Regionale toetsingscommissies euthanasie

Jaarverslag 2008

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 1 20-04-2009 10:42:28

Inhoud

Voorwoord 3

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2008

Meldingen 5
Medisch zorgvuldige uitvoering 5
Psychiatrische problematiek 5

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Zorgvuldigheidseisen algemeen 7
Zorgvuldigheidseisen specifiek 7
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek 7
Schriftelijke wilsverklaring 8
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden 15
Ondraaglijk lijden in bijzondere situaties 16
Palliatieve sedatie 17
c. Voorlichting aan de patiënt 17
d. Geen redelijke andere oplossing 17
e. Consultatie 17
f. Medisch zorgvuldige uitvoering 28

Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies

Wettelijk kader 33
Rol van de commissies 33

Bijlagen

I Overzicht van meldingen

Overzicht van meldingen totaal 36

Overzicht van meldingen per regio
A. regio Groningen, Friesland en Drenthe 38
B. regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland 39
C. regio Noord-Holland 40
D. regio Zuid-Holland en Zeeland 41
E. regio Noord-Brabant en Limburg 42

II Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) 44

Voorwoord

Zeer geachte lezer,

Voor u ligt het jaarverslag 2008 van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie. In het jaarverslag leggen zij verantwoording af van hun wijze van toetsing op grond van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In aanvulling op deze wijze van verantwoording publiceren de commissies in beginsel alle oordelen geanonimiseerd op www.euthanasiecommissie.nl. Onder respectering van de persoonlijke levenssfeer geven deze publieke uitingen aldus tezamen een zo nauwkeurig mogelijk beeld van de eisen die de WTL aan het jaarverslag stelt: vermelding van het aantal meldingen, de aard van de gemelde gevallen, en de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

In 2008 werden 2331 gevallen aan de commissies gemeld. In 10 gevallen oordeelden de commissies dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de in de WTL geformuleerde zorgvuldigheidseisen. In alle overige gevallen was het oordeel: zorgvuldig. U leest hierover in dit verslag meer.

Het aantal meldingen is ten opzichte van 2007 met tien procent gestegen. Van een dergelijke stijging was ook al in 2007 vergeleken met 2006 sprake. De commissies hebben dr. Agnes van der Heide van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC gevraagd onderzoek te doen naar mogelijke verklaringen van deze trend, die vanaf 2003 zichtbaar is.

De onderzoekster concludeert dat de toeneming alleen levensbeëindiging op verzoek betreft, uitgevoerd door huisartsen, vooral bij patiënten met kanker. Dit is de "klassieke" categorie van gevallen waarin levensbeëindiging op verzoek altijd al het meeste werd toegepast. De stijging schrijft zij in hoofdzaak toe aan twee aannemelijke verklaringen (elk afzonderlijk en in combinatie met elkaar):

- De afbakening tussen euthanasie en palliatieve sedatie is mede door de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie duidelijker geworden. Het is aannemelijk dat hierdoor in mindere mate dan eerder is verondersteld palliatieve sedatie als alternatief voor euthanasie wordt toegepast.
- In het laatste landelijk onderzoek naar de werking van de WTL werd de meldingsbereidheid op tachtig procent geschat (jaar 2005). In de overige twintig procent ging het vooral om levensbeëindiging door middel van morfine. Het is aannemelijk dat steeds meer van de reguliere euthanatica wordt gebruik gemaakt en dat deze gevallen ook worden gemeld. Het percentage meldingen stijgt daardoor.

De commissies onderschrijven deze bevindingen. Zekerheid hebben wij echter niet. Een herhaling van het landelijk evaluatieonderzoek is dan ook gewenst. Niet alleen om verklaringen te vinden voor de forse stijgingen van het aantal meldingen, maar in het algemeen om de praktijk van de medische besluitvorming rondom het levenseinde nauwkeurig te volgen.

De commissies zijn gebaat bij feedback. Namens de commissies nodig ik u uit die op onderstaand e-mailadres te geven.

Den Haag, april 2009

Mr. J.J.H. Suyver
Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie
e-mail: ic.spitters@toetscie.nl

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 4 20-04-2009 10:42:28

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2008

In 2008 zijn de volgende ontwikkelingen relevant.

Meldingen

In 2008 hebben de regionale toetsingscommissies euthanasie (hierna: de commissies) 2331 meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ontvangen[1]. In 2007 waren dat er 2120; een stijging van 10 %. De commissies hebben in deze zaken getoetst of de uitvoerend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan als bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In tien gevallen kwamen de commissies tot de conclusie dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan. De essentiële gedeelten van deze oordelen zijn in Hoofdstuk II, Zorgvuldigheidseisen Specifiek, onder de desbetreffende zorgvuldigheidseis als casus beschreven.
De oordelen zelf worden, evenals alle oordelen waarbij de commissies tot de conclusie kwamen dat de arts conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld, integraal gepubliceerd via de website van de commissies: www.euthanasiecommissie.nl. Alleen die oordelen, waarbij door publicatie de anonimiteit van de patiënt in gevaar kan komen, worden niet gepubliceerd.

Medisch zorgvuldige uitvoering

In de praktijk zijn de commissies geconfronteerd met het gebruik van middelen die niet als eerste keus middel in het advies van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Standaard Euthanatica[2], zijn opgenomen en met meldingen waarin de dosering van gebruikte euthanatica niet is opgenomen of niet overeenstemt met het advies van de KNMP.
De commissies gaan bij het beoordelen van de medisch zorgvuldige uitvoering te rade bij wat in de medische en farmacologische wetenschap en praktijk de geldende standaard is.
Voor de commissies is in beginsel het advies van de KNMP voor de methode, gebruik van middelen en dosering leidraad.

De KNMP heeft in de Standaard Euthanatica opgenomen welke middelen zij adviseert of juist afraadt bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp), verbonden aan de KNMP, bevestigt dat de KNMP voor de coma-inductie onderscheid maakt tussen middelen die eerste of tweede keus zijn. De middelen die tweede keus zijn staan opgenomen in de Standaard Euthanatica in de paragraaf 'Noodoplossingen'. Dit zijn middelen waarmee minder ervaring ('evidence') is opgedaan, maar die zo nodig als alternatief voor het eerste keus middel kunnen dienen. Daarnaast worden in de Standaard Euthanatica nog middelen genoemd die geen alternatief zijn voor het eerste keus middel en worden afgeraden middelen genoemd.

Wanneer een arts geen gebruik maakt van een eerste keus middel zullen de commissies de arts nadere vragen stellen. Bij de toetsing van de medisch zorgvuldige uitvoering is uitgangspunt dat noodoplossingen (tweede keus middelen) toegelaten zijn, mits de arts het gebruik ervan voldoende motiveert. De commissies zullen dan ook vragen stellen als het gebruik van de noodoplossingen niet of niet afdoende is gemotiveerd of wanneer de arts middelen gebruikt die niet als alternatief zijn genoemd of die worden afgeraden. Wanneer de dosering van de middelen niet is vermeld zal daarnaar ook navraag worden gedaan. Bij een dosering die afwijkt van het advies in de Standaard Euthanatica zal de arts om een motivering worden gevraagd. Indien dit niet wordt vermeld zullen de commissies vragen naar de wijze van toediening.

Psychiatrische problematiek

De commissies ontvingen twee meldingen van hulp bij zelfdoding bij patiënten met psychiatrische problematiek.

1 De cijfers –zowel algemeen als uitgesplitst per regio- zijn opgenomen als bijlage.
2 Standaard Euthanatica, Toepassing en bereiding 2007, KNMP/WINAp

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 5 20-04-2009 10:42:28

In beide gevallen oordeelde de commissie dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In het algemeen geldt dat in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding vanwege lijden waaraan een psychiatrische ziekte of stoornis ten grondslag ligt de arts zeer behoedzaam moet optreden. Wanneer er sprake is van een psychiatrisch ziektebeeld zijn het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging moeilijker te beoordelen. Er wordt dan nog meer aandacht van de arts verlangd.

Beide meldingen waren goed gedocumenteerd en in beide gevallen was sprake van een langdurig voortraject dat door de meldend arts voor de commissie inzichtelijk is gemaakt. Er zijn verscheidene onafhankelijke consulenten en andere deskundigen, onder wie ook meerdere psychiaters, betrokken geweest bij de casus. Zij hebben, nadat zij de patiënten hadden gezien en gesproken, hun gefundeerde oordeel over de zorgvuldigheidseisen gegeven. Beide casus zijn opgenomen in dit verslag.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 6 20-04-2009 10:42:28

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Zorgvuldigheidseisen algemeen

De commissies toetsen het handelen van de meldend arts aan alle in de wet genoemde zorgvuldigheidseisen en oordelen of de arts al dan niet overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.
Deze zorgvuldigheidseisen, zoals vastgesteld in de WTL, 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.

Voor de beoordeling door de commissies is de door de meldend arts verstrekte informatie van cruciaal belang. Door direct bij de melding ook inzicht te geven in het gehele besluitvormingsproces kunnen latere vragen van de commissies worden voorkomen.

Ook in 2008 gaven de meeste meldingen tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie of vragen. In bijna alle gevallen zijn de commissies tot het oordeel gekomen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In sommige gevallen heeft de melding aanleiding gegeven tot discussie in de commissie; zonodig is de arts gevraagd om schriftelijk of mondeling nadere informatie te verstrekken. In dit hoofdstuk zijn voorbeelden opgenomen van casuïstiek die aanleiding heeft gegeven tot discussie en het stellen van vragen.

Zorgvuldigheidseisen specifiek

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Het is noodzakelijk dat de arts tot de overtuiging komt dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. In het contact tussen de patient en de arts zijn het bespreekbaar maken van het (naderende) levenseinde, het inventariseren van de wensen van patiënt en het bepalen van mogelijkheden om daar wel of niet aan tegemoet te komen belangrijke elementen. Het verzoek van de patiënt moet concreet aan de arts worden gedaan.

Een aantal elementen staat centraal.
In de eerste plaats moet een verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding door de patiënt zelf zijn gedaan.
In de tweede plaats behoort een verzoek vrijwillig te zijn. Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten. De patiënt moet in het bezit zijn van het geestelijk vermogen om zijn wil vrij te bepalen (interne vrijwilligheid) en hij moet zijn wil hebben geuit zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid).
Ten derde veronderstelt weloverwogenheid een zorgvuldige afweging op basis van volledige informatie en een helder ziekte-inzicht.
De patiënt wordt wilsbekwaam geacht indien het verzoek intern vrijwillig en weloverwogen kan worden gedaan.

Psychiatrische ziekte of stoornis
In het algemeen geldt dat in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding vanwege lijden waaraan een psychiatrische ziekte of stoornis ten grondslag ligt de arts zeer behoedzaam moet optreden. In het geval van een verzoek om levensbeëindiging van een psychiatrische patiënt is extra aandacht nodig voor de vraag of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Een psychiatrische ziekte of stoornis kan ertoe leiden dat de patiënt zijn wil niet vrij kan bepalen. De arts moet in geval van een psychiatrische ziekte of stoornis nagaan of de patiënt wilsbekwaam is. Hij moet er dan onder meer op letten of de patiënt ervan blijk geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistente overwegingen te gebrui-

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 7 20-04-2009 10:42:29

ken. In een dergelijk geval is het van belang om naast de onafhankelijke consulent een of meer deskundigen, onder wie een psychiater, te raadplegen die op dit punt hun deskundig oordeel kunnen geven.
Wanneer deskundigheid van andere artsen is ingeroepen is het van belang hun oordeel aan de commissie kenbaar te maken.

Depressieve klachten
Wanneer een patiënt depressieve klachten heeft is het niet uitgesloten dat daardoor de wilsbekwaamheid wordt beïnvloed. In geval van twijfel wordt in de praktijk doorgaans het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consulent benaderde onafhankelijke arts. Een arts moet dus (laten) vaststellen dat een patiënt wilsbekwaam is. Wanneer deskundigheid van andere artsen is ingeroepen is het van belang dit aan de commissie kenbaar te maken. Het komt voor dat een arts na een wegingsproces besluit geen extra deskundigheid in te roepen of een eerder betrokken deskundige er niet nogmaals bij te betrekken. Een dergelijke afweging is voor de commissie relevante informatie.

Dementie
Ook vindt soms melding plaats van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten die lijden aan een dementieel syndroom. De in 2008 gemelde gevallen zijn door de commissies als zorgvuldig beoordeeld. Casus 1 en 2 zijn daar illustraties van. Het ging dan om patiënten die zich aan het begin van een proces van dementering bevonden en die nog inzicht hadden in hun ziekte en de symptomen van verlies van oriëntatie en persoonlijkheid en wilsbekwaam werden geacht omdat zij de gevolgen van hun verzoek goed konden overzien.
De commissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces van dementie bevinden in het algemeen met extra prudentie moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging.
Een arts zal de fase van het ziekteproces en de overige specifieke omstandigheden van de situatie bij zijn overwegingen moeten betrekken. In een meer gevorderd stadium zal een patiënt in vrijwel alle gevallen niet meer wilsbekwaam zijn. Wanneer een arts van mening is dat een patiënt in de beginfase van dementie verkeert, is het raadzaam dat één of meer deskundigen worden geraadpleegd naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld.
Naast de aspecten van vrijwilligheid en het weloverwogen zijn van het verzoek vergt het aspect van de uitzichtloosheid, en met name van de ondraaglijkheid van het lijden, -waarop wordt ingegaan op pagina 16- in dergelijke gevallen een uiterst zorgvuldige besluitvorming door de arts. Het advies van de commissies luidt dat de arts zijn beoordelingsproces in dergelijke situaties met extra aandacht omgeeft en dit voor de commissie inzichtelijk maakt.

Schriftelijke wilsverklaring

Ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring is een enkele opmerking zinvol. Het uitgangspunt van de WTL is dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek vindt vrijwel altijd plaats in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dan dus mondeling gedaan. Het gaat er primair om dat er tussen arts en patiënt duidelijkheid bestaat over het verzoek van de patiënt.

De schriftelijke wilsverklaring is in de WTL wettelijk verankerd. Deze vervangt het mondelinge verzoek van patiënten die niet meer in staat zijn hun wil te uiten op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is, maar voordien wel wilsbekwaam waren.
De zorgvuldigheidseisen zijn van overeenkomstige toepassing; daarom is duidelijkheid van deze verklaring voor de arts aan wie het verzoek in een concrete situatie wordt gericht van het grootste belang. Het is dan ook raadzaam deze verklaring tijdig op te stellen, op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven waaronder men wenst dat levenbeëindiging wordt uitgevoerd. Hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring, des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts. Deze laatste zal, evenals de consulent, immers aan de hand van het beschrevene én de actuele situatie, waarin de patiënt zich bevindt, moeten afwegen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, van het ontbreken van een voor de patiënt redelijk alternatief. Een handgeschreven verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, levert doorgaans een persoonlijke aanvullende onderbouwing op. In casus 11 speelde de schriftelijke wilsverklaring een rol bij de beoordeling van het vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt die niet meer aanspreekbaar was.

Wanneer de patiënt daarentegen wel in staat is zijn wil te uiten en om levensbeëindiging kan verzoeken, dan kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan meer duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen.
In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld eist de WTL geen schriftelijke wilsverklaring. In de praktijk maakt de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring het beoordelingsproces achteraf weliswaar gemakkelijker, maar de commissies willen benadrukken dat het niet de bedoeling is om, soms nog kort voor het overlijden, een dergelijke verklaring te laten opstellen en daardoor onnodig druk op de betrokkenen te leggen.

Door het in het journaal documenteren van het (in algemene zin) bespreken van een wens tot levensbeëindiging

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 8 20-04-2009 10:42:29

van de patient en van het besluitvormingsproces rond diens levenseinde, kan de arts ook zelf bijdragen aan de duidelijkheid, van belang ook bijvoorbeeld voor eventuele waarnemers en andere bij de besluitvorming betrokkenen.

Casus 1

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Dementie
Voor de duidelijkheid wordt hier de gehele casus beschreven; daardoor wordt ook ingegaan op het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Bij een man tussen de 70 en 80 jaar, was de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Het lijden van deze patiënt werd bepaald door het op bepaalde momenten niet meer kunnen herkennen van zijn eigen kind, niet meer op woorden kunnen komen tijdens een gesprek, de draad van een gesprek kwijtraken, niet meer goed kunnen schrijven en verdwalen. Het besef een onbehandelbare, progressieve neurologische ziekte te hebben met het zekere vooruitzicht van een nog verdergaande lichamelijke en geestelijke aftakeling veroorzaakte bij de patiënt een enorme lijdensdruk, die alleen maar toenam. Hij had de ziekte gedurende jaren van zeer nabij bij verscheidene directe familieleden meegemaakt en kon daarom de implicaties daarvan ten volle bevatten. Door zijn ziekte werd hij beknot in zijn vrijheid omdat hij steeds meer afhankelijk werd van anderen. Het vooruitzicht dat hij op termijn het vermogen alledaagse handelingen uit te voeren ging verliezen en hij met wassen, aankleden en eten moest worden geholpen was voor hem een mensonterende en ondraaglijke gedachte. Dit gold temeer daar hij in zijn leven altijd alle beslissingen in vrijheid en zelfstandigheid had kunnen nemen. Ongeveer vier maanden vóór het overlijden had de patiënt de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd.
Om de wilsbekwaamheid van de patiënt te onderzoeken werden twee psychiaters, die geen medebehandelaar waren, benaderd als deskundigen. De eerste deskundige concludeerde dat de patiënt ziektebesef had en inzicht in de ziekte van Alzheimer, het verloop en de prognose. De euthanasiewens was lang doordacht en kwam niet vanuit een opwelling. De tweede deskundige vond de doodswens van de patiënt weloverdacht en beredeneerd. De dementiële symptomen waren niet zo ernstig dat daardoor zijn oordeelsvorming was aangetast. Beide psychiaters waren van mening dat de patient wilsbekwaam was.
De ingeschakelde onafhankelijke consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Om te beoordelen of de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt had de commissie het volgende overwogen. Uit de stukken was de commissie gebleken dat de patiënt zich goed bewust was van de strekking van zijn verzoek, de situatie waarin hij zich bevond en de vooruitzichten. Hij had de ziekte van zeer nabij bij verscheidene directe familieleden meegemaakt en had daarom een goed inzicht in het ziekteverloop. De arts had voorts twee psychiaters geraadpleegd over de vraag of er sprake was van wilsbekwaamheid. Beide psychiaters achtten de patiënt wilsbekwaam en het verzoek weldoordacht en beredeneerd. Tenslotte was een onafhankelijk consulent geraadpleegd, die de patiënt had bezocht en die van mening was dat de patiënt wilsbekwaam was en zich zeer goed bewust was van zijn situatie en zijn vooruitzichten. Gelet op de feiten en omstandigheden was de commissie van oordeel dat de arts tot het oordeel kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.
Om te beoordelen of er sprake was van een uitzichtloos en voor patiënt ondraaglijk lijden had de commissie het volgende overwogen. In januari 2008 werd met een MRI-scan de diagnose ziekte van Alzheimer bevestigd. Er is bij deze ziekte geen uitzicht op verbetering, inte-

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 9 20-04-2009 10:42:29

gendeel, de verschijnselen zijn progressief. Naar het oordeel van de commissie kon daarom worden gesproken van een uitzichtloos lijden.
Voor wat betreft de ondraaglijkheid van het lijden merkte de commissie op dat uit de verslaglegging van de arts en de onafhankelijke consulent was gebleken dat de patiënt altijd zeer zelfstandig was geweest en altijd eigen beslissingen had genomen. Hij leed onder de beperkingen die hij nu reeds ervoer en onder het vooruitzicht op een steeds verdergaande geestelijke achteruitgang en toenemende afhankelijkheid. Dit vond hij onmenselijk en een mensonterend toekomstperspectief, wat voor hem ondraaglijk was.
De arts, alsook de consulent en de andere geconsulteerde artsen, waren van mening dat dit lijden voor deze patiënt onder de gegeven omstandigheden invoelbaar ondraaglijk was. De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit.
Gelet op de feiten en omstandigheden was de commissie van oordeel dat de arts tot het oordeel kon komen dat er sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De commissie concludeerde dat de arts ook aan de overige zorgvuldigheidseisen had voldaan.

Casus 2

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Dementie
Voor de duidelijkheid wordt hier de gehele casus beschreven; daardoor wordt ook ingegaan op het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Bij een man tussen de 70 en 80 jaar, werd in 2005 door een klinisch geriater de diagnose ziekte van Alzheimer gesteld. Er waren licht cognitieve stoornissen met duidelijke hersenatrofie en witte stof afwijkingen. In de daarop volgende jaren werd de patiënt intensief gevolgd en behandeld door de klinisch geriater. Daarbij waren er vooral medicamenteuze interventies noodzakelijk vanwege stemmings- en gedragsproblemen. De progressie van de vastgestelde dementie was echter niet te stoppen. De patiënt werd tegen zijn wil opgenomen in een verpleeghuis. Uiteindelijk raakten de verpleging, de arts en de psycholoog ervan overtuigd dat de patiënt ondraaglijk leed ten gevolge van de dementie en dat hij een oprechte doodswens had. De arts besprak de doodswens van de patiënt met de huisarts en de klinisch geriater.
Na uitgebreid psychologisch onderzoek werd vastgesteld dat de cognitieve stoornissen vooral het geheugen betroffen en dat taal en abstract redeneren relatief beter waren. Op depressieschalen scoorde de patiënt positief. Hij was zich zeer bewust van de gevolgen van de ziekte van Alzheimer en bleef een beredeneerde doodswens houden.
Het lijden van de patiënt bestond uit de last die hij had van de gevolgen van de ziekte van Alzheimer. Hij gaf aan gek te worden van de chaos in zijn hoofd, last te hebben van desoriëntatie en het niet meer goed kunnen volgen van gesprekken. Hij besefte goed dat hij de grip aan het verliezen was en zaken vergat. Hij bracht grote gedeelten van de dag volledig ontredderd door, kende veel momenten van grote angst, voelde zich nutteloos en was zeer verdrietig over het feit dat hij niet meer thuis bij zijn vrouw kon wonen. Hij had grote moeite de dag door te komen en zag geen perspectief meer voor de toekomst. Hij wilde graag waardig sterven. De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor deze patiënt ondraaglijk was.
De arts raadpleegde als eerste consulent een verpleeghuisarts, tevens SCEN-arts, en als tweede consulent een psychiater. De eerste consulent bezocht de patiënt tweemaal. De eerste keer zeven weken voor de levensbeëindiging en de tweede keer vijf dagen voor de levensbeëindiging.
De eerste consulent kwam bij zijn eerste bezoek aan de patiënt tot de conclusie dat er nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij vond het wenselijk nog een psychiater als

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 10 20-04-2009 10:42:29

tweede consulent te raadplegen. Na de consultatie van de psychiater zou de eerste consulent de patiënt nog kort willen bezoeken.
De arts had het advies van de eerste consulent opgevolgd en als tweede consulent een psychiater geraadpleegd.
De tweede consulent bezocht de patiënt anderhalve week voor de levensbeëindiging.
De tweede consulent kwam tot de conclusie dat er sprake was van een weloverwogen, consistente en in vrijheid geuite wens tot levensbeëindiging bij een patiënt die in staat kon worden geacht een wilsbekwame beslissing te nemen.
De eerste consulent bezocht de patiënt vijf dagen voor de levensbeëindiging opnieuw. De patiënt was dit keer veel rustiger en minder ontredderd. Desondanks was zijn wens onveranderd: hij wilde dood. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor hem vooral bepaald door het verlies van controle, het verlies van thuis wonen en het vooruitzicht van meer dement worden. Voor de consulent was dit invoelbaar. Hij vond het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen en kwam tot de conclusie dat er nu aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek uit.
De commissie oordeelde dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Casus 3

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Patiënte met een psychiatrisch ziektebeeld. Voor de duidelijkheid wordt hier de gehele casus beschreven; daardoor wordt ook ingegaan op het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Na een periode met klinische opnames en poliklinische behandelingen werd een vrouw tussen de 60 - 70 jaar, opgenomen in een instelling voor psychiatrische patiënten. Zij leed aan een ernstige, therapieresistente depressieve stoornis met een chronisch verloop en had sinds vele jaren last van recidiverende ernstige depressies met suïcidaliteit. Zij werd uitvoerig behandeld onder meer met Elektro Convulsie Therapie (ECT) en een scala van geneesmiddelen. Ook werden lichttherapie en slaapdeprivatie toegepast. Er werd ook een aantal psychologische behandelingen beproefd. Volgens de huidige professionele inzichten in de behandeling van een depressieve stoornis waren er geen behandelopties meer aanwezig.
De patiënte verzocht, naast het regelmatig aangeven van haar suïcidale ideatie, vanaf eind 2007 de arts herhaaldelijk en concreet haar leven te beëindigen. Er werd door de arts op verschillende momenten getoetst of patiënte zich realiseerde wat hulp bij zelfdoding inhield, wat de consequenties voor haar en anderen waren, waarbij extra goed werd gelet op eventuele aarzelingen wanneer bepaalde aspecten aan de orde kwamen. Patiënte gaf bij expliciet navragen telkens aan het besprokene goed te hebben begrepen. Ze bleek goed te kunnen differentiëren in hetgeen met haar besproken werd. Daarnaast werd begin 2008 een neuropsychologisch onderzoek verricht. Overeenkomstig de klinische indruk waren er vanuit het onderzoek geen aanwijzingen dat patiënte onbekwaam zou zijn om de strekking van haar verzoek te overzien.
Het lijden van de patiënte werd bepaald door gevoelens van angst en somberheid. Hierdoor ondernam zij geen enkele sociale activiteit meer. Zij kon nergens meer van genieten. De patiënte gaf herhaaldelijk aan dat zij op deze manier niet verder wilde leven. Zij zei meerdere malen dat zij van plan was suïcide te plegen (zij had ook al een poging daartoe gedaan), als zij niet “geholpen” zou worden.
De arts was overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënte. Alle stadia van het depressie behandelprotocol waren doorlopen zonder dat er enige verbetering was ontstaan. Er was sprake van een langdurige, aanhoudende depressieve stemming zodat spontaan

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 11 20-04-2009 10:42:29

herstel onwaarschijnlijk was. Als dit toch zou optreden, dan bestond het gevaar van terugval zoals na haar eerste ECT-behandeling was gebeurd. Binnen een half jaar na deze behandeling werd de patiënte weer opgenomen wegens recidiverende depressieve verschijnselen, ontstaan twee maanden na de ECT-behandeling.
De beschikbare medicamenteuze behandeling kon niet effectief worden ingezet noch voor directe curatie noch als onderhoudsbehandeling vanwege voor de patiënte ondraaglijke bijwerkingen zoals hypotensie, haaruitval, toename van angsten. Zij ervoer de bijwerkingen als zeer belastend en dit droeg bij aan haar gevoelens van wanhoop en uitzichtloosheid. Patiënte bleef ondanks medicatie klagen over niet te dempen angst en somberheid.
De arts was overtuigd van de ondraaglijkheid van het lijden van patiente. De patiënte was steeds consistent en gedifferentieerd in het aangeven van haar klachten, waardoor de arts deze serieus nam.
De arts raadpleegde als deskundige een psychiater ter verkrijging van een second opinion. Deze deskundige kende de patiënte van eerdere poliklinische en klinische behandelingen gedurende vier jaar. De deskundige beschreef haar als iemand bij wie zichtbaar sprake was van een zeer forse lijdensdruk. Haar verbaliserend vermogen was normaal ontwikkeld. Het ziektebesef was aanwezig. Het bewustzijn was helder en de aandacht was goed te trekken en te houden. De oriëntatie in trias was ongestoord evenals de waarneming. Het geheugen was grofweg intact in alle kwaliteiten. De concentratie was licht gedaald. Het denken verliep vertraagd maar formeel coherent. Inhoudelijk werd haar denken beïnvloed door haar sombere stemming en er was sprake van een angstige en sombere preoccupatie met haar ziekte en de daaraan gekoppelde lijdenslast. Er was geen sprake van waanvorming.
De deskundige concludeerde dat patiënte, ofschoon er sprake was van een ernstige, therapieresistente depressieve stoornis, wilsbekwaam was en haar verzoek om hulp bij zelfdoding vrijwillig en weloverwogen tot stand was gekomen. De doodswens was geleidelijk persisterend, consistent en weloverwogen geworden.
Hoewel ondraaglijk lijden bij psychiatrische patiënten moeilijk te objectiveren is, concludeerde de deskundige dat het als ondraaglijk ervaren lijden door patiënte voor hem invoelbaar was. De ondraaglijkheid van het lijden werd mede veroorzaakt doordat er nauwelijks of geen perspectief op verbetering bestond. Alle pogingen om patiënte te resocialiseren waren mislukt. Ze was onmachtig gebleken om de geringe kwaliteit van haar leven iets te verbeteren ondanks goede contacten met een aantal familieleden en jarenlange ondersteunende therapie. De deskundige concludeerde dat patiënte zich bevond in een situatie waarin geen andere oplossing meer mogelijk was.
De arts raadpleegde een andere deskundige, een psychiater, over de zin van een derde ECT-behandeling; een behandeling die door patiënte werd afgewezen. Deze deskundige gaf aan dat van deze behandelingsmogelijkheid niet al te veel verwacht mocht worden.

De arts raadpleegde twee onafhankelijke consultenten.
De eerste consulent, een onafhankelijke psychiater, kwam tot dezelfde conclusies als de eerder als deskundige geraadpleegde psychiater voor wat betreft het bewustzijn, oriëntatie, geheugen, waarneming en denken en was net als deze van mening dat patiënte wilsbekwaam was en dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek om hulp bij zelfdoding. Er waren inhoudelijk geen waanbelevingen aanwezig, die gevoed zouden worden uit de stemmingsstoornis. De wens te willen sterven was niet meer primair te duiden als een vitaaldepressief symptoom maar als een resultante in haar besluitvorming om met deze ernstige stoornis niet verder te willen leven. Het persisterende verzoek om zelfdoding bestond sinds medio 2006. In deze fase was zij feitelijk uitbehandeld gezien de onvoldoende effecten van de tweede ECT-behandeling, aanvullende medicamenteuze behandeling en ondersteunende therapie. Er kon vastgesteld worden dat toen bleek dat de stoornis echt chronisch werd, patiënte bewust en weloverwogen haar wens om hulp bij zelfdoding was gaan uiten.
De consulent was van mening dat patiënte de reikwijdte van haar wensen en beslissingen voldoende kon overzien. De ernst van haar depressie belemmerde haar niet om een redelijk

oordeel te kunnen geven over haar situatie. De consulent achtte patiënte wilsbekwaam. Volgens de consulent was er sprake van uitzichtloos lijden op grond van een ernstige, therapieresistente depressieve stemmingsstoornis met een chronisch verloop waarvan geen herstel meer te verwachten viel. Er waren voor patiënte geen behandelopties meer voorhanden nadat alle stadia van het depressiebehandelprotocol doorlopen waren zonder dat er enige verbetering was ontstaan. Verbetering was in alle redelijkheid niet meer te verwachten. Patiënte zag geen perspectief meer omdat het niet was gelukt haar stemming te verbeteren. Zij ervoer geen kwaliteit van leven meer door haar onmacht zich aan te passen aan welke situatie dan ook. De ondraaglijkheid van het lijden was voor de consulent invoelbaar. Hij concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Het was voor de tweede door de arts geraadpleegde consulent, huisarts en tevens SCEN-arts, duidelijk dat het verzoek van patiënte om niet verder te hoeven leven duurzaam was. Zij ervoer geen kwaliteit van leven meer. De depressie duurde al jaren en het gebrek aan levensvreugde was invoelbaar. De lange duur van de ziekte en de ernst van het lijden vormden een ondraaglijke last. Het was de consulent gebleken dat de behandelaars, de onafhankelijke deskundigen en patiënte geen herstel meer verwachtten. Het lijden van patiënte was uitzichtloos. De wilsbekwaamheid van de patiënte was door een onafhankelijke psychiater vastgesteld. Er bestond een weloverwogen verzoek, dat uit patiënte zelf voortkwam, om dit uitzichtloos en ondraaglijk lijden te beëindigen door hulp bij zelfdoding. Ook deze consulent was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overwoog dat uit de uitgebreide en uitstekende verslaglegging van de arts was gebleken dat er zeer zorgvuldig te werk was gegaan. Er was een langdurig voortraject afgelegd voordat de hulp bij zelfdoding was verleend. Er waren twee onafhankelijke consulenten en andere deskundigen, onder wie verschillende psychiaters, betrokken geweest bij de casus,die hun gefundeerde oordeel ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen hadden gegeven.
De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 4

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Patiënte met een psychiatrisch ziektebeeld. Voor de duidelijkheid wordt hier de gehele casus beschreven; daardoor wordt ook ingegaan op het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Bij een vrouw tussen de 60 - 70 jaar, was sprake van een zeer ernstige chronisch verlopen posttraumatische stressstoornis die was ontstaan door traumatisering in de persoonlijke sfeer in haar jeugdjaren. Ze wenste al in haar puberteit niet meer te leven. Naast de specifieke posttraumatische symptomen was er al in de adolescentiefase sprake van depressieve symptomen, agitatie en suïcidegedachten. De psychiatrische behandeling van de patiënte startte toen zij veertien jaar was. Gedurende tientallen jaren waren er depressieve periodes, steeds geluxeerd door verheviging van de posttraumatische klachten. Ook bleef de patiënte in wisselende intensiteit suïcidaal. Mede door de steunende rol van haar echtgenoot bleef er een marginaal evenwicht in stand. Na diens overlijden verergerde het depressieve klachtenpatroon en vluchtte zij in toenemende mate in psychofarmacagebruik. Sinds het voorjaar van 2007 was de medicatie gesaneerd en gereduceerd tot een adequate onderhoudsdosering anti-depressiva en een lage dosering anti-psychotica als angstreducerend middel. De patiënte had zich zeer ingespannen om de medicatie af te bouwen. De posttraumatische stressstoornis met als symptomen angst, sterk verhoogde alertheid, het vermijden van gedachten en

gevoelens die haar aan de traumatische omstandigheden deden terugdenken, inperking van het gevoelsleven en chronische in- en doorslaapstoornissen, was onverminderd aanwezig. Bovendien was er nog steeds sprake van een chronische depressieve stemmingsstoornis. Hierbij was een aantal aspecten dominant: een zeer gering gevoel van eigenwaarde, geen energie, geen eetlust, een permanent gevoel van hopeloosheid en een steeds aanwezige sombere stemming. De ernst van de depressie schommelde waarbij soms meer dysthyme aspecten dan wel vitaal-depressief gekleurde symptomen de overhand hadden, echter met een steeds aanwezige weloverwogen, consistente doodswens. De patiënte had in haar adolescentiefase een gezien haar voorgeschiedenis onvermijdelijke persoonlijkheidsstoornis ontwikkeld. Deze stoornis uitte zich door uitgesproken afhankelijke en vermijdende aspecten in haar gedrag, die sterk samenhingen met de postraumatische problematiek. Het sociale netwerk van de patiënte bestond uit twee personen die zij als vriendinnen beschouwde. De contacten met nog in leven zijnde familieleden waren zeer beperkt. Ze leed sinds enkele maanden aan hartfalen, dat ze niet meer wilde laten behandelen.
Vijf jaar voor het overlijden sprak de patiënte voor het eerst met haar behandelaars over de mogelijkheid van levensbeëindiging. Haar doodswens werd geleidelijk persisterend en consistent. Zij richtte haar verzoek om levensbeëindiging in eerste instantie tot haar huisarts, die om persoonlijke redenen geen hulp bij zelfdoding kon verlenen. Begin januari 2008 werd de arts op verzoek van de patiënte medebehandelaar. Sinds de kennismaking met de arts begin 2007 had de patiënte vele malen haar doodswens tegenover hem geuit. Het verzoek was herhaald gericht aan haar huisarts, behandelend psychiater, behandelende psycholoog-psychotherapeut en de arts, alleen en in wisselende combinaties. De arts was van mening dat de patiënte volledig wilsbekwaam was en haar cognitieve functies ongestoord waren; er was geen druk van buitenaf en de patiënte was zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie. Er waren geen redelijke alternatieven aanwezig; er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.
Het lijden van de patiënte, dat in een volledig medisch-psychiatrische context kon worden geplaatst, werd bepaald door chronische depressiviteit, lusteloosheid, voortdurende angst om weer overspoeld te raken door traumatische herinneringen met als gevolg een geïsoleerde, voor de patiënte onleefbare situatie. De ondraaglijkheid van het lijden werd het best gevoeld in de eigen leefomgeving van de patiënte. Elke menselijke waardigheid ontbrak door het isolement waarin zij uit angst voor nieuwe afwijzing en traumatisering verkeerde. Zij voelde zich machteloos en daardoor had haar leven geen betekenis meer. De patiënte ervoer voortdurend een gevoel van beklemming. Haar leven was eigenlijk al voorbij.
De arts was er, gezien het behandelingsverloop gedurende vele jaren en gezien zijn eigen indrukken, stellig van overtuigd dat genezing niet mogelijk was. Er was sprake van een therapieresistentie, die vooral te maken had met de ernst van de traumatisering in het verleden en de daaruit voortvloeiende onmacht en onmogelijkheid verder te leven. Jarenlange, intensieve behandeling had het lijden van de patiënte niet verlicht. Er was geen redelijke verhouding tussen te verwachten resultaten, die waarschijnlijk minimaal zouden zijn, en de belasting van de zoveelste behandeling voor de patiënte. De arts had samen met de patiënte uitvoerig overlegd en kwam samen met haar tot de conclusie dat er geen redelijke behandelingsalternatieven meer voorhanden waren. Het ernstige medisch-psychiatrische toestandsbeeld van de patiënte zonder enig perspectief op verbetering kon als uitzichtloos lijden worden aangemerkt. De patiënte kon niet nog een opname aan. Verandering van omgeving en contact met nieuwe mensen zouden veel emotionele pijn hebben veroorzaakt en forse extra traumatisering teweeg hebben gebracht. De behandelende psychotherapeut deelde deze mening en verwachtte dat geen enkele winst voor de patiënte was te behalen uit verdere behandeling. De arts was zeer overtuigd van de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënte.

Als consulent waren twee onafhankelijke psychiaters geraadpleegd.
De eerste consulent constateerde dat de patiënte adequaat contact maakte. Ze was in staat

en bereid te communiceren over haar hulpvraag bij zelfdoding en de doorgemaakte psychotraumatische ervaringen. Ziektebesef was aanwezig. Bewustzijn, oriëntatie en waarneming waren ongestoord. Het denken verliep wat vertraagd, formeel ongestoord, inhoudelijk waren er geen wanen. Er was wel sprake van een zorgelijke preoccupatie met het gebrek aan kwaliteit van leven en de onmacht die de patiënte hierbij ervoer. De patiënte had een duidelijke en persisterende doodswens. Na het overlijden van haar echtgenoot was zij in een steeds groter sociaal isolement terecht gekomen, zich uitend in een door de patiënte nauwelijks te verdragen gevoel van hopeloosheid, gebrek aan energie en de stellige en invoelbare overtuiging om niet meer te willen leven. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent zag geen behandelperspectieven meer. Hij vond de ondraaglijkheid van het lijden moeilijk te beoordelen.
Naar het inzicht van de tweede consulent, tevens SCEN-arts, was de patiënte zeker wilsbekwaam ten aanzien van de wens tot levensbeëindiging. Volgens de consulent bestond er geen twijfel over de authenticiteit van de wens van de patiënte. Met betrekking tot de weloverwogenheid van het verzoek stelde de consulent dat de patiënte zich zeer bewust was van haar psychisch lijden, van het ontbreken van een kansrijke behandeloptie en van het effect van de medicatie. Het betrof een persisterende wens tot levensbeëindiging, waarover de patiënte het laatste jaar diverse gesprekken had gevoerd met huisarts, psychiaters en vrijwilligers van de NVVE, wat erg moeilijk voor haar was geweest. Ze had afgezien van behandeling van haar hartfalen door de cardioloog hetgeen haar doodswens onderstreepte.
De consulent concludeerde dat gezien de duur van het psychiatrisch lijden, de langdurige behandeling en begeleiding en de diversiteit van de behandelingen zonder voldoende verbetering in de toestand van de patiënte kon worden vastgesteld dat het lijden van de patiënte uitzichtloos was.
De patiënte had aangegeven ondraaglijk te lijden onder een constante stroom van angstige en onaangename gedachten, die haar “stapelgek” maakten, het zich ongelukkig voelen in dit leven, de emotionele pijn en het ontbreken van positieve ervaringen, in versterkte mate sinds het overlijden van haar echtgenoot. De patiënte had haar leven als een kwelling omschreven. Zoals bij elke patiënt was het lijden subjectief. Volgens de consulent werd de ondraaglijkheid van het lijden bepaald door de continue aanwezigheid van ernstig psychisch lijden, de jarenlange aanwezigheid van dat lijden, het niet kunnen ervaren van kwaliteit van leven en het ontbreken van behandel- en toekomstperspectief. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

Het lijden van een patiënt wordt als *uitzichtloos* beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en ook een gedeeltelijk herstel, waarbij de symptomen in die mate worden verzacht dat er geen sprake meer is van ondraaglijk lijden, niet mogelijk is. De uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose en wordt door de arts vastgesteld. Bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van een reëel uitzicht op verzachting van de symptomen moet rekening worden gehouden met zowel de verbetering die door een (palliatieve) behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in die betekenis slaat op de ziekte of aandoening en de symptomen. Patiënten gebruiken de term uitzichtloos ook om aan te geven dat het feit dat er geen verbetering meer mogelijk is voor hen onaanvaardbaar is en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

De *ondraaglijkheid* van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het in beginsel een meer aan de persoon gebonden begrip is. De ondraaglijkheid van het lijden wordt bepaald door het door de patiënt ervaren toekomstperspectief, zijn fysieke en psychische draagkracht en zijn eigen persoonlijkheid. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart is voor een andere patiënt ondraaglijk.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 15 20-04-2009 10:42:30

Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak toegelicht met lichamelijke symptomen als pijn, misselijkheid, benauwdheid, alle gebaseerd op wat een patiënt aangeeft, en ervaringen als uitputting, toenemende ontluistering, toenemende afhankelijkheid en verlies van waardigheid. Zoals gezegd is er per definitie een verschil in beleving van deze symptomen en omstandigheden omdat zij gebonden zijn aan een persoon.

Voor de arts moet de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt invoelbaar zijn. De vraag is hierbij niet of voor mensen in het algemeen of voor de arts zelf een lijden als dat van de patiënt ondraaglijk zou zijn, maar of dat voor deze patiënt zo is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de patiënt te verplaatsen.

Van centrale betekenis voor het proces van beoordeling door de commissies is de vraag of de arts aannemelijk kan maken dat de ondraaglijkheid van het lijden voor hem invoelbaar is geweest.

Ondraaglijk lijden in bijzondere situaties

Dementie

In de paragraaf over het vrijwillig en weloverwogen verzoek werd al aangeven dat in het algemeen veel aandacht van de arts is geboden bij een euthanasiewens van patiënten in een proces van dementering. Op het aspect van de wilsbekwaamheid is in het voorgaande reeds ingegaan.
Daarnaast is bij patiënten met dementie in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden. De ondraaglijkheid van hun lijden bestaat veelal uit hun beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in het besef dat dit proces alleen maar zal toenemen en op den duur zal leiden tot fundamentele afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf. Wanneer een patiënt zijn ziekte reeds ervaart en zich bewust is van de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. In die zin is 'angst voor toekomstig lijden' een reële inschatting van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang. Ook hier geldt weer dat de specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt.

Psychiatrische ziekte of stoornis

In de paragraaf over het vrijwillig en weloverwogen verzoek staan de twee meldingen beschreven van hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrisch ziektebeeld, die de commissies hebben ontvangen. Het is de commissies duidelijk geworden dat het lijden van deze patiënten niet te verhelpen was. Jarenlange, intensieve behandeling had het lijden niet verlicht. Er was geen redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten, die waarschijnlijk minimaal zouden zijn, en de belasting van de zoveelste behandeling voor de patiënten. De artsen hebben samen met deze patiënten uitvoerig overlegd en zij kwamen samen met hen tot de conclusie dat er geen redelijke behandelingsalternatieven meer voorhanden waren. Het lijden was uitzichtloos. Aan de commissies is gebleken dat deze patiënten hun lijden al lange tijd als ondraaglijk ervoeren. In beide gevallen kon de arts naar de mening van de commissie op grond van zijn professionele medisch-ethische inzicht en ervaring, na intensieve en herhaalde gesprekken met de patiënt, redelijkerwijs tot het oordeel komen dat het lijden als ondraaglijk moest worden beschouwd.

Coma

Een belangrijk vraagstuk met betrekking tot het aspect van ondraaglijk lijden betreft voorts het thema van patiënten in coma. Binnen de medische beroepsgroep wordt in het algemeen aangenomen dat een patiënt in (diep) comateuze toestand niet lijdt en dus ook niet ondraaglijk lijdt. Ter vergelijking: wanneer een patiënt in de terminale fase palliatief wordt gesedeerd om (ondraaglijke) symptomen te bestrijden, is het doel van de behandeling het verlies van bewustzijn omdat daarmee het besef van lijden ook is opgeheven. Als een patiënt niet in een volledig comateuze toestand verkeert en nog uiterlijke kenmerken van lijden vertoont, kan een arts tot de overtuiging zijn gekomen dat de betrokken patiënt wel ondraaglijk lijdt. Ondanks deze ruimte bij het beoordelen van de diepte van het coma achten de commissies het raadzaam dat artsen zich voorzichtig opstellen bij beëindiging van het leven in die situaties waarin de patiënt niet meer aanspreekbaar is.
Euthanasie bij patiënten in comateuze toestand leidt bij de commissies over het algemeen tot vragen. De commissies gaan dan de specifieke feiten en omstandigheden na. Op basis daarvan kan een commissie in een dergelijke casus niettemin tot het oordeel komen dat overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld.

Levensbeëindiging bij niet meer aanspreekbare patiënten, wordt soms gecompliceerd door toezeggingen van de arts aan de patiënt, waarbij met het ontstaan van een coma geen rekening is gehouden. Indien een arts een dergelijke toezegging doet en daarna wordt geconfronteerd met (plotselinge) wijzigingen in de situatie waarbij het ondraaglijk lijden zich niet meer voordoet, bijvoorbeeld doordat de patiënt (spontaan) in een coma is geraakt, staat de arts voor een dilemma. Dat dilemma is het conflict tussen de belofte aan de patiënt enerzijds en het niet meer zijn voldaan aan de eis van ondraaglijk lijden anderzijds. Ook kan het zijn dat de

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 16 20-04-2009 10:42:30

familie in een dergelijke situatie de arts wijst op zijn eerder gedane toezegging en aandringt op uitvoering, waardoor de arts zich onder (morele) druk voelt staan. De commissies adviseren dan ook aan artsen zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten en deze te wijzen op de mogelijkheid van het afglijden in een coma, waardoor de procedure van levensbeëindiging op verzoek in principe niet verder kan worden voortgezet.

Palliatieve sedatie

Bij palliatieve sedatie wordt het bewustzijn van een patiënt opzettelijk verlaagd om in de laatste levensfase het onbehandelbare lijden weg te nemen. Palliatieve sedatie kan dan ook alleen worden toegepast als het overlijden spoedig is te verwachten[3].
De mogelijkheid palliatieve sedatie toe te passen betekent niet altijd dat de vraag om euthanasie verdwijnt. Er zijn patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het einde toe bij bewustzijn te willen blijven.

c. Voorlichting aan de patiënt

De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.

In het kader van deze zorgvuldigheidseis beoordelen de commissies of de arts de patiënt heeft voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten en op welke manier de arts dat heeft gedaan. Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, behandelmogelijkheden en prognoses.
Het is de verantwoordelijkheid van de arts erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd. Hij moet dat ook actief verifiëren. Deze zorgvuldigheidseis leidde in geen van de gemelde gevallen tot opmerkingen van de commissies.

d. Geen redelijke andere oplossing

De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Het moet duidelijk zijn dat er voor het lijden van de patiënt geen andere reële uitweg meer is en dat levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als enige oplossing is overgebleven om het lijden weg te nemen. Voorop staat de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zoveel mogelijk wegnemen van het lijden, ook als blijkt dat er geen genezing meer mogelijk is of de patiënt geen (verdere) therapie wenst. Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal bij beslissingen rond het levenseinde. Dat wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet benutten. Ook een patiënt die verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden mag (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren. Het weigeren van een behandeling is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt.
Bij een dergelijke weigering kan bijvoorbeeld een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor een patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn; het effect van de behandeling weegt dan voor hem niet op tegen de nadelen ervan.

Ook zijn er patiënten die bang zijn suf te worden of het bewustzijn te verliezen en daarom geen hogere doses (morfine) willen. De arts moet de patiënt dan goede voorlichting geven en met hem bespreken of deze angst terecht is, omdat de sufheid en verwarring nogal eens van korte duur zijn.
Als arts en patiënt dan tot een gemeenschappelijke conclusie komen, wordt van de arts verwacht dat hij in de verslaglegging ten behoeve van de beoordeling door de commissie, aangeeft waarom eventuele andere oplossingen voor deze patiënt niet redelijk of onaanvaardbaar werden geacht.
In de praktijk heeft deze zorgvuldigheidseis niet tot problemen geleid.

e. Consultatie

De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d.

Vereist is dat een tweede en onafhankelijke arts de patiënt ziet en zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen zoals voornoemd onder a. tot en met d. Deze consulent zal een zelfstandig en onafhankelijk oordeel moeten geven en daarvan schriftelijk verslag moeten doen.
Het raadplegen door de arts van een collega, die, voorafgaande aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. is wettelijk verplicht. Een dergelijke consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces te waarborgen. De consulent ziet de patiënt om te beoordelen of de arts die de levensbeëindiging wil gaan uitvoeren niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen. Het gaat om een formeel raadplegen van een tweede arts met een gerichte vraagstelling. Daarbij verstaat de commissie onder “raadplegen” het

3 Zie KNMG-richtlijn palliatieve sedatie, herzien in 2009.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 17 20-04-2009 10:42:30

kennisnemen van de bevindingen van de consulent en het hiermee samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging.
In casus 7 was van raadplegen geen sprake omdat de arts al overging tot de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek voordat hij had kennisgenomen van de bevindingen van de consulent. Ook in casus 10 had de arts geen kennis genomen van het verslag van de consulent.
In casus 9 had een waarnemend behandelend arts zich uitgesproken over het naar zijn mening voldaan zijn aan de zorgvuldigheidseisen. Dit gebeurde in een gesprek over de toestand van de patiënt en behandelmogelijkheden en kon niet worden beschouwd als een aan een andere, onafhankelijke arts gevraagde consultatie. In deze casus kwam de commissie, evenals in de hiervoor genoemde casus 7 en 10 tot het oordeel dat de arts niet had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de arts als de patiënt.
Dat betekent onder meer dat er geen familieband of samenwerkingsrelatie mag bestaan tussen arts en consulent. Zij mogen dus ook niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn. In de praktijk worden commissies geconfronteerd met diverse vormen van zogeheten HOED (huisartsen onder een dak) constructies. Binnen die constructie werken de artsen niet in een maatschap samen met gemeenschappelijke zorg voor hun patiënten, maar maken zij wel gebruik van gezamenlijke faciliteiten. Zij huren dan bijvoorbeeld gezamenlijk praktijkruimte, gebruiken gezamenlijk computersystemen of delen hun patiëntenbestanden. Het blijft op voorhand lastig aan te geven welke verschijningsvorm van een HOED constructie wel de onafhankelijkheid in het geding brengt en welke niet, omdat deze informatie doorgaans niet wordt gegeven. De commissies zullen daarom bij twijfel altijd nadere vragen stellen als de arts en de consulent samen in een dergelijke constructie werkzaam zijn.
De schijn van niet-onafhankelijkheid kan ook ontstaan wanneer dezelfde artsen regelmatig over en weer als uitvoerend arts, dan wel als consulent optreden en op die manier als het ware een vast duo vormen. Daarmee kan een ongewenste situatie ontstaan, omdat er dan terecht vragen over de onafhankelijkheid kunnen worden gesteld. De commissies zijn van mening dat bij de raadpleging door een arts van steeds dezelfde consulent al snel de onafhankelijkheid van het oordeel van de consulent onder druk kan komen te staan. Men dient de schijn van niet-onafhankelijkheid te allen tijde te vermijden.

Ook kan het voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen vanuit een privésituatie of uit een intervisiegroep. Kennis vanuit een privésituatie sluit het in staat zijn om te komen tot een onafhankelijk oordeel niet per se uit, maar heeft wel degelijk de schijn van niet-onafhankelijkheid tegen. Kennis vanuit een intervisiegroep, een professionele activiteit, hoeft niet een schijn van niet-onafhankelijkheid op te leveren. Maar dan hangt het van de omstandigheden in de intervisiegroep af of dit de onafhankelijke beoordeling door de consulent in de weg staat. Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun mening daarover inzichtelijk maken aan de commissie.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt onder meer in dat geen onderlinge familiebetrekking of vriendschap bestaat, dat de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en dat hij de patiënt ook niet uit een waarneming kent. In casus 5 was de onafhankelijkheid van de consulent in het geding omdat hij de huisarts van patiënte was. De commissie heeft in deze casus geconcludeerd dat de huisarts niet als onafhankelijk consulent kon worden beschouwd. Ook in de casus 9 en 11 werd een behandelend arts geraadpleegd als consulent. In casus 8 kon de consulent niet als onafhankelijk ten opzichte van de patiënte worden beschouwd omdat zij zich, als palliatieve consulent bij de behandeling van patiënte betrokken, reeds een oordeel over de situatie had gevormd als ware zij op dat moment als onafhankelijk consulent in het kader van een verzoek om levensbeëindiging geraadpleegd.
De eis van onafhankelijkheid is niet alleen letterlijk terug te vinden in artikel 2, lid 1, onder e. van de WTL, maar ook in de wetsgeschiedenis. Daarin is op diverse plaatsen expliciet aangegeven dat de arts die overweegt het verzoek tot levensbeëindiging van een patiënt in te willigen een onafhankelijke collega dient te raadplegen.

In het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 (blz.15) wordt expliciet aangegeven dat de onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts gewaarborgd moet zijn. Volgens het Federatiebestuur impliceert een en ander dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de arts die het consult inroept, in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Ook de schijn van afhankelijkheid dient volgens dit Standpunt te worden vermeden.

Voor de beoordeling van de melding is de schriftelijke verslaglegging[4] door de consulent van groot belang. Een verslag

4 De checklist consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding kan als leidraad dienen en is te vinden op www.euthanasiecommissie.nl

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 18 20-04-2009 10:42:30

waarin melding wordt gemaakt van de toestand waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich uit over zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissie.
De consulent geeft zijn oordeel ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot de arts en de patiënt.
De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging. Dit neemt niet weg dat het de meldend arts is die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de levensbeëindiging en voor het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen. De arts moet daarom nagaan of het verslag van de consulent van voldoende kwaliteit is en of de consulent daarin zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Zo nodig moet hij de consulent daarop nader bevragen.

Het komt wel voor dat een consulent tijdens het bezoek aan de patiënt constateert dat aan één van de eisen (nog) niet wordt voldaan. Voor de commissies is niet altijd duidelijk wat zich in een dergelijk geval na de consultatie heeft afgespeeld. De commissies stellen in die gevallen nadere vragen aan de meldend arts. Als de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de consulent vaststelt dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden of een concreet verzoek om uitvoering, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede consultatie nodig is.
Als de consulent heeft aangegeven dat er waarschijnlijk op korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit dat lijden naar zijn mening zal bestaan, is een tweede consultatie in beginsel niet noodzakelijk. Toch kan ook in een dergelijke situatie (telefonisch) overleg tussen arts en consulent raadzaam zijn. Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede bezoek van consulent aan patiënt in beginsel nodig zijn. Dit was aan de orde bij casus 6. De commissie was van mening dat er van een raadpleging van een tweede onafhankelijke arts in dit geval geen sprake was geweest, nu de consultatie vijf maanden voor de uitvoering van de levensbeëindiging had plaatsgevonden. Doordat de situatie van de patiënte zich na de consultatie stabiliseerde en langere tijd draaglijk bleef, was een nieuwe situatie ontstaan die, nadat de patiënte uitdrukkelijk om euthanasie had verzocht, noopte tot een nieuwe consultatie. Daarom had de arts zich moeten realiseren dat hij bij de voorbereiding van de uitvoering van de levensbeëindiging vijf maanden later opnieuw een consulent had moeten raadplegen.
De commissie overwoog dat er in de euthanasiepraktijk in het algemeen van wordt uitgegaan dat de “houdbaarheid” van het consultatieverslag beperkt is, in ieder geval geen vijf maanden. De commissie kwam tot de conclusie dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Als er vervolgcontact is geweest tussen de arts en de consulent en/of de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, is het belangrijk dat de arts dat bij de melding aangeeft.

Bij verschil van mening tussen arts en consulent moet de arts uiteindelijk zijn eigen beslissing nemen, ook al zal hij het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. Het is immers het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld.

‘Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)’ leidt artsen op tot consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als andere, onafhankelijke arts een zogeheten SCEN-arts benaderd. SCEN-artsen hebben ook een rol als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies.

Casus 5

Consultatie

Oordeel onzorgvuldig
De consulent was de huisarts van de patiënte. Als behandelaar van de patiënte kon hij niet als onafhankelijk ten opzichte van de patiënte worden beschouwd. Het verweer van de uitvoerend arts dat hij zelf als consulent moest worden gezien werd door de commissie verworpen. De uitvoerend arts kan niet tevens als consulent optreden. De commissie concludeerde dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Bij een vrouw tussen 70 en 80 jaar werd naar aanleiding van buikklachten een sigmoïdcarcinoom met levermetastasen vastgesteld, waarvoor zij chemotherapie onderging. Na enkele

maanden trad progressie op van de ziekte en werden metastasen in de botten vastgesteld. Er was uitzichtloos en ondraaglijk lijden.
De patiënte sprak met haar huisarts meermalen over euthanasie. Vijf dagen voor de levensbeëindiging had de patiënte de huisarts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. Hij had bezwaren van levensbeschouwelijke of andere aard tegen het toepassen van euthanasie. Omdat hij er wel van overtuigd was dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan had hij een collega uit de HAGRO gevraagd de levensbeëindiging uit te voeren. Deze arts had twee dagen voor de levensbeëindiging telefonisch contact opgenomen met de patiënte, haar een dag later thuis bezocht en uitvoerig met haar en haar echtgenoot gesproken over haar wens tot levensbeëindiging. De arts kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De arts vroeg de huisarts vervolgens op te treden als consulent. Naar de mening van zowel de arts als de huisarts handelden ze daarbij in de geest van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, nu zij beiden van mening waren dat de arts als onafhankelijk kon worden beschouwd en de huisarts als degene met de langdurige behandelrelatie met de patiënte. Vijf dagen voor de levensbeëindiging heeft de huisarts uitgebreid met de patiënte en haar echtgenoot gesproken. Van dit gesprek heeft de huisarts een verslag gemaakt. De huisarts kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie was van mening dat er van een raadpleging van een tweede onafhankelijke arts in de zin der wet geen sprake was geweest, nu de arts die de hulp bij zelfdoding verleende niet tegelijkertijd als onafhankelijke geconsulteerde arts kón optreden. De stelling van de arts dat er materieel aan de zorgvuldigheidseisen van de wet was voldaan in die zin dat hijzelf daarbij zou moeten worden gezien als de onafhankelijke consulent en de huisarts van de patiënte als degene met wie de patiënte een behandelrelatie had wees de commissie van de hand. Naar de mening van de commissie kon artikel 2, lid 1, onder e. van de Wet niet anders worden opgevat dan dat de arts die overweegt om een verzoek tot de hulp bij zelfdoding van een patiënt te honoreren tenminste één andere, onafhankelijke arts dient te raadplegen. Daarvan was in deze zaak geen sprake geweest. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.
De commissie heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Het College van procureurs-generaal was van oordeel dat een onvoorwaardelijk sepot op zijn plaats was. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg heeft een gesprek gehad met de arts en de consulent en heeft geen aanleiding gezien voor nadere maatregelen.

Casus 6

Consultatie

Oordeel onzorgvuldig
Uitvoering vijf maanden na de consultatie. Doordat de situatie van de patiënte zich na de consultatie stabiliseerde en voor langere tijd draaglijk bleef, was een nieuwe situatie ontstaan die, nadat de patiënte uitdrukkelijk om euthanasie had verzocht, noopte tot een nieuwe consultatie. Dientengevolge had de arts opnieuw een consulent dienen te raadplegen.

Bij een vrouw tussen de 60 en 70 jaar werd een gemetastaseerd mammacarcinoom vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. In de loop van de tijd ging haar toestand achteruit. Zij leed uitzichtloos en ondraaglijk en had haar arts verzocht om levensbeëindiging. De arts

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 20 20-04-2009 10:42:31

raadpleegde als consulent een onafhankelijke collega-huisarts, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht de patiënte vijf maanden voor de levensbeëindiging. Voor de consulent was het invoelbaar dat het lijden van de patiënte op korte termijn ondraaglijk zou worden. In zijn verslag concludeerde hij dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Het was de commissie gebleken dat het consultatieverslag vijf maanden oud was, terwijl er in de euthanasiepraktijk in het algemeen van wordt uitgegaan dat de "houdbaarheid" van het consultatieverslag beperkt is, in ieder geval geen vijf maanden. Ook bleek het de commissie dat de consulent niet had vastgesteld dat het lijden van de patiënte ondraaglijk was, maar alleen dat het lijden op korte termijn ondraaglijk zou worden, terwijl de consulent toch concludeerde dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Naar de mening van de commissie had de consulent de arts daarmee op het verkeerde been gezet. De commissie nodigde de arts en consulent daarom uit voor een mondelinge toelichting.

De commissie was van mening dat er van een raadpleging van een tweede onafhankelijke arts in dit geval geen sprake was geweest, nu de consultatie vijf maanden voor de uitvoering van de levensbeëindiging had plaatsgevonden en de consulent in zijn verslag weliswaar had aangegeven dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, maar daarbij sprak over invoelbaar ondraaglijk lijden op korte termijn.
De commissie was van mening dat de arts door het verloop van de ziekte na de consultatie had dienen te beseffen dat de mededeling van de consulent, dat het lijden van de patiënte op korte tijd ondraaglijk zou worden, niet meer was dan een inschatting, die door het feitelijk verloop van de ziekte werd gelogenstraft. Doordat de situatie van de patiënte zich stabiliseerde en langere tijd draaglijk bleef, was een nieuwe situatie ontstaan die, nadat de patiënte uitdrukkelijk om euthanasie had verzocht, noopte tot een nieuwe consultatie. Dientengevolge had de arts zich rekenschap moeten geven van het feit dat hij bij de voorbereiding van de uitvoering van de levensbeëindiging vijf maanden later opnieuw een consulent had moeten raadplegen. Door niet opnieuw een consulent te raadplegen had de arts naar de mening van de commissie niet voldaan aan de zorgvuldigheiseisen.
De commissie heeft dit oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Het College van procureurs-generaal was van oordeel dat een onvoorwaardelijk sepot op zijn plaats was. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg heeft een gesprek gehad met de arts en heeft geen aanleiding gezien voor nadere maatregelen.

Casus 7

Consultatie

Oordeel onzorgvuldig
De arts was overgegaan tot de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek vóórdat hij kennis had kunnen nemen van de bevindingen van de door hem ingeroepen consulent. De commissie oordeelde dat het raadplegen van een tweede, onafhankelijke arts niet had plaatsgevonden en concludeerde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Een man, ouder dan 90 jaar, had een groeiende oogtumor, waarvoor geen genezing mogelijk was. De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke specialist, tevens SCEN-arts, die concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Bij de behandeling van de melding waren bij de commissie diverse vragen gerezen. De commissie maakte uit de melding op dat de arts niet op de uitkomst van de consultatie had kunnen wachten en vroeg zich af wanneer de consulent de arts precies had bericht over haar

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 21 20-04-2009 10:42:31

bevindingen en conclusies van haar consult. Ook was het de commissie opgevallen dat de consulent haar verslag had gedateerd op de dag van de uitvoering maar het pas twee dagen later per fax aan de arts had toegestuurd. Naar aanleiding hiervan vroeg de commissie zich af in hoeverre de consulent zich onafhankelijk had gevoeld bij het schrijven van haar verslag. De commissie had de arts en de consulent gevraagd een mondelinge toelichting te geven.

De commissie overwoog op basis van de feiten en omstandigheden het volgende.
Onder het "raadplegen" van een tweede onafhankelijke arts verstaat de commissie het kennisnemen van de bevindingen van de consulent en het hiermee samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging.
De commissie was van mening dat er van een raadpleging van een tweede en onafhankelijke arts in de zin als hierboven vermeld in dit geval geen sprake was geweest nu de arts de levensbeëindiging op verzoek had uitgevoerd vóórdat hij kennis had genomen van de bevindingen van de consulent.
De arts had niet zélf met de consulent gecommuniceerd. De arts had zijn collega-opvolgster alle contacten laten leggen en hij had zelf noch mondeling noch anderszins contact gezocht met de consulent om met haar van gedachten te wisselen over haar bevindingen.
Naar de mening van de commissie had de arts aldus in zijn handelen vertrouwd op zijn eigen afwegingen en de nodige reflectie -door consultatie- op zijn handelen onmogelijk gemaakt door bewust af te zien van het kennisnemen van de tweede mening.
Door de levensbeëindiging op verzoek uit te voeren op eigen oordeel en beslissing zonder ook maar kennis te nemen van de bevindingen van de consulent voldeed de arts naar de mening van de commissie niet aan de zorgvuldigheidseisen.
De commissie heeft het oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Het College van procureurs-generaal was van oordeel dat een onvoorwaardelijk sepot op zijn plaats was. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg heeft met de arts een gesprek gevoerd en heeft geen aanleiding gezien voor nadere maatregelen.

Casus 8

Consultatie

Oordeel onzorgvuldig
De consulent was eerder als palliatief consulent betrokken geweest bij de palliatieve behandeling van patiënte en kon niet worden beschouwd als onafhankelijk ten opzichte van patiënte.

Bij een vrouw in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar werden metastasen vastgesteld, hoogstwaarschijnlijk behorend bij een jaren eerder vastgesteld mammacarcinoom. Genezing was niet mogelijk. Zij verzocht haar arts om levensbeëindiging. De als consulent benaderde arts was tevens palliatief consulent en SCEN-arts. Deze bezocht de patiënte enkele dagen voor het overlijden en concludeerde dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie heeft de arts en de consulent nadere vragen gesteld omdat haar uit de stukken was gebleken dat de arts een palliatief consulent van de Palliatieve Helpdesk gedurende enkele maanden meerdere malen telefonisch had geraadpleegd en ook dat deze palliatief consulent patiënte eenmaal thuis had bezocht. De palliatief consulent bood de arts aan om, wanneer de patiënte om levensbeëindiging zou vragen, in de rol van SCEN-arts als onafhankelijk consulent op te treden. Anderhalve week na het huisbezoek trad de palliatief consulent op als SCEN-arts in het kader van een door de patiënte geuit verzoek om

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 22 20-04-2009 10:42:31

levensbeëindiging. De commissie verzocht zowel de arts als de consulent haar te informeren op welke wijze deze palliatief consulent bij de behandeling betrokken was geweest.
Het stond vast dat de arts met de consulent, toen nog als palliatief consulent, sinds enige maanden voor het overlijden meerdere malen telefonisch overleg had gevoerd over de palliatieve mogelijkheden van de patiënte. Tevens was komen vast te staan dat de consulent de patiënte, in het kader van het aan de arts geven van palliatief advies, eenmaal als palliatief consulent had bezocht.
De consulent stelde dat zij als palliatief consulent niet behandelt, maar aan een behandelend arts -doorgaans op afstand- adviezen uitbrengt, waardoor er geen mogelijk vertroebelende persoonlijke relaties met een patiënt of arts bestaan.
Tevens had de consulent betoogd dat, nu de patiënte tijdens het palliatief consult aan huis vrijwel meteen had aangegeven dat zij euthanasie wenste, er volgens haar nauwelijks sprake was geweest van een palliatieve consultatie aan huis, daarmee aangevend dat er naar haar mening niet kon worden gesproken van een behandelrelatie met de patiënte.

De commissie was van mening dat, conform het Standpunt van het Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003, het bestaan van een behandelrelatie op gespannen voet staat met de onafhankelijkheid van de consulent.
De commissie overwoog dat, nu de consulent zich in het kader van palliatieve consultatie gedurende een periode van in ieder geval twee maanden meerdere malen zodanig had verdiept in de algehele toestand van de patiënte dat zij in staat was de arts adviezen over de palliatie te geven, de resultaten van deze adviezen te evalueren om vervolgens nieuwe adviezen te geven, zij -ook al gelet op de frequentie van de consulten- geacht kon worden tenminste betrokken te zijn geweest bij de palliatieve behandeling van de patiënte, zij het als adviseur van de arts.
De commissie overwoog voorts dat de consulent haar bevindingen betreffende eventueel resterende palliatieve mogelijkheden tijdens het kortstondige palliatief consult aan huis, niet alleen met de arts, maar ook met de patiënte en haar echtgenoot had besproken.
De commissie stelde vast dat, nog daargelaten of een dergelijk contact in zijn algemeenheid aanleiding zou geven te moeten spreken van een behandelrelatie, de palliatief consulent zich in het onderhavige geval tijdens het huisbezoek een duidelijke mening bleek te hebben gevormd over de toestand van de patiënte. Door zich na het vernemen van haar euthanasiewens op te stellen als ware zij een in het kader van levensbeëindiging op verzoek in consult geroepen onafhankelijke arts had zij zich niet alleen een oordeel gevormd over de nog -beperkte- resterende palliatieve mogelijkheden, maar ook over de validiteit van het euthanasieverzoek en de steniciteit van patiëntes besluit. De commissie was van mening dat zij daardoor in de hoedanigheid van consulent in het kader van levensbeëindiging op verzoek niet als onafhankelijk kon worden beschouwd. Zij stelde dan ook vast dat bij de onderhavige levensbeëindiging op verzoek de onafhankelijkheid van de consulent ontbrak.
Het door de consulent genoemde motief om het aanbod aan de arts te doen als SCEN-arts de consultatie te verrichten, namelijk het vooruitzicht dat de patiënte anders zou worden geconfronteerd met wederom een vreemd gezicht aan haar bed, deed daaraan volgens de commissie niets af.
De commissie twijfelde er niet aan dat de consulent het belang van de patiënte voor ogen had gestaan en in de medische ethiek geldende normen voor haar een doorslaggevende rol hadden gespeeld.
Met betrekking tot de vraag of de arts, die de onafhankelijkheid van de consulent zelf aan de orde had gesteld bij de SCEN-arts en bij de ervaren praktijkhoudend huisarts voor wie zij langdurig waarnam, had mogen afgaan op hun beider oordeel, overwoog de commissie dat de arts niet lichtvaardig had gehandeld door er op te vertrouwen dat het oordeel van deze twee artsen, die zij voor terzake kundig mocht houden, juist was.
De commissie kon niettemin niet anders dan concluderen dat de door de arts geraadpleegde

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 23 20-04-2009 10:42:31

consulent niet als onafhankelijk kon worden beschouwd. Daardoor was niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.
De commissie heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Het College van procureurs-generaal was van oordeel dat een onvoorwaardelijk sepot op zijn plaats was. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg heeft een gesprek gevoerd met de arts en heeft geen aanleiding gezien voor nadere maatregelen.

Casus 9

Consultatie

Oordeel onzorgvuldig
Een waarnemend internist had in een gesprek met de patiënt over de medische situatie en behandelmogelijkheden aangegeven van mening te zijn dat een euthanasieverzoek ingewilligd kon worden. Dit gesprek werd gevoerd in zijn rol van waarnemend behandelend arts en niet als onafhankelijke consulent. Van raadplegen van een tweede onafhankelijke arts was geen sprake geweest. Er was niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Bij een man tussen de 50 en 60 jaar bestond een uitgebreide metastasering van een eerder vastgesteld blaascarcinoom. Genezing was niet mogelijk. Hij verzocht om levensbeëindiging. Vier weken vóór zijn overlijden werd de patiënt door een waarnemend internist gezien bij afwezigheid van de behandelend internist. In zijn verslag bevestigde de waarnemend internist de ziektegeschiedenis van de patiënt. Tijdens het gesprek tussen de waarnemend internist en de patiënt werden nieuwe medische gegevens besproken en werd besproken dat van palliatieve chemo- of radiotherapie weinig resultaat te verwachten viel. De patiënt verklaarde te zijner tijd eventueel voor levensbeëindiging in aanmerking te willen komen. De waarnemend internist was van mening dat er sprake was van een ernstig en uitzichtloos lijden waarvoor geen zinvolle behandeling mogelijk was. Hij was ervan overtuigd dat de patiënt een goed inzicht had in zijn situatie. De waarnemend internist vond het invoelbaar en ook vanuit medisch ethische optiek gerechtvaardigd dat een (eventueel) verzoek om levensbeëindiging werd ingewilligd. Hij had tegenover de arts aangegeven bereid te zijn dit desgewenst op schrift te stellen.
Bij de behandeling van de melding had de commissie de indruk gekregen dat er geen consultatie had plaatsgevonden in de zin van de wet. De commissie had de arts uitgenodigd voor een gesprek. Tijdens dat gesprek lichtte de arts de melding toe. Hij gaf aan hoe hij, na over de vraag van onafhankelijkheid van de waarnemend internist te hebben gesproken met een SCEN-arts, de waarnemend internist en de lijkschouwer tot de conclusie was gekomen dat zijns inziens van een onafhankelijke consultatie kon worden gesproken.

De commissie was van mening dat er van raadpleging van een tweede en onafhankelijke arts in dit geval geen sprake was geweest, omdat het gesprek tussen waarnemend internist en de patiënt niet had plaatsgevonden als waarborg voor een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces in het kader van een procedure met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek, maar om de patiënt te informeren over zijn ziekte en behandelingsmogelijkheden. Tijdens dat gesprek was op verzoek van de patiënt uitleg gegeven over de procedure. De waarnemend internist had met de patiënt gesproken in de rol van waarnemend behandelend arts en niet als onafhankelijke consulent.
Het feit dat de arts met een SCEN-arts en schouwarts overleg had gepleegd over de vraag of de mening van de waarnemend internist voldoende was als een tweede mening en hij met

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 24 20-04-2009 10:42:31

de waarnemend internist had gesproken over de mogelijkheid van een “dubbele pet” deed hieraan niet af. Het initiatief om het gesprek van de waarnemend internist met de patiënt te beschouwen als een onafhankelijke consultatie lag naar de mening van de commissie bij de arts. Ook indien de arts op grond van zijn gesprekken met de SCEN-arts, de schouwarts en de waarnemend internist had kunnen denken dat er sprake was van een onafhankelijke consultatie -en om die reden als te goeder trouw kon worden beschouwd-, kon de commissie op grond van vorenvermelde overwegingen niet anders dan concluderen dat de arts geen andere onafhankelijke arts had geraadpleegd. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. De commissie tekende bij het bovenstaande aan dat zij niet twijfelde aan de goede bedoelingen van de arts. Zij begreep uit de mondelinge toelichting van de arts dat deze het belang van de patiënt voor ogen had gehad. Zij was voorts van mening dat de arts door te informeren bij en overleg te plegen met een SCEN-arts, schouwarts en de waarnemend internist had getoond niet lichtvaardig te hebben gehandeld.
De commissie heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Het College van procureurs-generaal was van oordeel dat een onvoorwaardelijk sepot op zijn plaats was. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg heeft een gesprek gevoerd met de arts en heeft geen aanleiding gezien voor nadere maatregelen. De Inspectie heeft overigens, gezien de onduidelijkheid die op het punt van de onafhankelijke consultatie blijkt te bestaan, aangegeven dit onderdeel van de consultatieprocedure onder de aandacht van de SCEN-artsen te willen brengen.

Casus 10

Consultatie

Oordeel onzorgvuldig
De arts was afgegaan op de ontslagbrief van de specialist waarin stond vermeld dat het verzoek van de patiënte door de SCEN-arts positief was beoordeeld. De arts had vervolgens niet meer naar het consultatieverslag gekeken, ervan uitgaande dat alles in orde was. Van raadplegen van een tweede onafhankelijke arts was geen sprake geweest. Er was niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Bij een vrouw tussen de 50 en de 60 jaar, werd een gemetastaseerd cervixcarcinoom gediagnosticeerd, waarvoor er geen curatieve behandelopties meer waren. Zij verzocht haar behandelend specialist om levensbeëindiging. De behandelend specialist benaderde als consulent een onafhankelijk specialist, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht de patiënte in het ziekenhuis zes weken vóór de levensbeëindiging. De consulent concludeerde dat nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat de patiënte haar lijden op dát moment nog niet als ondraaglijk ervoer. De consulent voorzag dat bij een toename van de pijn op korte termijn wel aan alle zorgvuldigheidscriteria zou zijn voldaan.
Bij de commissie waren vragen gerezen over de gang van zaken. De commissie wilde van de arts vernemen op grond van welke veranderingen in de toestand van de patiënte, tussen de consultatie en het moment van haar overlijden, de arts had besloten over te gaan tot het uitvoeren van euthanasie.
De commissie wilde ook weten of de arts had overwogen opnieuw een consulent in te schakelen omdat sinds de consultatie zes weken waren verstreken. Na schriftelijke reactie van de arts bleven vragen bestaan en was de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting in de commissievergadering. Het bleek dat de arts was afgegaan op de ontslagbrief van de behan-

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 25 20-04-2009 10:42:32

delend specialist die een onafhankelijke consultatie had laten uitvoeren. In de ontslagbrief was vermeld dat het verzoek van de patiënte door de SCEN-arts postief was beoordeeld. De arts had vervolgens niet meer naar het consultatieverslag gekeken, ervan uitgaande dat alles in orde was. Hij had er daarom ook geen moment aan gedacht opnieuw een consulent in te schakelen.

De commissie was van oordeel dat de veronderstelling van de arts dat hij de euthanasie op verantwoorde wijze had uitgevoerd omdat hij in de ontslagbrief van het ziekenhuis had gelezen dat het euthanasieverzoek positief beoordeeld was, niet juist was. Deze veronderstelling gaf blijk van een te beperkte opvatting van het begrip "raadplegen van een andere onafhankelijke arts".
De commissie verstaat onder 'raadplegen' het kennisnemen van de bevindingen van de consulent en het meewegen van deze bevindingen in het kader van de beoordeling van het verzoek van patiënt. Het louter afgaan op een ontslagbrief van de behandelend specialist die om het consult had verzocht kon in dat licht volgens de commissie niet worden gezien als 'raadplegen' in de zin van de wet.
De commissie overwoog dat de consulent na zijn eerste bezoek had geconcludeerd dat er op dat moment nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Tijdens zijn bezoek was er immers nog geen sprake van 'ondraaglijk lijden'. De consulent merkte daarbij op dat het aannemelijk was dat er op korte termijn wel sprake zou zijn van een 'ondraaglijke situatie'. De commissie overwoog in dat kader dat een tweede consultatiebezoek er op zou zijn gericht vast te stellen of er op dat moment sprake was van ondraaglijk lijden. Als dat zo was dan zou er op dat moment aan alle zorgvuldigheidseisen zijn voldaan. De arts had aangegeven dat hij er niet voor had gekozen om de consulent uit te nodigen voor een tweede bezoek aan de patiënte. Hij vond dat gezien de 'erbarmelijke toestand waarin patiënte verkeerde onmenselijk en onverantwoord'.
De commissie begreep dat er sprake kan zijn van omstandigheden waarin een dergelijk bezoek niet meer wenselijk is. Zij wees er echter op dat het in dergelijke gevallen mogelijk en raadzaam is een telefonische consultatie aan te vragen in verband met de inmiddels gewijzigde situatie van patiënte. De commissie was van oordeel dat de arts, door geen kennis te nemen van de inhoud van het consultatieverslag, op een gebrekkige wijze vorm had gegeven aan het begrip raadplegen van een andere arts en zodoende afbreuk had gedaan aan de kwaliteit van de besluitvorming die tot de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek had geleid. De commissie begreep uit zowel de mondelinge als schriftelijke toelichting van de arts dat deze bij zijn handelwijze de situatie en het belang van de patiënte voor ogen had. Niettemin kwam de commissie tot het oordeel dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.
De commissie heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Het College van procureurs-generaal was van oordeel dat een onvoorwaardelijk sepot op zijn plaats was. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg heeft met de arts een gesprek gevoerd en heeft geen aanleiding gezien voor nadere maatregelen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 26 20-04-2009 10:42:32

Casus 11

Consultatie

Oordeel onzorgvuldig
De consulent was een behandelend specialist. De arts had zich onvoldoende gerealiseerd dat de geraadpleegde arts volgens de wet onafhankelijk moest zijn en had het gevoel dat een onafhankelijke consultatie onvoldoende zou bijdragen en niet noodzakelijk was omdat duidelijk was dat de situatie van patiënt voldeed aan de omschrijving van ondraaglijk lijden in zijn euthanasieverklaring.

Bij een man van tussen de 80 - 90 jaar, trad eind juni 2008 tijdens een bypassoperatie (CBAG) na een eerder hartinfarct als complicatie een ernstig ischemisch CVA in de linker hemisfeer op. De gevolgen waren een acute hemiparese rechts en een ernstige afasie. De klinische toestand van patiënt verbeterde in de weken daarna niet. Hij ontwikkelde een Cheyne-Stokes ademhalingspatroon. Een CT scan stelde een groot hemorrhagisch infarct in het arteria cerebri media gebied vast. Genezing was niet mogelijk. De patiënt leed ondraaglijk onder volledige afhankelijkheid voor ADL en het onvermogen om te praten.
De patiënt had eind mei 2008 een aantal malen uitgebreid met de arts over zijn euthanasiewens in geval van ondraaglijk lijden gesproken. Hij had op aanraden van de arts een euthanasieverklaring opgesteld, zodat de arts op basis daarvan zou kunnen handelen wanneer de patiënt dit zelf niet meer zou kunnen aangeven. Hierin gaf hij onder andere aan dat hij, indien hij door invaliditeit in een toestand van volledige afhankelijkheid kwam te verkeren, euthanasie wenste. Vier dagen voor het overlijden had de patiënt in het bijzijn van zijn echtgenote en dochter door middel van ja knikken en nee schudden ten overstaan van de arts concreet om levensbeëindiging verzocht. Twee dagen voor het overlijden kon de patiënt niet meer reageren op vragen van de arts en de geraadpleegde behandelend specialist.

Nadat de arts de euthanasieverklaring had ingezien, belde zij twee dagen voor het weekend op met SCEN. Zij zou pas na het weekend teruggebeld worden. Daarop besloot de arts op vrijdag een medebehandelend specialist te raadplegen. Op een vraag van de commissie had de arts geantwoord dat zij zich onvoldoende had gerealiseerd dat de geraadpleegde arts volgens de wet onafhankelijk moest zijn. De arts had wel het gevoel gehad dat een onafhankelijke consultatie onvoldoende zou bijdragen en niet noodzakelijk was omdat duidelijk was dat de situatie van de patiënt voldeed aan de omschrijving in zijn euthanasieverklaring, waarin stond geformuleerd dat hij niet verder wilde leven in een situatie van volledige afhankelijkheid van anderen voor de dagelijkse verrichtingen. Daarbij kwam, dat de patiënt zelf meestentijds niet meer reageerde op aanspreken en in die zin zijn euthanasiewens niet meer zou kunnen bevestigen tegenover een SCEN-arts.
De door de arts geraadpleegde specialist bezocht de patiënt twee dagen voor de levensbeëindiging. Deze specialist kon vaststellen dat patiënt uitzichtloos en ondraaglijk leed vanwege zijn volledige afhankelijkheid en het onvermogen om te spreken. Hij kon niet meer constateren dat patiënt zijn euthanasiewens herhaalde. Hij liet nog een MRI-scan maken, waardoor de uitzichtloosheid van de situatie van patiënt bevestigd werd.
Na uitgebreid overleg met de arts, familie en verpleging werd afgesproken dat gezien de infauste prognose voor de patiënt, de arts de euthanasie zou uitvoeren.

De commissie was van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Zij overwoog hierbij dat de patiënt in zijn schriftelijke wilsverklaring uitdrukkelijk had aangegeven dat hij, wanneer hij in een toestand van invaliditeit gepaard gaande met volledige afhankelijkheid kwam te verkeren, euthanasie wenste. Bovendien had de patiënt vier dagen voor het overlijden zijn eutha-

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 27 20-04-2009 10:42:32

nasiewens kenbaar gemaakt aan de arts. De commissie was tevens van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De patiënt had in een uitgebreid gesprek met de arts en in zijn wilsverklaring duidelijk aangegeven waaruit wat hem betreft ondraaglijk lijden bestond. Hoewel de patiënt vlak voor zijn overlijden de ondraaglijkheid van het lijden niet meer onder woorden kon brengen, was voor de arts duidelijk dat de patiënt in een toestand verkeerde die hij als ondraaglijk lijden had omschreven en als zodanig ervoer.
De commissie was van oordeel dat aan het vereiste van een onafhankelijke consultatie niet was voldaan. Zij overwoog dat het vast stond dat de arts bewust een specialist had geraadpleegd die behandelaar van de patiënt was. De arts wilde geen SCEN-consulent inschakelen omdat dit extra tijd zou kosten. De arts had ook geen andere mogelijkheid voor een onafhankelijke consultatie overwogen. De arts gaf aan dat zij zich onvoldoende had gerealiseerd dat de geraadpleegde arts onafhankelijk moest zijn. De commissie was van oordeel dat de arts op de hoogte had moeten zijn van het belang van een onafhankelijke consultatie bij euthanasie. De commissie stelde vast dat de geraadpleegde specialist in het kader van levensbeëindiging op verzoek niet als onafhankelijk beschouwd kan worden omdat hij behandelaar van de patiënt was.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.
De commissie heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Van beide instanties is nog geen bericht ontvangen over de afhandeling van de zaak.

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Bij de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding wordt voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel het advies[5] van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in de Standaard Euthanatica (2007) gevolgd. De Standaard Euthanatica gaat bij levensbeëindiging op verzoek uit van intraveneuze toediening van een coma inducerend middel, gevolgd door intraveneuze toediening van een spierverslappend middel. De KNMP geeft in de Standaard Euthanatica aan welke middelen voor de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek moeten worden gebruikt. Zij beschrijft daarin voorts welke middelen worden afgeraden. Voor de coma-inductie wordt onderscheid gemaakt tussen 'eerste keus middelen[6]' en 'tweede keus middelen[7]'. Met de laatste categorie middelen is minder ervaring ('evidence') opgedaan en bovendien zijn deze middelen minder onderscheidend. Daarnaast worden in de Standaard Euthanatica nog middelen genoemd die geen alternatief zijn voor het eerste keus middel en worden afgeraden middelen genoemd.

Wanneer een arts geen gebruik maakt van een eerste keus middel dan zullen de commissies de arts nadere vragen stellen. Bij de toetsing van de medisch zorgvuldige uitvoering is uitgangspunt dat noodoplossingen (tweede keus middelen) toegelaten zijn, mits de arts het gebruik ervan voldoende (of afdoende) motiveert. De commissies zullen dan ook vragen stellen als het gebruik van de noodoplossingen niet voldoende is gemotiveerd of wanneer middelen gebruikt zijn die niet als alternatief zijn genoemd of die worden afgeraden.

Het gebruik van niet geadviseerde middelen kan voor patiënt en ook voor aanwezige familieleden negatieve gevolgen hebben die te voorkomen zijn door de geëigende middelen te gebruiken.
De commissies zien dat in sommige gevallen Dormicum wordt gebruikt als pre-medicatie, alvorens tot levensbeëindiging over te gaan. Voor coma-inductie worden vervolgens wel de voorgeschreven middelen gebruikt. Gebruik van een middel als Dormicum als pre-medicatie is dan geen bezwaar. Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Met inachtneming van de Standaard Euthanatica van de KNMP is van belang dat individuele wensen van de patiënt worden vervuld.
De KNMP heeft in de Standaard Euthanatica ook vermeld welke doseringen zij adviseert bij levensbeëindiging op ver-

5 Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)
6 Opgenomen in de tabel op pagina 22 van de Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)
7 Opgenomen op pagina 26 van de Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 28 20-04-2009 10:42:32

zoek en hulp bij zelfdoding. De commissies doen navraag bij de arts als de dosering niet wordt genoemd of afwijkt van de Standaard Euthanatica. Indien dit niet wordt vermeld zullen de commissies vragen naar de wijze van toediening.

Gegarandeerd moet zijn dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverslapper. De dosering van het coma inducerend middel is van groot belang om ervoor te zorgen dat de patiënt de gevolgen van de spierverslapper niet kan ervaren. In casus 12 en 13 gebruikten de artsen een lagere dosering coma inducerend middel dan in de Standaard Euthanatica wordt geadviseerd. In beide gevallen had de arts zich laten adviseren door een apotheker. De commissie overwoog dat de arts verantwoordelijk is voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging. In beide gevallen werd geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld nu niet kon worden gegarandeerd dat de patiënten door de gebruikte lage dosering van het coma inducerend middel op het moment van toediening van de spierverslapper in diep coma waren.

Bij euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek, is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica intraveneus toedient aan de patiënt. Van hulp bij zelfdoding is sprake als de arts het euthanaticum aan de patiënt overhandigt en de patiënt dit middel zelf inneemt. De arts moet bij de patiënt aanwezig blijven totdat deze is overleden. Mogelijk is immers dat zich complicaties voordoen, bijvoorbeeld dat patiënt de drank weer uitbraakt. De arts kan dan -alsnog- euthanasie toepassen.
De arts mag de euthanatica ook niet bij de patiënt achter laten. Dat kan gevaar opleveren, ook voor anderen dan de patiënt.

In de praktijk komt het een enkele maal voor dat er bij artsen onduidelijkheid bestaat over hun rol bij de uitvoering van de levensbeëindiging.
Indien bijvoorbeeld een euthanasie wordt gemeld door een arts die de euthanasie niet zelf heeft uitgevoerd, zal de uitvoerend arts de melding alsnog moeten ondertekenen en wordt hij door de commissies als meldend arts beschouwd.[8]

Casus 12

Medisch zorgvuldige uitvoering

Oordeel onzorgvuldig
De arts had een dosering coma-inductie middel gebruikt die afweek van het advies van de KNMP. Nu niet gegarandeerd kon worden dat de patiënte diep in coma was vanaf het moment van toediening van de spierverslapper tot haar overlijden concludeerde de commissie dat er geen sprake was van een medisch zorgvuldige uitvoering.

In deze casus voerde de arts de levensbeëindiging uit door intraveneuze toediening van 500 mg Nesdonal in 20 ml NaCl 0,9% en 75 mg Tracrium. Naar aanleiding van nadere vragen van de commissie gaf de arts aan dat hij in overleg met een anesthesist had gekozen voor genoemde dosering. Zij waren van mening dat toediening van het coma inducerend middel in de door de KNMP geadviseerde dosering van 2000 mg in één keer ongewenst was. Volgens de anesthesist was een viervoudige dosering thiopental overdreven. De arts meende te mogen vertrouwen op de ruime ervaring van de anesthesist.
Het infuus werd snel lopend geopend. Na drie minuten verloor de patiënte het bewustzijn en na acht minuten was zij in een diep coma. Direct daarna werd het Tracrium infuus geopend. De patiënte overleed vijf minuten later. De arts gaf aan te hebben gecontroleerd dat de patiënte in coma verkeerde door toediening van een pijnprikkel. Hij gaf aan dat hij niet had geconstateerd dat de patiënte niet meer in coma was op het moment van toediening van de Tracrium, maar dat hij niet kon bewijzen dat zij daadwerkelijk in coma was gebleven.

De commissie overwoog dat na toediening van Tracrium de spieren van de patiënte verlamd waren, waardoor zij tot niets meer in staat was. Mocht zij niet meer in coma zijn geweest, dan kon dat vanwege de verlamming van de spieren niet meer worden herkend. Gezien de lage dosering thiopental bestond er geen garantie dat de patiënte vanaf het moment van toediening van de spierverslapper tot het overlijden steeds in coma was geweest.

8 Zie artikel 3, eerste lid, van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 21 november 2006.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 29 20-04-2009 10:42:32

De commissie was van oordeel dat de arts, door het coma te induceren door middel van een dosering van 500 mg Nesdonal, het risico had genomen dat de patiënte vanaf de toediening van de spierverslapper tot haar overlijden op enig moment niet in coma was. Ook al meende de arts te mogen afgaan op het advies van de anesthesist, hij was zelf verantwoordelijk voor een zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
In de Standaard Euthanatica wordt als coma inducerend middel thiopental in een dosering van 2000 mg. geadviseerd; deze dosering is gewijzigd ten opzichte van de vorige versie (1998) van dit KNMP advies, omdat de daarin aanbevolen dosering van 1500 mg in sommige gevallen te laag is gebleken.
De commissie onderschrijft het uitgangspunt dat moet zijn gegarandeerd dat een patiënt niet uit zijn coma ontwaakt en dat hij de gevolgen van het nadien toegediende spierverslappend middel niet kan ervaren, reden waarom zij de dosering van het coma inducerend middel van groot belang acht.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.
De commissie heeft dit oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Van beide instanties is nog geen bericht ontvangen over de afhandeling van de zaak.

Casus 13

Medisch zorgvuldige uitvoering

Oordeel onzorgvuldig
De arts had een dosering coma-inductie middel gebruikt die afwijkt van het advies van de KNMP. Nu niet gegarandeerd kon worden dat de patiënt diep in coma was vanaf de toediening van de spierverslapper tot zijn overlijden concludeerde de commissie dat er geen sprake was van een medisch zorgvuldige uitvoering.

In het onderhavige geval had de arts vermeld dat zij de levensbeëindiging had uitgevoerd door intraveneuze toediening van 500 mg Pentothal en 12 mg Pavulon op advies van de apotheker. Volgens de apotheker was de geleverde dosering altijd succesvol gebleken. Nadat de apotheker naar aanleiding van vragen van de commissie aan de arts had geconstateerd dat in de Standaard Euthanatica (2007) van de KNMP een andere -hogere- dosering stond vermeld gaf hij aan in het vervolg hogere doseringen te zullen adviseren, overeenkomstig de Standaard.
Ondanks dat de apotheker na het gesprek van de arts met de commissie zijn standpunt over het adviseren met betrekking tot euthanatica en de dosering daarvan schriftelijk nader heeft toegelicht, wil de commissie benadrukken dat de arts verantwoordelijk is voor
de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging. Het is de arts die zich in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding voor zijn handelen dient te verantwoorden.

De commissie overwoog dat door toediening van de Pavulon de spieren van de patiënt verlamd waren, waardoor hij tot niets meer in staat was. Mocht de patiënt op dat moment niet meer in coma zijn geweest dan kon dat vanwege de verlamming van de spieren niet meer worden herkend. Gezien de lage dosering Pentothal bestond er geen garantie dat de patiënt vanaf het moment van toediening van de spierverslapper tot zijn overlijden daadwerkelijk in coma was geweest. Dit klemde temeer nu het vaststellen van het coma slechts door het in de hand van patiënt knijpen was vastgesteld. De commissie was van oordeel dat de arts, door het coma te induceren met een dosering van 500 mg Pentothal, het risico had genomen dat

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 30 20-04-2009 10:42:32

de patiënt vanaf de toediening van de spierverslapper tot zijn overlijden op enig moment niet in coma verkeerde.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.
De commissie heeft dit oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Van beide instanties is nog geen bericht ontvangen over de afhandeling van de zaak.

Casus 14

Medisch zorgvuldige uitvoering

Oordeel onzorgvuldig
De arts had van de apotheker twee infuuszakken ontvangen: de eerste infuuszak bevatte 40 mg midazolam en de tweede infuuszak 100 mg midazolam, 150 mg rocuronium en 100 mg morfine. Achteraf bleek dat de arts als eerste de tweede infuuszak met midazolam, rocuronium en morfine had aangehangen, waarna patiënte na 5 minuten stopte met ademhalen.
De commissie oordeelde dat de arts de levensbeëindiging niet zorgvuldig had uitgevoerd.

De commissie oordeelde voorts dat er van een raadpleging van een tweede onafhankelijke arts geen sprake was geweest; in ieder geval was het door hem gegeven advies niet in vrijheid en onafhankelijkheid tot stand gekomen.

Bij een vrouw van 50 - 60 jaar, werd in 2000 een rectumcarcinoom gediagnosticeerd. Zij werd geopereerd. De patiënte werd vervolgens achtereenvolgens behandeld met een tweede operatie, radiotherapie en meerdere lijnen chemotherapie. Eind 2007 was er sprake van een groot en gemetastaseerd proces in het kleine bekken met fistelvorming en een stoornis in de afvloed van de nieren. Genezing was niet mogelijk. Het lijden van de patiënte bestond uit ondraaglijke pijn, vooral door ingroei van de tumor in de zenuwen, en lichamelijke ontluistering. De patiënte werd uitvoerig medicamenteus behandeld. Twee dagen voor het overlijden werd zij acuut opgenomen in het ziekenhuis vanwege een meningitis die zich via de grote wonden en epidurale katheter had ontwikkeld. Ze was hiervan doodziek en leed heftige pijn in de nek en het hoofd. In verband met de hevigheid van pijn werd de pijnmedicatie verder geïntensiveerd met morfine en Dormicum. De arts was bij de zorg voor de patiënte betrokken geraakt op de dag van haar overlijden omdat de collega van de arts die de patiënte behandelde toen afwezig was. De patiënte was toen al in een diepere slaaptoestand geraakt. Ze kreeg op dat moment 240 mg/24 uur morfine subcutaan via de pomp. Daarnaast kreeg ze nog een paar keer losse doseringen van 2-5 mg Dormicum subcutaan. Ze verkeerde in het eindstadium van haar ziekte. Op de dag van het overlijden was de lijdensdruk van de patiënte minder omdat de medicijnen beter werkten. Toch kreunde ze steeds bij de verzorging en de wisselliggingen.
Volgens de arts had de patiënte op de dag van de uitvoering van de levensbeëindiging nog een levensverwachting van een paar dagen tot hooguit een week.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. Deze trof een doodzieke, subcomateuze vrouw aan met een opvallende Cheyne Stokes ademhaling. In verband met de hevige pijn kreeg de patiënte hoge doses pijnstilling met morfine en Dormicum, waardoor zij suf en gedrogeerd was. Op het moment van de consultatie was geen verbaal contact met de patiënte mogelijk. Bij lichamelijk neurologisch onderzoek werd de consulent duidelijk dat ze ondanks de subcomateuze toestand nog steeds hevige pijn ervoer als gevolg van de meningitis. De patiënte had reeds een jarenlange lijdensweg afgelegd en bevond zich in een volledig

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 31 20-04-2009 10:42:33

uitzichtloze situatie. Volgens de consulent was het lijden objectief uitzichtloos, bijna mensonterend en in de door de meningitis gecompliceerde stervensfase ondraaglijk. De familie bevestigde tegenover de consulent dat er in het gezin en met de huisarts herhaaldelijk was gesproken over euthanasie. De consulent had de familie in een gesprek uitgelegd wat zijn taak als consulent inhield en had geprobeerd duidelijk te maken dat het voor hem, omdat er geen verbaal contact met de patiënte mogelijk was, niet goed mogelijk was om een oordeel te geven over de vraag of er bij de patiënte sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging. De familie van de patiënte reageerde vol onbegrip op de mededelingen van de consulent. De zaalarts gaf wel blijk van begrip voor het standpunt van de consulent. De consulent had in het gesprek ook nog de mogelijkheid van palliatieve sedatie geopperd en aangegeven dat de patiënte in dat geval naar alle waarschijnlijkheid binnen twee dagen op een natuurlijke manier zou overlijden. Voor de familie van de patiënte was dit onbespreekbaar. Het was voor de consulent volkomen duidelijk dat de familie op was en aan het eind van haar Latijn. In overleg met de echtgenoot van de patiënte was de consulent toch teruggegaan naar het ziekbed. Hij had toen de wens van de patiënte getracht te toetsen door de onverbloemde vraag te stellen of ze nu wilde sterven met hulp. De consulent had de patiënte daarbij gevraagd ter bevestiging in zijn hand te willen knijpen. De patiënte deed dit herhaald en kreunde luid. De consulent kwam hierdoor tot de overtuiging dat het verzoek van de patiënte vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. De consulent besloot akkoord te gaan met de uitvoering van de euthanasie door de arts.
In zijn toelichting aan de commissie had de consulent meegedeeld dat in zijn beslissing om akkoord te gaan met de euthanasie het belang van de patiente en haar familie voorop had gestaan.
De arts had voor de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek van de apotheker twee infuuszakken ontvangen: de eerste infuuszak bevatte 40 mg midazolam en de tweede infuuszak 100 mg midazolam, 150 mg rocuronium en 100 mg morfine. De arts had bij de uitvoering van de levensbeëindiging in principe het protocol van het ziekenhuis willen volgen. Volgens dit protocol, dat afwijkt van het advies daaromtrent van de KNMP/WINAp in de Standaard Euthanatica Toepassing en bereiding (2007), zou de arts aan patiënte eerst een infuus met 40 mg midazolam moeten toedienen en vervolgens een infuus met 100 mg midazolam, 150 mg rocuronium en 100 mg morfine. Achteraf bleek dat de arts als eerste de tweede infuuszak met midazolam, rocuronium en morfine had aangehangen, waarna patiënte na 5 minuten stopte met ademhalen. Volgens de arts had de patiënte niet geleden als gevolg van de onjuiste gang van zaken bij de uitvoering van de levensbeëindiging. De patiënte was in diepe slaap en bleef dat ook. Naar de mening van de arts was de patiënte in diepe rust overleden.

De commissie was van mening dat er van een raadpleging van een tweede onafhankelijke arts in dit geval geen sprake was geweest; in ieder geval was het door hem gegeven advies niet in vrijheid en onafhankelijkheid tot stand gekomen. De consulent was door de familie van de patiënte zeer sterk onder druk gezet om akkoord te gaan met de uitvoering van de euthanasie.
De commissie was voorts van mening dat de arts, door eerst de infuuszak waarin zich het spierverslappend middel Esmeron bevond aan te hangen voordat hij zich had vergewist van de diepte van het coma van de patiënte, de levensbeëindiging medisch niet zorgvuldig had uitgevoerd.
De commissie kwam onder andere op grond van het bovenstaande tot het oordeel dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.
De commissie heeft dit oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Van beide instanties is nog geen bericht ontvangen over de afhandeling van de zaak.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 32 20-04-2009 10:42:33

Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies

Wettelijk kader

In Nederland zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294). Dit is niet het geval als 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 gemeentelijk lijkschouwer. Wanneer de arts aan deze beide voorwaarden voldoet dan is de door hem uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek, dan wel geboden hulp bij zelfdoding geen strafbaar feit. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen.
De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), de meldingsplicht is uitgewerkt in de Wet op de lijkbezorging.
De WTL schrijft vervolgens voor dat de regionale toetsingscommissies tot taak hebben op basis van het verslag van de arts en overige bij de melding gevoegde stukken te beoordelen of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de WTL.
Bij levensbeëindiging op verzoek dient de arts de zogenoemde euthanatica toe; bij hulp bij zelfdoding verstrekt de arts de middelen die vervolgens door de patiënt zelf worden ingenomen.

Rol van de commissies

Wanneer een arts het leven van een patiënt op diens verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, meldt hij dat aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen[9]. De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De verklaring van de geconsulteerde arts en -indien aanwezig- een schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd.

De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en eventueel door de arts verstrekte overige relevante stukken, zoals patiëntenjournaal en specialistenbrieven, mee. Na ontvangst van de stukken door de commissie, ontvangen zowel de lijkschouwer als de arts een ontvangstbevestiging.
De commissies toetsen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. Het komt nogal eens voor dat een arts wordt gevraagd om schriftelijk op nadere vragen te reageren[10]. Ook gebeurt het dat door de commissie telefonisch contact met de arts wordt opgenomen om een vraagpunt te laten toelichten. Als de door de arts aldus verstrekte informatie niet volstaat, kan de arts worden uitgenodigd om een mondelinge toelichting op zijn melding te geven. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

Binnen zes weken na de melding ontvangt de arts het oordeel van de commissie. Deze termijn kan éénmaal worden verlengd. Dat komt bijvoorbeeld voor wanneer de commissie nadere vragen heeft gesteld.

De commissies geven over de meldingen die zij toetsen een oordeel. In bijna alle gevallen luidt hun oordeel dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de meldend arts geïnformeerd.

In 2008 is tien maal geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In dat geval wordt het oordeel niet alleen naar de meldend arts gezonden, maar ook naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het College bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan. De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijk-

9 Als hulpmiddel bij het opstellen van een dergelijk verslag is het zogenaamde Modelverslag beschikbaar. Dit kan worden ingevuld of worden gebruikt als leidraad en is te vinden op www.euthanasiecommissie.nl

10 in circa 6% van de gemelde gevallen in 2005, zo blijkt uit het evaluatierapport WTL

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 33 20-04-2009 10:42:33

heid, of na het eindoordeel van de commissie nadere stappen moeten volgen, bijvoorbeeld in de vorm van het voeren van een gesprek met een arts of het aanhangig maken van een tuchtzaak. Met het College en de Inspectie voeren de commissies jaarlijks overleg.

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden bepaalt welke commissie bevoegd is de melding te behandelen. Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben allen een plaatsvervanger. Ook heeft elke commissie een secretaris, eveneens een jurist, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. De commissies hebben de rol van een deskundigencommissie. De secretariaten hebben als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden. De secretariaten zijn organisatorisch ondergebracht bij een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), te weten het CIBG in Den Haag. De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag.

De vergaderingen van de commissies hebben daar maandelijks plaats.

De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN).
De commissies krijgen alle verslagen van de door de meldend artsen geraadpleegde consulenten onder ogen en hebben daarmee als enige een totaalbeeld van de kwaliteit van deze verslaglegging. De kwaliteit van de verslaglegging behoeft permanente aandacht. De bevindingen van de commissies worden in algemene termen teruggekoppeld naar SCEN.

Ook geven de commissieleden presentaties voor GGD's, huisartsenverenigingen, ziekenhuizen, buitenlandse delegaties en dergelijke. Daarbij wordt aan de hand van praktijksituaties in het bijzonder aandacht besteed aan de geldende procedure en zorgvuldigheidseisen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 34 20-04-2009 10:42:33

Bijlage I

Overzicht van meldingen

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 35 20-04-2009 10:42:33

Overzicht van meldingen totaal

Overzicht van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 2331 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 2146 gevallen was er sprake van euthanasie, in 152 gevallen van hulp bij zelfdoding en in
33 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 2083 gevallen een huisarts, in 152 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 91 gevallen een verpleeghuisarts en in 5 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	1893
hart- en vaataandoeningen	62
aandoeningen van het zenuwstelsel	117
overige aandoeningen	145
combinatie van aandoeningen	114

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 1851 gevallen thuis plaats, in 145 gevallen in een ziekenhuis, in 87 gevallen in een verpleeghuis, in 111 gevallen in een verzorgingshuis en in 137 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies tien maal tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

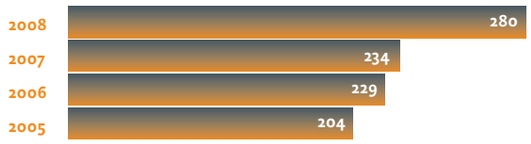
De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissies was 32 dagen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 36 20-04-2009 10:42:33

Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2008, 2007, 2006 en 2005

Totaal aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding

regio Groningen, Friesland en Drenthe



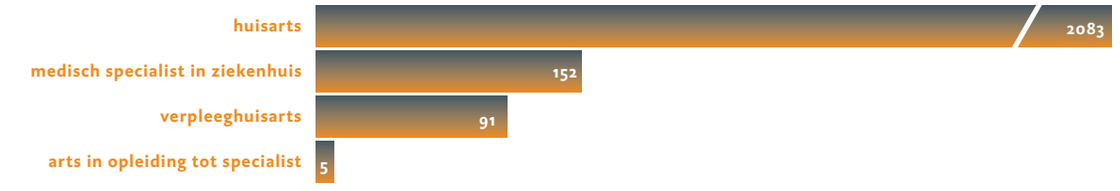
regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

regio Noord-Holland

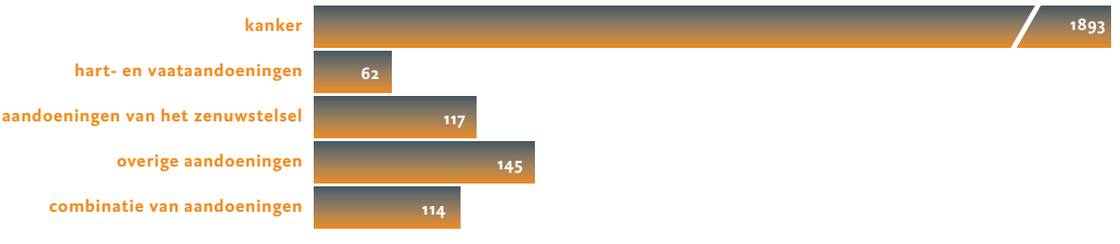
regio Zuid-Holland en Zeeland

regio Noord-Brabant en Limburg

Meldende artsen 2008



Aandoeningen 2008



Overzicht van meldingen per regio

a Regio Groningen, Friesland en Drenthe

Overzicht van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 280 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 255 gevallen was er sprake van euthanasie, in 20 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 257 gevallen een huisarts, in 13 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 10 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	222
hart- en vaataandoeningen	7
aandoeningen van het zenuwstelsel	16
overige aandoeningen	11
combinatie van aandoeningen	24

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 225 gevallen thuis plaats, in 13 gevallen in een ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis, in 19 gevallen in een verzorgingshuis en in 14 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of 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 alle gevallen tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 28 dagen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 38 20-04-2009 10:42:34

b Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Overzicht van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 568 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 538 gevallen was er sprake van euthanasie, in 21 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 9 gevallen betrof het een combinatie van beiden.

Artsen

De meldend arts was in 515 gevallen een huisarts, in 29 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 24 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	466
hart- en vaataandoeningen	17
aandoeningen van het zenuwstelsel	30
overige aandoeningen	38
combinatie van aandoeningen	17

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 455 gevallen thuis plaats, in 28 gevallen in een ziekenhuis, in 24 gevallen in een verpleeghuis, in 25 gevallen in een verzorgingshuis, in 36 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of 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 4 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 35 dagen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 39 20-04-2009 10:42:34

C Regio Noord-Holland

Overzicht van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 607 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 533 gevallen was er sprake van euthanasie, in 61 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 13 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 528 gevallen een huisarts, in 51 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 24 gevallen een verpleeghuisarts en in 4 gevallen een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	491
hart- en vaataandoeningen	20
aandoeningen van het zenuwstelsel	24
overige aandoeningen	37
combinatie van aandoeningen	35

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 460 gevallen thuis plaats, in 51 gevallen in een ziekenhuis, in 24 gevallen in een verpleeghuis, in 33 gevallen in een verzorgingshuis en in 39 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 13 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 35 dagen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 40 20-04-2009 10:42:34

d Regio Zuid-Holland en Zeeland

Overzicht van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 461 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 425 gevallen was er sprake van euthanasie, in 33 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldende arts was in 424 gevallen een huisarts, in 22 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 14 gevallen een verpleeghuisarts en in 1 geval een arts in opleiding tot specialist.

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	378
hart en vaataandoeningen	10
aandoeningen van het zenuwstelsel	24
overige aandoeningen	23
combinatie van aandoeningen	26

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 387 gevallen thuis plaats, in 19 gevallen in een ziekenhuis, in 15 gevallen in een verpleeghuis, in 16 gevallen in een verzorgingshuis en in 24 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of 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 28 dagen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 41 20-04-2009 10:42:34

e Regio Noord-Brabant en Limburg

Overzicht van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 415 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 395 gevallen was er sprake van euthanasie en in 17 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen was er sprake van een combinatie van beiden.

Artsen

De meldend arts was in 359 gevallen een huisarts, in 37 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 19 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	336
hart- en vaataandoeningen	8
aandoeningen van het zenuwstelsel	23
overige aandoeningen	36
combinatie van aandoeningen	12

Instelling

De levensbeëindiging vond in 324 gevallen thuis plaats, in 34 gevallen in een ziekenhuis, in 15 gevallen in een verpleeghuis, in 18 gevallen in een verzorgingshuis, in 24 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of 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 2 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 28 dagen.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 42 20-04-2009 10:42:34

Bijlage II

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 43 20-04-2009 10:42:34

Staatsblad 2001, nr. 194

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)[1]

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen weten:
Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen;
Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

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.

[1] 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.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 44 20-04-2009 10:42:34

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 levensbeëindiging 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, onderscheidelijk 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 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.

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.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 45 20-04-2009 10:42:34

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:

1°. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of

2°. 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.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 46 20-04-2009 10:42:35

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.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 47 20-04-2009 10:42:35

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 IV *Wijzigingen in andere wetten*

Artikel 20

Het Wetboek van Strafrecht[2] wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

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.

B

Artikel 294 komt te luiden:

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.

C

In artikel 295 wordt na «293» toegevoegd: , eerste lid,.

D

In artikel 422 wordt na «293» toegevoegd: , eerste lid,.
Artikel 21

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 48 20-04-2009 10:42:35

De Wet op de lijkbezorging[3] wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 7 komt te luiden:

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.

B

Artikel 9 komt te luiden:

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.

C

Artikel 10 komt te luiden:

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.

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 49 20-04-2009 10:42:35

D

Aan artikel 12 wordt een volzin toegevoegd, luidende: Indien de officier van justitie in de gevallen als bedoeld in artikel 7, tweede lid, meent niet tot de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding te kunnen overgaan, stelt hij de gemeentelijke lijkschouwer en de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, hiervan onverwijld in kennis.

E

In artikel 81, eerste onderdeel, wordt «7, eerste lid» vervangen door: 7, eerste en tweede lid,.

Artikel 22

De Algemene wet bestuursrecht[4] wordt als volgt gewijzigd. In artikel 1:6 wordt aan het slot van onderdeel d de punt vervangen door een puntkomma en wordt een vijfde onderdeel toegevoegd, luidende: e. besluiten en handelingen ter uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Hoofdstuk V ***Slotbepalingen***

Artikel 23

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 24

Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001
Beatrix

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,
A.H. Korthals

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 50 20-04-2009 10:42:35

Uitgave:
Regionale toetsingscommissies
euthanasie,
www.euthanasiecommissie.nl
Ontwerp:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam
Druk:
Koninklijke De Swart, Den Haag

april 2009

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 51 20-04-2009 10:42:35

JVeutha08opmaakKLEUR1.indd 52 20-04-2009 10:42:35