

REGIONALE  
TOETSINGSCOMMISSIES  
EUTHANASIE

RTE

JAARVERSLAG 2015



REGIONALE  
TOETSINGSCOMMISSIES  
EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2015

# INHOUD

## VOORWOORD

## HOOFDSTUK I ONTWIKKELINGEN IN 2015

Meldingen	7
Aantal meldingen	7
Psychiatrische aandoeningen	7
Dementie	9
Wilsbekwaamheid	9
De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring	11
Werkwijze RTE's, ontwikkelingen	11
Code of Practice	11
Harmonisatie	12
VO's en NVO's	12
Klachtenregeling	13
Stichting Levensindekliniek	13
Overige ontwikkelingen	14
Werving coördinerend voorzitter	14
Minderjarigen	14
Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie	15

## HOOFDSTUK II LANDELIJK OVERZICHT MELDINGEN

Landelijk overzicht van meldingen 2015	17
Aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding per regio	18
Regio 1 Groningen, Friesland, Drenthe en BES	19
Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	20
Regio 3 Noord-Holland	21
Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland	22
Regio 5 Noord-Brabant en Limburg	23

## HOOFDSTUK III CASUÏSTIEK

Zorgvuldigheidseisen	24
Selectie casuïstiek	25
NVO-meldingen	25
Casus 2015-15	25
Casus 2015-35	27
Vrijwillig en weloverwogen verzoek	28
Casus 2015-01	28
Casus 2015-59	31
Casus 2015-26	32
Casus 2015-40	35
Casus 2015-52	36
Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	38
Casus 2015-82	38
Casus 2015-84	39

Voorlichting	40
Ontbreken redelijke andere oplossing	40
Raadplegen onafhankelijke consulent	40
Casus 2015-56	40
Casus 2015-23	41
Medisch zorgvuldige uitvoering	44
Casus 2015-28	44
Casus 2015-29	45
Casus 2015-81	47
Casus 2015-22	49
Psychiatrische aandoeningen	50
Casus 2015-21	50
Casus 2015-46	51
Dementie	53
Casus 2015-66	53
Casus 2015-107	56

## HOOFDSTUK IV OVER DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

Wettelijk kader	60
Rol van de RTE's	60
Wettelijke taken, bevoegdheden en werkwijze	60
Samenstelling en organisatie RTE's	62
Harmonisatie	62
Transparantie en voorlichting	63

## BIJLAGE I

Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen, waarover door de RTE's is geoordeeld dat de arts <i>niet</i> heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	66
---	----

## BIJLAGE II

Relevante wetsbepalingen	
I Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL)	72
II Wetboek van Strafrecht	77
III Wet op de lijkbezorging	78

# VOORWOORD

*Zeer geachte lezer,*

Hierbij bieden de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) u hun jaarverslag 2015 aan. Daarin leggen zij verantwoording af over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak: 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 (WTL).

De RTE's toetsen het handelen van de meldend arts aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie; zij houden daarbij ook rekening met hun eigen eerdere oordelen en met de in Bijlage I van de jaarverslagen opgenomen afhandelingsbeslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Na de beschrijving in Hoofdstuk I van de relevante ontwikkelingen wordt in Hoofdstuk II een overzicht gegeven van het aantal (5516; een stijging van 4% ten opzichte van 2014) en de aard van de in 2015 ontvangen meldingen. Hoofdstuk III is gewijd aan de casuïstiek. Daarin wordt aan de hand van 19 casus een beeld gegeven van de casuïstiek, waarmee de RTE's te maken hebben. Alle als casus beschreven oordelen zijn integraal op de website te lezen. Hoofdstuk IV geeft nadere informatie over het wettelijk kader en de rol en werkwijze van de RTE's.

Begin 2016 is de geheel vernieuwde website ([www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)) in gebruik genomen met een verbeterd, toegankelijker zoekstelsel. Daarin zijn circa 80 door de Publicatiecommissie van de RTE's geselecteerde oordelen uit 2015, die van belang geacht worden voor de normontwikkeling, integraal opgenomen. Daartoe behoren in ieder geval alle oordelen, waarin een commissie concludeerde dat de arts niet conform een of meerdere zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In 2015 ging het hierbij om vier oordelen, die zoals gebruikelijk ook als casus in het jaarverslag zijn opgenomen.

Meldingen in meer complexe zaken, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij patiënten met een psychiatrische aandoening of in een gevorderd stadium van dementie, worden vrijwel altijd eerst voorgelegd aan de leden van alle RTE's alvorens de tot oordelen bevoegde commissie tot een definitief oordeel komt. Deze soms zeer levendige interne discussie is gericht op harmonisatie van de oordelen van de verschillende commissies, met inachtneming van het uitgangspunt dat iedere melding altijd naar de specifieke omstandigheden van het geval moet worden beoordeeld.

Met de in april 2015 gepresenteerde Code of Practice, het publiceren van een relevante selectie van oordelen op de website en het jaarverslag willen de RTE's zoveel mogelijk inzicht geven in de onderwerpen en aspecten die zij relevant achten bij de uitoefening van hun wettelijke taak. Ook willen zij daarmee duidelijkheid scheppen over de mogelijkheden die de wet biedt ten behoeve van artsen, consultants, patiënten en andere geïnteresseerden. De in 2015 gestarte derde evaluatie van de WTL, waarin het functioneren van de RTE's een belangrijk aandachtspunt vormt, is thans in volle gang. De resultaten worden in de loop van 2017 verwacht.

De gemiddelde doorlooptijd voor de behandeling van een melding bedroeg in 2015 39 dagen (in 2014 was dit nog 47 dagen) en blijft dus binnen de wettelijke termijn van 42 dagen, die eenmaal met zes weken kan worden verlengd.

Aan enkele gebeurtenissen die begin 2016 aanleiding gaven tot veel discussie wil ik niet voorbijgaan.

Zo is begin februari 2016 het rapport van de Adviescommissie voltooid leven verschenen.

De RTE's hebben met belangstelling kennis genomen van dit rapport. De ministers van VWS en V&J hebben aangekondigd dat het kabinet vóór de zomer met een beleidsreactie komt.

Met de publicatie van dit rapport is de discussie over euthanasie in de samenleving allerm minst verstomd. Dat bleek niet alleen uit de vele en uiteenlopende reacties op dit rapport, maar ook uit de reacties op de documentaire over de Levensindekliniek, die kort daarna op de televisie werd uitgezonden. Die documentaire, waarin drie complexe door artsen van de Levensindekliniek behandelde euthanasiegevallen worden belicht, heeft veel stof doen opwaaien.

In dit verband lijkt het goed er op te wijzen dat de RTE's – anders dan in het korte bestek van de documentaire tot uitdrukking kon worden gebracht – konden beschikken over de volledige dossiers van de meldende artsen, geconsulteerde SCEN-artsen en andere specialisten. Op basis van die informatie hebben zij deze drie meldingen als zorgvuldig beoordeeld. De geanonimiseerde oordelen betreffende deze drie meldingen zijn integraal op de website gepubliceerd.

Ik wil de leden, de algemeen secretaris, de secretarissen en de secretariaatsmedewerkers van de RTE's bedanken voor hun grote inzet en betrokkenheid. Een bijzonder woord van dank is hier op zijn plaats voor mevrouw mr W.J.C. Swildens-Rozendaal, die in verband met het aflopen van haar maximale zittingstermijn haar werkzaamheden per 31 december 2015 heeft beëindigd. Zij is gedurende 12 jaren voorzitter geweest van de commissie Noord-Holland en de afgelopen vijf jaren daarnaast landelijke coördinerend voorzitter van de RTE's. Zij heeft zich gedurende al die jaren met grote deskundigheid en met hart en ziel ingezet voor de RTE's. Wij zijn haar daarvoor zeer dankbaar.

Na een zorgvuldige, openbare sollicitatieprocedure is per 1 april 2016 door de ministers van VWS en V&J mr J. Kohnstamm benoemd als nieuwe landelijk coördinerend voorzitter en tevens als plaatsvervangend voorzitter van de commissie Noord-Holland. Wij zijn blij met deze benoeming en zien de toekomst van de RTE's onder zijn voorzitterschap met vertrouwen tegemoet.

De commissies vernemen graag uw eventuele feedback via de algemeen secretaris van de RTE's (mailadres: [n.visee@toetscie.nl](mailto:n.visee@toetscie.nl)).

mr P.J.M. van Wersch  
*plaatsvervangend coördinerend voorzitter RTE's*

Den Haag, april 2016



# ONTWIKKELINGEN IN 2015

## MELDINGEN

### Aantal meldingen

In 2015 hebben de regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) 5516 meldingen van euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, ontvangen. Het aantal meldingen dat door de RTE's in 2015 is ontvangen vertoont daarmee opnieuw een stijging, 4% ten opzichte van het aantal meldingen in 2014 (5306). Een gedetailleerd overzicht van deze meldingen, zowel landelijk als per regio, is opgenomen in Hoofdstuk II. Cijfers over euthanasie in relatie tot alle sterfgevallen in Nederland (gemiddeld 140.000 per jaar) zijn te raadplegen op de website van de KNMG.<sup>1</sup>

De RTE's hebben bij alle meldingen van euthanasie getoetst of de uitvoerend arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In 4 gevallen, minder dan 0,1% van het totaal aantal meldingen, kwamen de RTE's tot het oordeel dat de arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen had voldaan (drie daarvan betroffen de uitvoering van de levensbeëindiging, één meerdere zorgvuldigheidseisen). Deze oordelen worden in Hoofdstuk III als casus beschreven. In alle overige gevallen kwamen de RTE's tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Een aantal van deze oordelen, die betrekking hebben op meer complexe meldingen, wordt eveneens in Hoofdstuk III als casus beschreven. In Hoofdstuk IV, dat handelt over de RTE's, worden het wettelijk kader en de rol en werkzaamheden van de RTE's nader beschreven.

### Psychiatrische aandoeningen

In 56 meldingen van euthanasie vormde een psychiatrische aandoening de grondslag van het lijden van de patiënt. In 2013 en 2014 waren dit er respectievelijk 42 en 41. Van deze 56 meldingen was in 25 gevallen de meldend arts een psychiater, in 16 gevallen een huisarts, in 2 gevallen een medisch specialist, in 4 gevallen een specialist ouderengeneeskunde en in 9 gevallen een andere arts. In 33 van de 56 gevallen was sprake van uitvoering door een arts verbonden aan de Stichting Levensindekliniek (SLK).

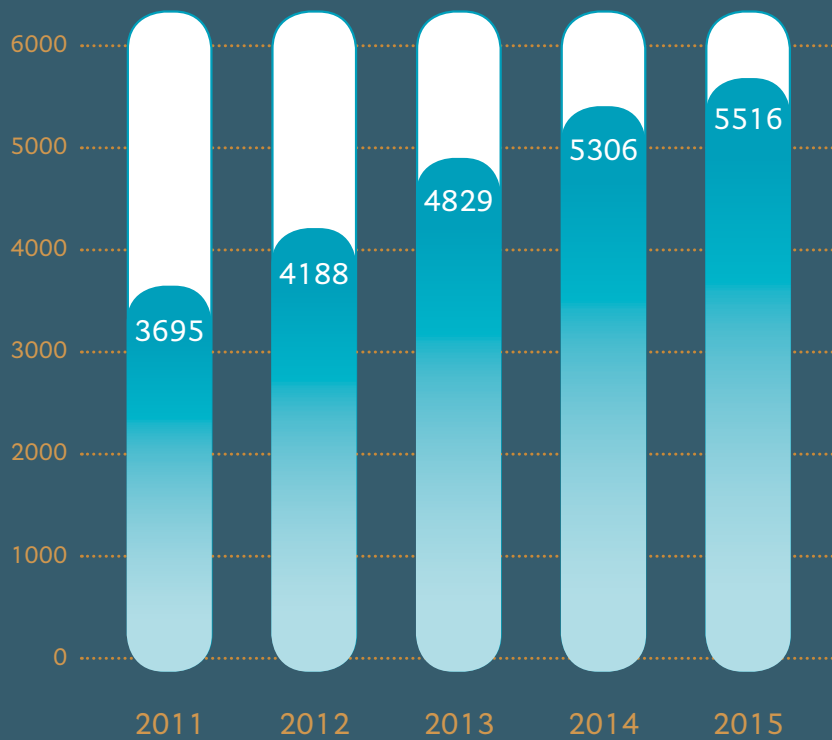
Gezien de aanhoudende belangstelling in de samenleving voor deze casuïstiek is een naar verhouding groot aantal (zo'n 15) oordelen, geanonimiseerd en voorzien van een korte samenvatting, op de website van de RTE's gepubliceerd.<sup>2</sup>

Bij een toenemend aantal meldingen waarin sprake was van een psychiatrische aandoening was ook sprake van somatische problemen die mede het lijden bepaalden. Omdat het onderliggend lijden in deze gevallen hoofdzakelijk voortkwam uit de psychiatrische aandoening(en)

1 KNMG infographic euthanasie te raadplegen op [www.KNMG.nl](http://www.KNMG.nl)

2 [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)





TOTAAL AANTAL MELDINGEN  
EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING

zijn deze meldingen ook als psychiatrische zaken geregistreerd (zie bijvoorbeeld het, *als casus* 2015-46 in Hoofdstuk III opgenomen, oordeel 2015-46).

In het Algemeen Overleg van november 2014 heeft de Minister van VWS onder meer de wens te kennen gegeven dat psychiatrische deskundigheid in de RTE's wordt verankerd. In het voorjaar van 2015 hebben de RTE's in een vacature voor een arts-lid een psychiater als lid in de RTE's benoemd.

Op pagina 26 en 27 van de in april 2015 door de RTE's uitgebrachte Code of Practice wordt nader ingegaan op de noodzaak een onafhankelijke psychiater te raadplegen ter beoordeling van de wilsbekwaamheid, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing, indien het euthanasieverzoek wordt gedaan door een aan een psychiatrische aandoening lijdende patiënt.

In 2015 is een werkgroep vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gestart met het herschrijven van de richtlijn "Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis".

In hoofdstuk III is *casus* 2015-21 opgenomen waarin psychiatrische problematiek de grondslag voor het lijden was.

## Dementie

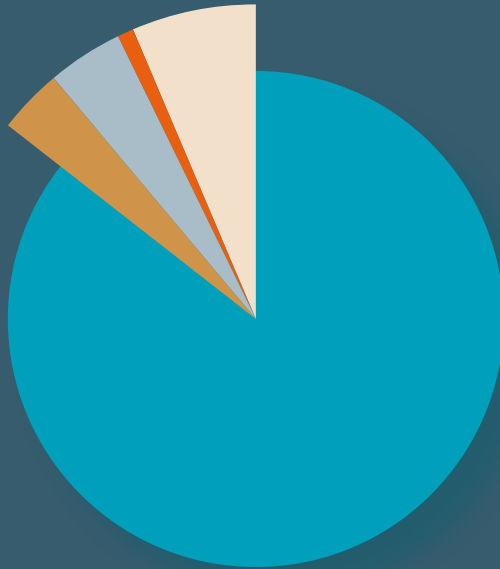
In 109 meldingen die in 2015 door de RTE's zijn ontvangen, werd de grondslag van het lijden van patiënt gevormd door dementie. In 2013 en 2014 waren dit respectievelijk 97 en 81 meldingen. In verreweg de meeste gevallen ging het om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun verzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek (nog) konden overzien. In enkele gevallen betrof het patiënten in een stadium met een verder gevorderde dementie. *Casus* 2015-107, opgenomen in hoofdstuk III, is hiervan een voorbeeld. In 28 van deze 109 dementie meldingen was sprake van uitvoering door een arts verbonden aan de SLK. Alle 109 dementie meldingen werden door de RTE's als 'zorgvuldig' beoordeeld.

Naast deze 109 meldingen speelde bij 8 gevallen dementie een rol naast een andere aandoening, bijvoorbeeld kanker of de ziekte van Parkinson. Ook in deze gevallen kwamen de RTE's tot het oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Via de website zijn 10 oordelen te raadplegen van meldingen, waarbij de grondslag van het lijden van patiënt werd gevormd door dementie. In hoofdstuk III zijn *casus* 2015-66 en 2015-107 opgenomen waarin dementie de grondslag van het lijden vormde.

### Wilsbekwaamheid bij psychiatrische aandoeningen en dementie

Het beoordelen van het euthanasieverzoek van een patiënt waarbij de grondslag van het lijden wordt gevormd door een psychiatrische aandoening, vraagt grote behoedzaamheid van de arts. Uitgesloten moet worden dat het oordeelsvermogen van de patiënt is aangetast door de psychiatrische aandoening. Dan is er immers geen sprake meer van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Het vaststellen van diens wilsbekwaamheid vraagt bijzondere deskundigheid. Door de arts dient daartoe een onafhankelijke psychiater te worden geraadpleegd.

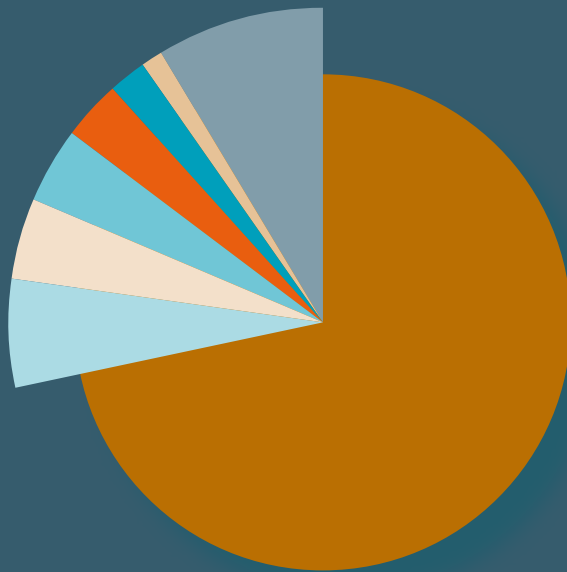
Bij een euthanasieverzoek van een patiënt met dementie vraagt het vaststellen van diens wilsbekwaamheid eveneens extra aandacht. Is het verzoek afkomstig van een patiënt, die in een verder gevorderd stadium van dementie verkeert, dan dient de arts een ter zake deskundige arts te raadplegen. Is het proces van dementering zodanig voortgeschreden dat de patiënt niet



### MELDENDE ARTSEN 2015

huisarts	4730
medisch specialist in ziekenhuis	180
specialist ouderengeneeskunde	216
arts in opleiding tot specialist	45
arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	345

*waarvan verbonden aan de  
Stichting Levensindekliniek* 366



### AARD VAN DE AANDOENINGEN 2015

kanker	4000
aandoeningen van het zenuwstelsel	311
hart- en vaataandoeningen	233
longaandoeningen	207
stapeling van ouderdomsaandoeningen	183
dementie	109
psychiatrische aandoeningen	56
overige aandoeningen	417

langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren (of uitsluitend door eenvoudige uitingen of gebaren) dan is het inwilligen van het euthanasieverzoek alleen mogelijk als de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Het moet gaan om een verklaring die op de ontstane situatie van toepassing is (zie voor een gedetailleerde beschrijving van euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening, respectievelijk met dementie de Code of Practice, 4.3 en 4.4, pag. 26, 27 en 28).

### De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring

Naar aanleiding van de maatschappelijke discussie over de betekenis en waarde van de schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie heeft de Minister van VWS medio 2013 de ambtelijke werkgroep “Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie” ingesteld bestaande uit medewerkers van VWS, V&J en KNMG.<sup>3</sup>

De ambtelijke werkgroep kreeg als opdracht om juridische en praktische duidelijkheid te bieden omtrent de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwame patiënten, zoals wettelijk is verankerd in artikel 2, tweede lid, van de WTL.<sup>4</sup> Op verzoek van de ambtelijke werkgroep hebben leden van de RTE’s bijgedragen aan daartoe uitgevoerde analyses en onderzoek. Het uiteindelijke doel van de werkgroep was het opstellen van twee handreikingen, één voor artsen en andere zorgprofessionals en één publieksversie. De handreikingen zijn in december 2015 verschenen.

## WERKWIJZE RTE’S, ONTWIKKELINGEN

### Code of Practice

In het jaarverslag 2014 hebben de RTE’s in Hoofdstuk I uitgebreid aandacht besteed aan de Code of Practice, waarvan het eerste exemplaar op 23 april 2015 door de coördinerend voorzitter, mr W.J.C. Swildens-Rozendaal, tijdens het KNMG-symposium “De puzzel van de SCEN-arts” in de Domus Medica te Utrecht, is overhandigd aan prof. dr. R.J. van der Gaag, voorzitter van de KNMG. De Code of Practice geeft, zoals in het jaarverslag 2014 weergegeven, een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten en overwegingen die de RTE’s relevant achten met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende euthanasie. Het gaat er in de tekst van de Code niet om elke denkbare situatie te beschrijven. De Code moet worden gezien als een samenvatting van de overwegingen die de RTE’s de afgelopen jaren in openbaar gemaakte oordelen en jaarverslagen hebben gepubliceerd. De Code richt zich op die overwegingen en laat de casuïstiek buiten beschouwing.

De Code of Practice is vooral van belang voor uitvoerend artsen en consulenten, maar kan ook voorzien in de informatiebehoefte van patiënten die een euthanasieverzoek willen doen en van andere geïnteresseerden. Zij kunnen een beeld krijgen van de voorwaarden waaraan bij euthanasie moet zijn voldaan en daardoor beter weten wat zij kunnen verwachten. Voor een ieder is van belang dat zoveel mogelijk helderheid bestaat over de wijze waarop de RTE’s de wet toepassen.

De Code of Practice is te raadplegen op de website van de RTE’s.<sup>5</sup>

Inmiddels is er in februari 2016 (ondersteund door de KNMG) een anonieme mini-enquête onder meldend artsen en SCEN-artsen uitgezet om de ervaringen van artsen met de Code of Practice te inventariseren. De Code zal op een nog te bepalen tijdstip worden geactualiseerd.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2012/2013, 32 647, nr. 16.

<sup>4</sup> Artikel 2, tweede lid, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, luidt als volgt: “Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing”.

<sup>5</sup> [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

## Harmonisatie

Ook in 2015 hebben de RTE's veel tijd en aandacht besteed aan het harmoniseren van oordelen. Met in achtneming van het uitgangspunt dat iedere melding altijd naar de specifieke omstandigheden van het individuele geval moet worden beoordeeld, was het streven van de RTE's weer steeds gericht op eenheid in oordelen.

Zo hebben de RTE's, als zij voornemens waren het oordeel uit te spreken dat de arts *niet* heeft gehandeld conform één of meer zorgvuldigheidseisen, het voorgenomen oordeel plus het bijbehorende dossier altijd – digitaal – voor advies en commentaar voorgelegd aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's. Eveneens is van verschillende meldingen die een gecompliceerde zaak betroffen het concept-oordeel dat de arts *wel* conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's voorgelegd. In al deze gevallen wilde de commissie die de discussie aanhangig maakte graag de visie vernemen van de andere commissieleden op haar concept-oordeel en op de overwegingen die zij daarin had opgenomen.

Deze interne uitwisseling van argumenten en overwegingen blijkt in de praktijk een waardevol instrument te zijn om te komen tot harmonisatie van (be)oordelen. Op deze manier wordt binnen de RTE's eenheid van beslissingen in de meer gecompliceerde casus bevorderd. Nadat de discussie is gesloten, is het aan de tot oordelen bevoegde commissie van drie leden (arts, ethicus, jurist) om – alles afwegende – tot een eindoordeel te komen. Bij hoge uitzondering wordt een concept-oordeel naar aanleiding van alle ingebrachte argumenten voorgelegd aan het voorzittersoverleg voor een zwaarwegend advies; ook dan blijft de beslissing over het eindoordeel bij de bevoegde commissie.

Ook de afloopberichten van IGZ en het OM en de daarin opgenomen overwegingen (zie Bijlage I) dragen bij aan de harmonisatie van (be)oordelen.

Naast de hiervoor genoemde interne discussies over individuele casuïstiek, beleggen de RTE's ook (thema)bijeenkomsten over actuele onderwerpen om meer in het algemeen te spreken over de ontwikkelingen in het 'veld'.

Zo bespraken zij in 2015 tijdens een zogenoemde 'heidag', die in het teken stond van verdere professionalisering, het delen en bevorderen van kennis, samen met externe deskundigen het toetsen van complexere zaken.

Ook de wenselijkheid om, naast de hierboven genoemde interne discussie, ter verdere harmonisatie te komen tot een reflectiekamer kwam aan de orde en wordt inmiddels verder onderzocht.

Hoewel het voorzittersoverleg de taak heeft het harmoniseren van oordelen – evenals het in algemene zin functioneren van de RTE's – te bewaken (artikel 13 WTL), zijn het gezamenlijk optrekken en de inbreng van *alle* leden (voorzitters/juristen, artsen en ethici), zowel inhoudelijk als procedureel, essentieel. Bezien wordt op welke wijze de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van artsen en ethici beter kan worden verankerd in de organisatiestructuur van de RTE's.

## VO's en NVO's

In 2015 bestond 79% van het aantal ontvangen meldingen uit 'niet vragen oproepende meldingen' (hierna: NVO-meldingen). Deze meldingen werden ter beoordeling digitaal voorgelegd aan de leden van de commissie.

Meldingen werden als NVO geselecteerd wanneer de secretaris/jurist van de commissie de inschatting kon maken dat de gegeven informatie volledig was en het zeer waarschijnlijk was dat de commissie tot de conclusie zou komen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De als NVO geselecteerde meldingen konden vrijwel altijd op digitale wijze door de commissie worden besproken en beoordeeld en – daarmee zonder vertraging – verder worden afgehandeld (Zie bijvoorbeeld *casus 2015-15* en *2015-22*).

Een klein aantal als NVO geselecteerde meldingen werd alsnog als ‘vragen oproepende melding’ (hierna VO-meldingen) in de commissievergadering besproken.

De overige 21% van het aantal ontvangen meldingen, die wel – mondeling te bespreken – vragen opriepen, werden door de RTE’s beoordeeld in de maandelijkse commissievergaderingen. Dankzij de in 2012 ingevoerde werkwijze en de uitbreiding van het aantal commissieleden en medewerkers van de secretariaten zijn in 2013 en 2014 de in voorafgaande jaren ontstane achterstanden ingelopen. Inmiddels is de gemiddelde tijd tussen de ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de RTE’s 39 dagen (in 2014 was de gemiddelde tijd 47 dagen).<sup>6</sup>

## Klachtenregeling

De RTE’s hebben in 2015 geen klachten van meldend artsen of consultants ontvangen met betrekking tot de afhandeling van meldingen.

Zoals in vorige jaarverslagen vermeld hebben de RTE’s besloten een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen ter behandeling van door hen ontvangen klachten. Inmiddels is een klachtenreglement tot stand gebracht, waarin de procedure en de bevoegdheden en samenstelling van de klachtencommissie nader worden geregeld. Dit klachtenreglement is openbaar gemaakt door plaatsing op de website van de RTE’s.<sup>7</sup>

De klachtenregeling is bedoeld voor de behandeling van klachten van artsen, waarbij vooral te denken valt aan meldend artsen en consultants.

Klachten kunnen alleen betrekking hebben op bejegening. Niet kan worden geklaagd over de inhoud en de motivering van het oordeel van een commissie.

Jaarlijks ontvangen de RTE’s een aantal verzoeken van burgers die graag een dossier of een oordeel willen inzien. Op grond van artikel 14 van de WTL zijn de RTE’s verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij de beschikking krijgen. Alleen in bijzondere (door de wet voorgeschreven) gevallen kan daarvan worden afgeweken.

Al deze verzoeken moeten daarom worden afgewezen.

## Stichting Levensindekliniek (SLK)

In 2012 hebben de RTE’s de eerste meldingen ontvangen van euthanasie uitgevoerd door een arts verbonden aan de SLK. Daarmee kregen zij te maken met een nieuw fenomeen. De RTE’s besloten om de eerste tien van deze meldingen – die overigens op dezelfde wijze als meldingen van andere artsen worden getoetst – gezamenlijk te beoordelen. Na deze eerste tien werd afgesproken meldingen van artsen van de SLK als VO te behandelen op de commissievergaderingen.

Eind 2015 besloten de RTE’s, nu er geruime tijd ervaring was opgedaan met het beoordelen van meldingen van aan de SLK verbonden artsen, dat deze voortaan ook als NVO-meldingen kunnen worden behandeld indien er in de ogen van de ervaren secretaris/jurist die de meldingen indeelt voldaan is aan de selectiecriteria. De commissie kan altijd besluiten een melding alsnog als VO te behandelen op de commissievergadering.

Overigens worden regelmatig meldingen van SLK artsen door de RTE’s gezamenlijk beoordeeld, omdat SLK artsen vaak bij complexe zaken worden ingeschakeld. Dit blijkt onder andere uit de relatief grote aantallen meldingen van euthanasie bij psychiatrie en dementie (zie voor de cijfers psychiatrie en dementie eerder in dit hoofdstuk).

Ook komt het voor dat een arts de patiënt met spoed naar de SLK doorverwijst, zie bijvoorbeeld *casus 2015-35* in hoofdstuk III.

<sup>6</sup> Artikel 9 WTL: de RTE’s brengen hun gemotiveerde oordeel uit binnen zes weken na ontvangst van de melding, deze termijn kan eenmaal voor zes weken worden verlengd.

<sup>7</sup> [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

## OVERIGE ONTWIKKELINGEN

### Werving coördinerend voorzitter

Aangezien de maximale benoemingstermijn van de zittend coördinerend voorzitter van de RTE's, mevrouw mr W.J.C. Swildens-Rozendaal, op 1 januari 2016 zou eindigen hebben de RTE's medio 2015 een functieprofiel opgesteld voor een nieuwe coördinerend voorzitter evenals een uitgebreide wervings- en benoemingprocedure, die zij op hun website hebben gepubliceerd.<sup>8</sup> Een selectie- en een draagvlakcommissie maakten onderdeel uit van de wervings- en benoemingsprocedure. In beide commissies hadden leden van de RTE's uit alle geledingen zitting.

Na het zorgvuldig uitvoeren van de wervings- en benoemingsprocedure hebben de Ministers van VWS en Veiligheid en Justitie, op gezamenlijke voordracht van de voorzitters van de Regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's), de heer mr J. Kohnstamm per 1 april 2016 benoemd tot coördinerend voorzitter van de RTE's en tot (plaatsvervangend) voorzitter van de RTE voor de regio Noord-Holland.

De heer Kohnstamm is een zeer ervaren voorzitter en bestuurder. In de gevolgde procedure heeft hij er blijk van gegeven scherp zicht te hebben op de onpartijdige positie en rol van de RTE's en de coördinerend voorzitter bij de uitvoering van de wettelijke taak binnen de daarvoor gestelde kaders. Daarmee kan hij rekenen op breed draagvlak binnen de commissies. De leden van de RTE's hebben er dan ook alle vertrouwen in dat de heer Kohnstamm de rol van coördinerend voorzitter uitstekend zal vervullen.

### Minderjarigen

De WTL is van toepassing op euthanasie bij personen van 12 jaar en ouder; jongere kinderen vallen daarbuiten. Voor de minderjarigen die wel onder de wet vallen, stelt deze aanvullende eisen:

- In geval van een minderjarige tussen de 12 en 16 jaar is naast het verzoek van de patiënt ook de instemming van diens ouder(s) of voogd vereist (art. 2 lid 4 WTL).
- In geval van een minderjarige van 16 of 17 jaar is vereist de ouder(s) of voogd bij de besluitvorming te betrekken; hun instemming is niet noodzakelijk (art. 2 lid 3 WTL).

Meldingen betreffende minderjarigen komen maar weinig voor. In de periode 2002 – 2015 werden door de RTE's zeven van deze meldingen ontvangen, waarvan twee in 2015. Daarbij ging het vijf maal om een minderjarige van 17 jaar en bij één melding (in 2005) om een minderjarige van 12 jaar (zie RTE Jaarverslag 2005, p.15-16).

Een van de in 2015 ontvangen meldingen betrof een minderjarige van 16 jaar (zie *casus* 2015-59).

In alle gevallen was de familie bij de besluitvorming betrokken en begreep en respecteerde zij het euthanasieverzoek.

Wil er sprake zijn van een vrijwillig verzoek om euthanasie zoals de wet dat eist, dan moet de patiënt ter zake wilsbekwaam zijn. Wilsbekwaamheid houdt in dat de patiënt relevante informatie over zijn situatie en prognose kan begrijpen, de eventuele alternatieven kan afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kan overzien. Bestaat hier gerede twijfel over dan ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige vraagt. Dit kan onderdeel zijn van de vraagstelling aan de consulent, maar de wilsbekwaamheid kan voorafgaand daaraan ook door een ter zake deskundige arts worden beoordeeld.

Euthanasie bij minderjarigen stond ook in 2015 in de politieke belangstelling. Bij een door de Tweede Kamer in januari 2016 gehouden Rondetafelgesprek waren de RTE's vertegenwoordigd.

8 [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

## Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie

Met enige regelmaat worden artsen geconfronteerd met patiënten die na euthanasie organen en/of weefsels willen doneren. De meeste patiënten die door euthanasie overlijden kunnen vanwege hun aandoening (vaak een maligniteit) geen orgaandonor zijn. In sommige situaties is dit wel mogelijk, met name bij patiënten met degeneratieve aandoeningen als ALS of MS. Er vindt geen formele registratie plaats van het aantal gevallen van orgaandonatie na euthanasie. Voor zover bekend zijn er sinds 2012 vijftien gevallen van deze combinatie van procedures geweest, waarvan negen in 2015.

De WTL doet geen uitspraken over wat er na de euthanasie met het lichaam mag gebeuren en werpt dus geen belemmeringen op voor orgaandonatie na euthanasie. Om te voorkomen dat het verzoek om euthanasie wordt beïnvloed door de mogelijkheid van orgaandonatie kan het verzoek om orgaandonatie pas worden beoordeeld als duidelijk is dat aan de zorgvuldigheids-criteria voor euthanasie is voldaan.

Orgaandonatie na euthanasie is een complexe combinatie van procedures omdat het onder andere nodig is dat de euthanasie in het ziekenhuis uitgevoerd wordt. Dit betekent doorgaans dat de patiënt voor de euthanasie naar het ziekenhuis moet worden vervoerd. Ook moeten beide procedures strikt van elkaar gescheiden blijven, terwijl zij – vanwege de snelheid waarmee moet worden gehandeld – wel goed op elkaar moeten worden afgestemd. Dit vereist goede samenwerking en coördinatie.

Om deze coördinatie te bereiken en de procedure zorgvuldig te laten verlopen heeft een werkgroep vanuit verschillende universiteiten een handreiking geformuleerd die artsen kan ondersteunen bij de besluitvorming. Op verzoek van de werkgroep hebben de RTE's hieraan een bijdrage geleverd. Deze handreiking beschrijft hoe artsen kunnen handelen die geconfronteerd worden met een patiënt die een verzoek doet om na euthanasie de organen te doneren. Artsen die te maken krijgen met een donatieverzoek kunnen deze handreiking opvragen bij de transplantatiecoördinator van het universitaire ziekenhuis in de eigen regio.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Meer informatie: <http://www.transplantatiestichting.nl/donor-worden/wie-kan-donor-worden/orgaan-en-weefseldonatie-na-euthanasie>





## LANDELIJK OVERZICHT VAN MELDINGEN 2015

Overzicht van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015

**MELDINGEN** De RTE's ontvingen in dit verslagjaar 5516 meldingen.

**EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING** In 5277 gevallen was er sprake van euthanasie (d.w.z. actieve levensbeëindiging op verzoek van patiënt), in 208 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 31 gevallen betrof het een combinatie van beide.

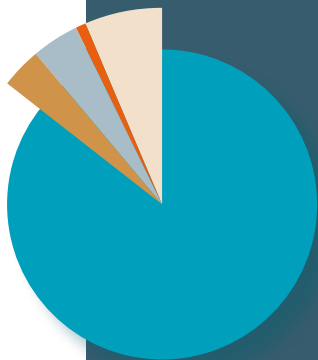
**INSTELLINGEN** De levensbeëindiging vond in 4409 gevallen thuis plaats, in 191 gevallen in een ziekenhuis, in 224 gevallen in een verpleeghuis, in 239 gevallen in een verzorgingshuis, in 354 gevallen in een hospice en in 99 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

**BES-EILANDEN** De RTE's ontvingen in dit verslagjaar 1 melding uit de BES-eilanden.

**BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL** De RTE's achtten zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. In dit verslagjaar kwamen de RTE's 4 maal tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

**DUUR BEOORDELING** De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de RTE's was 39 dagen.

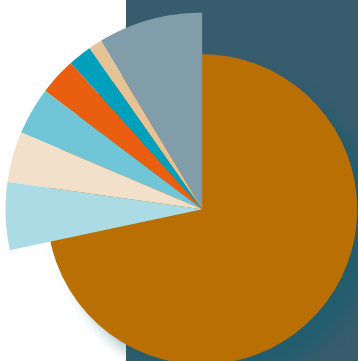
### MELDENDE ARTSEN



● huisarts	4730
● medisch specialist in ziekenhuis	180
● specialist ouderengeneeskunde	216
● arts in opleiding tot specialist	45
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	345

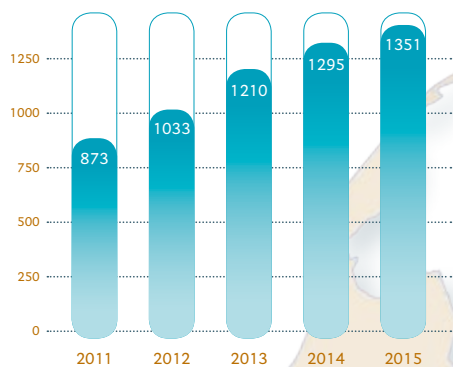
*waarvan verbonden aan de Stichting Levensindekliniek* 366

### AARD VAN DE AANDOENINGEN

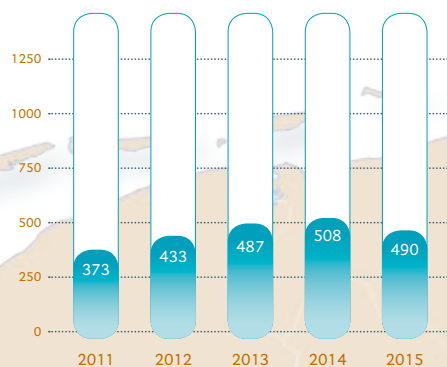


● kanker	4000
● aandoeningen van het zenuwstelsel	311
● hart- en vaat-aandoeningen	233
● longaandoeningen	207
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	183
● dementie	109
● psychiatrische aandoeningen	56
● overige aandoeningen	417

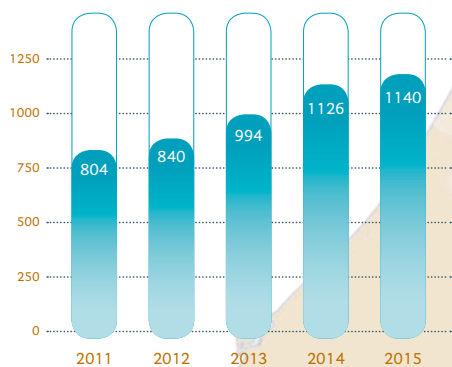
TOTAAL AANTAL MELDINGEN EUTHANASIE  
EN HULP BIJ ZELFDODING PER REGIO



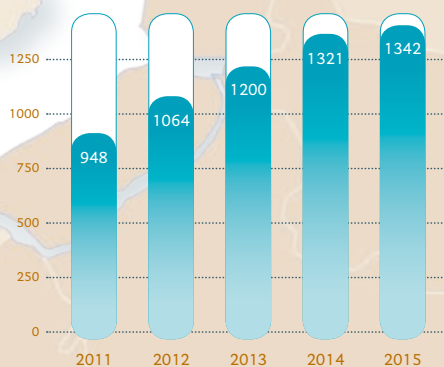
REGIO 3  
NOORD-HOLLAND



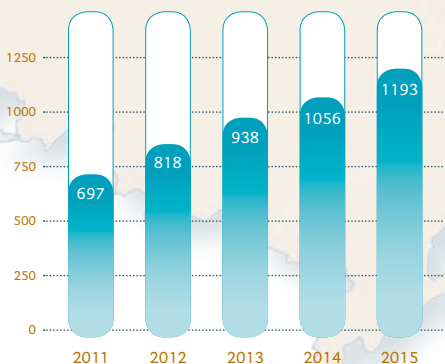
REGIO 1  
GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE  
EN BES



REGIO 4  
ZUID-HOLLAND EN ZEELAND



REGIO 2  
OVERIJSEL, GELDERLAND,  
UTRECHT EN FLEVOLAND



REGIO 5  
NOORD-BRABANT EN LIMBURG

## REGIO 1

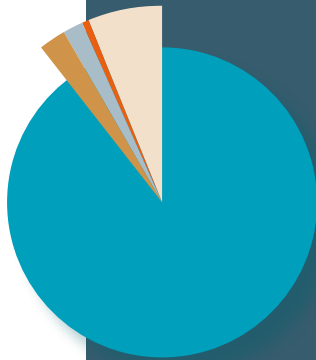
## OVERZICHT VAN MELDINGEN 2015 PER REGIO

## GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE EN BES

Overzicht van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015

**MELDINGEN** De commissie ontving in dit verslagjaar 490 meldingen.

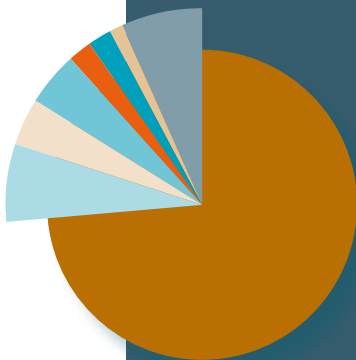
**EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING** In 460 gevallen was er sprake van euthanasie, in 27 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen betrof het een combinatie van beide.



## MELDENDE ARTSEN

● huisarts	440
● medisch specialist in ziekenhuis	11
● specialist ouderengeneeskunde	8
● arts in opleiding tot specialist	1
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	30

*waarvan verbonden aan de  
Stichting Levensindekliniek* 29



## AANDOENINGEN

● kanker	361
● aandoeningen van het zenuwstelsel	32
● hart- en vaatandoeningen	19
● longaandoeningen	21
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	10
● dementie	10
● psychiatrische aandoeningen	5
● overige aandoeningen	32

**INSTELLINGEN** De levensbeëindiging vond in 407 gevallen thuis plaats, in 12 gevallen in een ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis, in 25 gevallen in een verzorgingshuis, in 27 gevallen in een hospice en in 10 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

**BES-EILANDEN** De commissie ontving in dit verslagjaar 1 melding uit de BES-eilanden.

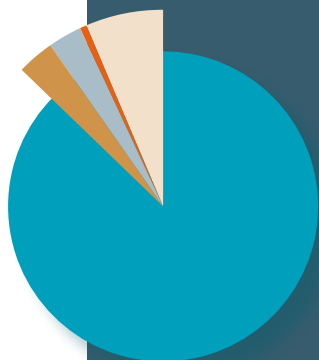
**BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL** De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 11 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

**DUUR BEOORDELING** De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 34 dagen.

Overzicht van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015

**MELDINGEN** De commissie ontving in dit verslagjaar 1342 meldingen.

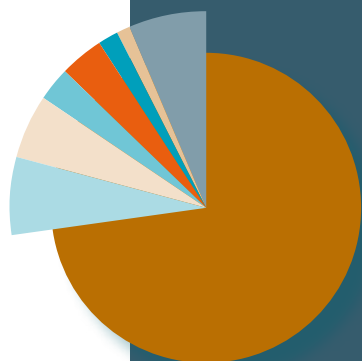
**EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING** In 1289 gevallen was er sprake van euthanasie, in 46 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 7 gevallen betrof het een combinatie van beide.



#### MELDENDE ARTSEN

● huisarts	1173
● medisch specialist in ziekenhuis	42
● specialist ouderengeneeskunde	37
● arts in opleiding tot specialist	6
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	84

*waarvan verbonden aan de  
Stichting Levensindekliniek* 88



#### AANDOENINGEN

● kanker	978
● aandoeningen van het zenuwstelsel	88
● hart- en vaatandoeningen	69
● longaandoeningen	39
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	46
● dementie	25
● psychiatrische aandoeningen	14
● overige aandoeningen	83

**INSTELLINGEN** De levensbeëindiging vond in 1087 gevallen thuis plaats, in 47 gevallen in een ziekenhuis, in 42 gevallen in een verpleeghuis, in 61 gevallen in een verzorgingshuis, in 81 gevallen in een hospice en in 24 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

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

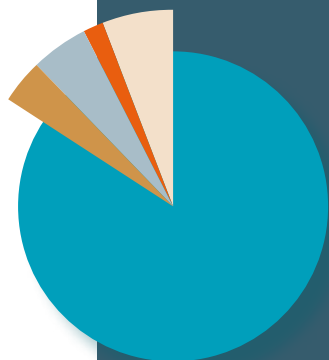
**DUUR BEOORDELING** De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 40 dagen.

# REGIO 3 NOORD-HOLLAND

Overzicht van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015

**MELDINGEN** De commissie ontving in dit verslagjaar 1351 meldingen.

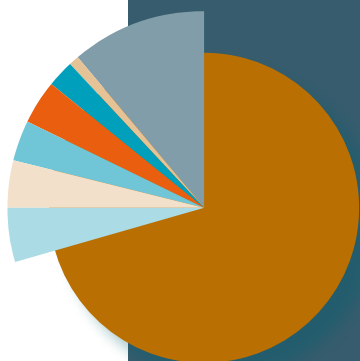
**EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING** In 1259 gevallen was er sprake van euthanasie, in 82 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 10 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



### MELDENDE ARTSEN

● huisarts	1138
● medisch specialist in ziekenhuis	51
● specialist ouderengeneeskunde	61
● arts in opleiding tot specialist	23
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	78

*waarvan verbonden aan de Stichting Levensindekliniek* 66



### AANDOENINGEN

● kanker	956
● aandoeningen van het zenuwstelsel	61
● hart- en vaataandoeningen	52
● longaandoeningen	42
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	51
● dementie	29
● psychiatrische aandoening	11
● overige aandoeningen	149

**INSTELLINGEN** De levensbeëindiging vond in 1052 gevallen thuis plaats, in 55 gevallen in een ziekenhuis, in 72 gevallen in een verpleeghuis, in 66 gevallen in een verzorgingshuis, in 80 gevallen in een hospice en in 26 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

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

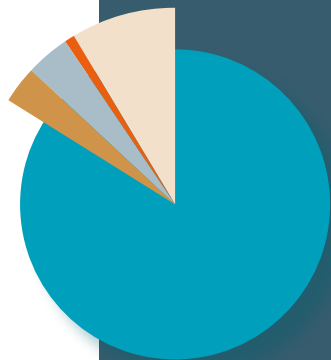
**DUUR BEOORDELING** De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 44 dagen.

# REGIO 4 ZUID-HOLLAND EN ZEELAND

Overzicht van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015

**MELDINGEN** De commissie ontving in dit verslagjaar 1140 meldingen.

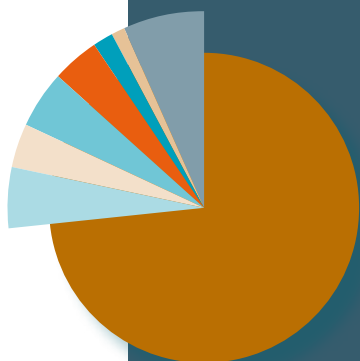
**EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING** In 1100 gevallen was er sprake van euthanasie, in 33 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 7 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



## MELDENDE ARTSEN

● huisarts	957
● medisch specialist in ziekenhuis	37
● specialist ouderengeneeskunde	40
● arts in opleiding tot specialist	10
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	96

*waarvan verbonden aan de  
Stichting Levensindekliniek* 104



## AANDOENINGEN

● kanker	839
● aandoeningen van het zenuwstelsel	55
● hart en vaataandoeningen	42
● longaandoeningen	54
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	44
● dementie	19
● psychiatrische aandoening	11
● overige aandoeningen	76

**INSTELLINGEN** De levensbeëindiging vond in 915 gevallen thuis plaats, in 38 gevallen in een ziekenhuis, in 47 gevallen in een verpleeghuis, in 35 gevallen in een verzorgingshuis, in 83 gevallen in een hospice en in 22 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

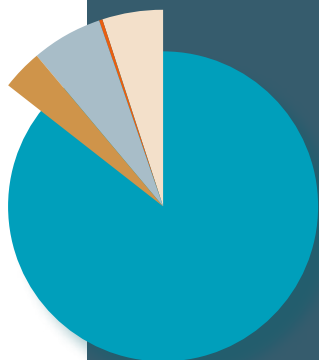
**BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL** De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

**DUUR BEOORDELING** De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 35 dagen.

Overzicht van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015

**MELDINGEN** De commissie ontving in dit verslagjaar 1193 meldingen.

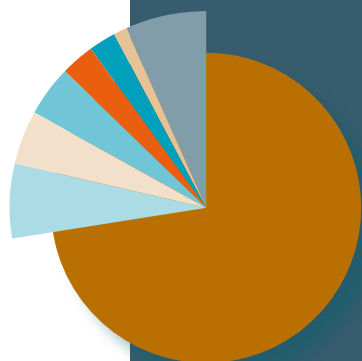
**EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING** In 1169 gevallen was er sprake van euthanasie, in 20 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



#### MELDENDE ARTSEN

● huisarts	1022
● medisch specialist in ziekenhuis	39
● specialist ouderengeneeskunde	70
● arts in opleiding tot specialist	5
● arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	57

*waarvan verbonden aan de  
Stichting Levensindekliniek* 79



#### AANDOENINGEN

● kanker	866
● aandoeningen van het zenuwstelsel	75
● hart- en vaatandoeningen	51
● longaandoeningen	51
● stapeling van ouderdomsaandoeningen	32
● dementie	26
● psychiatrische aandoening	15
● overige aandoeningen	77

**INSTELLINGEN** De levensbeëindiging vond in 948 gevallen thuis plaats, in 39 gevallen in een ziekenhuis, in 54 gevallen in een verpleeghuis, in 52 gevallen in een verzorgingshuis, in 83 gevallen in een hospice en in 17 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

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

**DUUR BEOORDELING** De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 40 dagen.



## CASUÏSTIEK

### ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Tot en met 2013 werd in Hoofdstuk II van het Jaarverslag een overzicht gegeven van de wijze waarop de RTE's de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie, zoals opgenomen in de WTL, interpreteren en toepassen en de belangrijkste ontwikkelingen daarbij, geïllustreerd met casuïstiek. Nu de Code of Practice in april 2015 is gepubliceerd is dit de 'beleidlijn' voor de RTE's. In dit hoofdstuk zijn daarom naast casuïstiek nog slechts verwijzingen naar de Code of Practice opgenomen.<sup>10</sup>

De RTE's toetsen achteraf het handelen van de meldend arts aan de hand van de in artikel 2 van de WTL vastgelegde zorgvuldigheidseisen.

Deze zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

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

De RTE's toetsen de zorgvuldigheid van het handelen van de meldende arts. Zij toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie en houden daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de commissies en met beslissingen van het OM en de IGZ in de gevallen waarin een commissie oordeelde dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dat houdt in dat moet komen *vast te staan* dat is voldaan aan de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen c. (voorlichting), e. (raadplegen onafhankelijke consultant) en f. (medisch zorgvuldige uitvoering); de arts moet aannemelijk kunnen maken dat hij, gelet op de omstandigheden van het geval, *in redelijkheid tot de overtuiging kon komen* dat was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen genoemd onder a. (vrijwillig en weloverwogen verzoek), b. (uitzichtloos en ondraaglijk lijden) en d. (geen redelijke andere oplossing).

De arts dient hiertoe bij zijn melding aan de lijkschouwer een beredeneerd verslag te voegen (artikel 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging).

<sup>10</sup> [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)

## SELECTIE CASUÏSTIEK

Allereerst is één voorbeeld van zogenoemde NVO-meldingen opgenomen. Onder medisch zorgvuldige uitvoering is nog een voorbeeld van een NVO-melding opgenomen. De overige casuïstiek betreft VO-meldingen. In deze casuïstiek komen achtereenvolgens, na een algemene casus waarbij een snelle procedure centraal staat, de verschillende zorgvuldigheidseisen van de WTL aan bod. Ten slotte is enige casuïstiek die betrekking heeft op euthanasie in geval van psychiatrische aandoeningen en dementie apart weergegeven, dit mede vanwege de grote belangstelling die hiervoor in de samenleving bestaat.

De casuïstiek bevat samengevatte oordelen en is toegespitst op de belangrijkste aspecten van het oordeel en de overwegingen van de commissie.

Daarbij wordt aangegeven ter illustratie van welke van de zorgvuldigheidseisen de casus is opgenomen, welke aandachtspunten voor de betreffende commissie aan de orde waren en – uiteraard – tot welk oordeel de commissie is gekomen. De integrale tekst van de als casus beschreven oordelen is – onder hetzelfde nummer – te vinden op de website van de RTE's, publicatiejaar 2015.<sup>11</sup>

## NVO-MELDINGEN

De als NVO geselecteerde meldingen konden in 2015 vrijwel allemaal op digitale wijze door de commissie worden besproken en beoordeeld. Zoals beschreven in Hoofdstuk I gaat het hier om 79% van alle meldingen. Om in deze meldingen inzicht te geven is hieronder van één NVO-melding het oordeel in zijn geheel opgenomen. Een andere NVO-melding, *casus 2015-22*, is opgenomen onder medisch zorgvuldige uitvoering. Op de website van de RTE zijn onder 'Uitspraken & Uitleg, Niet vragen oproepende meldingen' meer NVO-meldingen te raadplegen.

### CASUS 2015-15

*Zie ook oordeel  
2015-15 op de website*

**ORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**AANDACHTSPUNTEN:** NVO-melding, tijdelijke waarneming

**SAMENVATTING:** Omdat de huisarts tijdelijk afwezig was, vroeg een ernstig lijdende patiënte een waarnemer om euthanasie. De waarnemer zette de euthanasieprocedure in gang en benaderde de SCEN consulent. Bij terugkeer van de huisarts heeft patiënte haar euthanasieverzoek aan hem gedaan waarna de huisarts de levensbeëindiging heeft uitgevoerd.

Bij patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, werd ongeveer een half jaar voor het overlijden een naar de longen gemetastaseerd pancreascarcinoom vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit snel progressieve ernstige kortademigheid ondanks gebruik van zuurstof. Patiënte kon nog slechts met moeite spreken en moest veelvuldig hoesten. Zij was uitgeput. Daarnaast leed zij onder de angst voor verdere aftakeling en ontluistering.

<sup>11</sup> [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

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

Er waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Acht dagen voor het overlijden heeft patiënte de praktijkgenoot van de arts, die tijdelijk waarnam voor de arts, om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Bij terugkeer van de arts, een dag voor het overlijden, heeft patiënte haar verzoek herhaald ten overstaan van de arts. De volgende dag heeft zij haar verzoek nogmaals herhaald ten overstaan van de arts.

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

De praktijkgenoot van de arts raadpleegde namens de arts een onafhankelijke SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht patiënte vier dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de praktijkgenoot van de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

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

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

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

Het oordeel van de commissie is dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

## CASUS 2015-35

*Op p. 10 en p. 32 van de Code of Practice zijn opmerkingen ten aanzien van de behandelrelatie opgenomen. Het gaat de commissies niet om het aantal gesprekken dat arts en patiënt voeren, maar om de intensiteit en diepgang van de contacten met patiënt en andere betrokkenen. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-35.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEISEN:** niet specifiek/ alle

**AANDACHTSPUNT:** snel verloop euthanasieprocedure

**SAMENVATTING:** Bij patiënt was sprake van een gemetastaseerd longcarcinoom. Hij had een zwervend bestaan geleid en nooit eerder dan een maand voor het overlijden een huisarts bezocht. Toen het lijden voor patiënt ondraaglijk werd, verzocht hij de huisarts om euthanasie. De huisarts verwees patiënt vanwege gewetensbezwaren met spoed naar de SLK. De arts van de SLK bezocht patiënt tweemaal. De arts kon, ondanks het snelle verloop van de procedure, door zijn uitgebreide gesprekken met patiënt en de intensieve samenwerking met de huisarts, in redelijkheid tot de overtuiging komen dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

Patiënt, een man van 50-60 jaar, had een zwervend bestaan geleid zonder vaste woon- of verblijfplaats. Ruim een maand voor het overlijden had hij voor het eerst een huisarts bezocht. Er werd een longcarcinoom met lymfekliermetastasen bij hem vastgesteld. Er bleek sprake van een massieve tumorgroei in de gehele rechterlong met doorgroei tot onderin de luchtpijp. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënt bestond uit hevige progressieve benauwdheid waardoor hij zuurstofafhankelijk was geworden. Hij was extreem vermoeid en uitgeput. Patiënt, voorheen altijd een autonome man, was bedlegerig en afhankelijk van de zorg van anderen geworden. Hij leed onder het verlies van waardigheid en de angst om te stikken of geconfronteerd te worden met een bloeding. Patiënt wilde op een waardige manier sterven en verdere aftakeling niet meer meemaken. Het lijden was voor hem ondraaglijk.

Nadat de diagnose bekend was, sprak patiënt meerdere keren met de huisarts over euthanasie. Omdat de huisarts vanwege gewetensbezwaren de euthanasie niet wenste uit te voeren heeft patiënt zich op advies van de huisarts met spoed tot de Stichting Levensindekliniek (SLK) gewend.

De arts van de SLK heeft, samen met een verpleegkundige van de SLK, twee uitgebreide gesprekken gevoerd met patiënt. Tijdens het eerste gesprek, ruim een week voor het overlijden, heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts en de huisarts hebben gedurende het euthanasietraject intensief met elkaar overlegd.

De commissie overwoog dat de arts, ondanks het snelle verloop van de procedure, door zijn uitgebreide gesprekken met patiënt en de intensieve samenwerking met de huisarts, in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

# VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

## CASUS 2015-01

*Een arts moet voor de commissie aannemelijk maken dat hij in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat aan de zorgvuldigheidseisen a, b en d (art. 2 lid 1., WTL) was voldaan. In deze casus heeft de arts dit noch door de toegestuurde (nadere) schriftelijke informatie noch door haar mondelinge toelichting voor de commissie aannemelijk kunnen maken. Zie de Code of Practice p. 7; zie voor de samenhang uitzichtloosheid van het lijden, weloverwogenheid van het verzoek en het ontbreken van een redelijke andere oplossing de Code of Practice p. 11 en p. 13 jo. p. 15. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-01 op de website.*

**OORDEEL:** NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEISEN:** vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing

**AANDACHTSPUNTEN:** verband tussen ontbreken van redelijke andere oplossing, uitzichtloos lijden en weloverwogen verzoek; summier verslag/dossier

**SAMENVATTING:** Patiënte leed aan meerdere aandoeningen en had al zestig jaar onbegrepen darmklachten.

De consulent meende dat deze klachten te wijten waren aan het ouder worden en mede in stand werden gehouden door deels ingebeelde ziektes en haar denkbeelden daarover, haar eenzijdige dieet en haar weigering zich te laten onderzoeken. Hij adviseerde een geriater te raadplegen. Na aanvankelijke aarzeling kwam de consulent tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie is van oordeel dat de aan de Stichting Levensindekliniek (SLK) verbonden arts, mede gelet op het door de consulent én het in het interne overleg van de SLK geuite advies om een geriater te raadplegen, lichtvaardig is meegegaan in de weigering van patiënte om zich te laten onderzoeken.

De arts heeft voor de commissie niet aannemelijk gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een weloverwogen verzoek en van uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing voorhanden was.

Patiënte, een vrouw ouder dan 90 jaar, kampte sinds haar zesde jaar met visusklachten en sinds enkele jaren met een verdere toename van de slechtziendheid wegens maculadegeneratie. Daarnaast had patiënte al ruim zestig jaar last van darmklachten waarvoor aanvankelijk de diagnose coeliakie was gesteld, een diagnose die veel later werd herroepen. Sinds tientallen jaren had patiënte rugklachten. Zij had tweemaal een halskliertuberculose doorgemaakt en kampte met slikklachten. Gedurende de laatste maanden van het leven van patiënte verslechterde haar situatie verder en verloor zij fors gewicht doordat zij nauwelijks at. Zij was gestopt met haar jarenlange vitaminesuppletie omdat zij meende dat zij verkeerde vitamines had gekregen. Haar lijden bestond uit aftakeling en toenemende zwakte. Door de achteruitgang van haar gezichtsvermogen en doordat zij zeer moeizaam liep en frequent viel, kwam patiënte niet meer buiten. Zij sliep slecht en had pijn in haar rug omdat het korset, dat zij in verband met ingezakte wervels al jaren droeg, niet meer paste door haar gewichtsverlies. Wegens de darmproblemen was haar buik opgezet en pijnlijk en wegens de keelklachten had zij moeite met slikken, een droge mond en pijn in de halsklieren. Patiënte, die ondanks haar gezondheidsklachten steeds zelfstandig had gefunctioneerd, leed ondraaglijk onder het verlies van autonomie en mobiliteit. Zij bracht haar dagen door op de bank en leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Zij wenste niet in een verpleeghuis te worden opgenomen. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Patiënte had eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken en deze ook verzocht die uit te voeren. De huisarts wilde geen euthanasie toepassen omdat patiënte niet terminaal ziek was en verwees haar door naar de SLK. Ongeveer anderhalve maand voor de levensbeëindiging, tijdens het eerste gesprek tussen patiënte en de aan de SLK verbonden arts, heeft patiënte deze om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Tijdens de drie daarop volgende gesprekken heeft patiënte haar verzoek steeds herhaald.

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

De geraadpleegde consulent meende dat de klachten van patiënte voor het merendeel functioneel waren en dat zij ten aanzien van haar klachten een sterke fixatie had op ooit genoemde, naar zijn mening onjuiste, diagnoses (zoals coeliakie). De consulent stelde dat patiënte verstrikt was geraakt in deels ingebeelde ziektes en opvattingen over deze ziektes. Zij leek daarin niet te corrigeren. Haar fysieke achteruitgang was echter zeker ook te wijten aan het ouder worden en de daarmee gepaard gaande fysieke achteruitgang, waarbij haar eenzijdige dieet met mogelijk vitamine- of mineraalafwijkingen ook een rol kon spelen. De consulent kon, op grond van de fysieke achteruitgang van patiënte, begrip opbrengen voor haar wens te sterven. Hij meende echter dat de klachten met betrekking tot haar rug, buik en hals in feite al jaren bestonden en mede in stand werden gehouden door haar leefstijl en dieet en haar weigering zich daarvoor te laten onderzoeken door specialisten zoals een maag-, darm-, lever-arts of een geriater.

De consulent meende dat het verzoek vrijwillig was gedaan en dat patiënte wilsbekwaam was. Of het verzoek weloverwogen was vond hij moeilijker te beoordelen omdat patiënte weigerde zich te laten onderzoeken en heel specifieke ideeën had over haar kwalen. Zij was niet geneigd te luisteren naar medisch advies en volgde haar eigen spoor dat al vaak had geleid tot het afbreken van het contact met eerdere huisartsen en behandelend specialisten. Om te zien of er een redelijke andere oplossing voorhanden was meende de consulent dat een deel van de klachten van patiënte nog eens beoordeeld zouden kunnen worden door een geriater.

Na zijn bezoek aan patiënte uitte de consulent zijn twijfels aan de arts en raadde hij de arts aan om het verzoek van patiënte nog een keer kritisch te beoordelen en daar mogelijk samen opnieuw over van gedachten te wisselen.

Ruim twee weken later bezocht de arts patiënte opnieuw en bracht daarvan verslag uit aan de consulent. Hierin stelde de arts opnieuw vast dat de wens tot levensbeëindiging overduidelijk aanwezig bleef en dat patiënte geen alternatief wenste te aanvaarden. Na nogmaals door de arts telefonisch te zijn benaderd kwam de consulent, na aanvankelijk enige aarzeling van zijn zijde, tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Op verzoek van de commissie heeft de arts een mondelinge toelichting gegeven.

Daarin geeft zij aan dat zij tijdens het eerste contact dacht dat patiënte binnen twee dagen zou overlijden. Patiënte verkeerde in een somatisch zeer slechte toestand. Zij had geen kracht meer en had een bolle buik, waarschijnlijk als gevolg van een darmobstructie. Vanwege haar situatie heeft de arts besloten om het tweede gesprek nog binnen een week in te plannen. De arts gaf aan dat de toestand van patiënte tijdens het tweede gesprek verbeterd was. Zij had inmiddels ontlasting gehad waardoor zij wat was hersteld. De arts gaf aan dat twee gesprekken normaliter niet voldoende zijn om tot de overtuiging te komen dat voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen, maar dat zij in casu tijdens het eerste gesprek al overtuigd was. Patiënte kon haar verhaal goed vertellen en haar lijden was zichtbaar.

Op de vraag van de commissie wat haar overweging is geweest dat het verzoek van patiënte aan de zorgvuldigheidseisen voldeed nog voordat de SCEN-arts werd ingeschakeld, antwoordde de arts dat patiënte jarenlang als demonstratiepatiënt had gefungeerd. De betrokken professor had coeliakie gediagnosticeerd en patiënte had hierover een eigen beeld ontwikkeld. Op zijn advies had zij de rest van haar leven een dieet gevolgd, vrijwel geheel bestaande uit hangop, biefstuk en rauwkost.

De achteruitgang van patiënte was volgens de arts duidelijk. De arts vond het lijden van patiënte direct invoelbaar.

De arts gaf aan dat zij, ondanks het feit dat patiënte zich niet wilde laten onderzoeken, niet twijfelde aan de weloverwogenheid van haar verzoek. Zij lichtte toe dat er veel overleg is geweest met de SCEN-arts. De SCEN-arts wilde voor de volledigheid dat er toch een poging werd gedaan om patiënte door een geriater te laten beoordelen.

In een telefonisch gesprek tussen de arts en de SCEN-arts, vertelde zij hem dat het SLK-team ook een geriatrisch consult had voorgesteld en dat zij dit in een volgend gesprek met patiënte weer aan de orde zou stellen. Patiënte heeft het consult elke keer consequent geweigerd.

Desgevraagd geeft de arts aan dat tijdens het vierde gesprek, waarvan geen verslag in het dossier zit, de uitvoering is besproken. Volgens de arts stonden in elk gevoerd gesprek de somatische aandoeningen op de voorgrond. De arts geeft aan dat zij zich ervan bewust is dat de verslaglegging summier is en dat er in de toekomst beter dient te worden beargumenteerd, waardoor inzichtelijk zal worden hoe zij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie stelt dat een verzoek *weloverwogen* is als de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht.

In het onderhavige geval heeft de arts in haar melding en de daarbij behorende (en later nagezonden) schriftelijke stukken gesteld dat patiënte een weloverwogen verzoek deed. In haar mondelinge toelichting heeft zij aangegeven dat zij, ondanks het feit dat patiënte zich niet wilde laten onderzoeken, niet twijfelde aan de weloverwogenheid van het verzoek. Zij lichtte toe dat er veel overleg was geweest met de consulent.

De consulent heeft, omdat hij aanvankelijk aarzelingen had, in zijn verslag aangegeven dat de weloverwogenheid van het verzoek van patiënte moeilijk te beoordelen was, omdat zij zich weigerde te laten onderzoeken en heel specifieke ideeën had over haar aandoeningen. De consulent heeft in zijn verslag vraagtekens geplaatst bij het ziekte-inzicht van patiënte.

Mede om die reden heeft hij de arts geadviseerd het verzoek van patiënte opnieuw kritisch te beoordelen en een geriater in te schakelen. De arts is niet ingegaan op de door de consulent geuite twijfels met betrekking tot de weloverwogenheid en heeft zich neergelegd bij de weigering van patiënte naar een geriater te gaan.

De consulent heeft na het telefonische gesprek met de arts, zijn eerdere conclusie gewijzigd en is na 'aanvankelijke aarzeling' tot de conclusie gekomen dat voldaan is aan alle zorgvuldigheidseisen. De consulent heeft zijn oordeel dat het verzoek weloverwogen was echter niet onderbouwd. Noch uit de mondelinge toelichting, noch uit de schriftelijke stukken is duidelijk geworden of de arts om een nadere motivering van de consulent heeft gevraagd. Noch uit de (nagezonden) stukken behorende bij de melding, noch uit haar mondelinge toelichting heeft de arts voldoende duidelijk kunnen maken waarom zij tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er in het onderhavige geval sprake was van een weloverwogen verzoek. Zowel door de consulent als in het – interne SLK – overleg was aangedrongen op het raadplegen van een geriater. De commissie meent dat de arts te lichtvaardig is meegegaan in de weigering van patiënte om zich door een geriater te laten onderzoeken. De arts heeft voor de commissie niet aannemelijk gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van *een weloverwogen verzoek*.

Een arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Dit betekent niet dat een patiënt geen behandeling kan weigeren. Het weigeren van een behandeling is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt. Van de arts verwacht de commissie dat deze in de verslaglegging, ten behoeve van de beoordeling door de commissie, aangeeft waarom voor deze patiënt eventuele andere oplossingen niet redelijk of niet aanvaardbaar waren. De commissie is van oordeel dat de arts, mede gelet op het door de consulent en het in het SLK-overleg geuite advies om een geriater te raadplegen, te lichtvaardig is meegegaan in de weigering van patiënte om zich te laten onderzoeken door een geriater.

De commissie meent dat de arts onvoldoende heeft onderbouwd waarom er volgens haar in het onderhavige geval geen sprake was van redelijke alternatieven en – dus ook – waarom er naar haar mening sprake was van uitzichtloos lijden. Verder is niet gebleken dat de arts bij de consulent heeft geïnformeerd naar de reden van wijziging van zijn standpunt ná zijn

telefoongesprek met de arts. Hiermee heeft de arts het voor de commissie *onvoldoende* aanmerkelijk gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van *uitzichtloos lijden* en dat er *geen redelijke andere oplossing* voorhanden was.

Ten overvloede merkt de commissie op dat het noodzakelijk is dat de commissie vanaf aanvang over een zo compleet mogelijk dossier beschikt en dat de arts daarin is tekortgeschoten.

## CASUS 2015-59

Zie voor minderjarige patiënten de Code of Practice p. 25. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-59

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** vrijwillig en weloverwogen verzoek

**AANDACHTSPUNT:** wilsbekwaamheid ten aanzien van het euthanasieverzoek, nu dit wordt gedaan door een minderjarige in de leeftijd van 16-18 jaar (art. 2, lid 3 WTL)

**SAMENVATTING:** Patiënte kreeg voor de tweede keer te maken met acute myeloïde leukemie (AML). De eerste keer werd zij behandeld met een stamceltransplantatie.

Zij wilde deze behandeling niet opnieuw ondergaan.

Patiënte leed ondraaglijk onder pijn, moeheid, misselijkheid en het verlies van de regie over haar leven. Zij verzocht om euthanasie.

Volgens de commissie is duidelijk geworden dat de patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Haar ouders waren betrokken geweest bij de besluitvorming. Daarmee is gehandeld overeenkomstig artikel 2, derde lid van de WTL, betreffende minderjarige patiënten tussen de 16 en 18 jaar.

Bij patiënte, een vrouw van 16-18 jaar, werd in het voorjaar van 2015 voor de tweede maal acute myeloïde leukemie (AML) vastgesteld. In 2013 had patiënte al eens AML doorgeemaakt en was daarvoor behandeld met stamceltransplantatie. Wegens de zeer kleine kans op succes en de zeer zware belasting van deze behandeling zag patiënte af van de mogelijkheid opnieuw een stamceltransplantatie te ondergaan. Het lijden van patiënte bestond uit pijn, moeheid en misselijkheid. Bovenal echter leed patiënte onder het verlies van de regie over haar leven. Nu duidelijk was dat zij nog slechts enkele weken te leven had, wenste zij zelf te bepalen op welke manier die tijd zou worden afgesloten.

Twee dagen voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

De commissie overwoog ten aanzien van het verzoek van patiënte het volgende. In artikel 2, derde lid van de WTL is bepaald dat een arts aan het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van een minderjarige patiënt – die een leeftijd heeft tussen de 16 en 18 jaar en tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat kan worden geacht – gevolg kan geven, nadat de ouder of ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken. Naar het oordeel van de commissie kon de arts in het onderhavige geval gevolg geven aan het verzoek. Uit de door de arts verstrekte informatie is duidelijk geworden dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Haar ouders waren betrokken geweest bij de besluitvorming rond haar verzoek.



## CASUS 2015-26

*Zie voor verlaagd bewustzijn ook de Code of Practice 4.7 en 4.8, p. 29 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-26 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEISEN:** vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing, consultatie

**AANDACHTSPUNT:** verlaagd bewustzijn

**SAMENVATTING:** Patiënt kreeg te maken met een plotseling optredende, heftige bloeding in de hals op basis van een gemetastaseerd tongcarcinoom. Patiënt gaf, daarnaar gevraagd, aan dat hij overeenkomstig het blow-out protocol in slaap gebracht wilde worden, waarna hij niet meer wakker zou worden. Daarop werd patiënt gesedeerd. Na kennisneming van de kort daarvoor opgestelde euthanasieverklaring van patiënt herinterpreteerde de arts het antwoord van patiënt als een wens tot euthanasie. De commissie acht dit gelet op de toestand waarin de patiënt zich inmiddels bevond niet onbegrijpelijk. De arts kon redelijkerwijs tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en dat een redelijke andere oplossing ontbrak. De consulent trof patiënt tijdens zijn bezoek gesedeerd aan. Hij vormde zich een oordeel op grond van de situatie die hij waarnam, het medisch dossier, de informatie van de arts en de naasten van patiënt en de schriftelijke wilsverklaring. Daarmee is aan het consultatievereiste voldaan.

Patiënt, een man van 60-70 jaar, onderging ongeveer twee jaar voor het overlijden een operatie in verband met een carcinoom uitgaande van de tongpunt. Een jaar later ontwikkelden zich halskliermetastasen aan beide zijden, waarvoor patiënt behandelingen onderging. Enkele maanden voor het overlijden rees verdenking op een recidief, zowel rechts als links. De daarop volgende maanden ontwikkelde de metastasering zich progressief. Twee dagen voor het overlijden ontstond een bloeding in de hals, die is geïnterpreteerd als een 'warning bleeding' (een mogelijk fatale bloeding) uit de halsslagader. Patiënt werd in verband hiermee in het ziekenhuis opgenomen, waar werd besloten patiënt te sederen volgens het protocol bij een fatale bloeding, het blow-out protocol.

In de dagen voorafgaand aan deze sedatie leed patiënt ondraaglijk onder pijn, niet meer kunnen slikken en slechts moeizaam kunnen praten. Tevens leed patiënt onder de reële angst dat de beginnende bloeding uit de halswond zou kunnen overgaan in een massale bloeding. Patiënt had eerder met zijn familie, zijn huisarts en een oncologieverpleegkundige over euthanasie gesproken en tien dagen voor overlijden een euthanasieverklaring ondertekend. Na het optreden van de 'warning bleeding' is onmiddellijk gestart met sedatie volgens het blow-out protocol. Nadat de patiënt eenmaal was gesedeerd, werd de arts op de hoogte gesteld van het bestaan van de euthanasieverklaring.

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

De consulent bezocht patiënt een dag voor de levensbeëindiging nadat hij over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Aangezien patiënt ten tijde van zijn bezoek was gesedeerd, heeft de consulent gesproken met naaste familieleden van patiënt. Volgens zijn verslag was patiënt bij de ziekenhuisopname aanspreekbaar geweest, ook bij de start van de sedatie volgens het blow-out protocol. Familieleden van patiënt stelden dat de patiënt op dat moment van mening was geweest dat hij instemde met euthanasie. Hij had de arts en verplegend personeel bedankt en met zijn echtgenote overlegd over de rouwkaarten. Patiënt had eerder ten overstaan van zijn familie verklaard niet een dodelijke bloeding uit de halstumor te willen meemaken. Ook had hij aangegeven niet in leven gehouden te willen worden wanneer geen uitzicht op verbetering van zijn situatie meer mogelijk was. Dit had hij ook in zijn schriftelijke wilsverklaring vastgelegd.

Volgens de consulent bevond patiënt zich in een situatie zoals hij beschreven had in zijn wilsverklaring.

De consulent kwam mede op basis van het gesprek met familieleden van patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie heeft aan de huisarts van patiënt verzocht een schriftelijke toelichting te geven. In zijn brief stelde de huisarts dat hij in de laatste maanden voor het overlijden van patiënt circa viermaal met hem over euthanasie had gesproken. De laatste maal, drie dagen voor het overlijden, had patiënt verklaard nog niet over te willen gaan tot het starten van de procedure voor daadwerkelijke euthanasie.

De commissie heeft verder met de arts en de consulent een gesprek gevoerd, waarin beiden een nadere toelichting hebben gegeven.

De commissie overweegt ten aanzien van het vereiste betreffende een *vrijwillig en weloverwogen verzoek* als volgt.

Uit de meldingsgegevens en aanvullende schriftelijke en mondelinge informatie is komen vast te staan dat patiënt in de maanden voorafgaand aan zijn overlijden meerdere malen met zijn huisarts en zijn familie over euthanasie heeft gesproken en dat hij tien dagen voor zijn overlijden een schriftelijke wilsverklaring heeft ondertekend. Volgens deze verklaring gaf patiënt te kennen een zelfgekozen dood te wensen “wanneer ik door ziekte, ongeval of welke oorzaak ook duurzaam in een lichamelijk en/of geestelijke toestand kom te verkeren, waaruit voor mij geen herstel tot een menswaardig bestaan te verwachten is”. Tijdens zijn laatste ziekenhuisopname heeft patiënt een oncologieverpleegkundige op de hoogte gebracht van die euthanasieverklaring, maar heeft daarover niet met de arts gesproken.

Overeenkomstig het blow-out protocol heeft de arts aan patiënt gevraagd “of hij in slaap gebracht wilde worden, waarna hij niet meer wakker zou worden”. De arts had patiënt en diens familie daarbij verzekerd dat patiënt niet langer zou hoeven te lijden. Patiënt heeft de arts zijn toestemming gegeven en hem bedankt. Daarna is de arts begonnen hem te sederen, in de veronderstelling dat dit was wat de patiënt wilde. Een dag later is de arts door de familie van patiënt ingelicht over het bestaan van een schriftelijke euthanasieverklaring; dit bestaan werd hem door de oncologieverpleegkundige bevestigd. Op dat moment bevond patiënt zich in gesedeerde toestand, waardoor het de arts niet meer mogelijk was om bij patiënt te verifiëren of hij wilde dat uitvoering gegeven zou worden aan zijn eerder opgestelde euthanasieverklaring.

De arts heeft de commissie uitgelegd dat hij na het kennisnemen van de schriftelijke wilsverklaring van patiënt en op basis van de door de familie en verpleegkundige verstrekte informatie ervan overtuigd was geraakt, dat patiënt uit zijn bewoordingen over het definitief in slaap brengen opgemaakt had dat er bij hem euthanasie zou worden uitgevoerd.

De commissie tekent allereerst aan dat de arts duidelijker had moeten zijn bij zijn vraag over het in-slaap-brengen zodat hij zich in direct contact met de patiënt ervan had kunnen vergewissen of deze bij zijn instemming sedatie dan wel euthanasie voor ogen had gehad. Tegelijkertijd realiseert de commissie zich ook dat de arts op dat moment niet wist dat er een schriftelijke wilsverklaring bestond. Bovendien zou een euthanasieprocedure tijd in beslag nemen en die tijd leek er op dat moment niet te zijn. De arts verwachtte toen dat het overlijden snel zou volgen.

Toen dat overlijden uitbleef en de sedatie volgens het blow-out protocol leek over te gaan in palliatieve sedatie, was inmiddels duidelijk geworden dat er een wilsverklaring bestond waarin de patiënt verklaarde in deze situatie niet te willen blijven leven en euthanasie te willen. De patiënt was echter toen niet meer in staat zijn schriftelijke verzoek mondeling te bevestigen. De commissie acht het niet onbegrijpelijk dat de arts er vanuit is gegaan dat de toestemming van de patiënt voor het starten van de sedatie achteraf bezien op euthanasie betrekking had. De redenen daarvoor zijn dat de patiënt zich hierover niet meer kon uiten en de familie liet blijken dat het niet anders kon dan dat de patiënt in deze situatie euthanasie had gewild.

Naar het oordeel van de commissie kon de arts daarom redelijkerwijs tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

De arts heeft de commissie ervan kunnen overtuigen dat de patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis, na het optreden van de ‘warning bleeding’, *uitzichtloos en ondraaglijk leed* en dat sedatie aangewezen was om de patiënt het ervaren van een dergelijk lijden te besparen. De commissie acht het in het algemeen inhumain om bij een patiënt bij wie sprake is van een medisch geïndiceerd en medicamenteus geïnduceerd coma, de sedatie te beëindigen en de patiënt weer bij bewustzijn te laten komen om hem te laten bevestigen dat zijn lijden voor hem ondraaglijk is. Nu het duidelijk was dat de patiënt voor het starten van de sedatie *uitzichtloos en ondraaglijk leed* en het de arts daarna duidelijk werd dat de patiënt in de situatie waarin hij verkeerde euthanasie had gewild, hoefde hij de patiënt dan ook niet uit de sedatie te laten ontwaken om het ondraaglijke lijden te laten herbevestigen en kon hij tot de conclusie komen dat sprake was van *uitzichtloos en ondraaglijk lijden*.

De arts heeft aannemelijk gemaakt dat hij na het optreden van de ‘warning bleeding’ gehouden was om direct te handelen volgens het blow-out protocol, wat sedatie met zich meebracht, waarmee de patiënt instemde.

Later kwam de arts mede op basis van de euthanasieverklaring tot de overtuiging dat de nu langer durende sedatie voor de patiënt geen aanvaardbaar alternatief was en dat deze bedoeld moest hebben dat zijn leven bij het optreden van de heftige bloeding beëindigd zou worden. Gelet op het feit dat snel overlijden uitbleef en de arts inmiddels wist dat er een wilsverklaring bestond, heeft de arts voor de commissie aannemelijk kunnen maken dat er voor hem *geen andere redelijke mogelijkheid* was om het lijden van patiënt te verlichten dan de euthanasieprocedure in gang te zetten.

Ten aanzien van het *consultatievereiste* merkt de commissie op dat de arts – na uitvoerig teamoverleg – heeft besloten de euthanasieprocedure in gang te zetten. In verband daarmee heeft een collega van de arts een onafhankelijke consulent benaderd. De consulent heeft patiënt bezocht maar heeft niet de mogelijkheid gehad om met patiënt te spreken. Hij heeft zich echter zo goed mogelijk op de hoogte gesteld van de situatie waarin patiënt zich bevond door kennis te nemen van het medisch dossier inclusief de schriftelijke euthanasieverklaring en door zich te laten informeren door een collega van de arts en familieleden van patiënt. Op basis van dit alles heeft de consulent zich een oordeel gevormd en heeft daarover schriftelijk verslag gedaan.

De commissie is van oordeel dat met dit alles aan het wettelijk consultatievereiste is voldaan.

## CASUS 2015-40

Zie voor specifieke aandachtspunten bij patiënten met afasie de Code of Practice p. 29. Zie voor de integrale tekst van het oordeel 2015-40 op de website.

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** vrijwillig en weloverwogen verzoek

**AANDACHTSPUNT:** gebrekkige communicatie door afasie

**SAMENVATTING:** Patiënte maakte acht jaar voor haar overlijden een CVA door met een ernstige expressieve afasie als gevolg. Zij onderging revalidatie zonder effect. Patiënte leed onder het feit dat zij niet meer met anderen kon communiceren, waardoor zij noodgedwongen een teruggetrokken leven leidde in een verzorgingshuis. Zij gaf door non-verbale communicatie haar euthanasiewens aan. Op verzoek van de arts bezocht patiënte een psychiater, die haar tijdelijk antidepressiva voorschreef. Bij hercontrole, na drie maanden, achtte hij haar wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek; zo ook de consulent. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, werd acht jaar voor het overlijden getroffen door een cerebro vasculair accident (CVA) met o.a. als gevolg een ernstige expressieve afasie. Revalidatie daarvoor leidde niet tot het gewenste resultaat. Patiënte verbleef in een verzorgingshuis. Patiënte, die altijd gericht was geweest op contacten met anderen, was niet meer in staat zich goed verbaal te uiten en sloot zich af van de buitenwereld. Zij leed ondraaglijk onder het niet meer verbaal kunnen communiceren en het gedwongen leiden van een teruggetrokken, door patiënte als frustrerend, leeg en doelloos ervaren leven.

Patiënte had eerder met de revalidatiearts en de huisarts over euthanasie gesproken. Toen duidelijk werd dat verbetering van haar mogelijkheden om te communiceren niet meer te verwachten viel ontstond na enige tijd bij patiënte een euthanasiewens. De huisarts wilde om hem moverende redenen niet op het euthanasieverzoek van patiënte ingaan. Met medewerking van de huisarts meldde patiënte zich ruim een jaar voor het overlijden aan bij de Stichting Levensindekliniek. De arts bezocht en sprak patiënte twee keer. Tijdens deze gesprekken respectievelijk zeven maanden en ruim vier weken voor het overlijden, heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Patiënte kon volgens de arts met ja knikken en nee schudden antwoord geven op gesloten vragen, maar ook door non-verbale communicatie duidelijk maken wat haar wensen waren. De arts had gedurende het hele euthanasietraject contact met de huisarts over het euthanasieverzoek van patiënte.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Op verzoek van de arts heeft een psychiater vijf maanden voor het overlijden onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar verzoek. De psychiater oordeelde dat er bij patiënte mogelijk sprake was van een depressie en schreef voor een proefperiode patiënte antidepressiva voor. Ruim twee maanden voor het overlijden bezocht de psychiater patiënte voor de tweede maal voor opnieuw een beoordeling in verband met haar euthanasieverzoek. Volgens de psychiater waren de licht depressieve kenmerken, zoals aanwezig tijdens het eerste contact met patiënte, op dat moment minder aanwezig, wellicht door de medicatie. De psychiater concludeerde dat er geen sprake was van psychiatrische onderliggende problematiek. Patiënte was wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Volgens de door de arts geraadpleegde consulent kon patiënte goed duidelijk maken dat haar beperkingen voor haar ondraaglijk waren door middel van ja/nee antwoorden op vragen, gezichtsuitdrukkingen en door bemiddeling van een goede vriendin die ook aanwezig was tijdens het gesprek. De consulent kwam mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

## CASUS 2015-52

*Zie voor aandachtspunten met betrekking tot de schriftelijke wilsverklaring ook de Code of Practice p. 23 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-52 op de website.*

**ORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** vrijwillig en weloverwogen verzoek

**AANDACHTSPUNTEN:** belang van schriftelijke wilsverklaring, uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden, voorlichting, ontbreken van een redelijke andere oplossing, oordeelsvorming consulent

**SAMENVATTING:** Patiënte was na een massaal CVA, niet meer tot communiceren in staat. De patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken en een wilsverklaring op gesteld. De consulent kwam op basis van de schriftelijke wilsverklaring, het patiëntendossier, de informatie van de arts en gesprekken met naasten, tot de conclusie dat patiënte vrijwillig en weloverwogen om euthanasie had gevraagd. De consulent vond de ondraaglijkheid van het lijden zichtbaar en invoelbaar. Er bestond geen kans op verbetering van de situatie. Uit de informatie van de arts was aan de consulent duidelijk geworden dat de arts eerder uitgebreid met patiënte had gesproken over de ontstane situatie. Daarbij waren zij toen ook samen tot de conclusie gekomen dat er geen redelijke alternatieven meer voorhanden waren.

Bij patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, ontstond, twee weken voor de levensbeëindiging, een zeer uitgebreid herseninfarct. Er was daarna sprake van volledige halfzijdige verlamming en volledige afasie. Er was een ernstige begripsstoornis ontstaan.

Het laatste jaar was patiënte geleidelijk achteruitgegaan; ten gevolge van meerdere CVA's en TIA's was een beginnend vasculair dementieel beeld ontstaan. Er bestonden geen revalidatiemogelijkheden meer omdat het hersengebied daarvoor te zwaar getroffen was. Genezing was niet mogelijk.

Het lijden van patiënte bestond er uit nergens meer toe in staat te zijn en volledig afhankelijk te zijn van anderen. Zij hing in haar rolstoel door het ontbreken van een goede rompbalans. Zij kon vrijwel niets meer begrijpen en nauwelijks meer communiceren. Haar lijdensdruk bleek uit haar houding. Dit werd ook bevestigd door de behandelend geriater. Zij zou opgenomen moeten worden in een verpleeghuis waar zij er als een kasplant bij zou liggen. Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Zij had in de laatste maanden voor de levensbeëindiging verschillende malen met klem aan de arts (haar huisarts), haar geriater en haar familie aangegeven dat zij niet, zoals haar moeder dat had meegemaakt, volledig wilde dementeren. Zij gaf nadrukkelijk aan dat zij euthanasie zou willen op het moment dat zij afhankelijk zou worden en in een verpleeghuis opgenomen zou moeten worden.

Enkele dagen voor het overlijden heeft patiënte, toen zij een helder moment had, haar dochter in het bijzijn van anderen nog duidelijk kunnen maken dat zij daadwerkelijk euthanasie wenste.

De schriftelijke wilsverklaring waarin duidelijk stond in welke situatie patiënte om euthanasie zou vragen, was enkele maanden voor de levensbeëindiging nog geactualiseerd.

De door de arts geraadpleegde onafhankelijke SCEN-arts bezocht patiënte twee dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Patiënte was tijdens het bezoek van de consulent somnolent. De consulent sprak met naasten van patiënte die haar verzoek, zoals omschreven in haar wilsverklaring, bevestigden en nader toelichtten. Uit de houding van patiënte kon de consulent opmaken dat zij in de toestand verkeerde waarover zij had opgeschreven die nooit te willen meemaken. Er bestond geen redelijk uitzicht op terugkeer naar een voor patiënte waardige levensstaat.

De consulent kwam mede op basis van het gesprek met de naasten, behandelaars en het medisch dossier, waaronder de schriftelijke wilsverklaring, tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Ten aanzien van de *vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek* overweegt de commissie het volgende:

De arts was ervan overtuigd dat patiënte nu in de situatie verkeerde waarvan zij van tevoren had aangegeven dat zij die niet wilde meemaken. Hij wilde zijn belofte aan patiënte nakomen en haar uit haar lijden verlossen. Op grond van de schriftelijke wilsverklaring, de gesprekken die de arts eerder met patiënte had gevoerd en het enkele dagen voor de levensbeëindiging geuite concrete verzoek van patiënte was de arts ervan overtuigd dat patiënte een vrijwillig en weloverwogen verzoek uitte.

Voor de commissie is het, op basis van bovenstaande informatie, aannemelijk geworden dat de arts overtuigd kon zijn van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek.

Uit de verslaglegging bleek dat het herseninfarct van zodanige omvang was dat revalidatie niet meer tot de mogelijkheden behoorde. Het lijden van patiënte was medisch objectiveerbaar uitzichtloos.

De arts, de consulent en de behandelend geriater waren ervan overtuigd dat patiënte ondraaglijk leed. Dit bleek uit haar houding en mimiek. Duidelijk was ook dat alle zingeving in het leven van patiënte was weggevallen. Het lijden van patiënte kwam overeen met hetgeen zij eerder, mondeling en schriftelijk, had omschreven als voor haar ondraaglijk. Op basis van bovenstaande informatie is het voor de commissie aannemelijk geworden dat de arts overtuigd kon zijn van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.

Dat de arts op basis van de eerdere gesprekken die hij met patiënte had gevoerd, haar schriftelijke wilsverklaring, haar medische situatie en het overleg met haar kinderen, tot de overtuiging kon komen dat aan het vereiste van voorlichting was voldaan, alsook dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond een redelijke andere oplossing ontbrak, acht de commissie aannemelijk.

De consulent kon niet meer met patiënte communiceren. Op basis van haar schriftelijke wilsverklaring, het patiëntendossier, de informatie van de arts en gesprekken met de naasten van patiënte kwam de consulent tot de conclusie dat patiënte vrijwillig en weloverwogen om euthanasie had gevraagd. Naar de mening van de consulent was de ondraaglijkheid van het lijden zichtbaar en invoelbaar en bestond er geen kans op verbetering van de situatie. Uit de informatie van de arts bleek dat hij van te voren uitgebreid met patiënte had gesproken over de nu ontstane situatie. Samen waren zij toen tot de conclusie gekomen dat voor een dergelijke situatie geen redelijke alternatieven meer voorhanden waren. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

# UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

## CASUS 2015-82

*In deze casus is de toestand van verlaagd bewustzijn bij patiënt ontstaan door medicatie en is daarmee in beginsel omkeerbaar. Zie voor enkele algemene aspecten onder ondraaglijk lijden de Code of Practice p. 13 en voor verlaagd bewustzijn de Code of Practice p. 29 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-82 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** uitzichtloos en ondraaglijk lijden

**AANDACHTSPUNTEN:** verlaagd bewustzijn, waarneembare tekenen van lijden ontbreken

**SAMENVATTING:** Bij een patiënte met ernstige longklachten is de euthanasieprocedure in werking gezet. Echter, één dag voor het overlijden verslechterde haar toestand zo sterk dat zij gesedeerd werd. Ondanks deze situatie van verlaagd bewustzijn is de euthanasie toch uitgevoerd. De commissie is van oordeel dat de uitvoering van de euthanasie gerechtvaardigd is.

Bij patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, werd twintig jaar voor het overlijden longfibrose vastgesteld. Vanaf die periode tot aan het overlijden had patiënte meerdere luchtweginfecties gehad. Patiënte ging aanvankelijk langzaam achteruit, maar na elke luchtweginfectie trad er een versnelde verslechtering op. Het lijden was voor patiënte ondraaglijk. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Patiënte sprak al eerder met de arts over euthanasie en ongeveer een maand voor het overlijden vroeg zij haar huisarts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. De ingeroepen consulent meende dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Eén dag voor de geplande euthanasie verslechterde de toestand van patiënte snel en nam de kortademigheid toe. In overleg werd morfine gegeven om beter te kunnen slapen. Een paar uur later kreeg zij een Cheyne-Stokes ademhaling, was zij somnolent maar reageerde zij wel op prikkels en was zij soms onrustig. In overleg met haar naasten werd besloten de reeds geplande euthanasie door te laten gaan omdat de arts en de familie ervan overtuigd waren dat patiënte niet in deze situatie wilde verkeren.

De commissie overweegt als volgt: patiënte had eerder een concreet verzoek om euthanasie geuit en twee dagen voor de uitvoering van de levensbeëindiging was patiënte door een consulent gezien. Uit de verslaglegging van de arts is gebleken dat patiënte op het moment van de euthanasie somnolent was als gevolg van toediening van morfine. Er was sprake van een verlaagd bewustzijn als een onbedoeld neveneffect van toegediende medicatie voor symptoombestrijding in het kader van palliatie. Mogelijk zou het verlaagde bewustzijn omkeerbaar zijn wanneer de toegediende medicatie zou worden gestaakt. Patiënte zou dan weer opnieuw in een toestand van ondraaglijk lijden geraken. Het mogelijke omkeerbare karakter van de bewustzijnsverlaging is onder die omstandigheden derhalve geen reden patiënte weer bij bewustzijn te brengen en dit wordt ook als ongewenst beschouwd. Onder deze omstandigheden acht de commissie de uitvoering van euthanasie gerechtvaardigd, ook indien waarneembare tekenen van lijden ontbreken (zo ook KNMG Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn, paragraaf 3.3, blz 31).

## CASUS 2015-84

*In de Code of Practice zijn op p. 13 en p. 14 de kernpunten van uitzichtloos en ondraaglijk lijden uitgewerkt. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-84 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** uitzichtloos en ondraaglijk lijden

**AANDACHTSPUNT:** medische grondslag van het lijden

**SAMENVATTING:** Patiënte had al jaren gegeneraliseerde pijn- en vermoeidheidsklachten. Er werd vastgesteld dat ze fibromyalgie en CVS/ME had. Patiënte was bedlegerig en had veel klachten die haar leven ernstig bemoeilijkten. Zij werd door specialisten gezien en behandeld, maar dat gaf onvoldoende verlichting van haar lijden.

De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van patiënte voor haar ondraaglijk en uitzichtloos was. Zij kwam tot dit oordeel omdat de volgens de richtlijn aangewezen therapieën geprobeerd waren of niet meer mogelijk waren gezien de lichamelijke conditie van patiënte.

Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, was vanaf jonge leeftijd bekend met gegeneraliseerde pijn- en vermoeidheidsklachten. Zeventien jaar voor het overlijden werd bij patiënte fibromyalgie vastgesteld en later werd de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom CVS/ME gesteld. Het ziektebeloop was progressief; in korte tijd raakte patiënte volledig arbeidsongeschikt en bedlegerig. Verder kon zij moeilijk licht en geluid verdragen, had zij een overgevoeligheid voor pijnprikkels en een overgevoeligheid voor voedsel en geuren. Sinds ongeveer anderhalf jaar voor het overlijden had patiënte aanvallen van te hoge spierspanning. Ook had patiënte een urinekatheter. De pijnmedicatie die zij kreeg, gaf onvoldoende verlichting en gaf bijwerkingen in de zin van maag- en darmklachten.

Patiënte had aanvankelijk de hoop beter te worden en bezocht veel specialisten waaronder een psychiater. Echter geen van de therapieën sloeg aan en genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit hevige pijn, extreme vermoeidheid, incontinentie voor urine en faeces, bedlegerigheid, toenemende slikstoornissen, verminderde eetlust en volledige afhankelijkheid van de zorg van anderen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

De arts, verbonden aan de SLK, had als extra consulent een psychiater geraadpleegd. Die concludeerde dat er voor patiënte – gelet op haar slechte lichamelijke conditie – geen behandelingsmogelijkheden meer waren en dat zij wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek om euthanasie.

Hoewel het moeilijk was om vast te stellen wat de medische grondslag van het lijden was, overwoog de commissie dat de arts en de geconsulteerde psychiater zich ten aanzien van de diagnostiek en de behandelmogelijkheden voor CVS/ME hebben gebaseerd op de professionele richtlijn voor CVS/ME. Naar het oordeel van de commissie kon de arts tot de overtuiging komen dat patiënte ondraaglijk leed als gevolg van de symptomen en complicaties van haar aandoeningen.

Wat de uitzichtloosheid betreft overweegt de commissie dat er van de volgens de richtlijn voor CVS geïndiceerde behandelingen de Graded exercise therapy (GET) was beproefd en cognitieve gedragstherapie voor deze patiënte niet meer geschikt was. De arts kon derhalve tot de conclusie komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos was.



## VOORLICHTING

Casuïstiek met betrekking tot deze zorgvuldigheidseis is niet apart opgenomen. Zie bijvoorbeeld *casus 2015-01 en 2015-52*.

## ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Het ontbreken van een redelijke andere oplossing, een zorgvuldigheidseis die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, is nader toegelicht in de Code of Practice op p. 13 en 15. Casuïstiek met betrekking tot deze zorgvuldigheidseis is niet apart opgenomen. Zie bijvoorbeeld *casus 2015-26, 2015-52 en 2015-01*.

## RAADPLEGEN ONAFHANKELIJKE CONSULENT

### CASUS 2015-56

*De RTE's ontvingen in dit jaar, evenals in de voorgaande jaren, enkele meldingen van gelijktijdige uitvoering van het euthanasieverzoek van een (echt) paar. In al deze gevallen is de commissie tot het oordeel gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-56 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** consultatie

**AANDACHTSPUNTEN:** gelijktijdige uitvoering euthanasie van een (echt)paar, oordeel onafhankelijke consulent

**SAMENVATTING:** Patiënt leed aan een gemetastaseerd longcarcinoom. Hij verzocht zijn arts om euthanasie, enkele dagen nadat zijn echtgenote haar arts om euthanasie had gevraagd. Beide artsen raadpleegden dezelfde consulent, die met beide echtgenoten tegelijk sprak. De artsen en de consulent verklaarden hierover vooraf uitvoerig te hebben overlegd. De commissie is van oordeel dat de consulent, indien er na afweging voor is gekozen om één consulent te raadplegen voor beide partners, in beginsel met beide partners apart dient te spreken. In dit geval heeft de commissie echter geen twijfel over het onafhankelijk oordeel van de consulent.

Bij patiënt, een man van 70-80 jaar, werd ruim een jaar voor het overlijden een gemetastaseerd longcarcinoom vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. Negen dagen voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De echtgenote van patiënt verzocht enkele dagen daarvoor aan haar arts om daadwerkelijke beëindiging van haar leven.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt en zijn echtgenote vijf dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Hij sprak niet met de patiënt onder vier ogen. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De uitvoerende artsen en de consulent verklaarden in een nadere schriftelijke toelichting dat zij in een vooroverleg uitvoerig met elkaar hebben gesproken over deze bijzondere situatie. Het ging in beide gevallen over een patiënt in een terminale fase van wie de levensverwachting hooguit enkele weken was. Beide uitvoerende artsen, die ieder hun eigen traject met hun patiënt hadden doorlopen, waren er van overtuigd dat patiënten los van elkaar tot hun verzoek waren gekomen. Er bestond geen enkele twijfel over de ondraaglijkheid van het lijden en het vrijwillig en weloverwogen verzoek. De consulent had zich tijdens zijn bezoek steeds naar degene gewend die aan het woord was en hij had voor zijn gevoel twee gesprek-

ken gevoerd. De consulent was ervan overtuigd dat hij een onafhankelijk oordeel had gegeven.

De commissie vindt het van belang dat, in geval van een gelijktijdig euthanasieverzoek van een (echt)paar, de arts(en) goed afweegt/afwegen of het de voorkeur heeft om één consulent voor beiden in te schakelen of om voor ieder van het (echt)paar een aparte consulent te raadplegen.

Indien de uitkomst van die afweging is dat aan één consulent wordt gevraagd om beide verzoeken te beoordelen, dan zal de consulent extra alert moeten zijn of hij in staat is om in beide gevallen tot een onafhankelijk oordeel te komen.

De commissie is van oordeel dat de consulent dan in beginsel met beide partners apart zal moeten spreken om vast te stellen of er geen sprake is van druk op de vrijwilligheid van het verzoek. Er kunnen echter omstandigheden zijn waarin het apart spreken minder voor de hand ligt.

Op basis van de verslagen van de arts en de consulent en het overige dossier heeft de commissie in (beide gevallen) geen twijfel over het onafhankelijk oordeel van de consulent over de zorgvuldigheidseisen.

## CASUS 2015-23

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** consultatie

**AANDACHTSPUNTEN:** verslaglegging arts (verslag moet voldoende informatie bevatten en goed leesbaar zijn), onafhankelijke consultatie

**SAMENVATTING:** De consulent was tot twintig maanden vóór de consultatie behandelbaar van patiënte geweest. Na overleg met een collega SCEN-arts en ampele overweging was de consulent tot de conclusie gekomen dat dit zijn onafhankelijkheid niet in de weg stond. De consulent was zich bewust van het dilemma en heeft kunnen menen dat zijn onafhankelijkheid in casu niet in het geding was, althans niet zozeer dat hij niet tot consultatie kon overgaan. Het was echter beter geweest als een ander dan deze consulent de consultatie had verricht. Ook de schijn van afhankelijkheid moet worden voorkomen.

De arts in deze casus raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte, bij wie eerder een gemetastaseerd mammacarcinoom was vastgesteld, zes dagen voor de levensbeëindiging.

Bij beoordeling van de melding achtte de commissie zich (aanvankelijk) zeer summier geïnformeerd door de arts. Verder was het de commissie opgevallen dat de consulent patiënte had behandeld tot aan zijn pensionering, ruim anderhalf jaar voorafgaand aan het overlijden van patiënte. De commissie verzocht de arts zijn verslag leesbaar aan te leveren en uitvoeriger te motiveren. De arts heeft daarop de vragen van zijn verslag digitaal beantwoord en tevens enkele specialistenbrieven ter nadere onderbouwing bijgevoegd.

De commissie vroeg aan de arts en de consulent waarom zij van mening waren dat de consulent tot het geven van een onafhankelijk oordeel in staat was.

Voor wat betreft de consultatie lichtte zowel de arts als de consulent toe dat de consulent in het verleden een behandelrelatie met patiënte had gehad. Sindsdien waren twintig maanden verstreken. De consulent had nadien geen enkel contact meer gehad met patiënte.

De consulent lichtte toe dat hij, op het moment dat hem verzocht werd als consulent op te

*Met betrekking tot de onafhankelijke consultatie zijn in de Code of Practice, nadere opmerkingen en kernpunten over de onafhankelijke consulent opgenomen, zie p. 16 en verder. De Code of Practice is uitgebracht nadat deze melding door de commissie is behandeld. Voorts is het vereiste van een beredeneerd verslag als bedoeld in artikel 7 tweede lid van de Wet op de lijkbezorging juncto artikel 8, eerste en tweede lid WTL en de artikelen 293, tweede lid en 294, tweede lid Wetboek van Strafrecht hier relevant. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-23 op de website.*

treden in verband met een euthanasieverzoek van patiënte, zich had afgevraagd of hij voldoende onafhankelijk zou zijn. Hij had deze vraag ook voorgelegd aan een collega SCEN-arts. Beiden kwamen tot de slotsom dat er – gelet op de intussen verstreken tijd – niet meer kon worden gesproken van een relatie van hem als behandelend arts en patiënte en dat er daarom geen bezwaar bestond tegen het doen van de gevraagde consultatie.

De commissie voerde met de arts en daarna met de consulent een gesprek.

De *arts* lichtte in het gesprek toe dat hij contact had gezocht met de organisatie die SCEN-artsen toewijst. Deze organisatie beschikt over een lijst van dienstdoende consulenten. De SCEN-consulent die beschikbaar was had vervolgens telefonisch contact opgenomen met de arts. Toen de consulent begreep van welke patiënte hij het euthanasieverzoek had te beoordelen, had de consulent de arts laten weten dat hij de verzochte consultatie mogelijk niet kon uitvoeren omdat hij patiënte kende. De consulent wilde eerst overleg voeren met een of meer ervaren SCEN-consulenten.

De arts had daar begrip voor en zou het geen punt vinden wanneer de consultatie aan een ander zou worden overgedragen.

In een vervolgtelefoongesprek had de consulent de arts laten weten dat hij inmiddels contact had gehad met enkele collega's en dat hem daarin duidelijk was geworden dat hij de consultatie wel kon doen omdat het contact met patiënte al zo lang geleden was.

De arts was op deze mededeling afgegaan en had geen behoefte gehad een en ander te controleren of na te zoeken. Hij was ook niet uitgegaan van een mogelijk bestaande belangenverstrengeling.

Nadat de consulent met patiënte had gesproken, had de arts van patiënte gehoord dat zij de consulent had herkend als een van haar behandelaars. De arts zag geen aanleiding om daarover naderhand nog met de SCEN-consulent in gesprek te gaan.

De *consulent* lichtte in het gesprek toe dat hem via de SCEN-dienst de vraag bereikte om ten behoeve van de arts een consultatie te verrichten. In het telefonisch contact met de arts hoorde de consulent voor het eerst de naam van patiënte. Deze naam was hem bekend. Hij had patiënte namelijk tien jaar in behandeling gehad tot aan het moment van zijn pensionering. In het eerste telefoongesprek met de arts heeft de consulent laten weten dat deze eerdere contacten met patiënte voor hem aanleiding waren om allereerst een meer ervaren consulent te raadplegen over de vraag of hij in dit geval de consultatie kon uitvoeren. Naderhand heeft hij de arts laten weten dat hij tot de consultatie bereid was en heeft hij naar de noodzakelijke informatie gevraagd met betrekking tot de motivatie aangaande de euthanasie evenals naar afschriften van het huisartsjournaal en de recente specialistenbrief met betrekking tot de achtergronden van de euthanasievraag.

De consulent lichtte desgevraagd toe dat hij patiënte in de genoemde tien jaar gemiddeld genomen eens in de twee tot drie maanden zag. In de perioden dat patiënte behandeld werd met chemotherapie zag hij haar regelmatig, namelijk eenmaal per drie weken.

Gedurende deze tien jaren was de behandeling er op gericht geweest de situatie van patiënte zo stabiel mogelijk te houden. Dit lukte wonderwel op basis van medicatie.

In deze jaren hadden de arts en patiënte nooit over de mogelijkheid van euthanasie gesproken.

De consulent was zich ervan bewust geweest dat hij zijn oordeel moest vormen onafhankelijk van het feit dat zij een patiënte van hem geweest was. Hij had het gesprek zo zakelijk mogelijk gevoerd aan de hand van de vragen van de checklist.

De consulent verklaarde desgevraagd dat er geen probleem zou zijn ontstaan wanneer hij geweigerd had de consultatie te verrichten. Hij had namelijk met nog drie andere collega's dienst gehad. Het was mogelijk geweest om dit specifieke verzoek aan een collega over te dragen.

Voor wat betreft het *consultatievereiste* overweegt de commissie als volgt.

In onderhavige melding staat vast dat de consulent patiënte gedurende tien jaar, tot aan zijn pensionering, heeft behandeld. Vanaf de pensionering van de consulent tot aan het moment van consultatie van patiënte zijn twintig maanden verstreken. Gedurende die twintig maanden heeft de consulent nooit meer contact gehad met patiënte noch over haar horen spreken.

Verder staat vast dat de consulent zich bewust is geweest van een mogelijk probleem ten aanzien van zijn onafhankelijkheid. In dat verband heeft hij collega SCEN-artsen om advies gevraagd. Op basis van de aldus verkregen nadere informatie meende de consulent niet van consultatie te hoeven afzien. Ten tijde van de consultatie heeft hij het gesprek zo zakelijk mogelijk gevoerd aan de hand van de checklist.

De commissie overweegt dat de consulent gelet op de feitelijke omstandigheden van dit geval zoals die hierboven zijn vastgesteld, heeft kunnen menen dat zijn onafhankelijkheid niet in het geding was, althans niet zodanig dat hij niet tot consultatie kon overgaan.

De commissie hecht er aan op te merken dat het de voorkeur had verdiend dat een ander dan deze consulent de consultatie had verricht. Ook de schijn van afhankelijkheid moet immers worden voorkomen. Het had op de weg van de arts gelegen om de consultatie door een andere consulent te laten verrichten, zeker nu dit tot de mogelijkheden had behoord. Nu de commissie ervan overtuigd is geraakt dat de consulent zich voldoende onafhankelijk heeft opgesteld ten opzichte van patiënte kan tóch worden geoordeeld dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

# MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

## CASUS 2015-28

*Bij het toetsen of de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft plaatsgevonden hanteren de RTE's voor de middelen, de dosering en de toedieningswijze in beginsel als leidraad de door de KNMG en KNMP gezamenlijk uitgebrachte Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding.<sup>12</sup> De richtlijn geeft artsen (en apothekers) advies over een 'in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding'. Zie voor de medisch zorgvuldige uitvoering de Code of Practice p. 20 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-28.*

**OORDEEL:** NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** medisch zorgvuldige uitvoering

**AANDACHTSPUNTEN:** KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, adequate comacheck

**SAMENVATTING:** Bij de uitvoering van euthanasie diende de arts, in afwijking van de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012, niet 1000 mg propofol, maar 400 mg propofol voor de coma-inductie toe.

Nu de arts geen adequate comacheck heeft gedaan, is niet uit te sluiten dat patiënt in een onvoldoende diep coma verkeerde en dat hij mogelijk de gevolgen van de spierverlapper heeft kunnen ervaren. Gelet hierop, heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek niet op een medisch zorgvuldige wijze uitgevoerd.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek bij patiënt, bekend met een uitgebreid gemetastaseerd blindedarmcarcinoom, uitgevoerd door intraveneuze toediening van in totaal 400 mg propofol gevolgd door 100 mg rocuronium waarna patiënt overleed.

De arts heeft in een nadere schriftelijke toelichting aangegeven dat er na toediening van 200 mg propofol bij patiënt een coma optrad. Na nogmaals 200 mg propofol waren er geen ademgeruisen en harttonen meer te horen. De arts vond verdere toediening van de in spuiten klaarliggende resterende propofol niet meer nodig. Na een ademstilstand van enige minuten diende de arts 100 mg rocuronium toe.

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. Zij vroeg hem waarom hij bij de uitvoering van de euthanasie, in afwijking van de in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012 voorgeschreven 1000 mg propofol, maar 400 mg propofol in totaal had toegediend. De arts antwoordde dat hij na luisteren geen harttonen meer hoorde; er was geen voelbare pols meer en er was bij patiënt een ademstilstand opgetreden. Patiënt was toen volgens de arts nog niet overleden omdat er nog pulsaties in de hals zichtbaar waren. Op de vraag wat de arts nog meer had gedaan om de diepte van het coma bij patiënt te controleren, antwoordde hij dat patiënt niet meer aanspreekbaar was en ook niet meer reageerde op een door de arts toegediende voorzichtige pijnprikkel aan de hand. De arts verklaarde dat hij niet het coma middels beschermende reflexen zoals de wimper en/of corneareflex of een reactie op een pijnprikkel bijvoorbeeld door druk op het nagelbed of kneep in de monnikskapspier had gecontroleerd. De arts vertelde dat hij bij een patiënt die niet meer ademt en waarbij de harttonen niet meer hoorbaar of voelbaar zijn geen verdere comacheck doet. De pijnprikkel aan de hand had de arts pro forma uitgevoerd. Op grond van al deze bevindingen had de arts aangenomen dat patiënt in een diep coma was.

Vervolgens ging de arts over op de toediening van de rocuronium. De 150 mg rocuronium had de arts verdeeld over twee spuiten. Na toediening van één spuit met 100 mg rocuronium waren de pulsaties in de hals verdwenen. Omdat de arts al eerder had vastgesteld dat bij patiënt de pols niet meer voelbaar en de hartslag niet hoorbaar was, stelde de arts hierop de dood van patiënt vast en diende hij de rest van de rocuronium (50 mg) niet meer toe.

12 Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, KNMP en KNMG, augustus 2012.

De commissie overweegt wat betreft de uitvoering van de levensbeëindiging het volgende. Op grond van het onderliggend dossier en het gesprek met de arts is het de commissie gebleken dat de arts in totaal 400 mg propofol heeft toegediend in plaats van 1000 mg propofol zoals geadviseerd in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012. Hiermee heeft de arts een te lage dosering coma-inducerend middel toegediend. De commissie wijst er op dat het gebruik van de in de richtlijn geadviseerd coma-inducerend middel, alsmede de juiste dosering hiervan van groot belang is om er voor te zorgen dat de patiënte de gevolgen van de spierverslapper, te weten een verstikkingsdood, niet kan ervaren. Daarnaast schrijft de richtlijn voor dat voordat de spierrelaxans wordt toegediend het medicamenteus geïnduceerd coma vastgesteld moet worden.

De commissie is, op grond van de eigen verklaring van de arts in samenhang met de schriftelijke informatie zoals neergelegd in het dossier en zijn nadere brief, van oordeel dat de arts – zeker nu hij minder dan de aanbevolen dosis propofol heeft gegeven en vóór de toediening van de rocuronium geen adequate comacheck heeft gedaan (afwezigheid van beschermende reflexen zoals de corneareflex of wimperreflex of een reactie op een pijn prikkel bijvoorbeeld door druk op het nagelbed of kneep in de monnikskapspier; de commissie acht een voorzichtige pijn prikkel in de hand hier onvoldoende) – de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. Het feit dat de arts te weinig rocuronium heeft toegediend, speelt in dit oordeel geen rol.

## CASUS 2015-29

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-29 op de website.*

**ORDEEL:** NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** medisch zorgvuldige uitvoering

**AANDACHTSPUNTEN:** KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, adequate comacheck

**SAMENVATTING:** Bij de uitvoering van euthanasie diende de arts voor de coma-inductie, in afwijking van de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012, niet 1000 mg propofol toe, maar stopte hij na toediening van 200 mg propofol omdat hij meende dat patiënte in een coma was. Nu de arts geen adequate comacheck had gedaan, was niet uit te sluiten dat patiënte in een onvoldoende diep coma verkeerde en dat zij mogelijk de gevolgen van de spierverslapper had kunnen ervaren. Gelet hierop heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek niet op een medisch zorgvuldige wijze uitgevoerd.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek bij patiënte, bij wie eerder acute myeloïde leukemie was vastgesteld, uitgevoerd door intraveneuze toediening van 200 mg propofol en 100 mg rocuronium, waarna patiënte overleed.

De arts heeft in een nadere schriftelijke toelichting geschreven dat hij geen testen heeft gedaan om de diepte van het coma te testen. Hij vond dat, in het bijzijn van de echtgenoot en de vier kinderen, onkies en ethisch onjuist. Meer dan 200 mg propofol geven aan iemand die duidelijk in een diep coma is, vond hij niet nodig en ethisch onjuist. Ook wilde hij de kwetsbare intraveneuze toegangsweg niet belasten met nog meer prikkelende vloeistof.

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een gesprek. De commissie vroeg hem waarom hij bij de uitvoering van de euthanasie, in afwijking van de in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012 voorgeschreven 1000 mg propofol, maar 200 mg propofol had toegediend. De arts antwoordde dat hij de overtuiging had dat patiënte na de toediening van de 200 mg propofol al in zeer diep coma was en

verdere toediening van de propofol daarom niet nodig was. De arts vertelde dat hij met de toediening van propofol zo lang doorgaat als hij denkt dat nodig is. Tijdens het proces van de uitvoering bekijkt de arts naar eigen zeggen van stap tot stap of verdere toediening nodig is; als hij vindt dat het doel bereikt is, stopt hij met toedienen. Desgevraagd antwoordde de arts dat hij een te grote hoeveelheid injecteren onethisch vindt. Bovendien speelde volgens de arts bij deze patiënte ook mee dat de toegang tot het bloedvat erg kwetsbaar was, waardoor hij naar zijn mening met het verder spuiten van de propofol de kans liep om de toediening van de rocuronium in gevaar te brengen. Volgens de arts was patiënte in een diep coma omdat zij diep in slaap was en zij een beperkte ademhaling en een zwakke pols had. Patiënte was absoluut niet meer aanspreekbaar. Desgevraagd antwoordde de arts dat hij geen beschermende reflexen zoals de wimper- en/of corneareflex of een forse pijnprikkel zoals druk op het nagelbed of een kneep in de monnikkapspier heeft uitgevoerd, maar een voorzichtige pijnprikkel aan de hand van patiënte had gegeven waarop zij niet meer reageerde. De arts verklaarde dat hij dit in zijn reactie op eerdere schriftelijke vragen van de commissie niet had vermeld, maar dat hij de pijnprikkel aan de hand wel heeft gegeven. Verder had hij geen testen uitgevoerd. Als reden gaf hij op dat hij dan moest gaan staan en om het bed heen lopen en dat voor de familie vervelend vond.

De commissie overweegt wat betreft de uitvoering van de levensbeëindiging het volgende. Op grond van het onderliggend dossier en het gesprek met de arts is het de commissie gebleken dat de arts 200 mg propofol heeft toegediend in plaats van 1000 mg propofol, zoals geadviseerd in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012. Hiermee heeft de arts een te lage dosering coma-inducerend middel toegediend. De commissie wijst er op dat het gebruik van de in de richtlijn geadviseerd coma-inducerend middel, alsmede de juiste dosering hiervan van groot belang is om er voor te zorgen dat de patiënte de gevolgen van de spierverslapper (verstikkingsdood) niet kan ervaren. Daarom schrijft de richtlijn voor dat voordat de spierrelaxans wordt toegediend het medicamenteus geïnduceerd coma vastgesteld moet worden. Na toediening van de 200 mg propofol heeft de arts, blijkens de schriftelijke reactie op eerdere vragen van de commissie, geconstateerd dat patiënte in een diep coma was, zij had een spaarzame wat rochelende ademhaling. Verder had de arts geen testen gedaan om de diepte van het coma te controleren. Nu de arts alleen in de mondelinge toelichting heeft verklaard een voorzichtige pijnprikkel in de hand te hebben gegeven, terwijl hij in de schriftelijke reactie op eerdere vragen van de commissie dit niet noemde, komen deze twee verklaringen niet overeen. De commissie is van oordeel dat, ook al zou de arts een voorzichtige pijnprikkel aan de hand van patiënte hebben gegeven, hij daarmee géén adequate comacheck heeft uitgevoerd, omdat vaststaat dat door de arts niet is gecontroleerd of beschermende reflexen zoals bijvoorbeeld de wimperreflex afwezig waren of dat patiënte nog reageerde op een pijnprikkel aan bijvoorbeeld een kneep in het nagelbed of monnikskapspier. De commissie concludeert dan ook dat de arts géén adequate comacheck heeft uitgevoerd. Het belang van een correct uitgevoerde controle van de diepte van het coma klemt hier des te meer nu de arts minder dan de aanbevolen dosis propofol heeft gegeven. Volgens de commissie is het niet uit te sluiten dat patiënte niet in een voldoende diep coma verkeerde en dat zij mogelijk de gevolgen van de spierverslapper, te weten een verstikkingsdood, heeft kunnen ervaren. De commissie is op grond van het voorgaande en in onderlinge samenhang beschouwd van oordeel dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. De door de arts gegeven verklaring dat de propofol niet volledig is toegediend vanwege een slechte toegang tot het bloedvat neemt het vorige niet weg. Het feit dat de arts te weinig rocuronium heeft toegediend, speelt in dit oordeel geen rol.

## CASUS 2015-81

Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-81 op de website.

**OORDEEL:** NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** medisch zorgvuldige uitvoering

**AANDACHTSPUNTEN:** KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, adequate comacheck, noodset

**SAMENVATTING:** Bij de uitvoering van euthanasie diende de arts patiënt intraveneus 2000 mg thiopental en 150 mg rocuronium toe. Omdat patiënt 27 minuten daarna nog niet was overleden, diende de arts nogmaals rocuronium toe. Vooraf had hij geobserveerd dat patiënt een volle pols had en doorademde, maar niet meer aanspreekbaar was en niet meer reageerde op een toegediende pijnprikkel.

Gelet op het feit dat de arts in casu de diepte van het coma niet had gecheckt conform het daarover bepaalde in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, 2012 en in deze omstandigheden een tweede dosis rocuronium heeft toegediend zonder eerst een tweede dosis coma-inducerend middel toe te dienen, en de patiënt bovendien alleen heeft gelaten om een noodset euthanatica te halen, heeft de arts de levensbeëindiging niet op een medisch zorgvuldige wijze uitgevoerd.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek bij patiënt, bij wie enkele weken voor het overlijden de ziekte van Kahler was vastgesteld, uitgevoerd door intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental en twee keer 150 mg rocuronium, waarna patiënt overleed.

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

De arts vertelde dat na het toedienen van de 2000 mg thiopental patiënt binnen een seconde wegzakte en nergens meer op reageerde; hartslag en ademhaling gingen rustig door. Aansluitend diende de arts 150 mg rocuroniumbromide toe. Op de vraag waarom patiënt niet overleed na de inspuiting van de 2000 mg thiopental en 150 mg rocuroniumbromide antwoordde de arts dat het bij de vele malen dat hij euthanasie uitvoerde zijn ervaring is dat met deze middelen het bijna altijd zo is dat patiënten al bij het inspuiten van thiopental na enkele seconden een ademstilstand en een hartstilstand hebben. De arts dient dan de rocuroniumbromide alleen nog toe om de procedure volledig uit te voeren, maar nodig is het vaak niet. Bij deze patiënt liep dat anders. De arts had naast patiënt gezeten en voortdurend zijn pols gevoeld. Toen patiënt na zevenentwintig minuten nog een rustige volle pols had en nog ademde, heeft de arts op zijn praktijk (gelegen op 2 minuten van de woning van patiënt) de reserve rocuroniumbromide opgehaald die daar klaar stond. De arts diende de rocuroniumbromide bij patiënt toe nadat hij er zich eerst van had vergewist dat patiënt niet meer aanspreekbaar was en niet meer reageerde op aanraking en de pijnprikkel die de arts op het nagelbed had toegediend.

Op de vraag of de arts voorafgaand aan de tweede keer 150 mg rocuroniumbromide eerst nog 2000 mg thiopental had toegediend of dat had overwogen, antwoordde de arts dat hij dat niet had gedaan en ook niet had overwogen – thiopental mengen neemt even tijd –, maar dat hij dat in de toekomst zeker wel zal doen.

Na toediening van de tweede dosis rocuroniumbromide ademde patiënt volgens de arts door en was er nog een rustige, volle pols voelbaar. Zeventien minuten na de toediening van de tweede keer 150 mg rocuronium stelde de arts vast dat bij patiënt een ademstilstand en een hartstilstand waren opgetreden en dat patiënt was overleden.

Op de vraag of de arts de rocuroniumbromide mogelijk subcutaan had gespoten, antwoordde de arts dat hij geen aanwijzingen had om te denken dat dit het geval is geweest. De commissie overweegt wat betreft de uitvoering van de levensbeëindiging het volgende. In de onderhavige zaak is door de arts tweemaal een spierrelaxans toegediend. De eerste maal kort na de intraveneuze toediening van een coma-inducerend middel en de tweede



maal nadat de patiënt 27 minuten na de eerste toediening van het spierrelaxans nog niet bleek te zijn overleden.

De toetsingscommissies hanteren de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012 (verder te noemen de richtlijn) als leidraad. Deze richtlijn gaat bij levensbeëindiging op verzoek uit van intraveneuze toediening van een coma-inducerend middel gevolgd door intraveneuze toediening van een spierrelaxans. Gegarandeerd moet zijn dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van het spierrelaxans, zodat deze de gevolgen van het spierrelaxans, te weten een verstikkingsdood, niet kan ervaren. Voor de toediening van het spierrelaxans dient de arts de diepte van het coma te controleren. In Bijlage IV van de richtlijn (blz. 38), Advies voor het bepalen van bewustzijnsgraad, wordt aangegeven dat een patiënt in een medicamenteus geïnduceerd coma verkeert als de patiënt voldoet aan alle in het advies omschreven kenmerken, te weten: \*rea-geert niet op aanspreken; \*ernstige depressie van circulatie, blijkend uit een trage of zwakke pols; \*ernstige depressie van ventilatie, blijkend uit een trage, oppervlakkige ademhaling; \*beschermende reflexen zijn afwezig.

Naar het oordeel van de commissie had de arts de richtlijn en met name het advies met betrekking tot de vaststelling van de diepte van een medicamenteus geïnduceerd coma dienen te volgen, dit temeer omdat:

1. Patiënt niet overleed na de toediening van de gebruikelijke euthanatica in de gebruikelijke doses (27 minuten na de eerste toediening bleek patiënt nog niet te zijn overleden). Er was dus iets aan de hand. De arts had naar het oordeel van de commissie onder meer twijfel moeten hebben of alle middelen, waaronder het coma inducerend middel, wel volledig en intraveneus waren toegediend;
2. Er was lange tijd (meer dan een half uur) verstreken tussen toediening van de coma inductor en de toediening van de tweede dosis spierrelaxans. De arts kon daarom niet alleen door het toepassen van een pijnprikkel en het aanspreken van de patiënt, waar de patiënt niet op reageerde, er van uitgaan dat de coma-inductor nog voldoende effect had, zeker niet gezien in relatie met het hiervoor onder 1. gestelde.

In de melding en in het gesprek heeft de arts expliciet beschreven respectievelijk bevestigd dat twee discriminerende kenmerken van het bestaan van een medicamenteus geïnduceerd coma, zoals beschreven in de hiervoor beschreven bijlage IV van de richtlijn, niet aanwezig waren. Er was nog een volle pols en de patiënt ademde rustig door. Hij heeft deze omstandigheden, gelet op het hiervoor onder 1. en 2. vermelde ten onrechte niet betrokken bij de bepaling of er al dan niet sprake was van een voldoende diep coma.

De commissie is van oordeel dat, zeker gelet op de hiervoor geschetste bijzondere omstandigheden – gezien in onderling verband en samenhang –, een afwijken van de richtlijn niet aanvaard kan worden. Het toedienen van een tweede dosis coma-inducerend middel zou in dit geval de aangewezen weg zijn geweest. De arts had dit naar het oordeel van de commissie moeten begrijpen en had daar naar moeten handelen.

De arts had geen reserveset euthanatica bij zich en heeft de patiënt verlaten om die set op te halen. De arts geeft aan dat zijn praktijk op 2 minuten van de woning van de patiënt was gelegen, wat naar het oordeel van de commissie inclusief bijkomende handelingen zoals parkeren, het pakken van de reserveset en het terugrijden, in ieder geval betekent dat hij de patiënt 10 minuten of meer heeft verlaten. De commissie acht deze gang van zaken onaanvaardbaar.

Op grond van het voorgaande is de commissie tot het oordeel gekomen dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

## CASUS 2015-22

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-22 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEIS:** medisch zorgvuldige uitvoering

**AANDACHTSPUNTEN:** noodset, NVO-melding

**SAMENVATTING:** Bij de uitvoering van euthanasie dient de arts patiënte intraveneus 2000 mg thiopental en daarna 150 mg rocuronium toe. Omdat de patiënte niet overlijdt, dient de arts na circa 20 minuten de inhoud van de reserveset toe, waarna patiënte overlijdt. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Patiënte, een vrouw ouder dan 95 jaar, was jarenlang bekend met angina pectoris, osteoporose en wervelinzakkingen. Er was sprake van een progressief ziektebeeld. Tevens was zij bekend met een progressieve astma en recidiverende pneumonieën. De toestand van patiënte verslechterde in de laatste maanden voor het overlijden. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.

Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Zes dagen voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door de intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental en 150 mg rocuronium. Toen patiënte na ongeveer 20 minuten niet was overleden, waarschijnlijk omdat het infuus niet intraveneus maar subcutaan liep, diende de arts via een andere intraveneuze toegangsweg de reserveset met daarin 2000 mg thiopental en daarna 150 mg rocuronium toe, waarna patiënte overleed.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

# PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

## CASUS 2015-21

*Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de Code of Practice p. 26 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-21 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEISEN:** vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing

**AANDACHTSPUNT:** psychiatrische aandoening

**SAMENVATTING:** Een vrouw met ernstige psychische problemen bij wie geen behandeling voldoende aansloeg, vroeg om euthanasie. Omdat haar behandelend psychiater niet kon ingaan op haar euthanasieverzoek, meldde zij zich bij de Stichting Levens-eindekliniek (SLK). Na overleg met haar behandelend psychiaters en het raadplegen van twee onafhankelijke psychiaters kwam de SLK-arts tot de overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, was al jaren bekend met een sterke verdenking op een persoonlijkheidsstoornis met ontwijkende en borderline kenmerken die leidde tot een chronische depressie en een posttraumatische stressstoornis (PTSS) met dissociatieve toestandbeelden waarbij ernstige automutilatie optrad. In haar jeugd was zij ernstig getraumatiseerd.

Patiënte onderging uitgebreide behandelingen zoals medicamenteuze behandelingen, ambulante psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, groepstherapie en behandeling gericht op traumabehandeling. Patiënte probeerde alle voorgestelde behandelingen. Deze hadden echter geen blijvend positief effect op haar klachten.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënte bestond uit de herbelevingen en de dissociaties met forse automutilatie als gevolg. Patiënte was de hele dag in haar hoofd bezig met haar gedachten, zij kon die gedachtestroom niet stil zetten. Patiënte was moe en eenzaam, zag geen enkel lichtpuntje meer en kon de gedachte dat zij haar hele leven depressief zou zijn met dissociaties die leiden tot forse automutilatie, niet verdragen. Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.

Vier maanden voor het overlijden spraken patiënte en de arts, verbonden aan de SLK, voor het eerst over euthanasie. Patiënte heeft de arts daarbij direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Sindsdien hebben arts en patiënte nog vijf gesprekken gevoerd. Ook sprak de arts met haar behandelend specialisten.

Op verzoek van de arts hebben twee onafhankelijke psychiaters een second opinion uitgevoerd vanwege het euthanasieverzoek van patiënte.

Beide psychiaters kwamen tot de conclusie dat patiënte wilsbekwaam was en dat er sprake was van een vrijwillig en herhaald geuit verzoek van patiënte. Patiënte overtuigde hen ervan dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Zij concludeerden dat er geen reëel perspectief op verbetering van de kwaliteit van leven was binnen de huidige stand van de wetenschap.

De consultant was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie overweegt dat er in het geval er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek om euthanasie.

Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan.

De arts heeft in overleg met de behandelend psychiaters van patiënte een traject doorlopen, van ongeveer vier maanden waarin zes gesprekken met patiënte hebben plaatsgevonden, en waarin nauwkeurig is bekeken of er nog behandelingsmogelijkheden voor patiënte waren.

Daarbij heeft de arts aan twee onafhankelijke psychiaters een second opinion gevraagd en heeft de arts een onafhankelijke consulent geraadpleegd. De arts is mede naar aanleiding van hun bevindingen tot de overtuiging gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met name ook dat er sprake was van een wilsbekwame patiënte, van een uitzichtloos lijden en van het ontbreken van reële behandelmogelijkheden.

## CASUS 2015-46

Zie *Code of Practice*,  
4.3, pag.26 en verder.

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEISEN:** vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van redelijke andere oplossing

**AANDACHTSPUNTEN:** wilsbekwaamheid, behandelmogelijkheden

**SAMENVATTING:** Het lijden van patiënte kwam voort uit een combinatie van psychiatrische en somatische aandoeningen. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts, zelf psychiater, raadpleegde een onafhankelijke psychiater die vaststelde dat patiënte wilsbekwaam was en reële behandelopties niet voorhanden waren. Er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek; het lijden was uitzichtloos.

Het lijden van patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, bestond uit aangezichtspijn, pijnklachten ten gevolge van osteoporose, wervelinzakkingen, slecht genezen fracturen en ernstig chronisch lymfoedeem aan de onderbenen.

Daarnaast kampte zij al tientallen jaren met een ernstige, chronische obsessief-compulsieve stoornis, zich uitend in smetvrees, waarvoor zij – zonder resultaat – medicamenteuze en psychotherapeutische behandeling had ondergaan. Patiënte leed onder haar afnemende zelfredzaamheid en de toename van hulpbehoefte die dit met zich meebracht. Als gevolg van haar smetvrees kon patiënte geen lichamelijk contact of inmenging van derden in haar directe leefomgeving verdragen, hoewel de noodzaak daarvan toenam. Als anderen haar aanraakten, moest patiënte die plek herhaaldelijk poetsen. Patiënte raakte hierdoor uitgeput. Zij kwam door de toegenomen dwanghandelingen niet meer toe aan activiteiten waar zij plezier aan had. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk en ondernam enkele suïcidepogingen.

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

De arts, verbonden aan de SLK, raadpleegde viereenhalve week voor het overlijden een onafhankelijke psychiater. De arts vroeg de psychiater een oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens en over de vraag of het verzoek van patiënte weloverwogen en vrijwillig was. Daarnaast werd de psychiater gevraagd een psychiatrische diagnose te stellen en een uitspraak te doen over bestaande behandelopties en het te verwachten resultaat daarvan.

De psychiater oordeelde dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens en dat er geen sprake was van een ernstige depressie. Als diagnose werd genoemd een chronische obsessief-compulsieve dwangstoornis die volledig in het leven van patiënte verankerd was, met daarnaast persoonlijkheidsproblematiek met sterk vermijdende elementen en ook verhoogde krenkbaarheid. Protocollaire behandeling van de obsessief-compulsieve dwangstoornis zou volgens de psychiater niet aansluiten en niet uitvoerbaar zijn.

Patiënte had eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken. De huisarts kon echter om principiële redenen niet ingaan op het verzoek van patiënte en verwees haar door naar de SLK.

De commissie overwoog dat in geval van levensbeëindiging op verzoek vanwege uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waaraan een psychiatrische aandoening (mede) ten grondslag ligt, grote behoedzaamheid is vereist. In dit geval heeft de arts, zelf psychiater, een andere psychiater verzocht zijn oordeel te geven over de wilsbekwaamheid en de psychiatrische diagnose en prognose. De arts heeft ook een onafhankelijke SCEN-arts geraadpleegd. Die arts concludeerde dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens en dat het lijden uitzichtloos en ondraaglijk was.

De commissie is van oordeel dat de arts bij de beoordeling van het euthanasieverzoek van patiënte de vereiste zorgvuldigheid heeft betracht en tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts kon met patiënte tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

## DEMENTIE

### CASUS 2015-66

*Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie de Code of Practice p. 27 en verder. In de Code of Practice zijn de aandachtspunten voor de ondraaglijkheid van het lijden op p. 14 beschreven en de aandachtspunten voor de wilsbekwaamheid op p. 12. Zie voor de integrale tekst, met name ook de zakelijk weergegeven gesprekken die de commissie voerde met de arts en de consulent, oordeel 2015-66 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEISEN:** vrijwilligheid en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden

**AANDACHTSPUNTEN:** dementie, mondeling verzoek, wilsbekwaamheid

**SAMENVATTING:** Een man met Alzheimer leed onder cognitieve stoornissen met ernstig gestoorde taalfuncties, concentratieverlies en vergeetachtigheid. Hij vond zijn leven zinloos en wenste euthanasie. Geraadpleegde artsen en deskundigen beoordeelden zijn wilsbekwaamheid verschillend. Consulent lichtte mondeling toe dat zij patiënt niet wilsbekwaam vond tijdens haar bezoeken, maar concludeerde mede op basis van videofragmenten, verslaglegging van gesprekken tussen arts en patiënt en de schriftelijke wilsverklaring, dat het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen was. Arts lichtte mondeling toe waarom hij patiënt wilsbekwaam vond en consistent in zijn stervenswens. Arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Bij patiënt, een man van 80-90 jaar, werd negen jaar voor het overlijden dementie, de ziekte van Alzheimer, vastgesteld. In de loop der jaren kreeg patiënt steeds meer hinder van cognitieve stoornissen, met name taalstoornissen. Volgens de klinisch psychiater, die patiënt ruim anderhalve maand voor zijn overlijden onderzocht, begreep patiënt het merendeel van het gesprokene wel, maar kon hij zijn gedachten moeilijk onder woorden brengen. Patiënt ging al twee jaar naar de dagbehandeling en werd onder meer begeleid door een psycholoog. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond uit de uitzichtloosheid van zijn situatie, de wetenschap dat zijn ziekte alleen maar erger zou worden en het vooruitzicht dat hij op een gegeven moment geen grip meer op zijn leven kon houden.

Hij leed onder cognitieve stoornissen met ernstig gestoorde taalfuncties, concentratieverlies en vergeetachtigheid. Patiënt kon niet meer genieten en vond zijn leven niet meer de moeite waard. Hij was niet meer in staat televisie te kijken en te lezen, omdat hij ten gevolge van zijn vergeetachtigheid niet meer de draad van het stuk of het verhaal kon vasthouden en hij ervoer zijn leven als zinloos. Hij kon zich niet meer zelf aankleden zonder aanwijzingen van zijn vrouw.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

Patiënt heeft veertien maanden voor het overlijden voor het eerst met de vorige huisarts over euthanasie gesproken. Elf maanden voor het overlijden nam de arts de behandeling van patiënt over voor wat betreft de begeleidende gesprekken over de dementie. Een half jaar voor het overlijden heeft patiënt de arts voor het eerst om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Dit verzoek heeft hij daarna nog in vele gesprekken met de arts herhaald.

De arts heeft een arts verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek (SLK) advies gevraagd. De SLK-arts heeft patiënt, ruim een maand voor het overlijden, twee keer bezocht en oordeelde dat de euthanasiewens van patiënt authentiek leek. Hij adviseerde dat de arts en de psycholoog de euthanasiewens verder zouden exploreren en hij adviseerde om een psychiater te raadplegen om de wilsbekwaamheid ten aanzien van het euthanasieverzoek te laten beoordelen.

Volgens de door de arts ruim drie maanden voor het overlijden geraadpleegde specialist ouderengeneeskunde en de behandelend psycholoog van patiënt was er sprake van een consequente euthanasiewens en was patiënt wilsbekwaam in zijn wens.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt twee keer: de eerste keer ruim drie weken voor de levensbeëindiging en de tweede keer ruim tweeëneenhalve week voor de levensbeëindiging. Bij het eerste bezoek was patiënt niet helder en wist hij niet wat de consulent kwam doen. Toen de consulent vertelde dat zij kwam omdat patiënt aangegeven had dat hij graag dood wilde, haalde hij zijn schouders op.

Bij het tweede bezoek antwoordde patiënt op de vraag of het klopte dat hij dood wilde “Ja, dat klopt” en op de vraag of het leven zo niet leuk is “Zo is het leven helemaal niet leuk” “Omdat je je niet op kunt werken naar een beetje een goede toestand”. Patiënt gaf aan dat hij het zelf niet meer goed onder woorden kon brengen.

Patiënt had vijftien maanden voor het overlijden een wilsverklaring opgesteld waarin hij specifiek de toestand van dementie beschreef waarin hij euthanasie wilde, namelijk ontluistering (incontinent of agressief), zijn naasten niet meer kunnen herkennen en geen grip meer hebben op zijn denken en handelen. Volgens de consulent waren de aangegeven situaties inmiddels realiteit geworden.

Zijn naasten waren van mening dat hij ten tijde van het opstellen van deze verklaring wilsbekwaam was en dat was in overeenstemming met de conclusie van de specialist ouderengeneeskunde die hem drie maanden geleden nog in staat achtte tot het nemen van een beslissing. De gevolmachtigde naasten waren van mening dat patiënt de situatie waarin hij zich bevond niet gewild zou hebben.

De consulent bekeek de videofragmenten die zijn naasten opgenomen hadden op vier verschillende dagen. Daarop zat patiënt met zijn hoofd in zijn hand en op de vraag van zijn echtgenote hoe het ging antwoordde hij dat het slecht ging en dat hij dood wilde.

Volgens de consulent was patiënt consistent in het aangeven van zijn doodswens. Op grond van de twee gesprekken die zij met patiënt gevoerd had, kwam de consulent tot de conclusie dat patiënt inmiddels wilsbekwaam was, maar dat zijn schriftelijke wilsverklaring in de plaats kwam van een mondeling verzoek.

Volgens de consulent was sprake van uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk lijden. Patiënt gaf woorden aan gevoelens van onbehagen, ergens had hij in de gaten dat hij zijn grip op de dingen kwijt raakte en daar verbond hij zijn doodswens aan. Zijn doodswens leek voort te komen uit zijn lijden.

In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met de gevolmachtigde naasten van patiënt en de verslaglegging van de gesprekken van de arts met patiënt over euthanasie tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts en de consulent hebben mondeling een nadere toelichting gegeven.

De commissie overweegt ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek dat patiënt ruim een jaar voor het overlijden bij zijn vorige huisarts een wilsverklaring heeft ingeleverd. Nu deze huisarts op dat moment in het patiëntenjournaal heeft vermeld dat patiënt niet leek te begrijpen wat deze wilsverklaring inhield, kan niet worden vastgesteld dat patiënt op het moment dat hij de wilsverklaring opstelde wilsbekwaam was.

De commissie is van oordeel dat, nu er gerede twijfels bestaan of de patiënt ten tijde van het overhandigen van de schriftelijke wilsverklaring wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, deze schriftelijke verklaring niet kan gelden als de schriftelijke verklaring als bedoeld in artikel 2 lid 2 van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en Hulp bij Zelfdoding. De commissie zal dan ook aan deze schriftelijke verklaring geen gewicht toekennen.

De arts heeft elf maanden voor het overlijden de gesprekken van de vorige huisarts met patiënt en zijn echtgenote voortgezet. De arts constateerde dat het beeld dat patiënt liet

zien wisselend over de dag was. Heldere momenten en momenten van verwarring wisselden elkaar af. De arts plande de gesprekken met patiënt op een vast tijdstip op de dag, het moment waarop patiënt normaal gesproken het meest helder was. De diverse geraadpleegde artsen en deskundigen verschilden van mening over de wilsbekwaamheid. Ongeveer vijf maanden voor het overlijden vond de geraadpleegde specialist ouderengeneeskunde patiënt in staat tot het nemen van een beslissing, ook ten aanzien van het euthanasieverzoek van patiënt. De klinisch geriater, oordeelde zeven weken voor het overlijden van patiënt, dat patiënt niet meer wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. De psycholoog van de dagbehandeling die patiënt al jaren kende, vond patiënt wilsbekwaam en consequent ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. De arts verbonden aan de SLK vond, na twee bezoeken aan patiënt, dat mede gezien de zorgvuldige verslaglegging van de gesprekken die de arts met de patiënt gevoerd had, dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor het kunnen uitvoeren van euthanasie was voldaan. De consulent vond patiënt op de twee data dat zij de patiënt sprak niet wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, maar zij concludeerde mede op basis van de videofragmenten die zij gezien had, de verslaglegging van de gesprekken die tussen arts en patiënt waren gevoerd en de schriftelijke wilsverklaring van ruim een jaar voor het overlijden, dat het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen was. De arts gaf expliciet in zijn mondelinge toelichting aan dat hij patiënt naar zijn eigen beoordeling wilsbekwaam vond en consistent in zijn verlangen om te willen sterven. Daarbij heeft de arts de wilsbekwaamheid getoetst door op verschillende manieren de patiënt te bevragen en ook door de wijze van uitvoering met de patiënt te bespreken (bijv. door middel van een drankje) en ook de consequentie van de euthanasie voor de echtgenote onderwerp van gesprek gemaakt. De patiënt reageerde dan adequaat. De arts zag zijn bevindingen bevestigd in de door de echtgenote van patiënt opgenomen video fragmenten, die hij samen met zijn praktijkondersteuner bekeken had. Hij heeft het (mondelinge) verzoek van patiënt om euthanasie meerdere keren vastgelegd in het patiëntjournaal.

Op grond van het vorenstaande is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden overweegt de commissie dat zowel de arts als de consulent, zowel in de stukken als tijdens de mondelinge toelichting, aangaf overtuigd te zijn van het ondraaglijk lijden van patiënt. Dat lijden bestond voornamelijk uit het voortdurend vergeten waar hij mee bezig was, het zich niet meer kunnen uitdrukken en de daaruit voortvloeiende leegheid en doelloosheid van het bestaan en de door patiënt ervaren uitzichtloosheid van zijn situatie. De patiënt verwoordde dat dagelijks meerdere keren naar zijn omgeving. De arts merkte tijdens het gesprek met de commissie op, dat hij naar zijn gevoel patiënt in de steek zou hebben gelaten als hij geweigerd zou hebben gehoor te geven aan de wens van de patiënt om te sterven. Op grond hiervan overweegt de commissie dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat bij patiënt sprake was van ondraaglijk lijden.



## CASUS 2015-107

*Zie voor vrijwillig en weloverwogen verzoek p. 11, patiënten met dementie p. 27, de rol van de schriftelijke wilsverklaring p. 23 van de Code of Practice. Voor informatie over de (onlangs uitgebrachte) Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek zie H 1, overige ontwikkelingen. Zie voor de integrale tekst oordeel 2015-107 op de website.*

**OORDEEL:** GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

**ZORGVULDIGHEIDSEISEN:** vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing

**AANDACHTSPUNTEN:** gevorderde dementie, rol schriftelijke wilsverklaring

**SAMENVATTING:** Een vrouw met Alzheimer leed ondraaglijk onder cognitieve achteruitgang, fatische, praktische en executieve stoornissen en onder toenemende afhankelijkheid. Toen verpleeghuisopname noodzakelijk leek te worden, wenste zij euthanasie. Er was een geactualiseerde schriftelijke wilsverklaring. De arts verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek (SLK) volgde patiënte lange periode en raadpleegde een geriater en twee SCEN-artsen. Voor de tweede SCEN-arts, tevens specialist ouderengeneeskunde, was het duidelijk dat sprake was van een actuele euthanasiewens. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een redelijk alternatief.

Bij patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, werd ongeveer drie jaar voor het overlijden dementie (de ziekte van Alzheimer) vastgesteld. Patiënte weigerde dagopvang, het inschakelen van een casemanager dementie en controles door de geriater.

Het lijden van patiënte bestond uit cognitieve achteruitgang, uit fatische, praktische en executieve stoornissen, uit het verlies van grip op haar denken en doen en uit toenemende afhankelijkheid van de zorg van haar echtgenoot. Een van haar ouders was dement geworden en in een verpleeghuis terechtgekomen, waar deze veelal zat te huilen. Patiënte had altijd aangegeven dat zij dit mensonterend en mensonwaardig vond en dat zij zelf nooit in een dergelijke situatie van zorgafhankelijkheid en verdriet terecht wilde komen en nooit in een verpleeghuis opgenomen wilde worden. Omdat haar echtgenoot de zorg niet goed meer aankon was een verpleeghuisopname geïndiceerd en aanstaande. Zij leed ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie, onder angst en onzekerheid en onder de angst en weerzin om een ziektebeloop als dat van haar ouder te moeten meemaken en in het verpleeghuis te worden opgenomen.

Patiënte had eerder met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken. Omdat de huisarts niet op haar wens kon ingaan heeft patiënte zich aangemeld bij de SLK. Ruim twee en een half jaar was de aan de SLK verbonden arts betrokken bij de euthanasiewens van patiënte. Zij bezocht patiënte meerdere keren en onderhield e-mailcontact met de echtgenoot van patiënte.

De arts raadpleegde een geriater, die patiënte ruim een maand voor het overlijden onderzocht om de wilsbekwaamheid ten aanzien van haar euthanasiewens te beoordelen. De geriater stelde vast dat er sprake was van een ernstig gevorderd dementiesyndroom en dat er geen aanwijzingen waren voor een onderliggende stemmingsstoornis. Zij kon echter over de wilsbekwaamheid van patiënte wat betreft haar euthanasiewens geen uitspraak doen omdat patiënte op geen enkel moment spontaan een doodswens uitte.

Drie en een halve week voor het overlijden heeft patiënte de arts verzocht om op korte termijn tot de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan. Haar echtgenoot kon de verzorging niet meer aan en patiënte zou daarom in een verpleeghuis moeten worden opgenomen. Zij gaf aan dat zij dit niet wilde en dan dood wilde.

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

De arts raadpleegde als consulenten twee onafhankelijke SCEN-artsen. De eerste consulent bezocht patiënte drie weken voor de levensbeëindiging.

Volgens de eerste consulent had patiënte de symptomen van een vergevorderd stadium van dementie. Haar verzoek tot levensbeëindiging in geval van een noodzakelijke opname in een verpleeghuis bleek consistent en kon door haar worden beargumenteerd. Patiënte bleek evenwel even consistent in haar opvatting dat zij op dat moment niet een verzoek tot levensbeëindiging wilde doen. De eerste consulent kwam mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, omdat zij geen actuele wens tot levensbeëindiging had. Hij adviseerde de arts een meer ter zake deskundige SCEN-arts te raadplegen en benaderde een collega uit zijn intervisiegroep, een specialist ouderengeneeskunde, die bereid was op korte termijn een nieuwe consultatie te doen. De arts volgde dit advies op.

De tweede consulent, een specialist ouderengeneeskunde, bezocht patiënte elf dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Volgens deze consulent gaf patiënte aan dat ze alles voortdurend kwijt was en dat zij steeds meer hulp nodig had; zij ervoer dat als ernstig. Toen de consulent en patiënte vervolgens over de toekomst spraken, vertelde de consulent dat bij dementie – dat woord kende patiënte – het naar verwachting alleen maar erger werd: het is een uitzichtloze hersenziekte. Op dat moment zei patiënte uit zichzelf: “maar het is genoeg geweest” en: “ik wil niet meer”. Op de vraag van de consulent wat er genoeg was geweest zei ze: “alles; alles gaat niet meer, steeds weer iets erbij”. Op de vraag wat zij bedoelde met dat ze niet meer wilde, zei ze: “ik wil dood”. Toen de consulent herhaalde of zij nú dood wilde, zei ze: “Ja, ik wil dood”. Zij zei deze dingen op een krachtige en overtuigende manier, uit zichzelf zonder bijdrage van haar echtgenoot. Het was duidelijk dat zij ernstig leed en dat het “dood willen” aan de orde was voor haar.

De consulent was ervan overtuigd dat het verzoek uit patiënte zelf kwam, mede gezien de overtuiging en het eigen initiatief waarmee patiënte in het gesprek aan haar doodswens refereerde. Volgens de consulent was het verzoek weloverwogen gezien de eerder gedocumenteerde gesprekken en de langdurige begeleiding die ze gezocht en gekregen had van de arts.

De tweede consulent kwam mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts voerde hulp bij zelfdoding uit. Patiënte nam zelf de haar door de arts overhandigde beker met de barbituraatdrank aan en dronk deze op, ook al vond ze de drank zichtbaar niet lekker.

De commissie overweegt over *de weloverwogenheid en de vrijwilligheid van het verzoek* het volgende. In het dossier bevindt zich een wilsverklaring van patiënte met een bijzondere clausule “dementie”, ondertekend in augustus 2009 en daarna nog diverse malen bekrachtigd.

Vervolgens heeft patiënte in januari 2013, acht maanden nadat de ziekte van Alzheimer bij haar was vastgesteld, een schriftelijke wilsverklaring opgesteld, waarin zij heeft opgenomen dat met name het proces van dementie van een van haar ouders haar erg heeft aangegrepen, nooit uit haar gedachten is geweest en zeer van invloed is geweest op haar meningsvorming over oud worden en oud zijn. Vanaf die tijd heeft zij aangegeven en ook op schrift gesteld dat zij niet op zo’n manier haar leven wilde eindigen. Haar waardigheid verliezen, contact met haar dierbaren verliezen, afhankelijk zijn, opgeborgen worden: dat te moeten ondergaan was voor haar ondraaglijk lijden. Zij wilde zo lang mogelijk in haar woning blijven wonen, waar haar echtgenoot als mantelzorger zou optreden. Als dat door verslechterde omstandigheden, mentaal en/of fysiek, niet meer zou kunnen dan was dat voor haar het moment voor haar vrijwillig en zelfgekozen waardig levenseinde.

Patiënte heeft zich in januari 2013 tot de SLK gewend, waarna de arts haar voor het eerst heeft bezocht. Deze heeft met patiënte afgesproken dat het moment van euthanasie zou worden bewaakt door haar echtgenoot, met wie de arts via de e-mail contact zou onderhouden. In de loop van tweeënehalf jaar heeft de arts patiënte meerdere malen bezocht en via de e-mail contact onderhouden met haar en haar echtgenoot. Ruim zeven weken voor het overlijden gaf de echtgenoot van patiënte aan dat de zorg, gezien haar verslechterende toestand, hem te zwaar aan het worden was.

Op dat moment is de arts het euthanasieverzoek en de actuele wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar verzoek gaan exploreren. Zij heeft een geriater geraadpleegd. Deze kon geen uitspraak doen over de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens, omdat patiënte op dat moment geen euthanasiewens uitte.

Drie en een halve week voor het overlijden heeft patiënte de arts verzocht om op korte termijn tot de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan. Haar echtgenoot kon de verzorging niet meer aan en patiënte zou daarom in een verpleeghuis moeten worden opgenomen. Zij gaf aan dat zij dit niet wilde en dan dood wilde. Volgens de arts was patiënte wilsbekwaam en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts heeft dit gesprek opgenomen op haar iPad en uitgeschreven.

De arts heeft daarop een SCEN-arts geraadpleegd, die oordeelde dat haar verzoek tot levensbeëindiging in het geval van een noodzakelijke opname in een verpleeghuis consistent was en door patiënte beargumenteerd kon worden. Patiënte bleek evenwel even consistent in haar opvatting dat zij op dat moment niet een verzoek tot levensbeëindiging wilde doen.

Hij adviseerde de arts om een meer ter zake deskundige arts te raadplegen. Deze vervolgens geconsulteerde arts, specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts, heeft patiënte elf dagen voor het overlijden bezocht. Tegenover deze arts gaf patiënte uit zichzelf duidelijk aan dat het genoeg was geweest en dat zij dood wilde. De consultant was ervan overtuigd dat het verzoek uit patiënte zelf kwam, mede gezien de overtuiging en het eigen initiatief waarmee patiënte in het gesprek aan haar doodswens refereerde. Volgens deze consultant was het verzoek weloverwogen gezien de eerder gedocumenteerde gesprekken en de langdurige begeleiding die ze gezocht en gekregen had van de arts.

De commissie is, op grond van het vorenstaande, van oordeel dat de arts redelijkerwijs tot het oordeel is kunnen komen dat er sprake was van een weloverwogen en vrijwillig verzoek. Weliswaar zijn er in de loop van de tijd momenten geweest waarop patiënte geen duidelijke doodswens uitte, maar in de gesprekken die de arts en de tweede consultant – specialist ouderengeneeskunde – met patiënte hebben gehad, blijkt dat patiënte duidelijk uiting heeft gegeven van haar doodswens: zij heeft duidelijk aangegeven dat zij dood wilde nu het moment gekomen was dat haar echtgenoot de zorg niet meer aankon en zij, gezien haar volledige zorgafhankelijkheid, niet meer in haar woning kon blijven wonen.

Ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden overwoog de commissie het volgende. In haar schriftelijke wilsverklaring heeft patiënte duidelijk aangegeven onder welke omstandigheden zij haar lijden als ondraaglijk zou ervaren en levensbeëindiging zou wensen. Ook heeft patiënte in de vele gesprekken die zij en haar echtgenoot met de arts over haar euthanasiewens hebben gevoerd, uitvoerig aangegeven wat ondraaglijkheid van het lijden voor haar inhield.

Op het moment dat patiënte om uitvoering van de euthanasie vroeg was er sprake van een daadwerkelijk actueel lijden, namelijk van het verlies van grip op haar denken en doen, van angsten en onzekerheid en volledige afhankelijkheid. Patiënte was op dat moment in de situatie terechtgekomen die zij eerder in haar schriftelijke wilsverklaring en in de vele gesprekken met de arts als ondraaglijk lijden had omschreven.

De commissie is daarom van oordeel dat de arts redelijkerwijs tot de overtuiging kon komen dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de euthanasie ondraaglijk leed.

De commissie heeft zich voorts afgevraagd of er nog redelijke andere oplossingen waren: immers door het invoeren van thuiszorg zou haar echtgenoot ontlast kunnen worden en een opname in een verpleeghuis kunnen worden uitgesteld.

Patiënte heeft echter zelf in haar schriftelijke wilsverklaring uitdrukkelijk aangegeven dat haar echtgenoot als mantelzorger zou optreden en dat als dit niet meer zou kunnen voor haar het moment was gekomen voor een vrijwillig en zelfgekozen levenseinde. Zowel voor patiënte als voor haar echtgenoot was het invoeren van hulp van anderen geen redelijk alternatief: zij hebben de aangeboden hulp/zorg ook steeds buiten de deur gehouden.

De uitvoering van de euthanasie op het moment dat haar echtgenoot de zorg niet meer aan kon lag dan ook in de lijn van haar eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

# H.IV

## OVER DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE (RTE'S)

### WETTELIJK KADER

In Nederland en op de BES-eilanden Bonaire, Saba en St. Eustatius zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in beginsel strafbaar (artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht (WvSr)).

Van een strafbaar feit is geen sprake indien de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding plaatsvindt door een *arts*, die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde *zorgvuldigheidseisen* én zijn handelen heeft *gemeld* aan de gemeentelijke lijkschouwer. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als *bijzondere strafuitsluitingsgrond* opgenomen (artikelen 293, tweede lid en 294, tweede lid WvSr).

De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in artikel 2, eerste lid van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), terwijl de meldingsplicht is uitgewerkt in artikel 7, tweede lid van de Wet op de lijkbezorging.

Bij de melding aan de lijkschouwer voegt de arts een *beredeneerd verslag* waarin hij motiveert waarom hij naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Voor het opstellen van een dergelijk verslag is een model beschikbaar op de website van de RTE's<sup>13</sup> dat – bij voorkeur digitaal – door de arts wordt ingevuld.

De lijkschouwer schouwt het stoffelijk overschot (uitwendig) en gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd. Hij controleert of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De lijkschouwer meldt de euthanasie, dat wil zeggen de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, aan een van de regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) en doet deze melding vergezeld gaan van het verslag van de arts, het oordeel over de zorgvuldigheidseisen van de geconsulteerde (SCEN)arts en – indien aanwezig – een schriftelijke wilsverklaring van de overledene. Ook legt hij aan de commissie de overige door de arts verstrekte relevante stukken over, zoals patiëntenjournaal en specialistenbrieven.

### ROL VAN DE RTE'S

#### Wettelijke taken, bevoegdheden en werkwijze

In de WTL is bepaald dat de RTE's beoordelen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 van de WTL.

De arts zal aan de commissie duidelijk moeten maken dat is voldaan aan de in artikel 2, eerste lid genoemde zorgvuldigheidseisen c. (voorlichting), e. (raadplegen onafhankelijke consulent) en f. (medisch zorgvuldige uitvoering); én de arts moet aannemelijk kunnen maken dat hij, gelet op de omstandigheden van het geval, *in redelijkheid* tot de overtuiging kon komen dat

<sup>13</sup> [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen genoemd onder a. (vrijwillig en weloverwogen verzoek), b. (uitzichtloos en ondraaglijk lijden) en d. (geen redelijke andere oplossing). (De wijze van toetsen van deze laatste drie zorgvuldigheidseisen wordt door juristen ‘marginale toetsing’ genoemd.)

De beoordeling van het handelen van de arts vindt plaats aan de hand van het verslag van de arts en alle andere bij de melding gevoegde stukken.

Meteen na ontvangst van de melding en eerste lezing van de bij de melding ontvangen stukken maakt een ervaren secretaris / jurist van de commissie een inschatting of de melding bij de commissie vragen zal oproepen of niet. Bij niet vragen oproepende meldingen (NVO's) is de inschatting dat de zorgvuldigheidseisen van de wet in acht zijn genomen én de verstrekte informatie voldoende volledig is.

De NVO's worden ter gezamenlijke beoordeling digitaal aan de leden van de commissie (jurist, arts en ethicus) voorgelegd en in beginsel door de betreffende commissie digitaal beoordeeld. Zo kunnen ze zo snel mogelijk worden afgehandeld. Als één van de commissieleden van mening is dat de melding wél vragen oproept, wordt de melding doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering, waar ook de andere vragen oproepende meldingen (VO's) worden behandeld.

Meldingen van euthanasie die bij de eerste selectie of tijdens het verdere toetsingsproces vragen oproepen ten aanzien van een of meer zorgvuldigheidseisen worden als VO aangemerkt. VO's kunnen ook meldingen betreffen waarvan de RTE's hebben afgesproken dat die nadere discussie behoeven, zoals bijvoorbeeld meldingen van euthanasie bij patiënten die lijden op grond van dementie, psychiatrische aandoeningen of stapeling van ouderdomsaandoeningen.

Wanneer de commissie naar aanleiding van een melding vragen heeft of nadere informatie of toelichting nodig heeft, wordt de arts en/of de geconsulteerde arts daarover benaderd. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk. Is de aldus verkregen informatie niet voldoende om tot een goede beoordeling van het handelen van de arts te komen, dan kunnen arts en/of consultant worden uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting en het beantwoorden van vragen van de commissie (artikel 8 van de WTL jo. artikel 5, lid 2 onder c, van het Besluit d.d. 06-03-2002 (Stb. 2002, nr.141) en Richtlijnen betreffende de werkwijze RTE's, d.d. 21-11-2006).

Van deze mondelinge toelichting wordt een verslag gemaakt. Voordat dit verslag wordt vastgesteld wordt het concept ervan aan de arts voorgelegd met de vraag of de inhoud van de door de arts gegeven toelichting correct is weergegeven. Daarna neemt de commissie een definitief oordeel.

In alle gevallen waarin de commissie op basis van de verstrekte stukken voornemens is tot het oordeel te komen dat de arts *niet* conform één of meer zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt de arts voor een gesprek met de commissie uitgenodigd.

De RTE's geven over de meldingen die zij toetsen een schriftelijk oordeel.

De arts ontvangt het oordeel van de commissie in beginsel binnen de wettelijke termijn van zes weken. Deze termijn kan één keer met zes weken worden verlengd. Deze termijnen kunnen soms langer zijn in het geval een commissie nadere schriftelijke en/of mondelinge toelichting of informatie van de meldend arts of de consultant nodig heeft. Ook brengt nader intern overleg in het kader van de hierna te bespreken *harmonisatie* soms onvermijdelijk enige verlenging van genoemde termijnen met zich mee. In de ontvangstbevestiging van de melding, waarin is opgenomen dat deze in beginsel binnen de wettelijke termijn van (twee maal) zes weken zal worden behandeld, wordt de meldend arts op die mogelijkheid geattendeerd.

Komt de commissie tot het oordeel dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan dan eindigt daarmee de fase van toetsing en beoordeling. De zaak is hiermee de facto afgedaan. Een oordeel van de commissie dat de arts *niet* conform één of meer zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt niet alleen aan de arts gestuurd, maar ook met bijbehorend dossier naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (artikel 9, tweede lid WTL). Het College bepaalt – al dan niet na een gesprek met de arts – of tot strafvervolgning wordt overgegaan. De Inspectie beslist – al dan niet na een gesprek met de arts – of tot het aanhangig maken van een tuchtzaak wordt overgegaan of andere maatregelen worden getroffen.

De zogenoemde afloopberichten van het Openbaar Ministerie (het College van procureurs-generaal) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de daarin opgenomen overwegingen worden opgenomen in het jaarverslag.

De coördinerend voorzitter, plaatsvervangend coördinerend voorzitter en algemeen secretaris van de RTE's voeren jaarlijks overleg met het College en de Inspectie.

## Samenstelling en organisatie RTE's

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden van de patiënt bepaalt welke commissie bevoegd is.

Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Uitgangspunt is dat een commissie voor iedere discipline twee plaatsvervangers heeft. Aldus fungeren per regio in totaal negen commissieleden. Dezen kunnen allen, en dat gebeurt ook regelmatig, als plaatsvervangend lid optreden in andere regio's, zowel bij de digitale beoordeling van meldingen als bij de behandeling en beoordeling van meldingen in de maandelijkse commissievergadering. Iedere commissie wordt bijgestaan door een secretaris die jurist is. Deze heeft met betrekking tot de toetsing een voorbereidende rol en een raadgevende stem in de maandelijkse commissievergadering.

De secretariaten ondersteunen de RTE's in hun werkzaamheden. De secretariaten zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag, alwaar ook de vergaderingen van de RTE's plaatshebben. De secretariaten van de RTE's zijn ondergebracht in de directie Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (ESTT). Deze directie omvat tevens de secretariaten van de Tuchtcolleges in de Gezondheidszorg. Genoemde secretariaten zijn apart georganiseerd. De onafhankelijkheid van de beoordeling door de RTE's blijft daardoor gewaarborgd.

## Harmonisatie

Indien een commissie voornemens is het oordeel uit te spreken dat de arts *niet* heeft gehandeld conform één of meer zorgvuldigheidseisen, legt zij het voorgenomen oordeel plus het bijbehorende dossier – digitaal – voor advies en commentaar voor aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's. Meestal wordt ook van meldingen die een gecompliceerde casus betreffen het concept-oordeel dat de arts *wel* conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's voorgelegd. Bij hoge uitzondering wordt een concept-oordeel naar aanleiding van alle ingebrachte argumenten voorgelegd aan het voorzittersoverleg voor een zwaarwegend advies. De beslissing over het eindoordeel blijft bij de oorspronkelijk bevoegde commissie.

Jaarlijks wordt over een complex en actueel onderwerp voor alle leden en secretarissen een themabijeenkomst georganiseerd, waarbij vaak ook externe deskundigen worden uitgenodigd. Ten minste vier maal per jaar vindt het voorzittersoverleg plaats. Bij dit voorzittersoverleg zijn ook steeds de algemeen secretaris en secretarissen van RTE's aanwezig. Ten minste een maal per jaar komen de arts-leden bijeen; ook de ethici van de commissies vergaderen een maal per jaar in eigen kring. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar harmonisatie en eenheid bij het toetsen en de besluitvorming.

## Transparantie en voorlichting

Om artsen en andere betrokkenen een goed en actueel beeld te kunnen bieden van de oordelen van de RTE's en om hun interpretatie van de zorgvuldigheidseisen beter toegankelijk en kenbaar te maken, hebben de RTE's in april 2015 een Code of Practice uitgebracht die, evenals hun jaarverslagen, ook digitaal is te raadplegen.

De in 2013 ingestelde Publicatiecommissie van de RTE's heeft tot taak om die oordelen die van belang zijn voor de normontwikkeling op een inzichtelijke manier te publiceren op de website van de RTE's. Daartoe behoren in ieder geval alle oordelen dat de arts *niet* conform één of meer zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Deze worden bij voorrang gepubliceerd op de website van de RTE's.<sup>14</sup>

Ook geven de RTE's inhoud aan hun voorlichtende taak<sup>15</sup> door het houden van voordrachten voor GGD's, huisartsenverenigingen, buitenlandse delegaties etc. Daarbij besteden de commissieleden en secretarissen, ook veelal aan de hand van praktijksituaties, aandacht aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en de geldende toetsingsprocedure.

De RTE's verlenen ook hun medewerking aan de opleiding tot consultant, die wordt verzorgd door de organisatie Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Ook bezoeken commissieleden desgevraagd intervisiebijeenkomsten van SCEN-artsen in hun regio. Daarbij komt ook het belang van goede verslaglegging door de SCEN-arts aan de orde. Ten behoeve van het opstellen van het consultatieverslag is de Leidraad Verslag van de SCEN-arts uitgebracht.<sup>16</sup>

Bevindingen van de RTE's omtrent consultatieverslagen worden in beginsel rechtstreeks door hen teruggekoppeld naar de consultant die het betreft en soms in algemene termen en dus anoniem aan de SCEN-organisatie.

<sup>14</sup> [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

<sup>15</sup> Zie artikel 4 lid 2 Besluit van 6 maart 2002, houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies, bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

<sup>16</sup> Leidraad Verslag van een SCEN-arts, [www.KNMG.nl/diensten/SCEN/richtlijn-en-downloads.htm](http://www.KNMG.nl/diensten/SCEN/richtlijn-en-downloads.htm)





# BIJLAGE 1

OVERZICHT AFHANDELING  
DOOR OM EN IGZ



Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen, waarover door de RTE's is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In dit overzicht zijn alleen meldingen opgenomen waarover al een bericht van afhandeling van zowel het Openbaar Ministerie als de Inspectie voor de Gezondheidszorg is ontvangen.

De RTE's ontvingen in dit verslagjaar twee berichten van afhandeling van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg in meldingen waarover door de RTE's was geoordeeld dat de arts niet had gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hieronder zijn deze berichten van afhandeling opgenomen. De RTE's hebben met interesse kennis genomen van de inhoud van deze berichten van afhandeling.

## JAARVERSLAG 2014

Overzicht van afhandeling van oordelen door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarvan bij het ter perse gaan van het Jaarverslag 2014 nog geen afloopbericht was ontvangen.

### CASUS 2014-01

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-01 op de website.*

**SAMENVATTING:** Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, had circa 30 jaar last van depressies. Zij werd hiervoor behandeld met ECT-therapie en antidepressiva. Toen deze niet meer hielpen, zag patiënte van verdere behandeling af. De huisarts van patiënte wilde niet ingaan op haar euthanasieverzoek. De patiënte nam contact op met de Stichting LevensEinde Kliniek. De arts van de SLK, eveneens huisarts, heeft binnen een kort tijdsbestek en relatief kort voor het overlijden twee gesprekken gevoerd met patiënte, in aanwezigheid van haar kinderen. Hij raadpleegde als onafhankelijk consulent een huisarts/tevens SCEN-arts.

De commissie stelt vast dat de arts niet met de behoedzaamheid te werk is gegaan die bij het verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrisch patiënt verwacht mag worden. De arts had in dit geval meer tijd moeten nemen voor gesprekken met patiënte, ook buiten aanwezigheid van haar kinderen. Nu het de arts zowel als de consulent aan psychiatrische deskundigheid ontbreekt had de arts nog een extra deskundige moeten raadplegen.

#### College van procureurs-generaal:

De vraag die het College moet beantwoorden is of de arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl en zo nee, of een schending van die normen zo ernstig is dat een strafrechtelijk relevant verwijt kan worden gemaakt.

In deze casus oordeelde het College dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld waar het de consultatie betreft. Waar het de consultatie door een psychiater betreft, is sprake van een bestendige jurisprudentie van de regionale toetsingscommissies euthanasie – vastgelegd in openbare jaarverslagen en daarmee kenbaar voor iedereen – die inhoudt dat in een geval als dit (een casus met psychiatrische problematiek waarbij zowel de arts als de SCEN-arts geen specifieke deskundigheid hebben op het gebied van psychiatrische aandoeningen) een tweede deskundige, bij voorkeur een psychiater, moet worden geraadpleegd. Dit heeft de arts in de onderhavige casus niet gedaan. Ruim voor de uitvoering van deze hulp bij zelfdoding is dit standpunt ook onderschreven door de KNMG (KNMG-standpunt: De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde). De

KNMG spreekt van vereiste terughoudendheid in dit soort gevallen en het raadzaam zijn van meerdere (zo nodig multidisciplinaire) consultaties. In 2014, na deze levensbeëindiging, is dit door de KNMG verder uitgewerkt in een fact sheet.

Gelet hierop is er ook naar het oordeel van het College een gebrek in de consultatie in deze zaak aan te wijzen; de arts had een tweede deskundige moeten raadplegen, ongeacht het feit dat de SCEN-arts niet heeft gewezen op de noodzaak van een extra consult. Het College heeft beoordeeld welke consequentie dit verzuim heeft in strafrechtelijke zin. Daarvoor is van belang om te bezien of mede door dit gebrek de uitzichtloosheid (objectieverbaar) en ondraaglijkheid van het lijden niet valt vast te stellen (zie paragraaf 5.4 van de Aanwijzing). Het College meent dat de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van dit lijden achteraf wel is vast te stellen. Gezien de beoordeling door de arts, de SCEN-arts en de klinisch geriater bevat het dossier alles bijeengenomen voldoende om te oordelen dat de arts redelijkerwijs tot de overtuiging kon komen dat aan de zorgvuldigheidseisen van het vrijwillig en weloverwogen verzoek en uitzichtloosheid van het lijden is voldaan. Daarmee is voldaan aan de kerneisen van de Wtl. Hoewel het College met de regionale toetsingscommissie euthanasie van oordeel is dat het gesprek met van de arts met de klinisch geriater en haar observaties (gedaan in het kader van de behandeling van de patiënte) maar ten dele als een onafhankelijke consultatie kan worden beschouwd, kent het College aan dit het oordeel van de klinisch geriater daarin wel een zeker gewicht toe. Uit haar mededelingen kan namelijk worden opgemaakt dat patiënte wilsbekwaam was en bewust afzag van behandeling. Ook al kan niet worden gezegd dat deze klinisch geriater samen met de patiënte tot de overtuiging is gekomen dat die behandeling geen redelijk andere oplossing was, achtte de geriater het verzoek van de patiënte wel reëel. Dit duidt erop dat het lijden van patiënte uitzichtloos was in de ogen van de klinisch geriater. Voor de patiënte was het door de psychiater voorgeschreven middel geen redelijke andere oplossing meer.

Gelet hierop is er geen aanleiding voor vervolging en heeft het College besloten tot een onvoorwaardelijke sepot.

#### Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De Inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd waaraan ook de adviseur-psychiater van de IGZ deelnam. De arts heeft een nadere toelichting gegeven op de wijze waarop het voor- en beoordelingstraject van de uitgevoerde euthanasie heeft plaatsgevonden.

Het was voor de arts evident dat patiënte wilsbekwaam was. Het was voor hem duidelijk dat er geen behandelmogelijkheden voor de jarenlange depressiviteit meer waren. Ook de SCEN-arts was die mening toegedaan evenals het (intern) multidisciplinaire overleg van de Levenseindekliniek. Begin 2013 is de patiënte gezien door een klinisch geriater. De arts heeft telefonisch contact met deze geriater gehad. Gezien de consultaties was er voor hem geen aanleiding om nog een deskundige te raadplegen.

Bij een volgende vergelijkbare casus zal de arts zeker een onafhankelijke psychiater raadplegen. Gezien de reflectie van de arts gaat de Inspectie ervan uit dat de arts in mogelijke toekomstige situaties de beoordeling toetst aan het oordeel van een onafhankelijke psychiater en de levensbeëindiging zodoende op alle facetten zorgvuldig zal uitvoeren. De Inspectie stelt daarom vast dat, met het oog op het belang van verantwoorde zorg, zich geen omstandigheden voordoen voor verder onderzoek of nadere maatregelen.

Inmiddels heeft ook de Levenseindekliniek naar aanleiding van deze zaak de procedure bij psychiatrische casus aangescherpt. De Levenseindekliniek heeft aangegeven dat naast het al bestaande poliklinische gesprek dat een patiënt heeft met een psychiater (van de Levenseindekliniek), een psychiater is toegevoegd aan het (intern) multidisciplinaire overleg en er standaard een onafhankelijke psychiater geraadpleegd wordt voor een second opinion.

In het verlengde van deze casus is de inspectie van mening dat er meer duidelijkheid gewenst is over de daadwerkelijke invulling van het raadplegen van twee 'onafhankelijke' psychiaters, zoals de richtlijn ter zake van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aangeeft. Zij zal ter bestemde plaatse dit punt agenderen.

## CASUS 2014-02

*Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-02 op de website.*

**SAMENVATTING:** Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, werd na een tweede CVA met cognitieve stoornissen en een gemengde afasie in een verpleeghuis opgenomen. In wilsverklaringen van twintig jaar daarvoor (na haar eerste CVA nog mondeling tegenover haar huisarts bevestigd) verzocht zij om euthanasie bij blijvende opname in een verpleeghuis. Nadat haar kinderen contact hadden gezocht met de Stichting Levens-eindekliniek (SLK), heeft de arts patiënte twee keer bezocht en met de kinderen gesproken. Patiënte was niet meer in staat haar wil te uiten. De arts heeft de euthanasie uitgevoerd op basis van de schriftelijke wilsverklaringen. De arts heeft bij zijn bezoeken geen tekenen van lijden waargenomen. De ondraaglijkheid van het lijden was volgens de arts gelegen in het feit dat patiënte in een verpleeghuis was opgenomen, hetgeen zij blijkens de schriftelijke verklaringen echt niet wilde. De commissie is van oordeel dat alles bijeengenomen sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek als omschreven in art. 2 lid 2 van de wet. Het enkele feit van blijvende opname in een verpleeghuis was echter onvoldoende om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen; de arts had ook geen andere omstandigheid aangevoerd om zijn overtuiging, dat patiënte ondraaglijk leed, te onderbouwen. De arts had zich in deze zeer complexe situatie meer tijd en inspanning moeten getroosten om de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte te onderbouwen.

### Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De Inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd waaraan ook de verpleegkundige deelnam die samen met de arts het behandelend team voor de levensbeëindiging vormde, alsook de zorgmanager/arts van de Levens-eindekliniek.

De arts heeft een nadere toelichting gegeven op de wijze waarop het voor- en beoordelingstraject van de uitgevoerde euthanasie heeft plaatsgevonden.

De arts was reeds bij het eerste bezoek aan patiënte overtuigd van haar lijden. Hij baseerde dit op hoe ze er bij zat, haar gedrag en verhalen uit haar omgeving. De arts kon haar niet vragen of zij geestelijk leed. Hij kon het zich wel indenken. Of ze lichamelijk leed was niet vast te stellen door de pijnmedicatie die ze kreeg.

De SCEN-arts heeft nadat zij de patiënte heeft bezocht, aan de arts medegedeeld dat de patiënte haar duidelijk had laten zien dat zij ondraaglijk leed. Deze observatie van de SCEN-arts was voor hem een bevestiging van zijn indruk en oordeel.

Patiënte is uitgebreid besproken in het multidisciplinair overleg van de Levens-eindekliniek. Het accent lag hierbij met name op de problematiek van de wils(on)bekwaamheid. De ondraaglijkheid van het lijden stond niet ter discussie, omdat dit in deze casus voor alle deelnemers aan het overleg geheel duidelijk was. De arts realiseert zich dat door de specifieke aandacht voor de wilsbekwaamheid, het lijden van patiënte onvoldoende is beschreven. Er waren voldoende elementen om het ondraaglijk lijden te onderbouwen, maar deze zijn niet nader benoemd.

De arts heeft aangegeven dat hij heeft geleerd dat hij uitvoeriger moet rapporteren en daarbij ook informatie uit waarnemingen, uit observaties van gedrag, uit overleg met behandelaren en andere relevante punten, zoals persoonlijke 'gevoelsaspecten', nauwkeurig moet meenemen.

Gezien de reflectie van de arts op deze casus heeft de inspectie er vertrouwen in dat de arts in een mogelijke toekomstige situatie zijn beoordeling van alle zorgvuldigheidscriteria degelijk onderbouwd presenteert aan de regionale toetsingscommissie euthanasie en wel zodanig dat hieruit duidelijk blijkt op welke wijze hij aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

De Inspectie stelt vast dat zich geen omstandigheden voordoen voor verder onderzoek of nadere maatregelen.

### College van procureurs-generaal:

Het College heeft de zaak als volgt beoordeeld.

De arts heeft in de melding en in de mondelinge toelichting bij de regionale toetsingscommissie euthanasie verzuimd de ondraaglijkheid van het lijden te onderbouwen. In het gesprek met de IGZ heeft hij dit onderkend. Er waren ook voor de arts voldoende elementen om de ondraaglijkheid van het lijden te onderbouwen. De bevindingen van de SCEN-arts bevestigen dat. Hoewel sprake is van een motiveringsgebrek in het modelverslag en tijdens het horen door de commissie, is in dit geval materieel gezien geen sprake van de schending van de zorgvuldigheidseis van de ondraaglijkheid van het lijden, zo bleek tijdens het gesprek met de IGZ. Een strafrechtelijk relevant verwijt valt de arts niet te maken. Vervolging is niet aan de orde. Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.



# BIJLAGE 2

RELEVANTE  
WETSBEPALINGEN





# WET TOETSING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING (WTL)

## HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

### Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

## HOOFDSTUK II. ZORGVULDIGHEIDSEISEN

### Artikel 2

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

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

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

## HOOFDSTUK III. REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES VOOR LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

### Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

#### Artikel 3

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

#### Artikel 4

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

### Paragraaf 2. Ontslag

#### Artikel 5

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

<sup>2</sup> Op grond van een akkoord in 2007 van de RTE's met de ministers van VWS en V&J wordt vanaf 1 januari 2008 de benoemingstermijn van vier jaar aangehouden. Herbenoeming kan éénmaal plaatsvinden voor de termijn van vier jaar.

## Artikel 6

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

## Paragraaf 3. Bezoldiging

### Artikel 7

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

## Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

### Artikel 8

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

### Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:
  - a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
  - b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

### Artikel 10

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

- 1e. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of
- 2e. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.  
Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

## Paragraaf 6. Werkwijze

### Artikel 11

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

### Artikel 12

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

### Artikel 13

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

## Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

### Artikel 14

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

### Artikel 15

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

### Artikel 16

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

## Paragraaf 8. Rapportage

### Artikel 17

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

### Artikel 18

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

### Artikel 19

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

## HOOFDSTUK III A. BONAIRE, SINT EUSTATIUS EN SABA

### Artikel 19a

Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van het in dit hoofdstuk bepaalde.

### Artikel 19b

1. Voor de toepassing van:
  - artikel 1, onderdeel b, wordt in plaats van «artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES.
  - artikel 1, onderdeel f, wordt in plaats van «een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3» gelezen: een commissie als bedoeld in artikel 19c.
  - artikel 2, eerste lid, aanhef, wordt in plaats van «artikel 293, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 306, tweede lid, tweede volzin van het Wetboek van Strafrecht BES.
  - artikel 8, eerste lid, wordt in plaats van «artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging» gelezen: artikel 1, derde lid, van de Wet verklaringen van overlijden BES.
  - artikel 8, derde lid, vervalt: of de betrokken hulpverleners.
  - artikel 9, tweede lid, aanhef, wordt in plaats van «het College van procureurs-generaal» gelezen: de procureur-generaal.
2. Artikel 1, onder e, is niet van toepassing.

### Artikel 19c

In afwijking van artikel 3, eerste lid, is er een door Onze Ministers aan te wijzen commissie, die bevoegd is de meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 306, tweede lid, onderscheidenlijk 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES te toetsen.

### Artikel 19d

Bij het overleg, bedoeld in artikel 13, is de voorzitter van de commissie, bedoeld in artikel 19c, betrokken. Tevens zijn betrokken de procureur-generaal of een door hem aan te wijzen vertegenwoordiger en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Volksgezondheid.

# WETBOEK VAN STRAFRECHT

## Artikel 293

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

## Artikel 294

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

# WET OP DE LIJKBEZORGING

## Artikel 7

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

## Artikel 9

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

## Artikel 10

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

## Artikel 81

Met hechtenis van ten hoogste een maand of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft:  
1°. overtreding van het bepaalde bij of krachtens de artikelen (...) 7, eerste en tweede lid (...)

## COLOFON

Uitgave:

Regionale toetsingscommissies euthanasie  
[www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

Ontwerp:

Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk:

Xerox/OBT, Den Haag

april 2016



