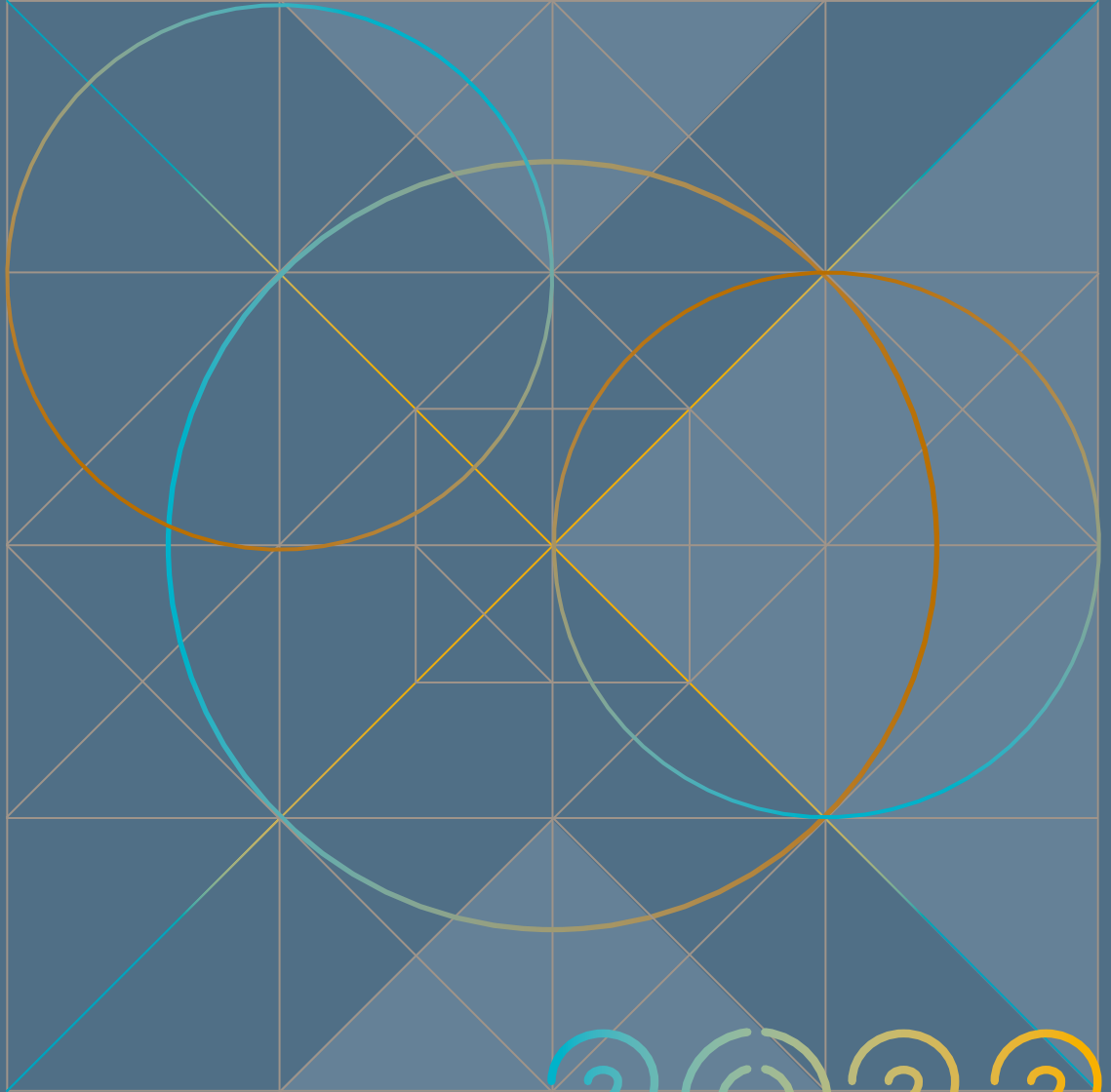
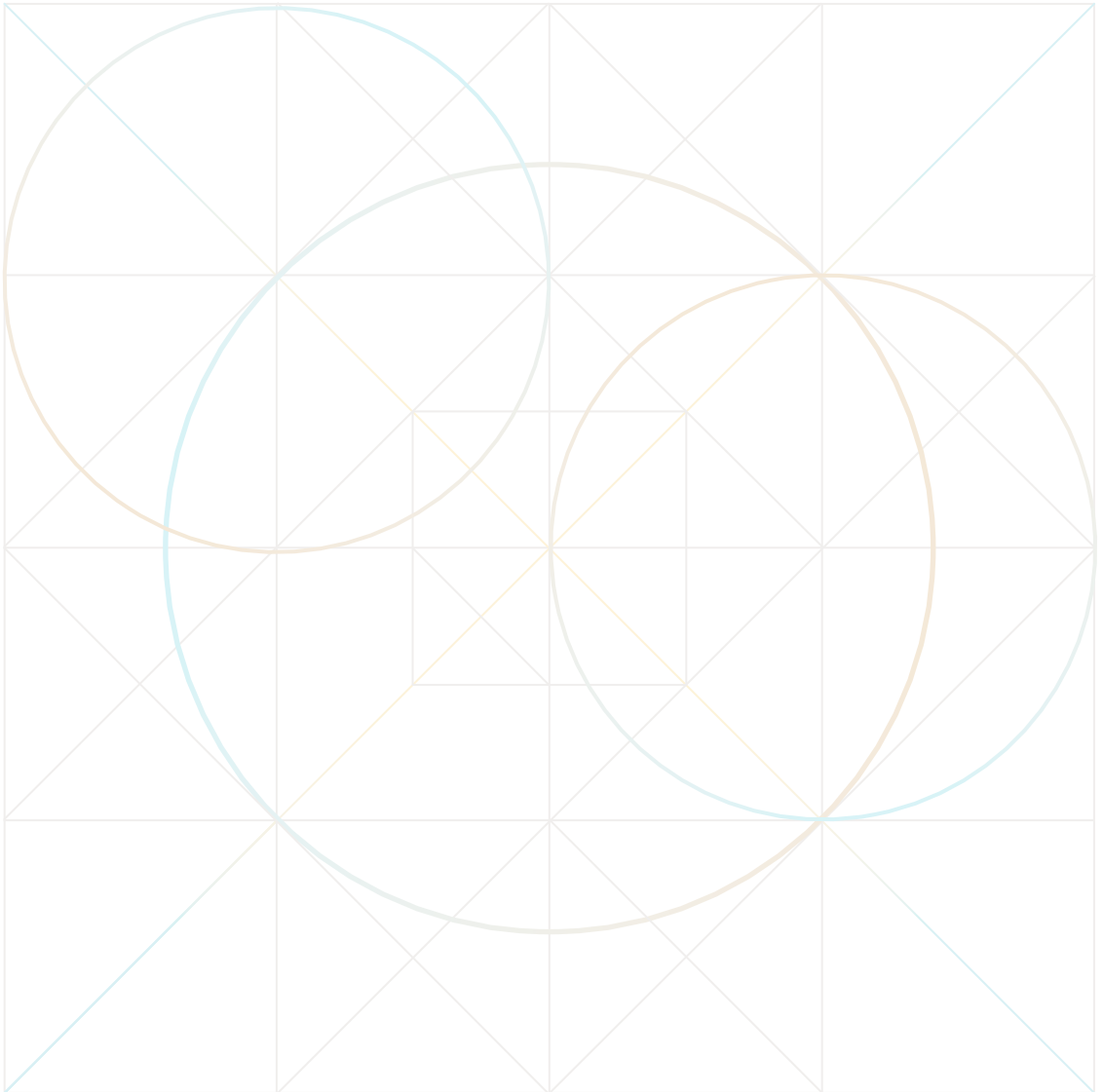


REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE



JAARVERSLAG 2022

REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE JAARVERSLAG 2022



INHOUD

VOORWOORD

4

HOOFDSTUK I CIJFERS EN ONTWIKKELINGEN IN 2022

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

HOOFDSTUK 2 CASUÏSTIEK

1	Inleiding	25
2	De arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen	28
	2.1 Vijf voorbeelden van de meest voorkomende meldingen	28
	Oordeel 2022-067 Kanker	29
	Oordeel 2022-029 Aandoening van het zenuwstelsel	30
	Oordeel 2022-031 Longaandoening	31
	Oordeel 2022-094 Hart- en vaataandoening	32
	Oordeel 2022-006 Combinatie van aandoeningen	33
	2.2 Vijf voorbeelden van meldingen geordend naar vijf zorgvuldigheidseisen	34
	Oordeel 2022-072 Vrijwillig en weloverwogen verzoek	35
	Oordeel 2022-056 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	37
	Oordeel 2022-114 Het ontbreken van een redelijke andere oplossing	39
	Oordeel 2022-054 Consultatie	41
	Oordeel 2022-116 Medisch zorgvuldige uitvoering	43
	2.3 Vier voorbeelden van patiënten met een bijzondere aandoening	45
	Oordeel 2022-085 Psychische stoornis	46
	Oordeel 2022-079 Stapeling van ouderdomsaandoeningen	48
	Oordeel 2022-115 Wilsbekwame patiënt met dementie	50
	Oordeel 2022-043 Patiënt met dementie die niet meer wilsbekwaam is	51
3	De arts heeft niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen	55
	Niet voldaan aan meerdere zorgvuldigheidseisen	55
	Oordeel 2022-007	56
	Onafhankelijke consultatie	57
	Oordeel 2022-052 (zie ook 2022-070 en 2022-109)	58
	Oordeel 2022-098 (en 2022-099)	60
	Oordeel 2022-069	62
	Medisch zorgvuldige uitvoering	63
	Oordeel 2022-040	64
	Grote behoedzaamheid bij psychische stoornissen	65
	Oordeel 2022-039	66
	Oordeel 2022-059	67
	Oordeel 2022-068	69
	Oordeel 2022-075	71
	Oordeel 2022-017	73

VOORWOORD

Als we kijken naar de cijfers uit dit jaarverslag dan springt de stijging van het aantal meldingen van euthanasie¹ het meest in het oog. In 2022 zijn 8720 meldingen door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) ontvangen. Dit is 13.7% meer dan het jaar hiervoor. Het betreft 5.1% van het totale sterftecijfer in 2022 tegen 4.6% in 2021. Deze stijgende trend in absolute en relatieve zin is over een langere periode zichtbaar. Er is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de oorzaken van deze stijging. Er kan dus ook geen onderbouwde voorspelling worden gedaan over de verdere ontwikkeling van het aantal gevallen van euthanasie in Nederland. Niets wijst er echter op dat de trend de komende jaren zal wijzigen.

Het gestaag groeiende aantal meldingen van euthanasie betekent voor de RTE een gestaag groeiende werkdruk. Deze was in 2022 erg hoog. De gemiddelde doorlooptijd van een melding is hierdoor met 6% gestegen naar 34 dagen. Binnen de bij wet vastgelegde wijze van toetsing kan geen relevante efficiencywinst meer worden behaald. 2023 zal daarom in het teken staan van personele uitbreiding van de RTE.

In 2022 heeft de RTE dertien keer geoordeeld dat een arts niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Dit is meer dan de zeven meldingen die in 2021 zijn beoordeeld als niet aan de voorwaarden voldaan. Op het totaal blijft het echter zo weinig (0,15%) dat zonder twijfel ook dit jaar de conclusie kan worden getrokken dat de Nederlandse uitvoeringspraktijk van euthanasie zeer zorgvuldig is. In dit jaarverslag zijn tien oordelen opgenomen waarin is geconcludeerd dat niet aan de vereisten is voldaan. De RTE brengt deze oordelen ook actief onder de aandacht van de bij de uitvoering van euthanasie meest betrokken artsen in de hoop dat het aantal meldingen dat niet als zorgvuldig kan worden aangemerkt in 2023 weer lager zal zijn.

Bij deze oordelen past nog wel een kanttekening. In nagenoeg alle gevallen had het oordeel dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, vermoedelijk kunnen worden voorkomen als de arts, maar ook de consument, zich beter hadden vergewist van de voor hen relevante passages in de EuthanasieCode. De RTE heeft juist als praktische handleiding voor de praktijk de EuthanasieCode ontwikkeld, waarin vooraf inzicht wordt gegeven in de wijze waarop de RTE de wettelijke zorgvuldigheidseisen uitlegt.

De invulling van de wettelijke normen uit de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) kan als gevolg van veranderende maatschappelijke opvattingen verschuiven. De praktijk levert daarnaast, ook na twintig jaar, telkens weer nieuwe en onvoorziene situaties ter toetsing. Dit betekent dat de EuthanasieCode periodiek moet worden geactualiseerd. In juli 2022 is de laatste actualisatie afgerond en als EuthanasieCode 2022 breed verspreid.

Ook dit jaar is de ondersteuning van de RTE door het ministerie van VWS, in het bijzonder door de directie ESTT, goed verlopen. In het bijzonder zijn we trots op de invoering van een nieuw digitaal systeem voor toetsingen en registratie. Binnen de tijd en binnen het budget is met vereende krachten soepel een goedwerkend systeem ontwikkeld en geïmplementeerd.

Het jaar 2022 was het twintigste jaar na inwerkingtreding van de Wtl, de wet die euthanasie in Nederland heeft gelegaliseerd en gereguleerd. De RTE toetst iedere melding van euthanasie aan de in de Wtl opgenomen normen. In deze twintig jaar zijn 91.565 meldingen van euthanasie door de RTE getoetst. Hiervan voldeden er 133 niet aan de wettelijke criteria. In één geval is tot strafrechtelijke vervolging overgegaan. Ik meen aan deze cijfers de voorzichtige conclusie te mogen verbinden dat de Wtl en in haar kielzog de RTE hebben gerealiseerd wat was beoogd: een zorgvuldige en transparante uitvoeringspraktijk van euthanasie in Nederland. Het effect van de Wtl reikt vermoedelijk nog veel verder. Hoeveel mensen zullen comfort hebben gevonden bij de gedachte dat als het echt niet meer gaat, euthanasie mogelijk is en zijn vervolgens toch een natuurlijke dood gestorven? Ik vind dit een geruststellende gedachte.

JEROEN RECOURT

coördinerend voorzitter

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

HOOFDSTUK I

CIJFERS EN ONTWIKKELINGEN IN 2022



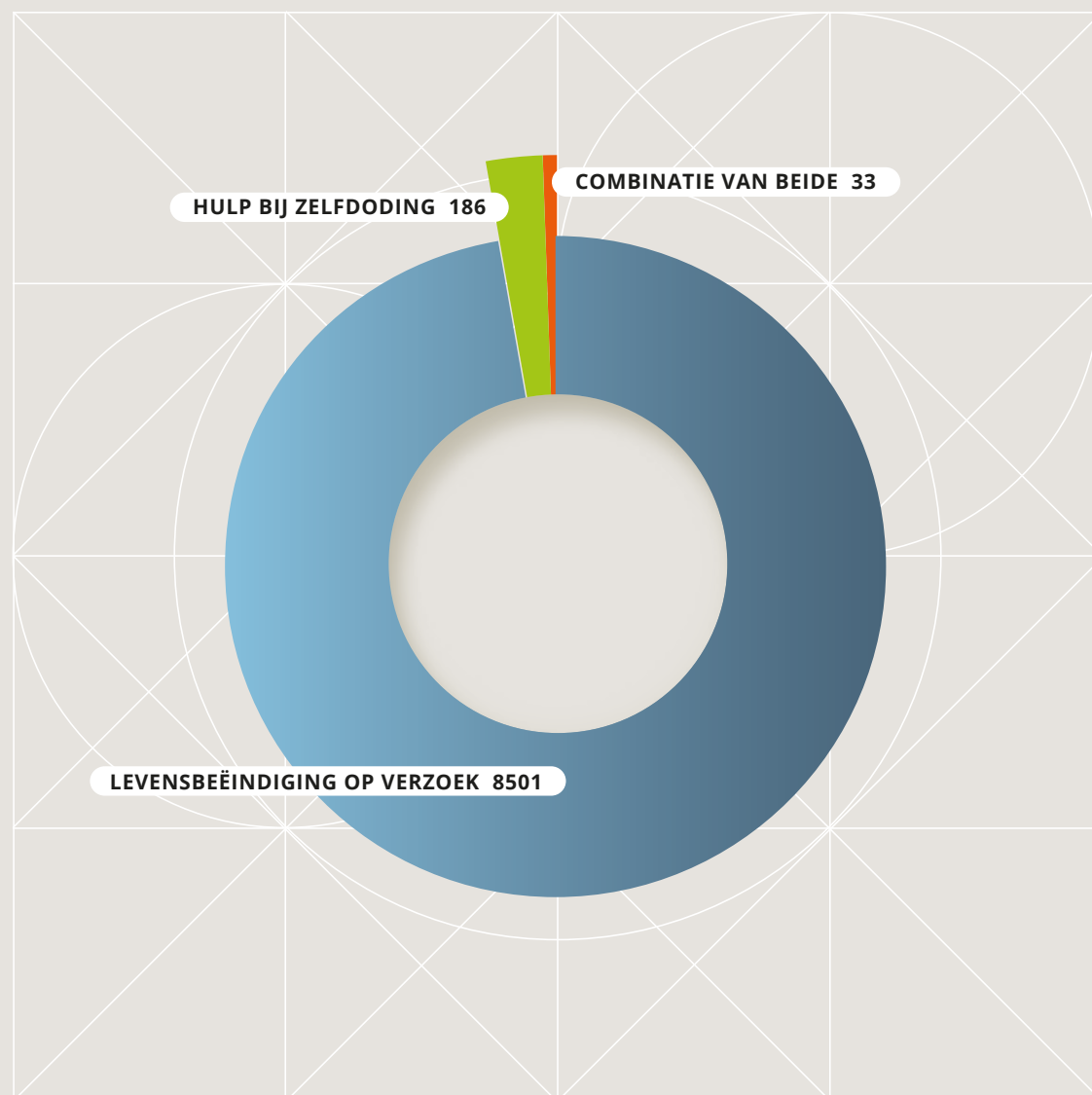
1 JAARVERSLAG

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

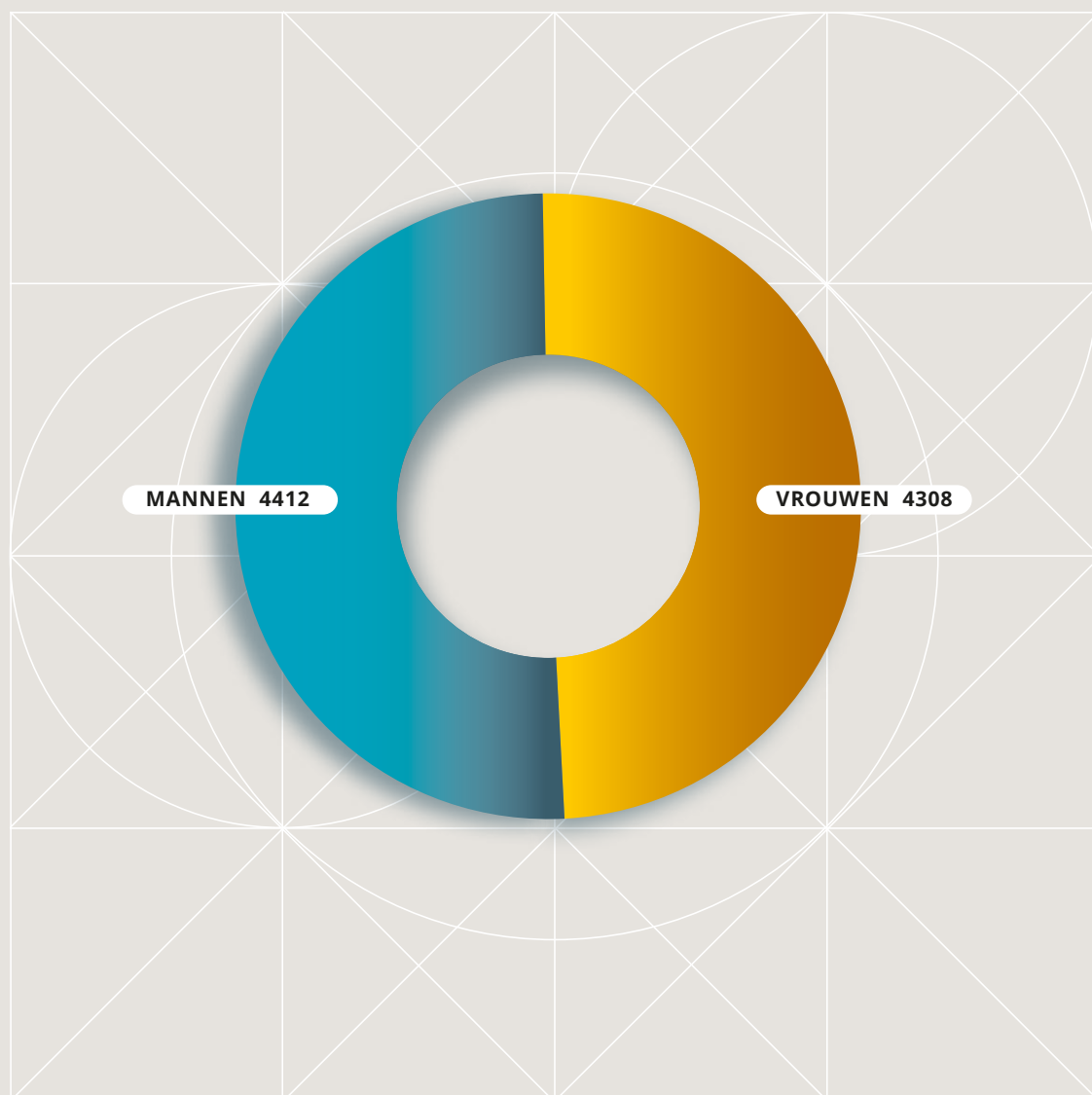
Het jaarverslag heeft daarnaast tot doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de wijze waarop de RTE meldingen heeft getoetst en beoordeeld. In het jaarverslag wordt daarom in hoofdstuk 2 uitgebreid verslag gedaan van veel voorkomende en bijzondere oordelen.

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

Zie EuthanasieCode 2022 en euthanasiecommissie.nl voor nadere informatie over de hoofdlijnen van de wet, de werkwijze van de commissies etc.



VERHOUDING MAN-VROUW



2 MELDINGEN

AANTAL MELDINGEN

In 2022 heeft de RTE 8.720 meldingen van euthanasie ontvangen. Dat is 5,1% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2022² is overleden (169.938). Het betekent een stijging van het aantal meldingen ten opzichte van 2021 (7.666 meldingen) met 13,7%. Ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen is sprake van een stijging met afgerond een half procent in vergelijking met 2021.

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

VERHOUDING MAN-VROUW

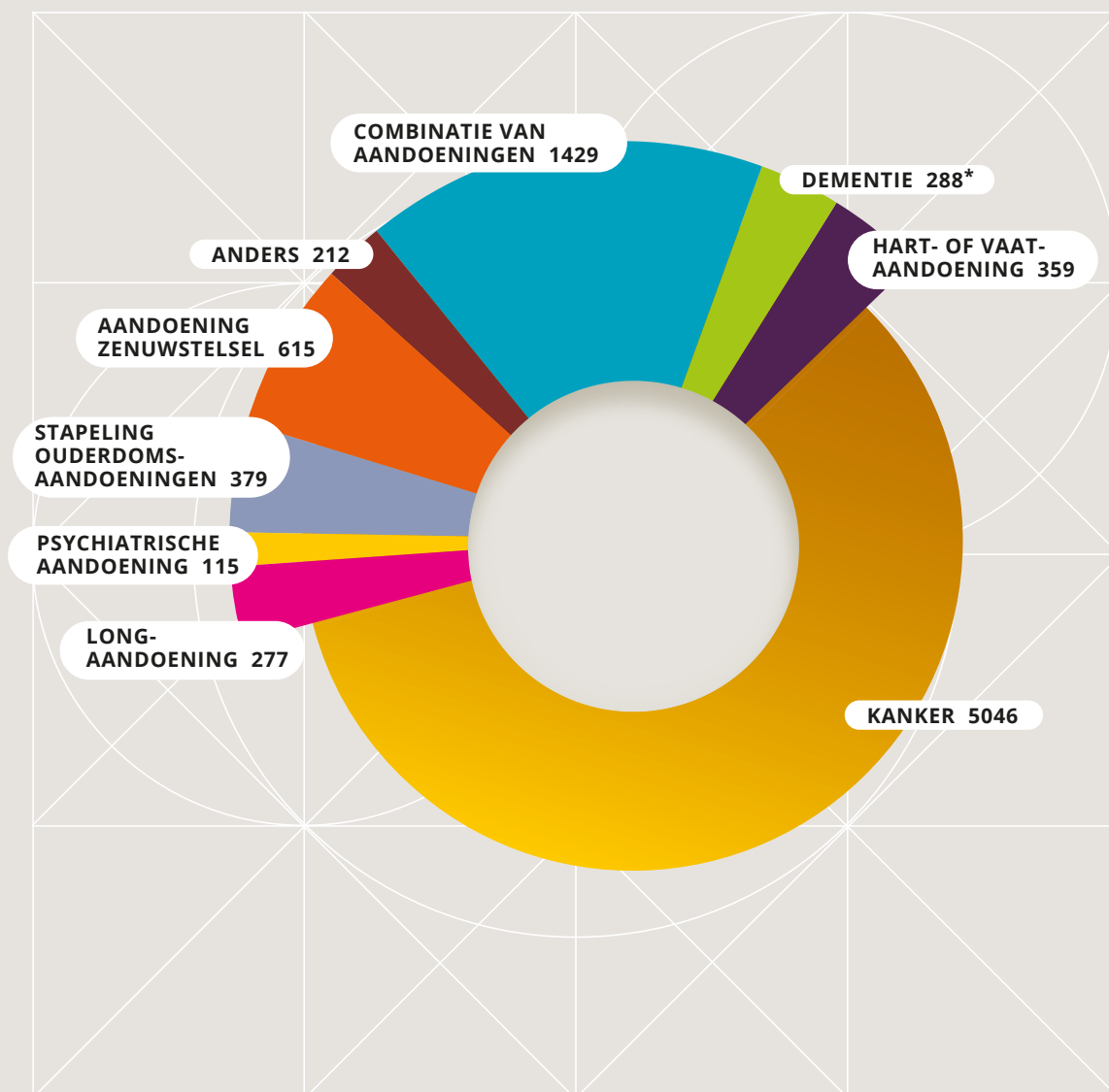
De verhouding man-vrouw in de meldingen was, net als in voorgaande jaren, nagenoeg gelijk: 4.412 mannen en 4.308 vrouwen (respectievelijk 50,6% en 49,4%).

VERHOUDING LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK/ HULP BIJ ZELFDODING

Zie voor de aandachtspunten bij de medisch zorgvuldige uitvoering de EuthanasieCode 2022 p. 36 e.v.

In 8.501 meldingen (97,4%) was er sprake van levensbeëindiging op verzoek, in 186 meldingen (2,1%) van hulp bij zelfdoding en in 33 meldingen (0,38%) betrof het een combinatie van beide. Dit laatste doet zich voor als een patiënt, na het innemen van een door de arts overhandigde drank in het kader van de hulp bij zelfdoding, niet binnen een tussen arts en patiënt afgesproken tijdsbestek overlijdt. De arts gaat dan alsnog over tot de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek door het intraveneus toedienen van een coma-inducerend middel gevolgd door een spierverlapper.

AARD VAN DE AANDOENINGEN



* waarvan wilsbekwaam: 282
niet wilsbekwaam: 6

AANDOENINGEN

MEEST VOORKOMENDE AANDOENINGEN

In 7.726 meldingen (88,6%) die de RTE in 2022 ontving was sprake van patiënten met:

- ongeneeslijke kanker (5.046; 57,8%);
 - aandoeningen van het zenuwstelsel (615; 7,0%), bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS of ALS;
 - hart- en vaataandoeningen (359; 4,1%);
 - longaandoeningen (277; 3,2%)
- of een combinatie van (meestal somatische) aandoeningen (1.429; 16,4%).

DEMENTIE

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie de EuthanasieCode 2022 p. 49 e.v.

In 282 meldingen werd euthanasie verleend aan een patiënt met een dementieel beeld die nog wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Het betrof patiënten in een fase van dementie, waarin zij nog inzicht hadden in (de symptomen van) hun ziekte, zoals verlies van persoonlijkheid en van oriëntatie in tijd en ruimte. Melding 2022-115, opgenomen in hoofdstuk 2, is hier een voorbeeld van.

In 6 oordelen (evenveel als vorig jaar) was in 2022 sprake van patiënten in een ver(der) gevorderd stadium van dementie. Zij waren niet meer wilsbekwaam ten aanzien van hun verzoek en niet meer in staat om over hun verzoek te communiceren. Hun schriftelijke wilsverklaring kon worden opgevat als hun verzoek om euthanasie. Eén van deze meldingen (2022-043) is opgenomen in hoofdstuk 2 van dit jaarverslag. Al deze meldingen zijn op de website van de RTE gepubliceerd.

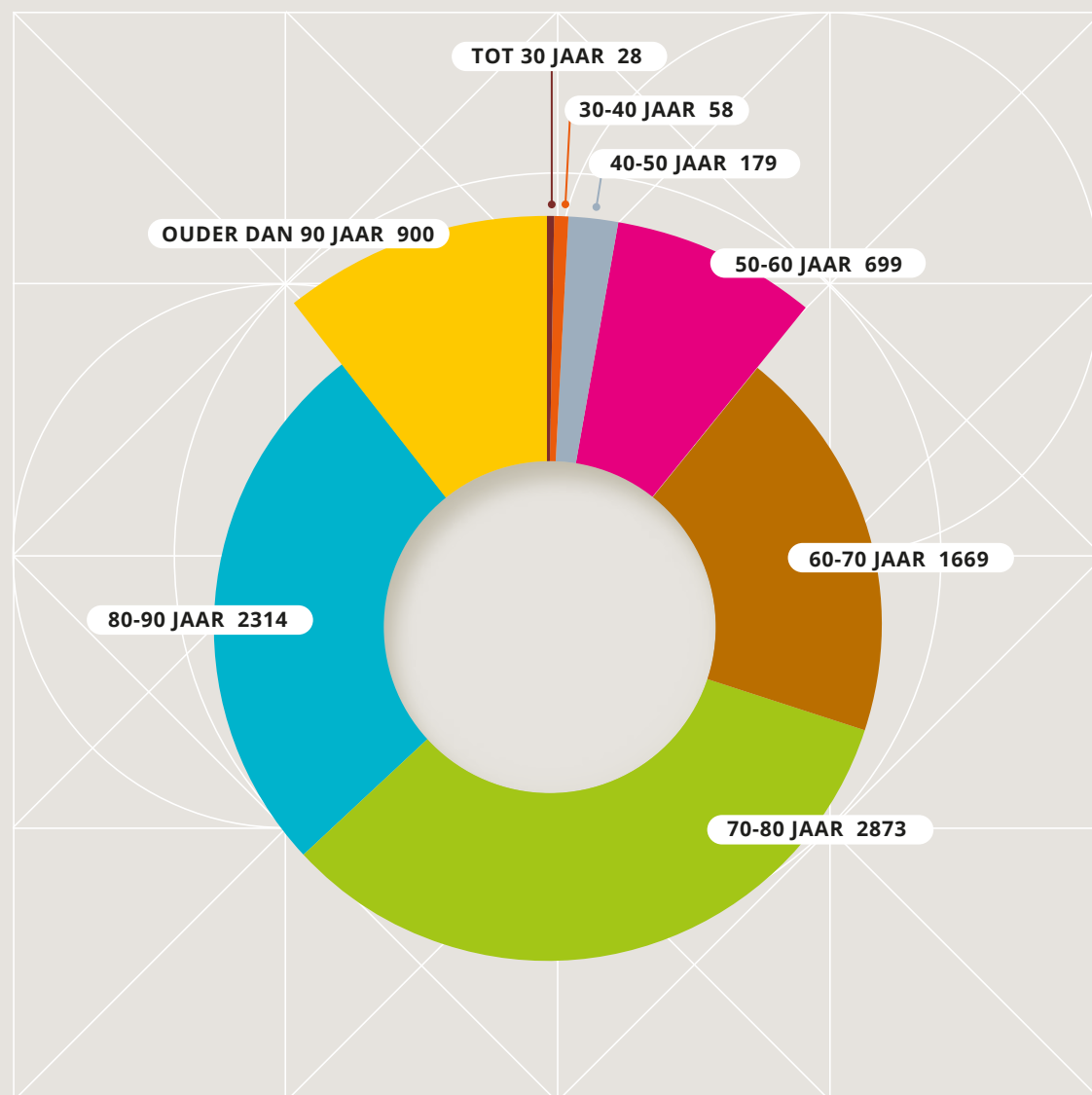
PSYCHISCHE STOORNISSEN

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychische stoornis de EuthanasieCode 2022 p. 46 e.v.

In 115 meldingen (1,3%) van euthanasie vond het lijden in overwegende mate zijn grondslag in één of meer psychische stoornissen. Dat is net zo vaak als in 2021. Van deze meldingen was de meldend arts 32 keer een psychiater, 29 keer een huisarts, 3 keer een specialist ouderengeneeskunde en 51 keer een andere arts. In 65 meldingen waarin euthanasie werd verleend aan een patiënt op grond van diens psychische stoornis(sen), was de uitvoerend arts verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie (EE). In meldingen waarin psychische stoornissen het lijden bepalen dat aan het euthanasieverzoek van de patiënt ten grondslag ligt, dient de arts grote behoedzaamheid aan de dag te leggen³, zoals in melding 2022-085 (opgenomen in hoofdstuk 2) gebeurde.

³ EuthanasieCode 2022, pagina 46 e.v.

LEEFTIJD



STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Zie voor de aandachtspunten bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen de EuthanasieCode 2022 p. 25 e.v.

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals stoornissen in het zien, gehoorstoornissen, botontkalking en de gevolgen daarvan, slijtage van gewrichten, evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang (kennen en weten neemt af) – kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op hogere leeftijd op en kunnen een optelsom van daarmee samenhangende klachten vormen. Die klachten kunnen lijden tot gevolg hebben dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren door deze patiënt. In 2022 ontving de RTE 379 meldingen (4,3%) in deze categorie. Een oordeel dat betrekking heeft op een melding van een stapeling van ouderdomsaandoeningen is opgenomen in hoofdstuk 2 en op de website gepubliceerd onder het nummer 2022-079.

OVERIGE AANDOENINGEN

Tot slot gebruikt de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie 'overige aandoeningen'. Het betreft aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zeldzame erfelijke aandoeningen, nierfalen of blindheid. Dit waren 212 meldingen in 2022.

LEEFTIJD

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie heeft betrekking op de leeftijdscategorie 70-80 jaar, 2.873 (32,9%) gevolgd door de leeftijdscategorieën 80-90 jaar en 60-70 jaar, respectievelijk 2.314 (26,5%) en 1669 (19,1%).

In 2022 beoordeelde de RTE één melding van euthanasie bij een minderjarige, in de leeftijdscategorie 12 tot 16 jaar. In die betreffende melding oordeelde de commissie dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl had voldaan.

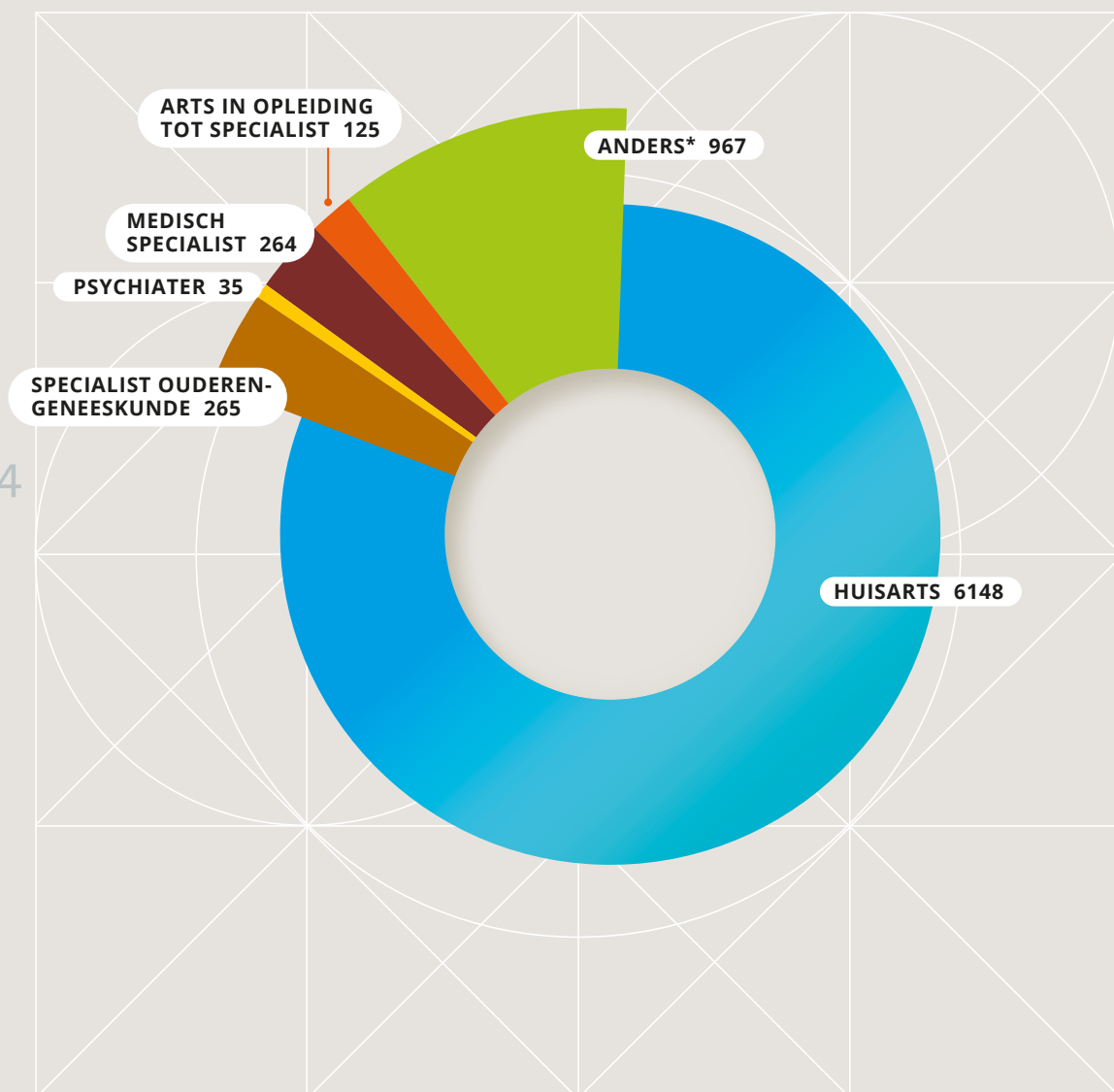
Voor minderjarigen tussen 12-16 en minderjarigen van 16 en 17 gelden afzonderlijke, aanvullende eisen⁴.

In 27 meldingen was de patiënt ouder dan 100 jaar. De oudste patiënt was 104.

In de leeftijdscategorie 18-40 jaar zijn 86 meldingen ontvangen. In 44 van deze meldingen werd de grondslag van het lijden gevormd door kanker en in 24 meldingen was de grondslag een psychische stoornis. Binnen de categorie dementie had het hoogste aantal meldingen betrek-

⁴ Zie voor de aandachtspunten bij minderjarige patiënten EuthanasieCode 2022 p. 46

MELDENDE ARTSEN



* bijvoorbeeld artsen verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie of een basisarts

king op mensen tussen 80-90 jaar oud (113 meldingen) gevolgd door de leeftijdscategorie 70-80 (110 meldingen). Binnen de categorie psychiatrie waren er in 2022 in de leeftijdscategorie 50-60 jaar 24 meldingen en in de leeftijdscategorie 60-70 jaar 20 meldingen.

Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' waren de meeste patiënten 90 jaar of ouder (252 meldingen).

LOCATIE VAN DE LEVENSBEEÏNDIGING

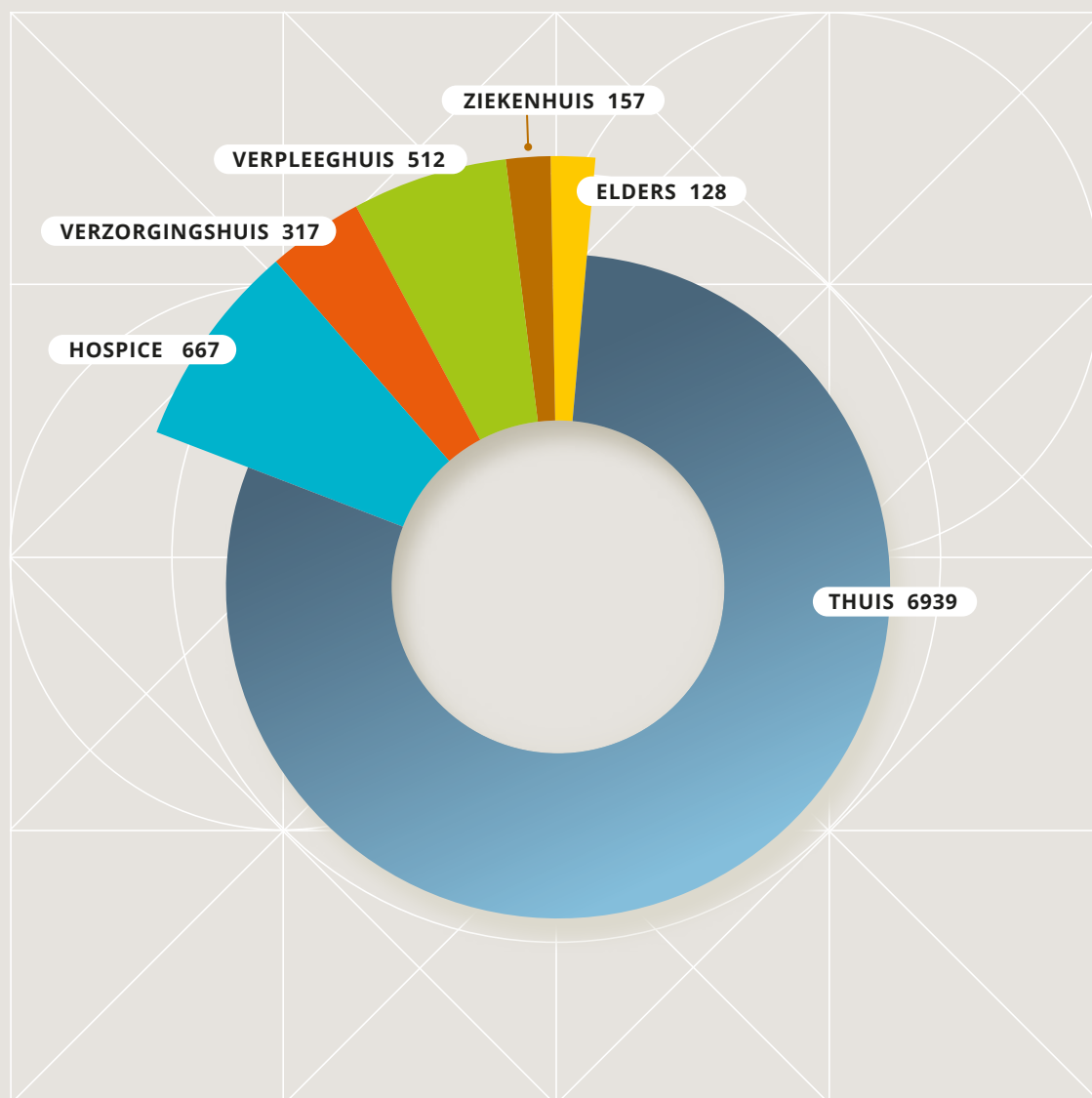
Ook in 2022 vond in verreweg de meeste meldingen het overlijden van de patiënt thuis plaats (6.939; 79,6%). In de overige meldingen was de plaats van overlijden een verpleeg- of verzorgingshuis (829; 9,5%), een hospice (667; 7,7%), een ziekenhuis (157; 1,8%) of een andere, bijvoorbeeld bij familie thuis, in een woonzorgcentrum of een zorghotel (128; 1,5%).

MELDENDE ARTSEN

In het overgrote deel van de meldingen was een huisarts de meldende arts (7.013; 80,4% van de meldingen). De overige meldende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (316), medisch specialisten (264) en artsen in opleiding (125). Ten slotte is er nog een groep meldingen (967) waarbij de meldende artsen een andere achtergrond hebben, de meesten van hen zijn verbonden aan EE.

Het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan EE steeg met 118 ten opzichte van 2021 (1123) tot 1241 (14,2%). EE-artsen worden vaak ingeschakeld als de arts die bij de behandeling van een patiënt betrokken is, het euthanasieverzoek als te ingewikkeld ervaart. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie uitvoeren of artsen die alleen euthanasie willen verlenen in geval van een terminale aandoening verwijzen patiënten regelmatig door naar EE. Naast het doorverwijzen door een behandelend arts komt het ook voor dat de patiënt zelf of, op diens verzoek, zijn familie het contact met EE legt. Meer dan de helft van de meldingen waarbij sprake was van euthanasie vanwege een psychische stoornis was afkomstig van een EE-arts: 65 van de 115 meldingen (ruim 56,5%). Percentueel is dat echter een daling ten opzichte van 2021 (83 van 115 meldingen, 72%). Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 123 van de 288 meldingen (42,7%) afkomstig van een EE-arts. Verder waren 157 van de 379 meldingen (41,4%) waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen afkomstig van EE-artsen.

LOCATIE VAN DE LEVENSBEEÏNDIGING



EUTHANASIE EN ORGAAN- EN WEEFSELDONATIE

Levensbeëindiging door euthanasie staat het doneren van organen en weefsel niet in de weg. In de door de Nederlandse Transplantatie Stichting opgestelde *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* is de procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven.⁵ De RTE ontving in 2022 6 meldingen waarin expliciet werd aangegeven dat sprake was van orgaan- en/of weefseldonatie na euthanasie.

(ECHT)PAREN

29 keer, dus in 58 meldingen, werd aan twee partners gelijktijdig euthanasie verleend. Vanzelfsprekend dient iedere melding dan afzonderlijk aan de zorgvuldigheidscriteria, die de Wtl vereist, te voldoen. Daarbij moeten beide partners door een andere consulent bezocht worden, om de onafhankelijke beoordeling van de casus te waarborgen.⁶

NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In 13 meldingen in 2022 is de RTE tot het oordeel gekomen dat de uitvoerend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 van de Wtl heeft voldaan. Daarvan zijn 10 uitspraken opgenomen in hoofdstuk 2. Bij 2 meldingen was sprake van euthanasie van een echtpaar en raadpleegde de arts slechts één consulent voor beide echtelieden. De commissie kwam daarom in beide meldingen tot het oordeel dat de arts niet voldaan had aan de zorgvuldigheidseisen. Slechts één van beide meldingen is opgenomen, vanwege de verwevenheid van beide oordelen. In drie meldingen was de consulent als patiënt ingeschreven in de praktijk van de uitvoerend huisarts en kwam de commissie tot het oordeel dat dat aan de onafhankelijkheid van de consulent in de weg stond.⁷ Van deze drie meldingen is er één opgenomen in hoofdstuk 2.

⁵ De richtlijn en de achtergronden en onderbouwing die eraan ten grondslag hebben gelegen zijn te raadplegen via *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* | Nederlandse Transplantatie Stichting.

⁶ *EuthanasieCode 2022*, p. 33

⁷ *EuthanasieCode 2022*, p.32

3 WERKWIJZE RTE, ONTWIKKELINGEN

VO'S EN NVO'S

Sinds 2012 hanteert de RTE de volgende werkwijze bij de beoordeling van een melding. Nadat een melding is binnengekomen, selecteert de secretaris van de commissie, een jurist, het dossier voorlopig als vragen oproepend (VO-melding) of niet vragen oproepend (NVO-melding). Meldingen worden als NVO geselecteerd wanneer de secretaris van de commissie de inschatting maakt dat de gegeven informatie volledig is en dat door de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, tenzij de melding in een categorie valt die als VO wordt aangemerkt. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval bij meldingen waarbij het lijden van de patiënt is gebaseerd op (een) psychische stoornis(sen), wanneer sprake is van euthanasie op basis van een schriftelijk wilsverklaring of van een melding waarbij de patiënt minderjarig is. Na de eerste selectie door de secretaris van de RTE beoordeelt de commissie de melding. Bij de als NVO geselecteerde meldingen gebeurt dat digitaal. De commissie geeft vervolgens haar oordeel of de melding inderdaad niet vragen oproepend is, of dat deze, anders dan het voorlopig oordeel van de secretaris luidde, toch vragen oproept. In het laatste geval kwalificeert de commissie die melding als VO-melding en bespreekt de commissie deze alsnog op de vergadering. In 2022 is dat in 40 meldingen het geval geweest. Dat is iets minder dan 0,5%.

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

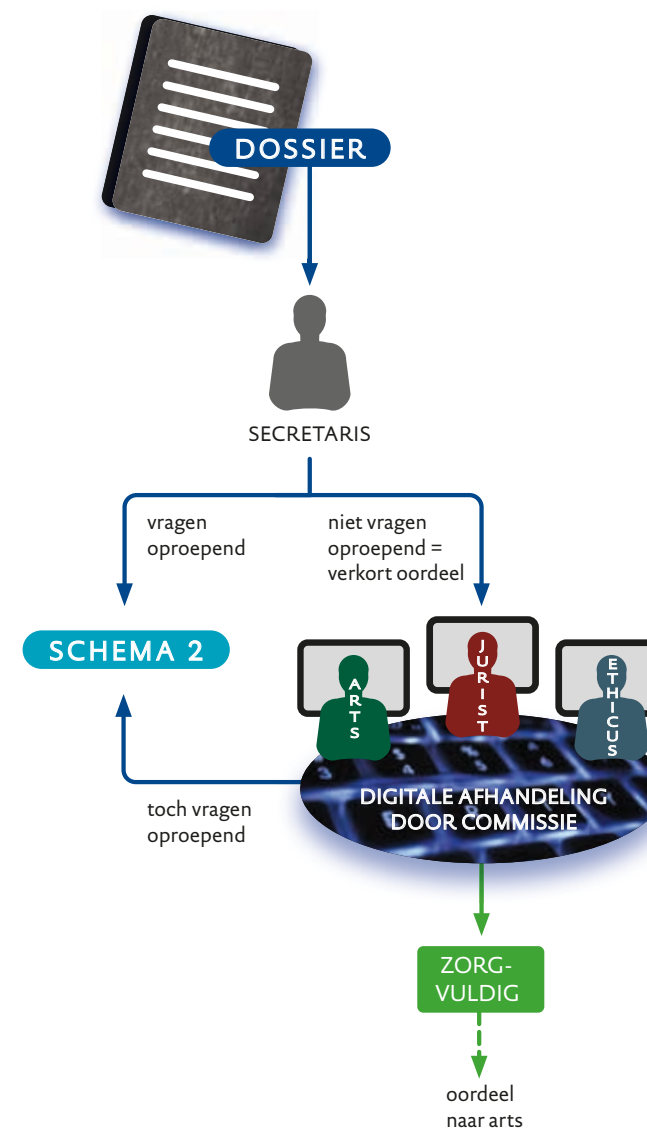
In 2022 werd 95,9% van het aantal ontvangen meldingen als NVO geselecteerd door de secretaris van de commissies.

Als voorbeeld van NVO-meldingen waarin de arts een verkort oordeel ontving, zijn in hoofdstuk 2 de nummers 2022-067, 2022-029, 2022-094, 2022-031 en 2022-006 opgenomen. Opmerking verdient dat daar een samenvatting van de betreffende melding is weergegeven. Ook op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl) wordt een deel van de NVO-meldingen op die wijze uitgeschreven. In het aan de arts verzonden verkort oordeel is een dergelijke samenvatting niet opgenomen.

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

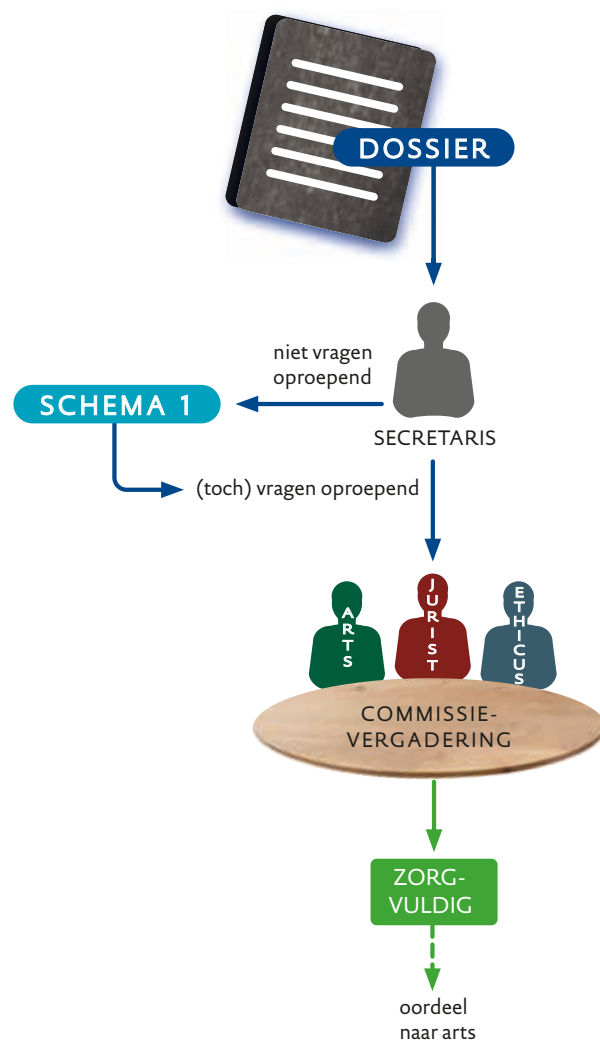
SCHEMA 1

CA. 95,9% VAN DE MELDINGEN
(NIET VRAGEN OPROEPEND)



SCHEMA 2

CA. 4,1% VAN DE MELDINGEN
(VRAGEN OPROEPEND)



leidden. De commissie beperkt zich daarbij tot het aspect dat vragen oproep.

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

Van alle ontvangen meldingen werd 4,1% direct bestempeld als vragen oproepend, bijvoorbeeld omdat sprake was van een psychische stoornis, omdat vragen rezen over de uitvoering van de euthanasie of omdat het door de meldende arts aangeleverde dossier toch te summier was om tot een oordeel te komen.

Het tijdsverloop tussen de ontvangst van de melding en het versturen van het oordeel bedroeg in 2022 gemiddeld 34 dagen. Dat is binnen de in artikel 9, eerste lid van de Wtl, vastgestelde termijn van tweemaal zes weken, echter twee dagen langer dan in 2021. Deels laat dat oplopende tijdsverloop zich verklaren door het toegenomen aantal meldingen, deels ook door personeelsverloop.

HET STELLEN VAN SCHRIFTELIJKE EN MONDELINGE VRAGEN DOOR DE RTE

In sommige gevallen leveren de door de arts en consulent ingevulde verslagen met de daarbij gevoegde bijlagen voor de commissie onvoldoende duidelijkheid om de melding te kunnen beoordelen. De commissie kan dan besluiten aan de arts of consulent een nadere toelichting te vragen. De commissie heeft naar aanleiding van haar vergadering in 18 meldingen bij de arts, en in een enkel geval bij de consulent, om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd.

In 28 meldingen heeft de commissie de arts, en in een enkel geval de consulent, uitgenodigd om tijdens de daaropvolgende commissievergadering antwoord te geven op bij de commissie gerezen vragen, al dan niet nadat eerst schriftelijke vragen aan de arts waren gesteld. Dit is inclusief de hiervoor genoemde 13 meldingen waarin de commissie uiteindelijk oordeelde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Indien sprake is van een eenvoudige, feitelijke vraag wordt deze ook wel telefonisch gesteld.

COMPLEXE MELDINGEN

De commissies voeren onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het wenselijk wordt geacht dat alle commissieleden en secretarissen zich erover kunnen uitspreken. Zo is het een vaste werk-

wijze dat een commissie die meent dat een melding niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, het voorgenomen oordeel met onderliggend dossier digitaal op het RTE-intranet aan alle andere commissieleden en secretarissen voorlegt. Meldingen waarin euthanasie wordt verleend aan een wilsonbekwame patiënt op basis van diens schriftelijke wilsverklaring volgen per definitie die route. Na kennisneming van de reacties komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

Ook bij andere meldingen waarin de commissie behoefte heeft aan een RTE-brede raadpleging, worden voorgenomen oordelen op het intranet gezet. Het doel is om de kwaliteit van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en zoveel mogelijk uniformiteit in de oordelen te bereiken.

In 2022 zijn 34 meldingen in discussie gebracht. Dit is inclusief de meldingen die als 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' werden beoordeeld. In een enkel geval worden oordelen ook nog besproken in het voorzitters-, arts- en/of ethici-overleg.

REFLECTIEKAMER

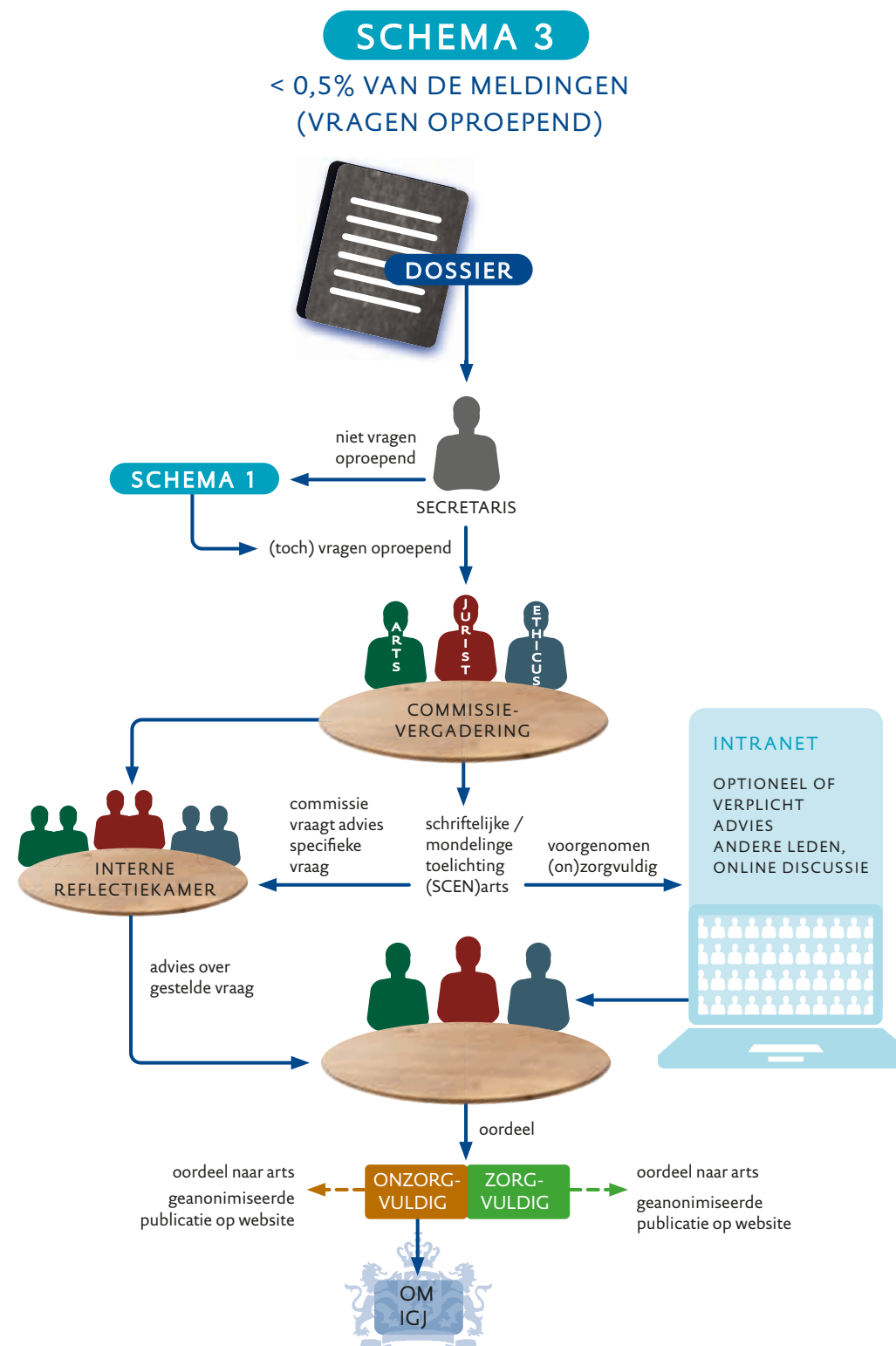
Op verzoek van het voorzittersoverleg heeft de Reflectiekamer van de RTE de EuthanasieCode geactualiseerd. Die is vervolgens in juli 2022 gepubliceerd. Voorafgaand daaraan zijn de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), het Openbaar Ministerie, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), EE en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) over de inhoud geraadpleegd. De EuthanasieCode 2022 is toegezonden aan alle huisartsen, psychiaters en specialisten oudergeneeskunde.

OVERIG

Het aangekondigde nieuwe automatiseringssysteem van de RTE is in mei 2022 in gebruik genomen. Via dat systeem ontvangt de arts inmiddels ook automatisch een e-mail met een ontvangstbevestiging van de melding, nadat deze door een procesondersteuner in het systeem is geregistreerd.

Inmiddels ontvangt de RTE het overgrote deel van de meldingen ook digitaal van de gemeentelijk lijkschouwer.

Het rapport van de vierde wetsevaluatie van de WtI zal in 2023 verschijnen. Daarin wordt ook het functioneren van de RTE geëvalueerd.



ORGANISATIE

De RTE is ingedeeld in vijf regio's. Elke regio heeft drie juristen (één regio-voorzitter en twee voorzitters), drie artsen en drie ethici. Daarmee bestaat de RTE uit 45 commissieleden. In verband met het toegenomen aantal meldingen is de RTE in overleg met de ministeries van VWS en J&V over een uitbreiding van het aantal leden.

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

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

De coördinerend voorzitter van de RTE zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor, waarbij ook steeds een vertegenwoordiger van de artsen en van de ethici aanwezig zijn. De RTE wordt bijgestaan door een secretariaat met ongeveer 25 medewerkers. Het secretariaat bestaat uit de algemeen secretaris, secretarissen (juristen) en administratief medewerkers (proces-ondersteuners). De secretarissen hebben een raadgevende stem in de commissievergadering. De inhoudelijke coördinatie van de secretarissen is in handen van de algemeen secretaris.

HOOFDSTUK 2

CASUÏSTIEK

2

1 INLEIDING

In dit hoofdstuk laten we oordelen van de RTE zien. In de kern bestaat het werk van de RTE uit het beoordelen van meldingen van artsen betreffende euthanasie.

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

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

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
- de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
- met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
- 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
- de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Bij het toetsen kijkt de RTE naar de wet, de wetgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de EuthanasieCode 2022⁸ die opgesteld is op basis van eerdere beslissingen van de RTE. Verder houden de commissies rekening met beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De RTE oordeelt of vast is komen te staan dat er voldaan is aan het vereiste van voorlichting (c), consultatie (e) en medisch zorgvuldige uitvoering (f). Het gaat om zaken die feitelijk kunnen worden nagegaan. De overige drie zorgvuldigheidseisen schrijven voor dat de arts tot de overtuiging is gekomen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (a), uitzichtloos en ondraaglijk lijden (b) en dat een redelijke andere oplossing ontbreekt (d). Gegeven de formulering van deze drie zorgvuldigheidseisen ('de overtuiging heeft gekregen') is aan de arts een zekere beoordelingsruimte gelaten. Bij de toetsing van het handelen van de arts op deze drie punten kijken de commissies daarom naar de wijze waarop de arts het onderzoek naar de feiten heeft gedaan en naar de motivering die de arts voor zijn besluitvorming geeft. De RTE toetst dus of de arts, gegeven diens door de wet gegeven beoordelingsruimte, in redelijkheid tot de beslissing heeft kunnen komen dat aan deze drie zorgvuldigheidseisen is voldaan. Daarbij kijkt de RTE naar de wijze waarop de arts zijn of haar beslissing onderbouwt. Het verslag van de consultant draagt vaak bij aan deze onderbouwing.

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

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

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

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

In paragraaf 3 komen de meldingen aan de orde waarin de RTE dit jaar heeft geoordeeld dat er niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Dit was in dertien meldingen het geval. Tien van deze meldingen zijn in dit jaarverslag uitgeschreven.

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

⁸ De EuthanasieCode 2022 is te downloaden op de website van de RTE (www.euthanasiecommissie.nl)

2 DE ARTS HEEFT VOLDAAN AAN DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

2.1 VIJF VOORBEEDEN VAN DE MEEST VOORKOMENDE MELDINGEN

Zoals uit hoofdstuk 1 blijkt, wordt euthanasie voor het overgrote deel verleend aan patiënten met kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen, longaandoeningen of een combinatie van aandoeningen. Als voorbeelden daarvan dienen de volgende vijf meldingen, die allemaal NVO-meldingen zijn. Deze oordelen geven een beeld van de aard van de meldingen die de RTE het vaakst binnenkrijgt.

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

KANKER

Longkanker, afwijzen van verder onderzoek

Bij een man, tussen de tachtig en negentig jaar oud, werd drie maanden voor het overlijden de waarschijnlijkheidsdiagnose longkanker gesteld. Vanwege zijn leeftijd en slechte conditie wilde hij hier geen verder onderzoek naar laten doen. Genezing was niet meer mogelijk.

De man was erg benauwd, had hevige hoestaanvalen en pijn in de rug. Ook was hij in korte tijd erg vermagerd. De man kon steeds minder en was aan huis gekluisterd. Hij leed aan de algehele verzwakking en het gebrek aan perspectief.

De man verzocht de arts één maand voor het overlijden om uitvoering van de levensbeëindiging. Volgens de arts was het verzoek vrijwillig en weloverwogen. Zij stelde vast dat de man, ondanks vele tegenslagen die hij had gekend, niet depressief was. De arts vond de man wilsbekwaam ten aanzien van zijn verzoek.

De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen aanvaardbare mogelijkheden meer om zijn lijden te verlichten. Verder bleek uit het dossier dat de arts en de specialisten de man hadden voorgelicht over zijn gezondheidstoestand en de behandelmogelijkheden.

De arts raadpleegde een onafhankelijke SCEN-arts als consulent. Zij bezocht de man een week voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

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

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

Op de website te vinden onder nummer 2022-067.

AANDOENING VAN HET ZENUWSTELSEL

MS, euthanasietraject werd door collega-arts overgenomen

Bij een man, tussen de zestig en zeventig jaar oud, werd zeven jaar voor het overlijden Multiple Sclerose (MS) vastgesteld. Dit is een aandoening van het centrale zenuwstelsel waarbij de zenuwen minder goed signalen doorgeven van en naar de hersenen. Genezing hiervan is niet mogelijk.

Bij de man was sprake van toenemend functieverlies. Hierdoor was hij voor een groot deel zorg- en rolstoelafhankelijk. De man moest via een tillift in en uit zijn rolstoel worden geholpen. Vaak verloor hij daarbij ontlasting. Het lijden van de man bestond uit de fysieke achteruitgang en pijnlijke spierkrampen. De uitzichtloosheid van de situatie en de angst voor verdere verslechtering vergden daarnaast emotioneel veel van de man.

De huisarts van de man wilde de euthanasie niet uitvoeren. Daarom nam een praktijkgenoot het euthanasietraject over. Tijdens het eerste gesprek met de arts, zes weken voor het overlijden, verzocht de man om uitvoering van de levensbeëindiging. Er volgden wekelijks meerdere gesprekken waarin de man zijn verzoek bleef herhalen.

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

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

Op de website te vinden onder nummer 2022-029.

LONGAANDOENING

COPD, verslechtering door Covid-infectie

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, werd lang voor het overlijden COPD (een longziekte) vastgesteld. Uiteindelijk kwam zij terecht in het laatste stadium van COPD. Ongeveer een jaar voor het overlijden maakte de vrouw een Covid-infectie door, waarna haar longfunctie verder verslechterde. De extra zuurstof die de vrouw kreeg toegediend verlichtte haar benauwdheid onvoldoende. Voor de vrouw waren er geen behandelopties meer.

Het lijden van de vrouw bestond uit ernstige benauwdheid, vermoeidheid en krachtsverlies. De vrouw was tot weinig meer in staat, zij bracht haar dagen zittend of liggend in bed door. Zelfs eten en drinken vergden veel energie. De vrouw had angst om te stikken. Dit had zij eerder bij een naaste met hetzelfde ziektebeeld gezien en wilde zij voor zichzelf voorkomen.

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

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

Op de website te vinden onder nummer 2022-031.

HART- EN VAATAANDOENING

Hartfalen en vaatlijden met amputatie, verlies van zelfredzaamheid

Bij een man, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, was sinds een jaar voor het overlijden sprake van vaatlijden. Hierdoor moest eerst een deel van zijn rechtersvoet en later zijn rechteronderbeen worden geamputeerd. Tijdens een ziekenhuisopname, een maand voor het overlijden, werd bij de man ernstig hartfalen geconstateerd. Behandelingen sloegen niet aan en genezing bleek niet mogelijk.

De amputatiewond van de man genas niet goed. Daarom was een verdere amputatie tot boven de knie noodzakelijk. De man wilde deze ingrijpende operatie niet meer ondergaan, mede omdat hij door zijn hartfalen in zeer slechte conditie was. De man was erg vermoeid en tot weinig meer in staat. Hij leed onder zijn afhankelijkheid, het verlies van zelfredzaamheid en het gebrek aan perspectief.

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

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

Op de website te vinden onder nummer 2022-094.

COMBINATIE VAN AANDOENINGEN

CVA (herseninfarct), uitgezaaid melanoom, bemoeilijkte communicatie

Een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, maakte ongeveer een half jaar voor het overlijden een CVA door. Hierdoor raakte de helft van haar lichaam verlamd. Ook had zij problemen met praten en met alledaagse handelingen. Ongeveer twee maanden voor het overlijden werd bij de vrouw een uitgezaaid melanoom (een vorm van huidkanker) geconstateerd. Genezing was niet meer mogelijk.

Het lijden van de vrouw bestond uit de gevolgen van het CVA. De vrouw kon zich slechts nog uiten met hoofdbewegingen. Dit was erg frustrerend voor haar. De vrouw was tot weinig in staat en werd afhankelijk van anderen. Het verlies van spraak en autonomie paste niet bij de actieve en talige persoon die zij altijd was geweest. De vrouw vond haar situatie ook emotioneel erg zwaar en leed onder het gebrek aan perspectief door het uitgezaaide melanoom.

De arts heeft gevraagd of de vrouw euthanasie wenste. Met hoofdbewegingen kon de vrouw reageren op gesloten vragen. Zij bleef tijdens de gesprekken consistent in haar verzoek.

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

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

Op de website te vinden onder nummer 2022-006.

2.2 VIJF VOORBEELDEN VAN MELDINGEN GEORDEND NAAR VIJF ZORGVULDIGHEIDSEISEN

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

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De Wtl bepaalt dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek moet de patiënt zelf doen.

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseis inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek kunnen in bepaalde situaties bijzondere vragen rijzen. Te denken valt aan gevallen waarin het gaat om minderjarigen (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 24).

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Minderjarige patiënt

Bij een jongen, tussen de twaalf en zestien jaar oud, werd ruim drie jaar voor het overlijden een kwaadaardige tumor vastgesteld. Ongeveer een jaar voor het overlijden werden er uitzaaiingen geconstateerd. Genezing was niet meer mogelijk. De jongen had veel pijn en nauwelijks nog energie, hij was daardoor bedlegerig geworden.

De Wtl is van toepassing op euthanasie bij personen van twaalf jaar en ouder. Wel stelt de wet met betrekking tot minderjarige patiënten tussen de twaalf en zestien jaar enkele aanvullende eisen. De commissie heeft in dit dossier daarom stilgestaan bij deze eisen: het vermogen van de jongen om tot een redelijke waardering van zijn belangen te komen (de 'interne' vrijwilligheid of wilsbekwaamheid) en de instemming van zijn ouders bij zijn verzoek om levensbeëindiging.

In het verslag had de arts toegelicht dat hij voor een langere periode regelmatig met de jongen heeft gesproken. Hierdoor had de arts de overtuiging gekregen dat de jongen goed over zijn keuzes nadacht en de gevolgen ervan kon overzien. De arts vond de jongen wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. De jongen besprak alles met zijn ouders en zij steunden hem in zijn euthanasieverzoek. Ter ondersteuning vroeg de arts een collega van zijn praktijk om de wilsbekwaamheid van de jongen te beoordelen. Deze arts had hierover ook geen twijfels. Daarnaast was ook de consultant van mening dat de jongen wilsbekwaam was en dat zijn ouders hem volledig steunden in zijn keuze.

De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de jongen en dat de ouders instemden met zijn verzoek. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2022-072.

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

“Het lijden van een patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. [...] Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënt redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen of verminderen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat. [...] De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt, in het licht van zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts, mede gelet op het voortraject, invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is.” (EuthanasieCode 2022, p. 26-27)

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

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

Stapeling van ouderdomsaandoeningen, twijfel over de medische grondslag, mondelinge toelichting arts

Een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, was slechthorend, slechtzindend en had een hoge bloeddruk en last van draaiduizeligheid. Ook had de vrouw enkele onrustige plekken op haar huid, na een eerder doorgemaakt melanoom.

Op basis van het dossier was het voor de commissie onvoldoende duidelijk waaruit het ondraaglijk lijden van de vrouw bestond en wat de relatie was tussen dit lijden en de vastgestelde medische aandoeningen.

De arts werd uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. Tijdens dit gesprek verklaarde hij aan de commissie dat de vrouw steeds meer beperkingen ervoer en leed onder de afname van haar functioneren. Dit had de vrouw consequent aangegeven tijdens meerdere gesprekken die zij met de arts had gevoerd, sinds tien maanden voor het overlijden. Door de toename en uitbreiding van haar klachten kon de vrouw uiteindelijk niets meer doen waaraan zij voorheen nog plezier beleefde. Zij kon niet meer autorijden, tuinieren of de actualiteiten op televisie volgen. Zelfstandig lopen ging ook steeds moeilijker. De vrouw raakte eenzaam, somber en angstig.

De arts verklaarde verder dat de vrouw altijd erg volhardend en streng voor zichzelf was geweest. Ook was de vrouw erg gehecht aan haar zelfstandigheid. Zij wilde daarom absoluut niet opgenomen worden in een zorginstelling. De arts was ervan overtuigd dat de vrouw in het licht van haar karakter en levensgeschiedenis uitzichtloos en ondraaglijk leed.

De geraadpleegde consulent overwoog dat er aspecten van, wat hij ‘voltooid leven’ noemde, aan de overlijdenswens van de vrouw zaten. Maar hij meende dat er ook medische aandoeningen aan de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de vrouw ten grondslag lagen. De arts gaf tijdens het gesprek aan dat hij zich erg gesteund voelde door deze conclusie. De consulent had de vrouw namelijk uitgebreid bevraagd over haar lijden.

De commissie constateerde dat de vrouw altijd een zelfstandig leven had geleid. In de loop der jaren namen haar beperkingen steeds meer toe, waardoor zij haar dagen vooral zittend op een stoel doorbracht.

De vrouw leed onder deze achteruitgang en de toenemende afhankelijkheid. De commissie kwam tot de conclusie dat de vrouw door de opeenstapeling van haar beperkingen geen zinvolle invulling meer kon geven aan haar leven.

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

Op de website te vinden onder nummer 2022-056.

HET ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

Neurologische klachten door val, schriftelijke toelichting arts, afwijzen van verder onderzoek en behandeling

Een vrouw, tussen de 60 en 70 jaar oud, was tientallen jaren voor het overlijden hard op haar hoofd gevallen. Zij ontwikkelde daarna neurologische klachten waaronder hoofdpijn, gezichtspijn, duizeligheid, dubbelzien, slaapproblemen en verminderde concentratie. Eén jaar voor het overlijden werd haar hiel verbrijzeld door een val. Ongeveer een maand voor het overlijden brak zij bij een andere val haar pols.

In het verslag had de arts aangegeven er niet volledig van overtuigd te zijn dat het lijden naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Daarnaast sprak de consulent over eventuele behandelopties voor de vrouw. De commissie besloot de arts daarom om een nadere toelichting te vragen.

De arts verklaarde in deze toelichting dat hij zich in de beantwoording van het verslag had laten leiden door de term 'naar heersend medisch inzicht'. Omdat sommige van de onderzoeken die de vrouw had ondergaan geda-teerd waren, wist hij niet zeker of er nog nieuwe medische ontwikkelingen waren die mogelijk enige verlichting van haar klachten konden geven. Over eventuele behandelopties was de arts in gesprek gegaan met de vrouw. Zij wilde echter geen nieuwe onderzoeken of behandelingen meer ondergaan. De vrouw was ontmoedigd geraakt door de beperkte resultaten van eerdere behandelingen. Ook psychologische steun hoefde zij niet, de vrouw vond voldoende steun in haar geloof.

Het werd de commissie duidelijk dat de vrouw sinds dertig jaar voor het overlijden in behandeling was geweest bij verschillende medisch specialisten, zonder gewenst effect. Hoewel de consulent nog enkele behandeladviezen had gegeven, nam de commissie in haar overweging mee dat de consulent het wel invoelbaar vond dat de vrouw geen behandelingen meer wilde ondergaan.

De commissie constateerde dat de vrouw geen draagkracht meer had om nog enige behandeling te ondergaan. Gezien de leeftijd van de vrouw, in samenhang met haar fysieke toestand en de uitgebreide behandelgeschiedenis, was dat voor alle bij de casus betrokken artsen invoelbaar. De commissie kwam dan ook tot het oordeel dat de arts samen met de vrouw tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing meer was. Ook aan de andere zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2022-114.

CONSULTATIE

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

Bij voorkeur is de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent een zogenoemde SCEN-arts. SCEN is een programma van de KNMG en staat voor 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland'. Een SCEN-arts is een door de KNMG opgeleide arts die bereikbaar en beschikbaar is om een onafhankelijke en deskundige beoordeling uit te voeren in het kader van een euthanasieverzoek (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 30-31).

CONSULTATIE

NVO-melding, kanker, patiënte woonachtig op Caribisch Nederland

Bij een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, werd twee weken voor het overlijden longkanker met uitgebreide uitzaaiingen vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De vrouw had veel pijn die niet behandeld kon worden met medicatie. In korte tijd was zij erg verzwakt en bedlegerig geworden. Zij vond de afhankelijkheid vreselijk.

De vrouw verzocht de arts ongeveer een week voor het overlijden om uitvoering van de levensbeëindiging. De arts raadpleegde een onafhankelijk consulent die geen SCEN-arts was. De reden hiervoor was dat er geen SCEN-arts beschikbaar was op het eiland waar de vrouw woonde. De onafhankelijk consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

Hoewel het de voorkeur heeft dat een arts een SCEN-arts raadpleegt als consulent, is dit geen wettelijk vereiste, zo blijkt ook uit de Euthanasie-Code. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig alle zorgvuldigheidseisen.

Op de website te vinden onder nummer 2022-054.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Komt het tot euthanasie, dan moet de arts deze medisch zorgvuldig uitvoeren. Het gaat hierbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van het coma. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseis hanteren de commissies de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 2021 (hierna: de Richtlijn) als leidraad. Volgens de Richtlijn moet de arts beschikken over een noodset van middelen, voor het geval er met de eerste set iets misgaat (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 36-37).

MEDISCHE ZORGVULDIGE UITVOERING

Kanker, toedienen van tweede dosis spierverslapper, schriftelijke toelichting arts

Bij een vrouw, tussen de vijftig en zestig jaar oud, verliep de uitvoering van de euthanasie moeizaam. De arts verklaarde ter verduidelijking het volgende aan de commissie.

De dag voorafgaand aan de euthanasie had een specialistisch verpleegkundig team een infuusnaald geplaatst in een ader in de elleboogholte van de vrouw. Op de dag van de uitvoering diende de arts bij de vrouw een dosering van 2000 milligram thiopental als coma-opwekkend middel toe. De vrouw bleef rustig doorademen. Tijdens het toedienen had de arts geen weerstand in de spuit gevoeld en ontstond er geen zwelling op de huid. Een half uur na de toediening van de thiopental stelde de arts, na de toediening van een pijnprikkel en het uitvoeren van een wimperreflex, vast dat de vrouw voldoende diep in coma was. De arts diende vervolgens 150 milligram rocuronium als spierverslapper toe. Als reden voor de lange tijd tussen het toedienen van de twee middelen gaf de arts aan dat zij hiervoor had gekozen om de euthanasie niet te abrupt te laten verlopen. Dit was namelijk de wens van de familie geweest. De vrouw overleed echter niet na de toediening van de rocuronium. De arts was in de veronderstelling dat er met het infuus niets mis was, dit had zij ook gecontroleerd. Daarom besloot de arts na 25 minuten de rocuronium uit de noodset toe te dienen. Omdat de vrouw ook na de toediening van deze tweede dosis niet direct overleed, zocht de arts contact met een anesthesioloog van het palliatieve team. Er werd afgesproken dat als de situatie zo zou blijven, de ambulance een nieuwe naald zou komen prikken en de apotheker een derde set euthanatica zou leveren. In de minuten die hierop volgden ging de vrouw steeds oppervlakkiger ademen en overleed zij rustig.

De commissie stelde vast dat de arts, anders dan de Richtlijn adviseert, niet opnieuw een infuusnaald bij de vrouw inbracht nadat zij te weinig reactie gaf op de toediening van de thiopental. Ook zat er een lange tijd tussen het toedienen van de thiopental en de eerste dosis rocuronium, terwijl de Richtlijn adviseert deze doseringen direct na elkaar toe te dienen als een voldoende diep coma is vastgesteld.

De commissie stelde ook vast dat de arts zich heeft laten adviseren door een anesthesioloog toen het overlijden van de vrouw uitbleef. Daarbij was de vrouw tijdens de uitvoering niet meer ontwaakt uit haar coma. Dit was door de arts ook gecontroleerd. De arts is tijdens de uitvoering kalm gebleven en heeft de vrouw en haar familie op geen enkel moment verlaten.

De commissie kwam daarom tot het oordeel dat, hoewel de Richtlijn niet volledig werd nageleefd, de arts in deze specifieke situatie de levensbeëindiging op verzoek zorgvuldig heeft uitgevoerd. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2022-116.

2.3 VIER VOORBEELDEN VAN PATIËNTEN MET EEN BIJZONDERE AANDOENING

Hieronder worden vier oordelen beschreven waarbij er sprake was van patiënten met een bijzondere aandoening. De eerste twee meldingen betreffen patiënten met een psychische stoornis en een stapeling van ouderdomsaandoeningen. De twee daaropvolgende meldingen betreffen patiënten met dementie. Deze vier meldingen waren op één na allemaal aangemerkt als VO-meldingen.

PSYCHISCHE STOORNIS

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

PSYCHISCHE STOORNIS

Verskillende psychische stoornissen

Bij een vrouw, tussen de twintig en dertig jaar oud, was sprake van een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS), een autismespectrumstoornis (ASS), een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en terugkerende depressieve periodes. Ook had zij een licht verstandelijke beperking en anorexia. De vrouw kon door haar aandoeningen geen invulling geven aan haar leven of genieten van activiteiten. Daarbij was een constant risico op zelfdoding aanwezig. De vrouw was moegestreden en wilde niet meer verder lijden.

De arts constateerde dat de vrouw ziektebesef en -inzicht had en dat zij zich bewust was van haar situatie, haar vooruitzichten en van de gevolgen van haar euthanasiewens. De onafhankelijk psychiater vond dat de vrouw goed en invoelbaar kon uitleggen waarom zij een euthanasieverzoek had. De consulent, ook psychiater, stelde vast dat de euthanasiewens van de vrouw geen symptoom was van haar psychische stoornissen. Alle betrokken artsen waren van mening dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Uit het dossier bleek dat de vrouw in de zes jaar voor het overlijden een uitgebreid behandel- en begeleidingstraject had doorlopen, met verschillende soorten medicatie, opnames, ambulante begeleiding en gespecialiseerde behandelingen. De vrouw was volgens de geldende richtlijnen behandeld, maar dit had onvoldoende effect gehad. Haar situatie was zelfs achteruitgegaan. De vrouw was bijna de hele dag bezig met de dwangrituelen die door haar OCS continu op de voorgrond stonden. Ook had zij nachtmerries en herbelevingen van traumatische gebeurtenissen. De onafhankelijk psychiater concludeerde ondanks de jonge leeftijd van de vrouw, dat haar situatie niet meer verbeterd kon worden met een behandeling. Alle betrokken artsen vonden dat de vrouw uitzichtloos en ondraaglijk leed en dat er voor haar geen redelijke andere oplossing was.

Volgens de commissie was de arts met grote behoedzaamheid te werk gegaan. De commissie was van oordeel de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat de arts samen met de vrouw tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin de vrouw zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen was volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2022-085.

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

Het lijden van de patiënt moet zijn oorzaak vinden in een medische aandoening die zowel somatisch als psychisch van aard kan zijn. Het hoeft niet te gaan om één overheersend medisch probleem. Het lijden van de patiënt kan ook het gevolg zijn van een stapeling van grotere en kleinere gezondheidsproblemen. De optelsom van medische problemen kan, in samenhang met de ziektegeschiedenis, de levensgeschiedenis, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt, een lijden doen ontstaan dat voor de patiënt ondraaglijk is (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 25).

STAPELING VAN OUDERDOMSAANDOENINGEN

NVO-melding, verschillende aandoeningen, specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd, huisarts voerde de euthanasie uit

Een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, had sinds enige tijd voor het overlijden last van meerdere ouderdomsaandoeningen. Zij was bijna blind, had botontkalking met wervelinzakkingen, ernstige verkromming van de rug en er was sprake van vaatlijden. Ook werd enkele maanden voor het overlijden dementie vastgesteld. Ongeveer een maand voor het overlijden maakte de vrouw een Covid-infectie door. Zij werd in het ziekenhuis opgenomen, waar vermoed werd dat bij de vrouw ook sprake was van hartfalen. Zij wilde hier geen verder onderzoek meer naar laten doen.

De vrouw had veel pijn in haar rug en benen, waardoor zij haar dagen uiteindelijk alleen nog maar zittend op een stoel doorbracht. Zij was erg vermoeid, benauwd, kon slecht zien en verloor steeds het overzicht. Dingen die haar voorheen afleiding boden, zoals tv-kijken en breien, kon zij niet meer doen. De vrouw kon zichzelf nauwelijks nog verzorgen. Een verblijf in een verpleeghuis werd noodzakelijk, maar dit wilde zij absoluut niet. Zij leed onder het verlies van autonomie en de daarmee samenhangende afhankelijkheid van anderen.

Ongeveer twee weken voor het overlijden vroeg de vrouw de arts om euthanasie. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Wel raadpleegde de arts voor de zekerheid een specialist ouderengeneeskunde. Deze concludeerde ook dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor de vrouw ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren voor de vrouw geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts handelde overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Op de website te vinden onder nummer 2022-079.

DEMENTIE

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

In bijna alle gemelde gevallen, gaat het om patiënten die nog voldoende inzicht in hun situatie hebben en die nog wilsbekwaam zijn ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze patiënten wordt, naast een actuele achteruitgang in cognitieve vermogens en functioneren, veelal medebepaald door de angst voor verdere achteruitgang en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor (in het bijzonder) de autonomie en de waardigheid van de patiënt (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 49).

In de fase waarin het proces van dementie zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in die gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring met een euthanasieverzoek heeft opgesteld. Artikel 2, tweede lid, Wtl bepaalt dat een schriftelijke wilsverklaring een mondeling verzoek kan vervangen en dat de in artikel 2, eerste lid, Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 50).

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

WILSBEKWAME PATIËNT MET DEMENTIE

Voortschrijdende dementie, specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd, wilsbekwaam

Bij een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, werd enkele maanden voor het overlijden dementie vastgesteld. Waarschijnlijk had zij de ziekte van Alzheimer. De vrouw verbleef in een woonzorgcentrum, maar door de snelle achteruitgang zou zij opgenomen moeten worden in een verpleeghuis. De vrouw had dit van dichtbij meegemaakt bij haar inmiddels overleden echtgenoot en wilde dit niet voor haarzelf. Zij vond dat menonwaardig.

De arts, al vele jaren de huisarts van de vrouw, had met haar regelmatig over euthanasie gesproken. De vrouw gaf in deze gesprekken steeds aan dat zij niet naar een verpleeghuis wilde en dat als de dementie zou voortschrijden, zij euthanasie wilde. De arts schakelde een specialist ouderengeneeskunde in. Deze was van mening dat de vrouw de gevolgen van haar keuze goed kon overzien. Ook de consulent concludeerde dat de vrouw, ondanks het toenemende verlies aan ziekte-inzicht, duidelijk kon uitleggen waarom zij euthanasie wenste. Alle betrokken artsen vonden dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Volgens de arts leed de vrouw ondraaglijk. Voorheen had zij altijd de regie gevoerd over haar eigen leven, dat was door haar dementie niet meer mogelijk. Ook kon zij niet meer genieten van muziek. Verder zag zij erg op tegen de aanstaande verhuizing naar een verpleeghuis. Ook werd zij angstig en achterdochtig en had zij pijn door de neuropathie (het niet goed functioneren van één of meer zenuwen). Deze pijn was niet goed te behandelen omdat zij bang was voor nieuwe medicatie. Ook de consulent kwam tot de conclusie dat de vrouw ondraaglijk leed door het vooruitzicht van verdere cognitieve achteruitgang en opname in het verpleeghuis. De specialist ouderengeneeskunde stelde vast dat het lijden van de vrouw actueel was. Zij leed onder het gebrek aan zingeving, eenzaamheid en de afhankelijkheid van anderen.

De commissie vond dat de arts de grote behoedzaamheid in acht had genomen die van haar in deze situatie verwacht werd. De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en ondraaglijk lijden. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen was volgens de commissie voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2022-115.

PATIËNT MET DEMENTIE DIE NIET MEER WILSBEKWAAM IS

Ziekte van Alzheimer, schriftelijke wilsverklaring, Expertisecentrum Euthanasie

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, werd ongeveer tweeëneenhalf jaar voor het overlijden op basis van al langer bestaande klachten de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Ruim twee jaar voor het overlijden had de vrouw een levenstestament met dementieverklaring opgesteld bij een notaris. Ruim een jaar voor het overlijden schreef de vrouw een aanvullende wilsverklaring.

De echtgenoot van de vrouw meldde haar aan bij het Expertisecentrum Euthanasie (EE), omdat de huisarts geen euthanasie wilde uitvoeren bij dementie. De arts bezocht de vrouw negen maanden voor het overlijden voor het eerst en een maand later nogmaals. Tijdens deze twee bezoeken deed de vrouw uitspraken waaruit bleek dat zij bij haar echtgenoot wilde blijven.

Tweeënhalve maand voor het overlijden zocht de echtgenoot van de vrouw opnieuw contact met de arts. Hij verzocht de arts om aan de euthanasiewens van zijn vrouw te voldoen. De vrouw kon dit verzoek niet zelf meer uiten. De arts bezocht de vrouw toen nog vier keer.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De commissie constateerde op basis van het dossier dat de vrouw wilsbekwaam was op het moment dat zij haar wilsverklaringen opstelde. In haar levenstestament met dementieverklaring had de vrouw aangegeven dat zij wenste te overlijden als er sprake was van een eindstadium van geestelijke aftakeling waarvoor geen zinvolle behandeling meer mogelijk was. De vrouw had ook een aanvullende wilsverklaring opgesteld met de titel 'angst voor wat komen gaat'. Daarin had de vrouw geschreven dat zij vreesde voor aantasting van haar waardigheid nu zij niet goed meer kon nadenken en zichzelf niet meer kon verzorgen. De vrouw wilde niet afhankelijk worden van anderen, zij wenste een waardig einde.

Tijdens het bezoek, twee maanden voor het overlijden, concludeerde de arts dat de vrouw wilsbekwaam was geworden ten aanzien van haar euthanasieverzoek. De situatie van de vrouw was ernstig verslechterd. Volgens de arts was haar situatie nu zo als de vrouw bedoeld had in haar wilsverklaring. Ook sprak de arts met naasten van de vrouw. Deze verklaarden allemaal dat de vrouw niet in een situatie als deze terecht had willen komen. Ook de behandelend artsen van de vrouw konden dit bevestigen.

De commissie stelde vast dat, hoewel het levenstestament van de vrouw enigszins algemeen was opgesteld, haar aanvullende wilsverklaring meer duidelijk maakte. De commissie was overtuigd dat op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging sprake was van de omstandigheden waar de vrouw in haar levenstestament op doelde en die zij in haar aanvullende wilsverklaring ook had beschreven. De vrouw was namelijk volledig afhankelijk en had geen grip meer op haar denken en handelen. Met name deze aspecten had de vrouw ook benoemd in haar wilsverklaring. De commissie concludeerde daarbij dat de wilsverklaring van de vrouw aan de twee essentiële elementen voldeed. Uit de wilsverklaring volgde namelijk dat de vrouw euthanasie wilde als zij door de dementie wilsonbekwaam was geworden. Daarnaast lag het uit de dementie voortkomende lijden ten grondslag aan haar verzoek.

De commissie stelde verder vast dat de arts meerdere keren had geprobeerd om contact te krijgen met de vrouw. Zij onderzocht of de vrouw verbaal of non-verbaal kon aangeven dat zij geen euthanasie meer wilde. Tijdens de laatste gesprekken tussen de arts en de vrouw was de communicatie erg lastig. Vaak waren de uitingen van de vrouw onverstaaenbaar. Maar op de momenten dat de vrouw helder leek, maakte zij opmerkingen als “ik ben verloren, van mij hoeft het niet meer zo, ik kan niets meer”.

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

Wat betreft het ondraaglijk lijden vond de commissie dat de arts hier zorgvuldig onderzoek naar had gedaan. De vrouw was in een eerdere fase gefrustreerd om wat anderen wel konden doen en zij niet. Later was zij vaak langdurig aan het huilen. Volgens de arts was zij ontredderd, maakte zij een bange indruk, en stond de angst in haar ogen. De vrouw werd steeds onrustiger. Zij was eindeloos aan het rondlopen met een gebogen rug en soms zat zij kwijlend op handen en voeten en riep zij om hulp. De vrouw kon nauwelijks nog spreken en had slikklachten, waardoor zij alleen maar vloeibaar kon eten. Hierdoor was zij erg vermagerd.

Dit beeld werd ook bevestigd door behandelend artsen die bij de vrouw betrokken waren. Zij zagen het lijden in de ogen van de vrouw. Soms had de vrouw nog heldere momenten. Zij liep dan boos en verdrietig weg. Juist op die momenten kwam het ondraaglijk lijden duidelijk naar voren. De arts concludeerde dat er sprake was van zowel geestelijk als lichamelijk lijden. Zij leed aan haar dementie.

De onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde en consulent bevestigden ook dat de vrouw ondraaglijk leed, ook op de momenten dat zij helder van bewustzijn was. Tijdens het gesprek met de consulent keek de vrouw steeds angstig en mompelde zij dat ze bang was en niet meer wilde.

De arts was er verder van overtuigd dat er geen redelijke andere oplossing was om het lijden van de vrouw te verlichten. Zij was volledig afhankelijk en haar cognitieve achteruitgang was onomkeerbaar. Ondersteuning en medicatie hadden de vrouw onvoldoende verlichting gegeven. De vrouw wilde ook niet worden opgenomen in een zorginstelling. Daarnaast was haar lijden uitzichtloos. De onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde en de consulent bevestigden de arts in haar conclusie.

VOORGELICHT OVER DE SITUATIE EN VOORUITZICHTEN

Uit het dossier werd duidelijk dat de vrouw sinds de gestelde diagnose regelmatig met de huisarts had gesproken over euthanasie en haar wilsverklaringen. Ook had zij met naasten gesproken over haar ziekte en toekomstbeeld. De vrouw had ook een aantal brieven geschreven waaruit bleek dat zij zich bewust was van haar ziekte en het verloop daarvan. Daarbij had de arts tijdens de eerste twee gesprekken nog goed met de vrouw kunnen spreken over haar euthanasiewens. De commissie kwam daarom tot het oordeel dat de vrouw zich ten tijde van het opstellen van haar wilsverklaringen bewust was geweest van haar ziektebeeld en het verloop daarvan.

CONSULTATIE

De geraadpleegde consulent had de vrouw gezien en gesproken en alle relevante informatie bestudeerd, zoals ook de schriftelijke wilsverklaring. Ook sprak hij met de echtgenoot van de vrouw. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen voor de uitvoering van euthanasie was voldaan. De commissie constateerde dat de arts ook een onafhankelijk specialist ouderengeneeskunde raadpleegde. Deze had het dossier doorgenomen en met verschillende betrokkenen gesproken. Ook luisterde zij geluidsopnames van de vrouw. De specialist ouderengeneeskunde had geprobeerd een gesprek met de vrouw te voeren. Deze kwam tot de conclusie dat de vrouw wilsonbekwaam was en deelde de mening van de arts dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

UITVOERING

De commissie stelde vast dat de arts de uitvoering tijdens het laatste bezoek in aanwezigheid van de vrouw met haar naasten had besproken. Door het onrustige gedrag van de vrouw leek het de arts, in overleg met de apotheker, verstandig om vóór de uitvoering rustgevend medicatie toe te dienen. Deze premedicatie werd in de appelmoes van de vrouw gedaan. Zij at dit op en ging in bed liggen. De arts was hier nog niet bij aanwezig. Na drie kwartier begon de premedicatie te werken en viel de vrouw in slaap. De arts, die toen net was aangekomen, voerde de levensbeëindiging uit volgens de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van september 2021.

De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de vrouw, waarbij het schriftelijke euthanasieverzoek in de plaats kon treden van het mondelinge verzoek. De arts had volgens de commissie ook aan de andere zorgvuldigheidseisen voldaan.

Op de website te vinden onder nummer 2022-043.

3 DE ARTS HEEFT NIET VOLDAAN AAN DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

In de periode van dit jaarverslag is de RTE dertien keer tot het oordeel gekomen dat de arts bij de toepassing van euthanasie niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In één melding werd er niet voldaan aan meerdere zorgvuldigheidseisen. In zes gevallen betrof het de zorgvuldigheidseis met betrekking tot de consultatie, vijf betroffen de grote behoedzaamheid die in acht moet worden genomen bij een patiënt met een psychische aandoening, en in één geval was de uitvoering onzorgvuldig. Deze oordelen zijn allemaal op de website terug te vinden.

NIET VOLDAAN AAN MEERDERE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

De Wtl bepaalt dat de arts, die euthanasie uitvoert, moet voldoen aan de zorgvuldigheidseisen. Dit betekent dat er onder meer sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing was. In de volgende melding was de arts er zelf niet van overtuigd dat aan deze zorgvuldigheidseisen was voldaan.

In deze melding schreef de arts in het verslag dat hij tijdens het euthanasietraject enkele twijfels had. Ook schreef hij dat hij met zijn patiënte een compromis had gesloten om geen levensbeëindiging toe te passen maar hulp bij zelfdoding te verlenen. De commissie besloot daarom de arts uit te nodigen voor een mondelinge toelichting.

Tijdens het gesprek met de commissie verklaarde de arts dat hij het vreemd had gevonden dat de vrouw een euthanasieverzoek had gedaan. Haar echtgenoot was namelijk recent opgenomen in het verpleeghuis. Omdat de arts het idee had dat de vrouw psychisch instabiel was, besloot hij een onafhankelijk psychiater in te schakelen. Deze constateerde dat er geen sprake was van een depressieve of psychische stoornis, hij vond de vrouw wilsbekwaam. Ook de consulent vond de vrouw wilsbekwaam. Zelf verklaarde de arts daarentegen dat hij dacht dat het euthanasieverzoek van de vrouw voortkwam uit eenzaamheid en een mogelijke depressie.

De arts was er ook niet van overtuigd dat de vrouw uitzichtloos leed. Hij zag een verhuizing naar een verzorgingstehuis nog als een redelijke oplossing voor haar. Daar zou de vrouw weer onder de mensen komen, waardoor zij misschien weer meer plezier uit het leven zou halen. De vrouw wilde echter niets weten van een verhuizing. Dit was voor de arts niet invoelbaar. Ook het feit dat de onafhankelijk psychiater en consulent oordeelden dat de vrouw uitzichtloos leed en er voor haar geen redelijke andere oplossing meer was, veranderde niets aan de twijfels van de arts. Omdat de arts wel tegemoet wilde komen aan de wens van de vrouw besloot hij tot een 'compromis': geen euthanasie met behulp van een infuus, maar hulp bij zelfdoding, waarbij de vrouw zelf een drank zou opdrinken die haar leven zou beëindigen.

Tijdens het gesprek wees de commissie de arts op het gegeven dat de wet geen ruimte biedt voor een dergelijk compromis. Zowel bij levensbeëindiging op verzoek als hulp bij zelfdoding zijn dezelfde zorgvuldigheidseisen van toepassing. De arts had zijn twijfels met de vrouw moeten bespreken. De commissie begreep de opmerking van de arts dat uit het zelf innemen van de euthanatica een intrinsieke wens van de vrouw zou blijken, maar voor de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen maakt dat geen verschil.

Omdat de arts niet de overtuiging heeft gekregen dat er bij de vrouw sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, dat zij uitzichtloos leed en dat er voor haar geen redelijke andere oplossingen meer waren, had de arts niet over mogen gaan tot de uitvoering van de euthanasie. De commissie oordeelde dan ook dat de arts niet overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Aan de overige zorgvuldigheidseisen was door de arts wel voldaan.

ONAFHANKELIJKE CONSULTATIE

De Wtl vereist dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts consulteert die de patiënt ziet en schriftelijk zijn oordeel geeft over de zorgvuldigheidsvereisten a tot en met d. In de EuthanasieCode staat wat betreft de onafhankelijkheid van de consulent onder andere dat de wet met betrekking tot de consulent van een 'onafhankelijke arts' spreekt. Onafhankelijkheid betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. De vereiste onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de arts houdt in dat er geen persoonlijke, organisatorische, hiërarchische of financiële relatie bestaat. Zo komt bijvoorbeeld een praktijkgenoot, medelid van de maatschap, een familielid of een arts die in een al dan niet financiële afhankelijkheidsrelatie staat tot de consultvragend arts (zoals een arts-assistent) niet in aanmerking. Ook een consulent die patiënt is van de uitvoerend arts komt hiervoor niet in aanmerking (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 30-32).

Ten aanzien van drie meldingen is een commissie tot de conclusie gekomen dat er sprake was van een afhankelijkheidsrelatie omdat de consulent als patiënt stond ingeschreven bij de uitvoerend arts. Eén van deze meldingen is hieronder uitgeschreven, de andere twee meldingen zijn op de website te vinden.

OORDEEL 2022-052

(zie ook oordeel 2022-070 en oordeel 2022-109)

In deze melding schreef de arts in het verslag het volgende over de onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van zichzelf: *“Heel toevallig is hij patiënt. Hier kwam ik achter, maar ik heb hem nog nooit in de spreekkamer gezien. Wij hebben verder geen relatie”*. De consulent schreef in zijn verslag: *“Ik voel mij vrij de consultatie uit te voeren. De huisarts ken ik als collega maar wij hebben verder geen relatie”*.

Uit de mondelinge toelichting bij de commissie bleek dat de arts en de consulent met elkaar in contact waren gekomen via het dienstrooster van SCEN-artsen. De arts herkende de naam van de consulent. De arts verklaarde tijdens de mondelinge toelichting dat zij bespraken of het een probleem was dat de consulent als patiënt stond ingeschreven in haar praktijk. De consulent gaf aan van niet. De arts heeft daarom niet meer overwogen een andere SCEN-arts in te schakelen.

De arts verklaarde verder dat zij de praktijk, met een groot aantal patiënten, had overgenomen van haar voorganger. De consulent was toen al patiënt in de praktijk. Zij heeft nooit een kennismakingsgesprek met hem gevoerd. De consulent is ook nooit bij de arts op spreekuur geweest. Verder is er geen sprake geweest van doorverwijzingen of telefonisch contact tussen hen. Volgens de arts was er dan ook geen sprake van een actieve behandelrelatie. De consulent ‘voelde’ niet als haar patiënt. De consulent verklaarde ook dat hij de arts nooit had bezocht en niet eerder had gesproken. Hij was wel in de praktijk geweest, maar niet bij de arts zelf.

De commissie is van oordeel dat het niet wenselijk is dat een arts die ingeschreven staat als patiënt bij de uitvoerend arts, de consultatie doet. Dit omdat de schijn van niet-onafhankelijkheid voorkomen moet worden.⁸ Van deze schijn van niet-onafhankelijkheid is hier sprake gezien de bestaande arts-patiëntrelatie tussen de arts en consulent.

De arts wist dat de consulent als patiënt in haar huisartsenpraktijk stond ingeschreven. Zij had een andere consulent moeten raadplegen om alle schijn van niet-onafhankelijkheid te voorkomen. De commissie oordeelde dat er in dit geval geen sprake was van het raadplegen van een onafhankelijk arts.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts voldaan.

⁸ Ten tijde van dit oordeel was de EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2020) nog van kracht. Daarom wordt in dit oordeel nog het begrip ‘schijn van niet-onafhankelijkheid’ gebruikt. Deze term is in de nieuwe EuthanasieCode 2022 niet meer terug te vinden. De regels omtrent de onafhankelijkheidsrelatie tussen de arts en consulent zijn echter onveranderd gebleven.

ONAFHANKELIJKHEID VAN DE CONSULENT TEN OPZICHTE VAN DE PATIËNT (DUO-EUTHANASIE)

Soms komt het voor dat twee partners tegelijkertijd een euthanasieverzoek doen. Als artsen daaraan tegemoetkomen, noemt men dit ‘duo-euthanasie’. De commissies verwachten dat de arts of artsen in zo’n geval voor ieder van de partners een andere consulent raadplegen. Dit is nodig om te waarborgen dat beide verzoeken om euthanasie afzonderlijk worden beoordeeld. Beide consulenten moeten zich ervan vergewissen, dat er geen druk bestaat van de ene partner op (het euthanasieverzoek van) de andere partner. (EuthanasieCode 2022, p. 33).

De volgende (gecombineerde) meldingen hebben hierop betrekking.

OORDEEL 2022-098 (EN 2022-099)

In deze melding verzocht een man tegelijkertijd met zijn echtgenote om euthanasie. Het echtpaar verbleef samen in een verpleeghuis.

Het was de commissie opgevallen dat voor zowel de man als voor de vrouw dezelfde consulent was geraadpleegd. De commissie besloot de arts en consulent uit te nodigen voor een mondelinge toelichting.

Tijdens het gesprek werd duidelijk dat de arts al telefonisch aan de consulent had verteld dat het ging om een SCEN-consultatie voor een echtpaar. De consulent liet weten dat hij de aanvraag niet zag als een duo-euthanasie, maar als twee aparte consultaties. De consulent bezocht het echtpaar direct na elkaar op dezelfde dag: eerst de vrouw en daarna de man. De consulent sprak beide echtelieden voor een gedeelte van het gesprek onder vier ogen. De consulent kwam in beide gevallen tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

Zowel de arts als consulent verklaarden dat zij niet bekend waren met de tekst uit de EuthanasieCode waaruit volgt dat er bij een duo-euthanasie voor elk van de patiënten een andere consulent moet worden geraadpleegd.

Nu de consulent zowel de man als de vrouw had gesproken, kon de schijn van niet-onafhankelijkheid ten opzichte van de beide patiënten niet vermeden worden.⁹ Daarbij had de consulent verklaard dat het mogelijk was geweest om de man en vrouw door twee verschillende consulenten te laten bezoeken, als de arts daarom had gevraagd. De commissie kwam daarom tot het oordeel dat de arts niet had voldaan aan het vereiste van het raadplegen van ten minste één andere, onafhankelijke arts.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen was door de arts wel voldaan.

DE CONSULENT MOET DE ARTS ZIEN

Zowel in de Memorie van Toelichting van de WtI als in de EuthanasieCode is vermeld dat de consulent de patiënt moet zien. De patiënt 'zien' zal normaal gesproken betekenen: de patiënt 'bezoeken' (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 34 voetnoot). In de volgende melding heeft de arts niet aan dit vereiste voldaan.

⁹ Ten tijde van dit oordeel was de EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2020) nog van kracht. Daarom wordt in dit oordeel nog het begrip 'schijn van niet-onafhankelijkheid' gebruikt. Dit begrip is in de nieuwe EuthanasieCode 2022 niet meer terug te vinden. De regels omtrent de onafhankelijkheidsrelatie tussen de arts en consulent zijn echter onveranderd gebleven.

OORDEEL 2022-069

In deze melding heeft de consulent de patiënt niet bezocht of gezien, maar de consultatie telefonisch gedaan vanwege coronaklachten. De arts en de consulent zijn door de commissie uitgenodigd om een toelichting te geven.

In het gesprek met de commissie verklaarde de arts dat zij pas na ontvangst van het SCEN-verslag opmerkte dat het SCEN-consult telefonisch had plaatsgevonden. De arts was bekend met het vereiste dat de consulent de patiënt moet zien. Zij vroeg de consulent daarom of het was toegestaan dat hij geen fysiek bezoek had afgelegd. De consulent voerde overleg met een collega SCEN-arts en kwam tot de overtuiging dat een telefonisch consult volgens de zorgvuldigheidseisen was. Dat meldde hij aan de arts. De arts vertrouwde op deze informatie.

De consulent liet schriftelijk aan de commissie weten dat beeldbellen voor de patiënt geen mogelijkheid was geweest. De arts had dit verder niet gecontroleerd, maar tijdens het gesprek met de commissie gaf zij aan dat zij eigenlijk niet inzag waarom de patiënt niet had kunnen beeldbellen.

De commissie constateerde dat de beoordeling door de consulent niet op de juiste manier tot stand was gekomen. De arts is de eindverantwoordelijke voor de euthanasie en daarmee ook voor het vereiste dat de consultatie op een goede manier wordt gedaan. Hoewel de arts haar twijfels over een telefonisch consult met de consulent had gedeeld, was zij toch akkoord gegaan met zijn werkwijze. De arts had moeten controleren of de informatie van de consulent wel voldeed.

Daarbij waren er mogelijkheden geweest waarbij de consultatie in deze situatie wel op een juiste manier had gekund. De arts had een andere SCEN-arts kunnen inschakelen, hier was volgens haar voldoende tijd voor geweest. Ook had alsnog gekeken kunnen worden naar de optie van een beeldbel-consult. Op die manier had de consulent de patiënt in ieder geval nog gezien.¹⁰

De commissie kwam tot het oordeel dat niet voldaan was aan het vereiste van het raadplegen van ten minste één andere, onafhankelijke arts. Aan de overige zorgvuldigheidseisen was door de arts voldaan.

¹⁰ SCEN-artsen konden tijdens de uitzonderlijke situatie in de coronapandemie gebruik maken van digitale middelen (beeldbellen) bij een SCEN-consult in plaats van het fysiek bezoeken van de patiënt. De regeling die dit mogelijk maakte, is inmiddels beëindigd.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

De RTE hanteert bij de toetsing van de medische zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (hierna: de Richtlijn) als leidraad. Bij levensbeëindiging op verzoek moet volgens de Richtlijn een coma-inducerend middel worden toegediend, gevolgd door de toediening van een spierverlappend middel (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 36-37). De Richtlijn schrijft ook voor dat een spierverlapper pas mag worden toegediend als het bewustzijn van de patiënt door toediening van de coma-inductor voldoende is verlaagd en de arts dit adequaat heeft vastgesteld. Aan dit vereiste was in de volgende melding niet voldaan.

OORDEEL 2022-040

Tijdens de uitvoering van deze euthanasie wilde de arts het infuus dat bij de patiënt was ingebracht eerst doorspoelen met natriumchloride, voordat hij de coma-inductor en spierverslapper zou toedienen. Voor de eerste toediening pakte de arts per ongeluk de verkeerde spuit, namelijk die met de spierverslapper. Hij spoot daarvan één derde in het infuus, ervan uitgaande dat het de spuit met natriumchloride was.

Na drie tot vijf minuten zag de arts dat de man buiten bewustzijn was. De arts controleerde de ademhaling, hartactie en reflexen en stelde vast dat de man was overleden. De arts controleerde het infuus en zag de gedeeltelijk geleegde spuit met de spierverslapper. Hij realiseerde zich toen dat hij een fout had gemaakt.

De arts informeerde de forensisch arts over de uitvoering. Samen bespraken zij dat het onduidelijk was waaraan de patiënt uiteindelijk was overleden. Het kon komen door de toediening van de spierverslapper, maar het kon ook een hartstilstand zijn geweest. Dit laatste gezien de verzwakte toestand van de man en de uitgeschakelde Implanterbare Cardioverter Defibrillator (ICD). Omdat de spierverslapper was toegediend werd wel besloten een melding te doen aan de RTE.

De arts werd uitgenodigd voor een gesprek. Hij gaf aan dat hij zich bewust was van de onzorgvuldige uitvoering en dat het omwisselen van de spuiten nooit had mogen gebeuren. Hij had de niet goed verlopen uitvoering in een multidisciplinair overleg besproken en een Veilig Incident-melding (VIM) gedaan. De arts stelde daarbij een aantal verbeterpunten voor zichzelf op, om herhaling in de toekomst te voorkomen.

De commissie wees erop dat de Richtlijn voorschrijft dat een spierverslapper pas mag worden toegediend als het bewustzijn van de patiënt voldoende is verlaagd en de arts dit adequaat heeft vastgesteld. De arts had geen coma-inducerend middel aan de man toegediend. Er was dus onvoldoende verlaging van het bewustzijn van de man toen de arts de spierverslapper toediende. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet had voldaan aan het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts voldaan.

GROTE BEHOEDZAAMHEID BIJ PSYCHISCHE STOORNISSEN

Indien een verzoek om euthanasie (in overwegende mate) voortkomt uit een lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis wordt van artsen grote behoedzaamheid gevraagd. Die behoedzaamheid betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij deze patiënten altijd psychiatrische expertise moet inroepen. Doel van het inroepen van psychiatrische expertise is dat de arts zich goed laat voorlichten en kritisch reflecteert op de eigenovertuiging (zie hiervoor EuthanasieCode 2022, p. 46-47).

In de volgende drie meldingen werd niet voldaan aan het vereiste van het raadplegen van een onafhankelijk psychiater. De artsen voldeden daarom niet aan de gevraagde grote behoedzaamheid.

oordeel 2022-039

Deze melding betreft een vrouw met een chronische depressieve stoornis. Daarvoor was zij op verschillende manieren zonder resultaat behandeld. Ook speelden er bij de vrouw verschillende lichamelijke klachten, met name buikklachten en Parkinson-achtige klachten. Hiervoor konden geen somatische oorzaken worden vastgesteld. Verder was de vrouw door een herseninfarct blind aan één oog en had zij mogelijk neurocognitieve stoornissen ontwikkeld.

De arts sprak in het verslag nadrukkelijk over de centrale rol die de depressieve stoornis van de vrouw in het euthanasieverzoek speelde, maar een onafhankelijk psychiater had hij niet geraadpleegd.

De commissie besloot de arts uit te nodigen op gesprek. De arts gaf aan dat hij bij zijn besluitvorming volledig was afgegaan op de conclusie van de consulent. De consulent stelde vast dat de kern van het lijden van de vrouw bestond uit haar depressieve stoornis. Vervolgens kwam de consulent tot de conclusie dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan voor de uitvoering van de euthanasie.

Volgens de commissie is het advies van de consulent, niet zijnde een psychiater, onvolledig geweest. Nadat de consulent had vastgesteld dat de kern van het lijden uit een depressieve stoornis bestond, had hij de arts moeten wijzen op het vereiste uit de EuthanasieCode dat er in zulke gevallen een onafhankelijk psychiatrisch consult noodzakelijk is. Hoewel de consulent de arts in dit geval beter had moeten informeren, blijft de arts zelf verantwoordelijk.

Omdat de arts geen onafhankelijk psychiater raadpleegde kwam de commissie tot het oordeel dat de arts onvoldoende had kunnen onderbouwen dat bij de vrouw sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, dat haar lijden uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie.

Aan de overige zorgvuldigheidsvereisten had de arts voldaan.

oordeel 2022-059

Deze melding betreft een vrouw die vanaf haar vroege jeugd bekend was met depressies, een angststoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis en een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Zij was hiervoor uitgebreid behandeld. Daarnaast had de vrouw een invaliderend pijnsyndroom en was zij slechtziend en slechthorend. De vrouw was afhankelijk van anderen en in een sociaal isolement geraakt.

De vrouw was vier jaar eerder met behulp van haar huisarts een euthanasietraject gestart. De destijds geraadpleegde consulent stelde toen dat een psychiatrisch consult nodig was. De vrouw weigerde dat vanwege haar traumatische ervaringen binnen de psychiatrie. Het euthanasietraject is om die reden gestaakt. Toen de vrouw opnieuw een euthanasietraject in wilde gaan, benaderde zij zelf een huisarts (hierna: de arts) die zij kende van deelname aan een wetenschappelijk onderzoek.

De arts schakelde een onafhankelijk geriater in. De geriater liet zich onvoldoende uit over het psychische lijden van de vrouw om daar conclusies aan te kunnen verbinden. De geraadpleegde consulent concludeerde dat de chronische psychische problematiek van de vrouw niet van invloed was op de wilsbekwaamheid ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Deze consulent (dezelfde die vier jaar eerder bij de vrouw was geweest) ging daarmee voorbij aan zijn eerdere conclusie dat voor het euthanasieverzoek van deze vrouw een psychiatrische beoordeling noodzakelijk was. De consulent was het met de arts eens dat een psychische beoordeling 'niet realistisch, ondoelmatig en disproportioneel' was. Hij onderbouwde deze stelling echter niet.

Na bestudering van het dossier wilde de commissie meer inzicht krijgen in het euthanasietraject, gezien het bijzondere verloop. De commissie nodigde de arts daarom uit voor een mondelinge toelichting.

In het gesprek met de commissie gaf de arts aan dat de PTSS van de vrouw inmiddels naar de achtergrond was verdwenen. Van een depressie en angststoornis was volgens haar ook geen sprake meer. Daarnaast had de borderline persoonlijkheidsstoornis geen invloed gehad op de wilsbekwaamheid van de vrouw. De arts vond het begrijpelijk dat de vrouw, door de angst voor het opnieuw opspelen van de PTSS, niet had willen meewerken aan een psychiatrisch consult. De arts had geen twijfels gehad over de wilsbekwaamheid van de vrouw ten aanzien van euthanasie en dus ook geen enkele aanleiding gezien om een onafhankelijk psychiater te raadplegen.

Wat betreft het uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing gaf de arts tijdens het gesprek aan dat de vrouw geen behandelingen meer wilde ondergaan voor haar pijnsyndroom. Aan haar slechthorendheid en slechthorendheid was niets meer te doen. Het psychische lijden was volgens de arts ook onomkeerbaar. De arts had het inschakelen van een onafhankelijk psychiater om de uitzichtloosheid van het lijden te beoordelen als een onnodige belasting voor de vrouw gezien.

De commissie stelde dat hoewel de arts en consulent geen twijfels hadden over de wilsbekwaamheid van de vrouw, de arts toch met grote behoedzaamheid had moeten handelen. Dit gezien de psychische problematiek van de vrouw en de complexiteit van de casus. De arts was van mening dat de psychische problematiek van de vrouw was verbleekt. Dit had volgens de commissie echter door een onafhankelijk psychiater vastgesteld moeten worden. De commissie woog hierbij mee dat in het eerdere euthanasietraject de noodzaak van een psychiatrisch consult was vastgesteld. Verder woog de commissie mee dat de arts geen duurzame behandelrelatie met de vrouw had gehad. Er was slechts één persoonlijk gesprek geweest; de overige contactmomenten waren grotendeels digitaal verlopen.

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

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

OORDEEL 2022-068

Deze melding betreft de euthanasie van een vrouw met een dwangstoornis. Ook had zij een borderline persoonlijkheidsstoornis en een chronische depressie. De vrouw was suïcidaal. Door haar extreme controledwang werd de vrouw in haar dagelijks leven beperkt: zij kon niet meer naar buiten en had nauwelijks nog sociale contacten. De vrouw was somber, angstig en eenzaam.

De voormalig huisarts van de vrouw had haar al eerder verwezen naar een psychiater, om te kijken of er nog behandelopties waren. Deze psychiater onderzocht de vrouw twee jaar voor het overlijden. Hij concludeerde dat de depressie van de vrouw grotendeels in remissie was en dat zij een balans had gevonden in het omgaan met de dwangstoornis. Daarbij vond hij de vrouw wilsbekwaam wat betreft het weigeren van behandeling. In het verslag had de psychiater nadrukkelijk opgemerkt dat hij de vrouw niet had gesproken in het kader van een euthanasieverzoek, maar met het oog op eventuele behandelmogelijkheden.

De arts werd uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. Tijdens het gesprek met de commissie bevestigde de arts dat zij het verslag van de psychiater had beschouwd als het verslag van een onafhankelijk psychiater met betrekking tot de vereiste 'grote behoedzaamheid'. De arts vond namelijk dat het verslag voldoende antwoord gaf op de vragen die zij ook zou hebben gesteld in het kader van een euthanasieverzoek. Dat het verslag twee jaar oud was, vond de arts onvoldoende aanleiding om alsnog contact op te nemen met de psychiater. De situatie van de vrouw was immers niet veranderd in de tussentijd. Over de nadrukkelijke opmerking van de psychiater dat het onderzoek niet had plaatsgevonden in het kader van een euthanasieverzoek, verklaarde de arts dat dit in het verslag was opgenomen vanwege onenigheid tussen de vrouw en het behandelcentrum waar de psychiater aan was verbonden. Volgens de arts had de vrouw op het moment van het onderzoek al wel degelijk een doodswens.

De commissie oordeelde dat het verslag van de psychiater niet gezien kon worden als de raadpleging van een onafhankelijk deskundige zoals bedoeld in de EuthanasieCode. De psychiater stelde dat zijn onderzoek niet was gedaan in het kader van een euthanasieverzoek. Daarbij zat er twee jaar tijd tussen het verslag en de uitvoering van de levensbeëindiging. De arts moet dan nagaan of de omstandigheden niet veranderd zijn. Het ligt dan voor de hand dat de arts opnieuw contact opneemt met de geraadpleegde psychiater. Omdat er geen contact tussen de arts en psychiater is geweest, heeft de arts onvoldoende kritisch kunnen reflecteren op haar eigen overtuigingen. Ook het verslag van de geraadpleegde

consulent heeft dit niet kunnen vervangen, aangezien deze niet beschikte over voldoende deskundigheid op het gebied van psychiatrie.

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

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

In de vierde melding raadpleegde de arts een onafhankelijk psychiater. Deze liet zich echter niet uit over de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

OORDEEL 2022-075

Deze melding betreft de euthanasie van een vrouw die al negen jaar chronische pijn had op verschillende plekken in haar lichaam. De vrouw kon de pijn niet meer verdragen. De oorzaak van deze pijn was niet bekend en hoewel de vrouw verschillende behandelingen onderging, hielp dit niets. Ook had de vrouw een borderline persoonlijkheidsstoornis en terugkerende depressies.

De arts had een onafhankelijk psychiater geraadpleegd. De arts had hem echter slechts gevraagd een beoordeling te geven van de mentale status van de vrouw in verband met haar euthanasiewens (de arts was zich er niet van bewust dat de onafhankelijk psychiater ook andere zaken moet beoordelen). De onafhankelijk psychiater beoordeelde de vrouw als wilsbekwaam wat betreft haar euthanasieverzoek. Ook de andere betrokken artsen hadden geen twijfels over de wilsbekwaamheid van de vrouw ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

In zijn verslag merkte de onafhankelijk psychiater verder op dat hij onvoldoende inzicht had in het behandeltraject dat de vrouw in de loop der jaren had doorlopen. Hij had hierdoor bedenkingen ten aanzien van de invloed van haar leefpatroon op haar stemming en de daaruit voortvloeiende euthanasiewens. De onafhankelijk psychiater oordeelde dat de euthanasiewens misschien nog beïnvloedbaar zou kunnen zijn.

De commissie besloot om de arts uit te nodigen op gesprek om het te hebben over onder meer de uitzichtloosheid van het lijden van de vrouw. Tijdens dit gesprek verklaarde de arts dat hij vond dat het lijden van de vrouw uitzichtloos was geweest. Voor haar pijnklachten was nooit een verklaring gevonden. De GGZ-instelling, waar de vrouw onder behandeling was geweest, gaf na jarenlange bezoeken van de vrouw aan dat zij niets meer voor haar konden doen. De vrouw wilde ook geen verder onderzoek of andere behandelingen ondergaan.

De arts verklaarde dat, nadat de onafhankelijk psychiater had bevestigd dat de vrouw wilsbekwaam was wat betreft euthanasie, hij de overige opmerkingen van de onafhankelijk psychiater over eventuele behandelopties links had laten liggen.

Aan de consulent had de arts wel gevraagd om een beoordeling van eventuele behandelopties voor de vrouw. De consulent vroeg daarom inzicht in de behandelgeschiedenis. De arts vroeg deze gegevens op bij de psychiatrische kliniek en deelde deze met de consulent. Op grond van deze gegevens kwam de consulent tot de overtuiging dat het lijden uitzichtloos was. De consulent deelde deze informatie vervolgens met de onafhankelijk psychiater, die op grond van de verkregen informatie kon begrijpen dat de consulent tot deze conclusie was gekomen.

De commissie vond dit een vreemde gang van zaken. Vooral omdat de onafhankelijk psychiater aan de consulent aangaf diens visie te begrijpen, terwijl zoiets eigenlijk met de arts besproken moet worden. Niet de consulent, maar de arts is verantwoordelijk voor het euthanasietraject. De arts dient dan ook over alle gegevens te beschikken en had zijn overwegingen en conclusies met de onafhankelijk psychiater moeten bespreken. Vooral omdat de onafhankelijk psychiater eerder twijfels had uitgesproken over het uitzichtloos lijden. De arts had daar weliswaar niet om gevraagd, maar toen de onafhankelijk psychiater aangegeven had hieraan te twijfelen, had de arts dit moeten meewegen in zijn besluit.

De commissie concludeerde dat de arts onvoldoende heeft kunnen onderbouwen dat hij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke behandelopties meer waren.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

In de laatste melding gaf de onafhankelijk psychiater een negatief oordeel over de wilsbekwaamheid van de patiënt. De arts ging aan dit oordeel voorbij.

OORDEEL 2022-017

Deze melding betreft een man bij wie tien jaar voor zijn overlijden een paranoïde psychotische stoornis werd vastgesteld. Rond die tijd werd de man opgenomen in een Huis van Bewaring, vanwege het plegen van een strafbaar feit. Hij maakte op dat moment een psychose door en raakte chronisch depressief. Later werd de man gedwongen opgenomen in een klinische woonvoorziening. De man had naar eigen zeggen vóór zijn psychose altijd normaal gefunctioneerd, en vond dat de gestelde diagnose van zijn psychotische stoornis niet klopte.

De commissie stond allereerst stil bij het feit dat de man gedwongen was opgenomen in een instelling. Uit het dossier bleek dat een gedwongen setting voor deze man de enige mogelijkheid was om te kunnen functioneren. Volgens de commissie heeft deze opname geen invloed gehad op de vrijwilligheid van zijn verzoek.

Een kleine twee jaar voor het overlijden van de man consulteerde de arts een onafhankelijk psychiater, die oordeelde dat de man niet wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. De doodswens van de man kwam volgens haar voort uit psychotische belevingen.

De commissie besloot daarom de arts uit te nodigen voor een mondelinge toelichting. Tijdens het gesprek benadrukte de arts, zelf ook psychiater, dat zij ervan overtuigd was dat de man wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek. Hoewel verschillende psychiaters twijfels hadden over de wilsbekwaamheid van de man, ging dit volgens de arts niet over de wilsbekwaamheid ten aanzien van zijn euthanasiewens. Het argument dat de redeneringen van de man berustten op psychotische belevingen, weerlegde de arts met het argument dat de man zijn verlieservaringen invoelbaar kon vertellen. Volgens haar was er dus wel degelijk 'een wilsbekwaam deel op dit gebied'. De arts verklaarde dat de waanstoonis van de man en zijn doodswens twee losstaande dingen waren. Volgens haar was er sprake van een verschil in interpretatie tussen haar en de andere psychiaters die bij de man betrokken waren geweest.

De commissie betrok in haar oordeelsvorming de norm uit de EuthanasieCode dat als een arts een andere mening heeft dan de geraadpleegde

consulent, de arts alsnog tot uitvoering kan overgaan. Dit moet dan voldoende worden gemotiveerd (EuthanasieCode 2022, p. 31). De commissie meent dat dit ook van toepassing is op een verschil van mening tussen de arts en de onafhankelijk deskundige. De commissie concludeerde echter dat de arts haar eigen opvattingen tijdens het gesprek onvoldoende had gemotiveerd. Ook vroeg de commissie zich af of de arts voldoende had open gestaan voor de beoordeling van de onafhankelijk psychiater over de wilsbekwaamheid van de man. Hierbij betrok de commissie een mail van de onafhankelijk psychiater die, twee weken voor het overlijden van de man, aan de arts was verzonden. Hier schreef de onafhankelijk psychiater dat zij in de twee jaar, sinds de consultatie, niet van mening was veranderd wat betreft de wilsbekwaamheid van de man. Ook schreef zij dat zij de redenering van de arts over de wilsbekwaamheid van de man niet begreep, en merkte zij op dat de arts de criteria ter beoordeling van de wilsbekwaamheid niet stuk voor stuk was nagelopen.

De commissie kon zich na de bestudering van de stukken en het gesprek met de arts niet aan de indruk onttrekken dat de arts vanaf het begin van het euthanasietraject de overtuiging had dat de euthanasie uitgevoerd zou moeten worden. Hierdoor heeft zij naar het oordeel van de commissie onvoldoende opengestaan voor de visie van de onafhankelijk psychiater. De commissie kon dan ook niet anders dan concluderen dat de arts niet de vereiste grote behoedzaamheid heeft betracht wat betreft de zorgvuldigheidseis over het vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts voldaan.

COLOFON

Uitgave:
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

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

Druk:
De Bink/OBT, Den Haag

april 2023