geen onafhankelijk psychiater raadpleegde kwam de commissie tot het oordeel dat de arts zijn overtuiging dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, dat de vrouw uitzichtloos leed en er voor haar geen redelijke andere oplossing meer was, onvoldoende had onderbouwd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

In de onderstaande melding raadpleegde de arts wel een onafhankelijk psychiater, maar beoordeelde deze niet de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Daarnaast ontbrak er een duidelijke diagnose.

OORDEEL 2023-038

Deze melding gaat over een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, die al vanaf haar vroege jeugd bekend was met stemmingsklachten. Ruim vijftig jaar voor het overlijden was er, volgens de vrouw zelf, een depressie bij haar vastgesteld waarvoor zij vele behandelingen had ondergaan waaronder medicatie en opname in een psychiatrische kliniek. Documentatie over deze diagnose en de behandelingen ontbrak, aangezien dit al lang geleden was. Naast de stemmingsklachten had de vrouw ruim vijftig jaar voor het overlijden niet-aangeboren hersenletsel (NAH) opgelopen, met als gevolg vermoeidheid, traagheid en een verminderde concentratie.

Volgens de arts, die de huisarts van de vrouw was, kwam het euthanasieverzoek van de vrouw voort uit lijden dat het gevolg was van haar stemmingsklachten. De arts kende de vrouw al jaren en zij duidde de klachten als een chronische depressie. De arts was zich ervan bewust dat zij, gelet op de psychische stoornis van de vrouw, psychiatrische expertise moest inroepen door een onafhankelijk psychiater te raadplegen. De arts wilde uitsluiten dat de psychische stoornis van de vrouw de wilsbekwaamheid ter zake beïnvloedde.

De onafhankelijk psychiater concludeerde dat tijdens het bezoek aan de vrouw er geen sprake leek te zijn van een sombere stemming of van een depressie die de wilsbekwaamheid beïnvloedde. De geraadpleegde psychiater sprak zich in zijn verslag alleen uit over de wilsbekwaamheid van de vrouw en ging niet in op de vraag of haar lijden uitzichtloos was en of er nog redelijke alternatieven waren. Ook ontbrak in zijn verslag een duidelijke psychiatrische diagnose en bevestigde hij de diagnose die de arts had gesteld niet.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts en deze concludeerde dat was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. De consulent had echter onvoldoende kennis op het gebied van psychiatrie.

Tijdens de mondelinge toelichting verklaarde de arts dat zij al jarenlang betrokken was bij de behandeling van de vrouw en dat de vrouw al jaren-

lang een doodswens uitte. Volgens de arts was het voor iedereen duidelijk dat de vrouw leed aan een onbehandelbare chronische depressie, maar zij kon niet aangeven door wie deze diagnose was gesteld en hoe de vrouw daarvoor behandeld was. De behandelingen die door de arts waren voorgesteld had de vrouw geweigerd.

Omdat de geraadpleegde onafhankelijk psychiater in zijn verslag geen duidelijke diagnose had gesteld en alleen was ingegaan op de wilsbekwaamheid van de vrouw, concludeerde de commissie dat de arts onvoldoende kritisch had kunnen reflecteren op haar eigen overtuigingen. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts onvoldoende had kunnen onderbouwen dat sprake was van een weloverwogen verzoek en van uitzichtloos lijden. Ook kon de arts onvoldoende onderbouwen dat er geen redelijke andere oplossingen waren voor de situatie waarin de vrouw zich bevond en had de arts de vrouw onvoldoende kunnen voorlichten over haar vooruitzichten.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

COMBINATIE VAN LICHAMELIJKE AANDOENINGEN EN PSYCHISCHE STOORNISSEN

Ook als er sprake is van een combinatie van lichamelijke aandoeningen en psychische stoornissen, moet de arts met grote behoedzaamheid omgaan met het euthanasieverzoek. Als de psychische stoornis bijdraagt aan de lijdensdruk van de patiënte, moet de arts een onafhankelijk psychiater raadplegen die beoordeelt of de patiënte wilsbekwaam is ter zake van het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of een redelijke andere oplossing ontbreekt (zie EuthanasieCode 2022, p. 46-47).

In deze melding had de arts het euthanasietraject overgenomen van een andere arts, die een geriater had geraadpleegd als onafhankelijk deskundige. Deze deskundige had geadviseerd om een psychiater en een neuroloog te raadplegen. De uitvoerend arts ging vervolgens onvoldoende gemotiveerd aan het advies van de geriater voorbij.

OORDEEL 2023-003

Deze melding gaat over een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, waarbij sprake was van focale epilepsie (epileptische aanvallen in een gedeelte van de hersenen), mogelijk ontstaan door hersenbloedingen. Een conversiestoornis (psychische spanning die door de hersenen wordt omgezet in lichamelijke klachten) werd echter niet uitgesloten. Daarnaast had de vrouw pijnklachten en een loopstoornis.

Bij het euthanasietraject van de vrouw waren eerder twee artsen betrokken geweest, die elkaar in korte tijd hadden opgevolgd vanwege privéomstandigheden. De als eerste bij de casus betrokken arts had getwijfeld over de medische grondslag, de uitzichtloosheid van het lijden, in hoeverre een deel van de klachten van de vrouw een psychische oorzaak had en of er nog behandelopties bestonden. Daarom werd als onafhankelijk deskundige een geriater geraadpleegd. De geriater adviseerde om de vrouw door een psychiater te laten onderzoeken vanwege haar stemmingsklachten en voor een beoordeling van de wilsbekwaamheid.
De geriater adviseerde ook om de vrouw door een neuroloog te laten onderzoeken in verband met de ongewone aanvallen bij focale epilepsie, de verminderde kracht in haar linker lichaamshelft en mobiliteitsproblemen.

De tweede bij de casus betrokken arts was maar kort betrokken en droeg de casus vanwege privéomstandigheden over aan de uitvoerend arts.
De uitvoerend arts sprak de vrouw slechts eenmaal inhoudelijk over haar euthanasieverzoek. Hij volgde beide adviezen van de eerder geraadpleegde deskundige niet op.

Tijdens de mondelinge toelichting bij de commissie verklaarde de arts dat de adviezen van de geriater volgens hem overbodig waren. Ondanks dat hij slechts één inhoudelijk gesprek met de vrouw had gevoerd, was hij er namelijk van overtuigd dat het verzoek van de vrouw niet samenhing met een psychische stoornis. Ook wilde de arts de vrouw niet onnodig belasten met extra onderzoeken. De arts had wel een poging gedaan om in contact te komen met de neuroloog van de vrouw, maar deze was op vakantie en daarna had de arts geen contact meer gezocht. De arts gaf aan dat het inschakelen van onafhankelijke psychiatrische expertise in de praktijk zelden tot nooit leidt tot nieuwe behandelmogelijkheden of andere manieren om het lijden te verlichten. De arts stelde dat hij jarenlange werkervaring had als geriater en de aanvallen van de vrouw geheel als focale epilepsie beschouwde en niet (deels) veroorzaakt door een psychische stoornis.

Zowel de eerste arts die bij de casus betrokken was als de onafhankelijk geriater hadden getwijfeld of het euthanasieverzoek van de vrouw voortkwam uit een psychische stoornis. Hierdoor was nader onderzoek en advisering door een psychiater en een neuroloog gewenst. De arts volgde dit advies niet op en hij had dit onvoldoende gemotiveerd. Ook was de commissie er niet van overtuigd dat verder onderzoek te belastend voor de vrouw was geweest.

Volgens de commissie had de arts onvoldoende kritisch kunnen reflecteren op zijn eigen overtuigingen ten aanzien van de wilsbekwaamheid van de vrouw, de mogelijk psychische oorzaak van een deel van de klachten en mogelijke behandelopties, aangezien hij voorbij was gegaan aan het advies om hierover een neuroloog en een psychiater te raadplegen. De arts kon hierdoor onvoldoende tot de overtuiging komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, dat het lijden uitzichtloos was en dat er voor de situatie waarin de vrouw zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts voldeed niet aan de gevraagde grote behoedzaamheid.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

De RTE hanteren bij de toetsing van de medische zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2021 als leidraad. In de Richtlijn (pagina 50) staat dat de apotheker de arts instructies geeft voor het veilig bewaren van de euthanatica (de medicatie voor het uitvoeren van de euthanasie) tussen het tijdstip van de aflevering en de uitvoering.

De arts mag de euthanatica voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie niet bij de patiënte achterlaten. Dit om te voorkomen dat de patiente of anderen de euthanatica zouden kunnen toedienen of innemen zonder dat de arts hierbij aanwezig is (zie EuthanasieCode 2022, p. 37).

In deze melding liet de arts de euthanatica achter bij de patiënt en zijn familie, omdat de uitvoering van de euthanasie werd uitgesteld naar een later moment op dezelfde dag.

OORDEEL 2023-108

Deze melding gaat over een man, tussen de veertig en vijftig jaar oud, die leed aan uitgezaaide nierkanker. Genezing was niet meer mogelijk.

De arts heeft de euthanatica enige tijd voorafgaand aan de uitvoering in de woning van de man achtergelaten. De arts had de euthanatica opgehaald bij de apotheker. Op het afgesproken moment ging hij met de euthanatica naar de man en bracht een infuusnaald bij hem in. De man wilde de uitvoering van de euthanasie graag nog even uitstellen naar een later tijdstip op die dag, omdat een familielid naar hem onderweg was om afscheid te nemen en elk moment kon arriveren. De arts en de man spraken af dat met de uitvoering van de euthanasie zou worden gewacht tot het familielid afscheid had genomen. De arts ging terug naar zijn praktijk en verwachtte snel weer terug te zijn bij de man. In overleg met de familie van de man besloot de arts om de euthanatica in de man thuis achter te laten, in een verzegelde doos.

Tijdens de mondelinge toelichting bij de commissie vertelde de arts zich ervan bewust te zijn dat er geen noodzaak was geweest om de euthanatica bij de man achter te laten. De arts had de euthanatica, die klaar waren voor gebruik, mee terug kunnen en moeten nemen naar de praktijk. De verwachting van de arts dat hij snel weer terug zou keren bij de man en het vertrouwen van de arts in de man en zijn familie, speelden mee in zijn beslissing, maar waren ook volgens de arts zelf achteraf geen goede redenen.

De commissie concludeerde daarom dat de arts geen goede reden had om de euthanatica bij de man thuis achter te laten. De arts heeft door het achterlaten van de euthanatica het risico genomen dat de man of zijn familie bij afwezigheid van de arts de euthanatica aan de man (of aan anderen) zouden toedienen. De commissie oordeelde dan ook dat de arts de euthanasie niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Aan alle overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

BIJLAGEN

2023

BIJLAGE I

DE ORGANISATIE

De RTE zijn ingedeeld in vijf regio's. Elke regio heeft in ieder geval drie juristen, die ook voorzitter zijn. Eén daarvan fungeert als regiovoorzitter. Ook heeft elke regio in ieder geval drie artsen en drie ethici. In verband met het toegenomen aantal meldingen hebben de RTE in overleg met de ministeries van VWS en J&V het afgelopen jaar een uitbreiding van het aantal leden gerealiseerd. Op 1 januari 2024 bestaan de RTE uit 53 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.

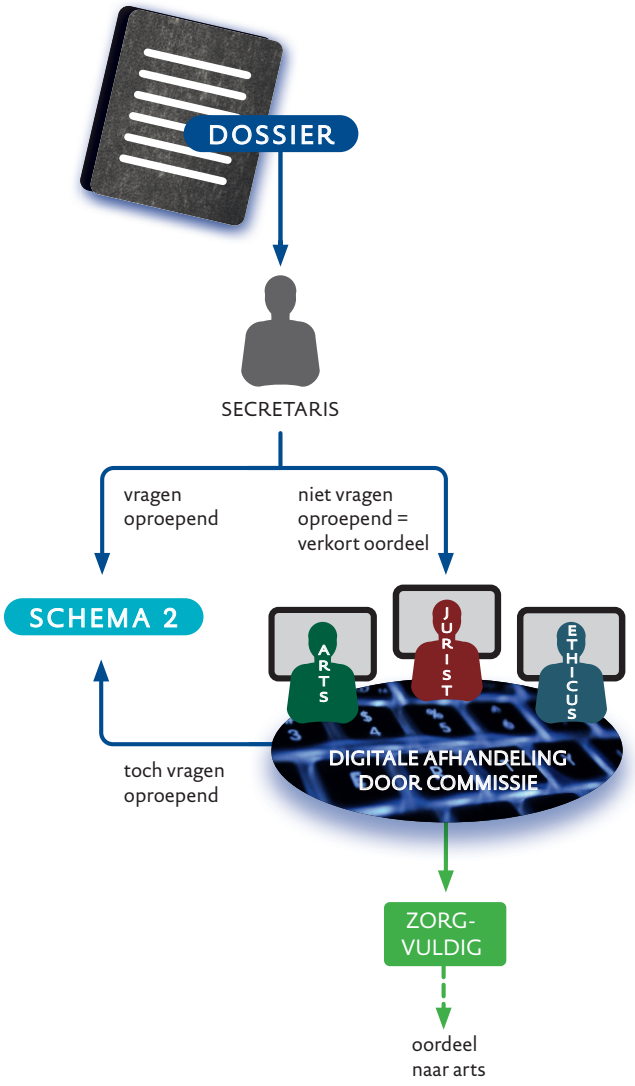
De coördinerend voorzitter van de RTE zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor, waarbij ook steeds een vertegenwoordiger van de artsen en van de ethici aanwezig zijn. De RTE worden bijgestaan door een secretariaat met ongeveer 20 medewerkers. Het secretariaat bestaat uit de algemeen secretaris, secretarissen (juristen) en proces-ondersteuners (administratief medewerkers). De secretarissen hebben een raadgevende stem in de commissievergadering. De inhoudelijke coördinatie van de secretarissen is in handen van de algemeen secretaris.

BIJLAGE II

SCHEMA'S VAN DE VO/NVO ROUTE. SCHEMA 1, 2 EN 3.

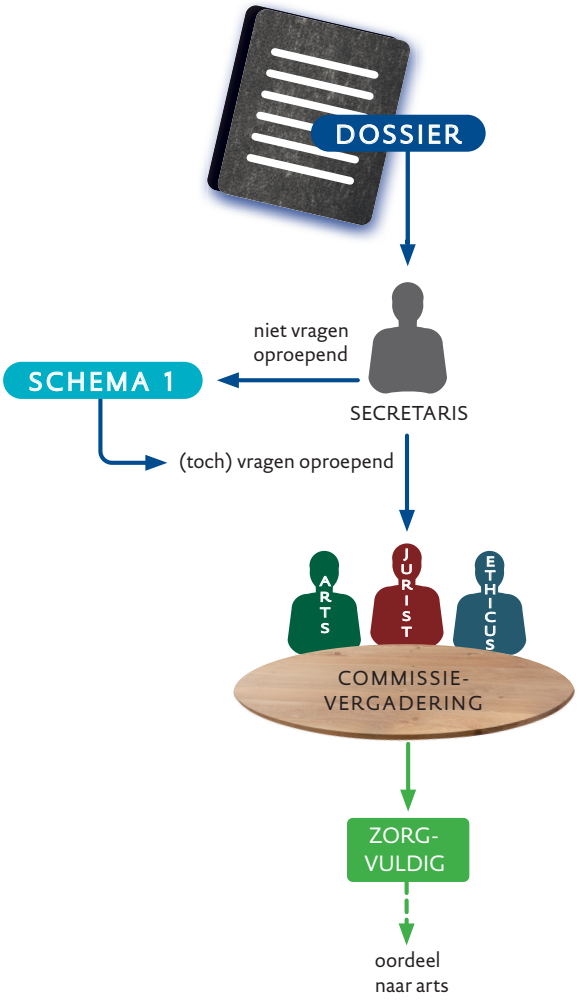
SCHEMA 1

CA. 95,6% VAN DE MELDINGEN
(NIET VRAGEN OPROEPEND)



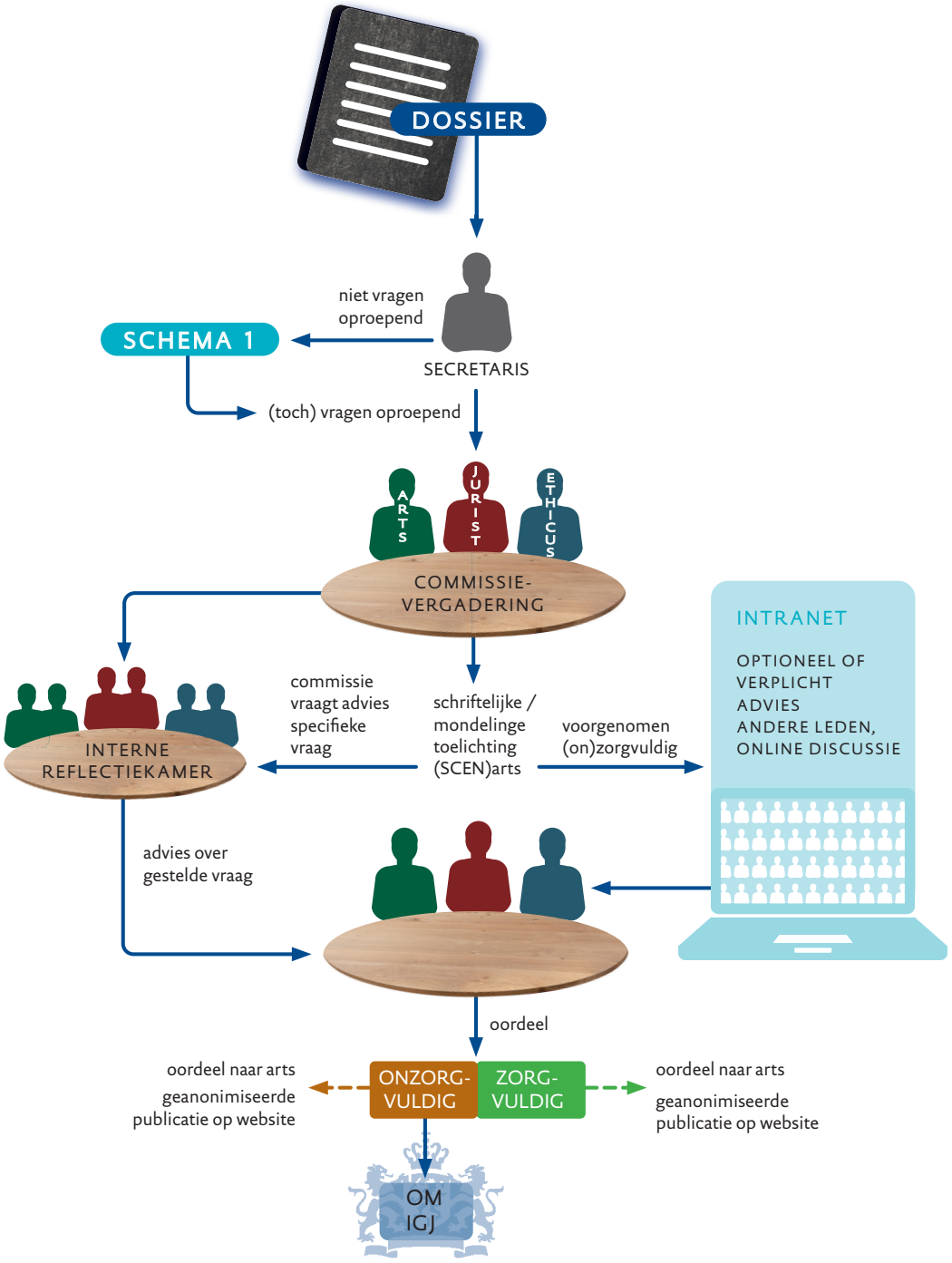
SCHEMA 2

CA. 4,4% VAN DE MELDINGEN (VRAGEN OPROEPEND)



SCHEMA 3

< 1% VAN DE MELDINGEN
(ROUTE VAN NIET VRAAG OPROEPEND NAAR (TOCH) VRAAG OPROEPEND)



COLOFON

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

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

april 2024