

Jurisprudentie **2014/50 Regionale toetsingscommissie euthanasie, oordeel
2014-2 (m.nt. prof. mr. P.A.M. Mevis en mr. drs. L. Postma)**

**2014/50 Regionale toetsingscommissie euthanasie, oordeel 2014-2 (m.nt. prof. mr. P.A.M. Mevis
en mr. drs. L. Postma)**

Euthanasie; zorgvuldigheidseisen; onvoldoende onderbouwing ondraaglijk lijden

Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de regio (...), oordeel 2014-2 betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek, www.euthanasiecommissie.nl > Oordelen zoeken > Oordelen 2014

In dit oordeel van een Regionale toetsingscommissie euthanasie geeft de toetsingscommissie haar oordeel over de levensbeëindiging van een vrouw van 80-90 jaar met cognitieve stoornissen en een gemengde afasie na een tweede CVA. In wilsverklaringen van twintig jaar daarvoor (na haar eerste CVA nog mondeling tegenover haar huisarts bevestigd) verzocht patiënte om euthanasie bij blijvende opname in een verpleeghuis. Patiënte was na de tweede CVA opgenomen in een verpleeghuis en haar kinderen hebben contact gezocht met de Stichting Levensindekliniek (SLK). De arts van de SLK heeft patiënte daarna twee keer bezocht en met de kinderen gesproken. Patiënte was niet meer in staat haar wil te uiten. De arts heeft de euthanasie uitgevoerd op basis van de schriftelijke wilsverklaringen. De arts heeft bij zijn bezoeken geen tekenen van lijden waargenomen. De ondraaglijkheid van het lijden was volgens de arts gelegen in het feit dat patiënte in een verpleeghuis was opgenomen, hetgeen zij blijkens de schriftelijke verklaringen echt niet wilde. De onafhankelijke SCEN-arts was wel tot het oordeel gekomen dat er sprake was van ondraaglijk lijden en dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie is van oordeel dat alles bijeengenomen sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek als omschreven in artikel 2 lid 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Het enkele feit van blijvende opname in een verpleeghuis was echter onvoldoende om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen; de arts had ook geen andere omstandigheid aangevoerd om zijn overtuiging dat patiënte ondraaglijk leed, te onderbouwen. Ook gelet op het beeld dat een verpleeghuisarts van patiënte had geschetst waren de twee bezoeken die hij aan patiënte had gebracht, waarbij communicatie met haar niet mogelijk was, onvoldoende. De arts had zich volgens de toetsingscommissie in deze zeer complexe situatie meer tijd en inspanning moeten getroosten om de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte te onderbouwen.

De Regionale toetsingscommissie euthanasie overweegt (post alia, red.)

(...)

- **2. Feiten en omstandigheden**

Uit de verslaglegging van de arts en de consulent en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, was twee jaar voor het overlijden sprake van een CVA. Patiënte revalideerde voorspoedig en kon weer terug naar huis. Een half jaar later was sprake van een recidief CVA. Sindsdien had patiënte een gemengde afasie, cognitieve stoornissen, mobiliteitsproblemen, was zij rolstoelgebonden en had zij last van insulden. Zij werd opgenomen in een verpleeghuis.

Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het ondraaglijk lijden van patiënte bestond volgens de arts uit lichamelijke en geestelijke aftakeling, niet meer (verbaal) kunnen communiceren, verlies van autonomie en regie over haar eigen leven en verlies van het vermogen om sociale contacten te onderhouden. Patiënte was volledig afhankelijk van de zorg van anderen en opgenomen in een verpleeghuis, terwijl zij in haar schriftelijke wilsverklaring van twintig jaar geleden had aangegeven dat zij bij volledige afhankelijkheid en een blijvende opname in een verpleeghuis verzoekt om op haar euthanasie toe te passen. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

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

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had eerder met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken. Twintig jaar geleden heeft zij uitgebreide euthanasieverklaringen opgesteld en getekend, waarin zij had opgenomen dat – kort gezegd – bij beginnende dementie, afhankelijkheid van anderen en opname in een verpleeghuis zij verzoekt om euthanasie toe te passen. Patiënte heeft toen haar beide kinderen als gemachtigden benoemd.

Ruim een jaar voor het overlijden heeft één van de kinderen contact gezocht met de Stichting Levenseinde Kliniek (SLK). Ongeveer drie maanden voor het overlijden is er vanuit de SLK contact gezocht om de euthanasievraag te exploreren. De arts en de verpleegkundige van de SLK hebben patiënte, voorafgaande aan de uitvoering, twee keer bezocht en met de kinderen van patiënte gesproken. De kinderen hebben drie weken voor het overlijden de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

De eigen huisarts van patiënte heeft drie maanden voor het overlijden schriftelijk bevestigd dat patiënte hem twintig jaar geleden een schriftelijke wilsverklaring heeft overhandigd en dat, uit de gesprekken die hij met patiënte in de loop van de jaren over euthanasie heeft gevoerd, hem duidelijk was dat patiënte met volle overtuiging en uit vrije wil en consequent haar wens tot het te zijner tijd ondergaan van euthanasie kenbaar heeft gemaakt.

Volgens de arts was patiënte thans niet meer in staat haar wil te uiten, maar was zij wilsbekwaam en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, toen zij haar verzoek twintig jaar geleden in een schriftelijke verklaring neerlegde en haar verzoek in meerdere gesprekken met haar eigen huisarts herhaalde.

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte ruim twee weken voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens de consulent bleek uit de uitgebreide schriftelijke wilsverklaring van twintig jaar geleden, uit hetgeen de toenmalige huisarts daarover schriftelijk heeft verklaard en uit de verklaringen van haar kinderen dat patiënte deze verklaring weloverwogen, bij volle bewustzijn en wilsbekwaam heeft opgesteld en ondertekend en dat haar wens consistent was tot het moment waarop zij haar wens niet meer kon uiten.

Ten tijde van het bezoek van de consulent was haar stemming wisselend: patiënte reageerde blij op hun komst, ze vond haar kind erg lief en was vriendelijk tegen de consulent. Pratend over haar situatie reageerde zij met een hartgrondig 'gatverdamme' en maakte zij een gefrustreerde indruk. Patiënte zei herhaaldelijke 'kan niet' en nam haar hoofd in haar handen. Zij hilde regelmatig even. De consulent gaf aan dat ondanks de afasie patiënte overduidelijk haar lijden heeft getoond. De consulent was van mening dat het lijden ondraaglijk voor patiënte was.

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

d. Uitvoering

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

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over de wilsbekwaamheid en de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte. De commissie wilde graag nadere vragen aan de arts stellen met name over het uiten van de euthanasiewens door patiënte toen zij nog wilsbekwaam was en over de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte in de periode dat de arts bij haar euthanasievraag werd betrokken en de euthanasie heeft uitgevoerd. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

De arts heeft – zakelijk weergegeven – de volgende mondelinge toelichting gegeven:

Samen met een verpleegkundige heeft de arts via de Stichting LevensEinde Kliniek (SLK) patiënte toegewezen gekregen in het kader van het euthanasieverzoek van patiënte dat via de familie bij de SLK terecht was gekomen. Met de verpleegkundige heeft de arts patiënte in het verpleeghuis bezocht. De aan het verpleeghuis verbonden artsen wilden niet meewerken aan het verzoek van patiënte. Zij stonden er niet voor open omdat zij zich niet konden vergewissen van de wilsbekwaamheid van patiënte gezien de afasie en de cognitieve stoornis.

De arts heeft patiënte twee keer bezocht. De eerste keer in het verpleeghuis, de tweede keer in het huis van een van haar kinderen, waar zij op dat moment met het oog op de euthanasie verbleef. Met de huisarts van patiënte heeft de arts drie maal telefonisch contact gehad. Deze huisarts speelde geen rol meer in de behandeling van patiënte vanwege de opname in het verpleeghuis.

De arts vond de afasie van patiënte een probleem bij de beoordeling van het verzoek om euthanasie, er was geen communicatie mogelijk. Hij ging daarom uit van de schriftelijke wilsverklaring van patiënte van twintig jaar geleden die door de eigen huisarts van patiënte was bevestigd. Hieruit bleek dat patiënte een opname in een verpleeghuis niet wilde. De arts beschreef de houding van patiënte tijdens zijn bezoeken. Zij zat tijdens de gesprekken ineengedoken in een rolstoel, met haar handen rond haar hoofd. Zij bleef zo zitten en leek bij het gesprek weinig betrokken. Zij gaf antwoorden die niet ter zake doende waren. De arts kon niet met haar communiceren. Een van de kinderen en partner, aanwezig bij de gesprekken, konden dit wel, hoewel het ook voor hen vaak raden was naar wat patiënte wilde.

Patiënte had in het verleden een depressie doorgemaakt. Hierna heeft zij haar wilsverklaring twintig jaar geleden opgesteld. Na deze depressie werd patiënte een ander mens. Zij heeft met haar huisarts, die haar goed kende, regelmatig over euthanasie gesproken, hoewel dat niet altijd in het patiëntenjournaal door de huisarts is opgeschreven. De arts heeft niet expliciet gevraagd wanneer deze gesprekken hebben plaatsgevonden, maar voor hem was wel duidelijk dat zij in de periode na het eerste CVA met elkaar over euthanasie hebben gesproken. De huisarts vond het niet nodig dat patiënte haar schriftelijke wilsverklaring zou actualiseren, hetgeen hij ook zo in het patiëntenjournaal heeft opgenomen.

Voor de arts was het van belang dat de mening van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens zowel in de jaren voor als na het eerste CVA niet was veranderd. De huisarts en een van de kinderen van patiënte waren overtuigd van de wens van patiënte.

De arts heeft geen druk van de kinderen van patiënte gevoeld om tegemoet te komen aan het verzoek van patiënte. Een van de kinderen wilde de wens van moeder (laten) vervullen. Het andere kind was minder aanwezig. Zij oefenden beiden geen druk én geen invloed uit.

In de periode voor het overlijden, toen patiënte bij een van haar kinderen verbleef, en al was besloten om de euthanasie te gaan uitvoeren, werd de situatie rondom patiënte wel moeilijker. Ook toen werd er geen druk op de arts uitgeoefend om de euthanasie uit te voeren. De verpleeghuisarts die patiënte in het verpleeghuis begeleidde, beschreef patiënte als een rustige en vriendelijke vrouw. Wel had zij een periode doorgemaakt met een delier en angst.

De arts constateerde bij zijn bezoeken aan patiënte dat er geen sprake was van ondraaglijk lichamelijk lijden. Of er sprake was van geestelijk lijden kon de arts niet achterhalen. Het feit dat zij, niets meer kunnend, in een verpleeghuis moest verblijven was altijd een schrikbeeld voor patiënte geweest en nu de dagelijkse werkelijkheid. Iets wat voor de arts invoelbaar was. Bij zijn bezoeken zat patiënte in elkaar gedoken. Zij had geen pijn, die was onderdrukt door medicatie. De arts dacht dat haar geestelijke toestand niet optimaal geweest zou zijn. Met name naar mannen, naar hem en naar de huisarts, was zij soms agressief. Deze buien kwamen ook voor toen zij in de periode voorafgaand aan de euthanasie bij haar kind thuis verbleef. Zij was in de ogen van de arts in een deplorabele toestand vergeleken met haar leven voor de CVA's.

Na het eerste bezoek aan patiënte kwam de arts op basis van de verklaring van patiënte in haar schriftelijke euthanasieverzoek, de toelichting van een van haar kinderen over hoe patiënte voor de CVA's was geweest en zijn eigen indruk omtrent het functioneren van patiënte tijdens dit bezoek, tot het besluit om gehoor te geven aan het verzoek van patiënte om euthanasie. Deze opname in het verpleeghuis was wat ze echt niet wilde en wat zij had beschreven in haar wilsverklaring. Verbetering was niet te verwachten, zij kon niet meer blij aan het verpleeghuisleven deelnemen. De gesprekken

met de huisarts ondersteunden dit persoonlijke besluit van de arts. Hierop heeft de arts de euthanasieprocedure opgestart, waarbij alleen de consultatie nog moest plaatsvinden.

Voorafgaande aan de euthanasie heeft de arts Dormicum voorgeschreven in verband met een mogelijk onverwachte reactie op het inbrengen van het infuus. Het kind, bij wie patiënte verbleef, heeft dit middel op de ochtend van de euthanasie aan patiënte gegeven. Toen de arts arriveerde lag patiënte slapend/suf in bed. Om 10.30 uur werd er door een ambulanceverpleegkundige een infuus ingebracht. Patiënte reageerde op de prik maar zij bleef rustig en was niet agressief. Daarna heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door de toediening van de thiopental en daarna de rocuronium.

De arts was achteraf tevreden over het verloop van de procedure maar erkende dat het ingewikkeld was. Hij gaf aan dat indien hij zelf in een vergelijkbare situatie zou verkeren, hij dan ook niet in een verpleeghuis zou willen worden opgenomen.

f. Mondelinge toelichting consulent

Naar aanleiding van de meldingsgegevens, het nadien toegezonden patiëntenjournaal en de nadere mondelinge toelichting van de arts waren bij de commissie vragen gerezen over de wilsbekwaamheid van patiënte en de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.

De commissie vroeg zich af hoe de consulent zicht heeft gekregen op het uiten van de euthanasiewens door patiënte toen zij nog wilsbekwaam was en waaruit, volgens de consulent, de ondraaglijkheid van het lijden bij patiënte in de periode voor het overlijden en op het moment van haar bezoek bestond.

De commissie heeft de consulent daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

De consulent heeft – zakelijk weergegeven – de volgende mondelinge toelichting gegeven:

De arts heeft tegenover consulent aangegeven bereid te zijn de euthanasie uit te voeren en heeft haar de gegevens van patiënte toegestuurd. De consulent heeft daar kennis van genomen en is daarna met lood in de schoenen naar het verpleeghuis gegaan, waar patiënte verbleef. Zij beseftte dat het een heel moeilijke casus was en dat hier de grenzen van de wet werden gezocht. Zij vroeg zich af hoe zij bij deze patiënte zou kunnen beoordelen of aan de eisen was voldaan.

Samen met een van de kinderen van patiënte heeft zij patiënte bezocht. Tijdens dat bezoek is zij ervan overtuigd geraakt dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De consulent heeft de euthanasieverklaringen van patiënte van twintig jaar geleden gezien. Daarin stonden clausules van beginnende dementie, afhankelijkheid van anderen en opname in een verpleeghuis als situaties die voor haar ondraaglijk zouden zijn en een reden voor euthanasie moesten zijn. In deze situatie bevond patiënte zich toen de consulent werd geraadpleegd.

Ook heeft zij de schriftelijke verklaring van de huisarts gezien, waaruit blijkt dat hij, na haar eerste CVA, nog met patiënte over haar euthanasiewens heeft gesproken en dat hij ervan overtuigd was dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Patiënte lag op bed en was dolblij toen zij haar kind zag. Zij uitte woorden als 'lief' en 'fijn' en aaide hem. Zij begroette de consulent even en daarna keerde zij zich weer naar haar kind. Het was duidelijk dat zij haar kind kende.

De consulent probeerde met patiënte te praten over haar situatie en patiënte heeft daarop gezegd:

'Gatverdamme. Dit kan niet. Dit moet niet.' Toen haar kind vertelde dat zij wellicht binnenkort zou overlijden, zag de consulent dat patiënte blij was. Patiënte had sprekende ogen. De consulent was overtuigd dat patiënte zich in een situatie bevond die zij niet wilde. De consulent heeft niet met de verpleeghuisarts gesproken. Het was haar bekend dat er pas een nieuwe verpleeghuisarts was, die patiënte nog niet goed kende en dat de oude verpleeghuisarts vond dat niet op haar euthanasiewens kon worden ingegaan.

De consulent meent dat zij het goed getroffen had: zij is op het goede moment bij patiënte geweest. Zij heeft duidelijk contact met patiënte gehad. Patiënte gaf verbaal en non-verbaal heel duidelijk aan dat zij deze situatie niet wilde. Zij uitte de woorden 'gatverdamme' en 'dit is niets zo'.

Volgens de consulent waren dit uitingen van lijden. In haar ogen zag de consulent heel duidelijk haar wanhoop en het ongelukkig zijn.

Het was duidelijk dat patiënte blij was en genoot van de komst van haar kind, maar zodra de consulent over haar situatie begon, vond er een omslag plaats. Patiënte keek haar toen indringend en wanhopig aan. De consulent las in haar sprekende ogen: 'Haal mij hier uit'. De consulent is ongeveer drie kwartier tot een uur bij patiënte geweest.

Patiënte heeft haar laten zien en voelen dat zij ondraaglijk leed. Haar frustratie en desolaatheid waren overduidelijk. Hierop nader doorggevraagd zegt de consulent opnieuw dat zij de ondraaglijkheid vaststelde uit de blik in de ogen van patiënte en de door haar geuite negatieve opmerkingen.

De consulent heeft patiënte even onder vier ogen gezien, maar dat leverde verder niets op. Volgens de consulent heeft het kind van patiënte totaal geen druk uitgeoefend en was dit kind niet sturend. Het klopt dat het initiatief om de levenseindekliniek te benaderen van de kinderen is uitgegaan. Patiënte had haar kinderen gevolmachtigd. Het bij het bezoek aanwezige kind heeft de consulent verteld dat met patiënte was besproken dat de levenseindekliniek was ingeschakeld. Volgens dit kind reageerde patiënte daar goed op.

De consulent heeft begrepen dat, na haar eerste CVA, patiënte niet veel meer over euthanasie heeft gesproken: patiënte was toen aan het vechten om te blijven leven.

Na haar bezoek heeft de consulent telefonisch contact met de arts gehad. Zij heeft de arts verteld dat patiënte haar had laten zien dat zij ondraaglijk leed.

De consulent heeft geen contact met de behandelaren van patiënte gehad. Wel heeft zij met de verpleging gesproken. Zij gaven aan dat patiënte het soms heel moeilijk had, maar dat zij ook nog van dingen kon genieten: het was heel wisselend.

Volgens de consulent was er geen continu lijden. Maar volgens haar heeft patiënte de ondraaglijkheid van haar lijden duidelijk laten zien op het moment dat haar situatie ter sprake werd gebracht. Na haar bezoek aan patiënte was de consulent zo overtuigd van de ondraaglijkheid van haar lijden dat zij er geen behoefte aan had om nog een keer naar patiënte toe te gaan.

De arts heeft ook verteld dat hij overtuigd was van de ondraaglijkheid van haar lijden. De arts vertelde de consulent dat hij het ook niet zou kunnen verdragen als hij zo in een verpleeghuis zou moeten zitten. De consulent heeft hem verteld dat het niet relevant was of hij dat zou verdragen, maar dat het er om ging dat hij ervan overtuigd was dat dit voor patiënte een ondraaglijk lijden was. Voor de arts bestond de ondraaglijkheid van het lijden uit het feit dat patiënte onmachtig was en in een situatie was komen te verkeren, waarvan zij altijd had aangegeven dat die voor haar een ondraaglijk lijden zou betekenen. De arts heeft aangegeven dat hij ervan overtuigd was dat aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hij vertelde tegen de consulent dat zij wel naar patiënte

toe kon gaan, maar dat zij daar niets aan zou hebben. Volgens de consulent stond zijn besluit om euthanasie uit te voeren al vast.

- **3. Beoordeling**

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

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

Vast is komen te staan dat patiënte in de periode voorafgaande aan het laatste CVA op de hoogte was gesteld van haar prognose en begreep dat zij zich in een situatie bevond waarin zij een risico liep dat zij, bij een herhaling van een CVA, zorgbehoefstig zou worden en een opname in een verpleeghuis tot de mogelijkheden zou behoren. Zij heeft in de periode van 1992 tot 1994 drie maal een schriftelijke euthanasieverklaring getekend waarin zij expliciet opnam euthanasie te wensen in een situatie waarin zij blijvend in een verpleeghuis opgenomen zou moeten worden.

In de daarop volgende jaren heeft zij haar wens met haar huisarts een aantal keren besproken. Hierover heeft de huisarts een verklaring opgesteld en zijn in het patiëntenjournal op twee plaatsen (tussen het eerste en het tweede CVA) aantekeningen over de gevoerde gesprekken teruggevonden. In de periode na het laatste CVA had patiënte een gemengde afasie en cognitieve stoornissen, zij werd opgenomen in een verpleeghuis. Hierop hebben haar kinderen, een jaar voor het overlijden, contact opgenomen met de SLK, waarop drie maanden voor het overlijden de arts met de kinderen en met patiënte contact heeft opgenomen.

Patiënte was ten tijde van het bezoek van de arts en de consulent niet in staat om op enigerlei wijze uitdrukking te geven aan een eventuele euthanasiewens.

De arts heeft, zoals hij ook in zijn mondelinge toelichting verklaarde, op grond van de wilsverklaringen van 1992 tot en met 1994 en de verklaring van de huisarts afgeleid dat patiënte, nu zij was opgenomen in een verpleeghuis waarvan zij expliciet heeft verklaard dat zij dat niet wilde, een actueel euthanasieverzoek had.

De commissie heeft zich afgevraagd of, nu patiënte niet in staat was haar wil te uiten, de arts op grond van het bovenstaande haar verzoek om levensbeëindiging, neergelegd in een aantal schriftelijke wilsverklaringen van ongeveer twintig jaar geleden, als een actueel verzoek, vrijwillig en weloverwogen gedaan, heeft kunnen beschouwen.

Niet ter discussie staat de vraag of patiënte ten tijde van het afleggen van haar schriftelijke verklaring tot een redelijke waardering van haar belangen in staat was. De commissie heeft op grond van het dossier geen reden om daaraan te twijfelen.

Wel kan de vraag gesteld worden of, nu deze verklaringen relatief oud zijn en niet recent schriftelijk zijn herbevestigd zij nog onverkort geldig zijn. Voor de beantwoording daarvan zoekt de commissie aansluiting bij de wetsgeschiedenis van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), waaruit blijkt dat destijds bewust is afgezien van het vereisen van een bepaalde geldigheidstermijn; de 'wil kan zelfs vele jaren terug schriftelijk zijn geuit'. Ook hoeft de

wilsverklaring niet persé met de arts besproken te worden, 'al is dat wel raadzaam, evenals het af en toe actualiseren van de verklaring'.

Na het opstellen van de schriftelijke wilsverklaringen in de periode 1992-1994 is de euthanasiewens nog met een zekere regelmaat onderwerp van gesprek tussen patiënte en haar huisarts geweest; zelfs is het actualiseren daarvan – na het eerste CVA en voor haar tweede CVA – nog aan de orde geweest in een gesprek tussen huisarts en patiënte, waarbij patiënte de vraag naar het ondertekenen van een nieuwe wilsverklaring stelde. Nu de arts zich hiervan heeft vergewist, is de commissie, ondanks het feit dat de arts zélf patiënte niet heeft gekend toen zij nog wilsbekwaam was, van oordeel dat de arts op grond van die gegevens in redelijkheid heeft kunnen overwegen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte als omschreven in artikel [2](#) lid 2 van de WTL, waaraan hij gevolg kon geven.

Ten aanzien van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden overweegt de commissie het volgende:

Euthanasie bij een patiënte die niet meer in staat is haar wil kenbaar te maken is een uiterst delicaat onderwerp. Mensen die een schriftelijke verklaring opstellen, geven daarmee aan dat zij het van essentieel belang vinden de daarin beschreven aftakelingsfase in hun leven te vermijden, zelfs als dat níét een fase van ernstig lijden zou blijken te zijn. Voor euthanasie op die grond geeft de WTL echter geen ruimte. Het in de verklaring neergelegde verzoek kan alleen voor vervulling in aanmerking komen als er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

De situatie waarin patiënte zich bevond was na recidiverende CVA's – medisch gezien – uitzichtloos. Nadat zij was gerevalideerd, na het laatste CVA, was geen genezing meer mogelijk.

De ondraaglijkheid van het lijden kon door patiënte niet meer verwoord worden. In het verleden had patiënte zowel in haar schriftelijke wilsverklaringen als mondeling aangegeven dat zij niet blijvend in een verpleeghuis opgenomen wilde worden. In de periode dat patiënte opgenomen was in het verpleeghuis liet zij een wisselend beeld zien. Dit beeld werd beschreven door de verpleeghuisarts en ook door haar kinderen. Over het algemeen maakte zij een rustige en vriendelijke indruk. Er waren stemmingsschommelingen; op sommige momenten zat zij ineengedoken in een rolstoel met haar handen rond haar hoofd. Ook was zij soms agressief naar mannen.

De arts heeft in zijn mondelinge toelichting verklaard dat hij niet met patiënte kon communiceren en dat hij heeft geconstateerd dat er bij patiënte geen sprake was van een ondraaglijk lichamelijk lijden. Of zij geestelijk leed, kon de arts niet achterhalen en daarover kon hij geen oordeel geven. De arts heeft geen tekenen van lijden bij patiënte waargenomen en heeft zijn besluit uitsluitend gebaseerd op het feit dat patiënte was opgenomen in een verpleeghuis, iets wat zij echt niet wilde en had beschreven in haar schriftelijke wilsverklaringen als grond voor euthanasie.

De consulent heeft in haar mondelinge toelichting verklaard dat patiënte aan haar wel de ondraaglijkheid van het lijden kenbaar heeft gemaakt. Voor de consulent waren tekenen van lijden waarneembaar en patiënte heeft haar -door verbale en non-verbale communicatie- duidelijk gemaakt dat zij ondraaglijk leed.

De commissie is door de toelichting van de consulent er evenwel niet van overtuigd geraakt dat er sprake was van een ondraaglijk lijden van patiënte. De consulent heeft de commissie er niet van kunnen overtuigen dat zij, op basis van één consult, waarin sprake was van wisselende stemmingen

van patiënte, en zonder overleg te hebben gehad met de behandelaars van patiënte om de zeer beperkte (non-)verbale communicatie van patiënte te kunnen duiden, tot het oordeel is kunnen komen dat er sprake was van een ondraaglijk lijden bij patiënte.

Wat daar ook van zij, de commissie dient te toetsen of *de arts* in redelijkheid tot de overtuiging heeft kunnen komen dat patiënte – op het moment dat de arts tot uitvoering van de euthanasie is overgegaan – ondraaglijk leed. Volgens de arts was er bij patiënte geen sprake van ondraaglijk lichamelijk lijden en een eventueel geestelijk lijden van patiënte kon niet door hem achterhaald worden. Het enkele feit dat patiënte blijvend de eigen omgeving heeft moeten verlaten en in een verpleeghuis werd opgenomen is onvoldoende om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen. De arts heeft voorts geen andere omstandigheid (ook niet de bevindingen van de consulent) aangevoerd om zijn overtuiging, dat patiënte ondraaglijk leed, te onderbouwen. Dit klemt temeer daar door een verpleeghuisarts aan de arts het beeld was geschetst dat er stemmingsschommelingen bij patiënte aanwezig waren, maar dat zij over het algemeen een rustige en vriendelijke indruk maakte. Alleen al daarom waren de twee bezoeken die hij aan patiënte heeft gebracht, waarbij communicatie met haar niet mogelijk was, onvoldoende.

De commissie is van oordeel dat de arts – juist op grond van het beeld dat hem van patiënte was geschetst – zich in deze zeer complexe situatie onvoldoende tijd en inspanning heeft getroost om de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte te onderbouwen.

De arts heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij tot de overtuiging is kunnen komen dat er bij patiënte sprake was van een ondraaglijk lijden.

Ten aanzien van de voorlichting van patiënte en het bestaan van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie het volgende:

De arts heeft, gezien de wilsonbekwaamheid van patiënte op het moment dat hij bij haar betrokken raakte, de patiënte niet zelf kunnen voorlichten over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten. De arts heeft toen evenmin met haar kunnen bespreken of er voor de situatie waarin zij zich bevond een redelijke andere oplossing bestond.

De arts heeft evenwel door de uitkomsten van het overleg dat hij heeft gehad met de huisarts van patiënte, zijn bestudering van het dossier en het overleg met haar kinderen de overtuiging kunnen krijgen dat aan het vereiste van voorlichting was voldaan, alsook dat er voor de situatie waarin zij zich bevond een redelijke andere oplossing ontbrak.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, de mondelinge toelichtingen van de arts en de consulent daarbij mede in aanmerking genomen, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos lijden.

Patiënte was voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich alsdan zou bevinden en over haar vooruitzichten. De arts is tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

De commissie is echter van oordeel dat de arts *niet* tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

- **4. Beslissing**

De arts heeft **niet** gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel [2](#) lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

- **Noot**

1. Het bovenstaande oordeel is een van de – gelukkig – zeer weinige uitzonderingen op het gegeven dat de toetsing die de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) uitvoeren of een arts in een concrete euthanasiezaak in overeenstemming met de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, normaliter uitloopt op het oordeel 'zorgvuldig'. In geval van dat laatstgenoemd oordeel is de zaak daarmee afgedaan en ontvangen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en/of het Openbaar Ministerie niet eens meer een afschrift van de beslissing.¹ Dat is niet het geval in de veel uitzonderlijkere situatie dat het oordeel 'onzorgvuldig' luidt, zoals in casu. Dan moeten IGZ en OM juist wel over een vervolg nadenken. Het feit dat het mogelijke vervolg nog openstaat, dwingt ons tot inhoudelijke terughoudendheid bij de bespreking van bovenstaande beslissing. Nochtans vragen enkele aspecten van de casus, van het oordeel en van de procedure om verschillende redenen de nodige aandacht. Mede gelet op de actuele discussies omtrent euthanasie extrapoleren wij hier en daar enige nadere vraagpunten die ons voor het debat van belang lijken.

2. Met de bovenstaande zaak wordt (een arts verbonden aan) de Levensindekliniek voor de tweede keer in korte tijd op de vingers getikt door een toetsingscommissie. Het is daarbij opmerkelijk hoe snel deze zaak op de website van de toetsingscommissies is gepubliceerd. De RTE's, die de laatste tijd onder vuur lijken te liggen,² komen daarmee tegemoet aan de wens meer transparantie te bieden rond de toetsingspraktijk.³ Met name 'vragen oproepende meldingen' die van belang zijn voor de normontwikkeling ten aanzien van euthanasie en kennisbevordering omtrent actuele opvattingen van commissies, worden, blijkens de website van de RTE, met voorrang gepubliceerd.⁴ Nochtans blijft de traditie overeind dat in het oordeel niet te lezen is van welke regionale toetsingscommissie het oordeel afkomstig is. Vanuit de gewone rechtspraak bezien, waarin de namen van de rechters mee worden gepubliceerd, blijft dat een opvallende eigenaardigheid. Het gegeven dat, voordat een toetsingscommissie tot de conclusie 'onzorgvuldig' komt, een dergelijk voorgenomen oordeel eerst voor advies en commentaar naar alle leden en plaatsvervangende leden van de eigen en alle andere commissies wordt gestuurd,⁵ doet daaraan niet af; het blijft immers een beslissing van de 'eigen' commissie.

3. De onderhavige zaak betreft een zogenaamde 'artikel [2](#), lid 2 Wtl-situatie', waarbij patiënte, op het moment dat zij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld met het verzoek onder bepaalde voorwaarden euthanasie toe te passen. Op grond van het bepaalde in artikel [2](#) lid 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) kan de arts op de eerdere wilsverklaring van de patiënt afgaan op het moment dat de patiënt niet meer wilsbekwaam is. Daarbij zijn de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid van artikel [2](#) Wtl, 'van overeenkomstige toepassing'. De wetgever heeft met dit artikel beoogd patiënten de rust en het vertrouwen te geven dat een arts aan een door patiënten zelf ongewenst en ondraaglijk geachte situatie een einde zal *kunnen* maken. Artsen die de uitdrukkelijke wens van de patiënt willen

inwilligen, hebben hiermee de (betrekkelijke) zekerheid gekregen dat zij, indien zij zich aan de gestelde voorwaarden houden en zorgvuldig te werk gaan, niet strafbaar zullen zijn (na toetsing achteraf).⁶ Tegelijkertijd blijkt uit de opzet van deze modaliteit dat het geheel de beslissing van de arts is of het tot euthanasie komt. Hij kan, maar hoeft niet, op de wilsverklaring af te gaan en hij mag dat alleen maar straffeloos doen als – naar zijn oordeel – aan de van overeenkomstige toepassing verklaarde zorgvuldigheidseisen is voldaan. In zoverre is een op enig moment afgelegde wilsverklaring niet alleszeggend; vanwege de zorgvuldigheidseisen kan de verklaring niet meer legitimeren dan de wet toestaat aan hetgeen de arts dan kan doen. De wilsverklaring biedt dus bepaald geen garanties, zoals een testament dat bijvoorbeeld wel doet. Daarbij is van belang dat uit de wetsgeschiedenis en jurisprudentie niet kan worden opgemaakt welke betekenis nu precies dient te worden toegekend aan de zinsnede ‘van overeenkomstige toepassing’. Daaruit blijkt evenmin welk gewicht aan een schriftelijke wilsverklaring kan worden gegeven om vast te stellen *dat* aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.⁷ Die onduidelijkheid maakt het er niet gemakkelijker op.

4. In het onderhavige geval stamt de wilsverklaring al van twintig jaar geleden. Juist bij die ouderdom is van belang dat de wilsverklaring regelmatig wordt geactualiseerd, zeker ‘als het er op aan gaat komen’; als de in de wilsverklaring benoemde situaties van wenselijke euthanasie aan de deur van de patiënt kloppen. Van die actualisering is hier zeker sprake; de eigen huisarts heeft daarover het nodige aan de betrokken arts gemeld. Het is daarom alleszins begrijpelijk dat de toetsingscommissie in casu op basis van de geactualiseerde, regelmatig besproken schriftelijke wilsverklaringen, tot de conclusie komt dat aan de zorgvuldigheidseisen dat sprake moet zijn van een ‘weloverwogen en vrijwillig verzoek’ van de patiënt, is voldaan. Dat geldt ook voor de conclusie van de commissie dat aan de andere zorgvuldigheidseisen dan het lijden is voldaan. Alleen: in dit geval staat ook vast dat de betrokken huisarts wel degene is geweest die in de loop der tijd met patiënte – naar men mag aannemen: indringend – over euthanasie heeft gesproken en van de waarachtigheid van het verzoek overtuigd is geraakt, maar dat die huisarts *niet* de arts is geweest die de euthanasie heeft voltrokken en daarmee ook niet de arts die heeft beoordeeld of aan de (overige) zorgvuldigheidseisen van de wet (andermaal: niet alleen aan de inhoud van de wilsverklaring van de patiënte) is voldaan. Dan rijst de vraag of de huisarts – die geen rol meer speelde in de behandeling van patiënte vanwege de opname in het verpleeghuis – wellicht niet tot euthanasie wilde besluiten, en waarom niet. De aan het verpleeghuis verbonden artsen wilden volgens de mondelinge toelichting van de arts niet meewerken aan het euthanasieverzoek ‘omdat zij zich niet konden vergewissen van de wilsbekwaamheid van patiënte’. Deze verschillen in opvatting maken duidelijk hoe moeilijk het is om in de artikel 2 lid 2-situatie vast te stellen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en welke eisen de wet hier eigenlijk precies stelt.

5. Het voor straffeloze euthanasietoepassing noodzakelijke lijden moet een medisch classificeerbare oorzaak hebben. Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan de medische context, hoort een arts niet te oordelen.⁸ Zodanig lijden wordt (vervolgens) 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.⁹ De *ondraaglijkheid* van het lijden is aanmerkelijk lastiger vast te stellen. Voor de arts moet invoelbaar zijn dat het lijden voor de patiënt ondraaglijk is. Daarbij is niet van belang wat ondraaglijk zou zijn voor mensen in het algemeen of voor de arts zelf, maar puur voor die ene specifieke patiënt.¹⁰ Een arts mag daarbij, zoals uit diverse ‘zorgvuldig’ geoordeelde zaken kan worden opgemaakt, uitgaan van kleine aanwijzingen in verbale dan wel non-verbale communicatie die de wilsverklaring bevestigen.¹¹ Vervolgens toetst

de RTE, zoals in bovenstaande zaak, zij het in een overweging die de zelfstandige verantwoordelijkheid van de arts ten opzichte van de – nota bene op basis van een wettelijke verplichting door hem aangezochte – consulent benadrukt, of de behandelend arts ‘in redelijkheid’ tot de conclusie had kunnen komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Ondanks de ‘ruimte’ die de woorden ‘in redelijkheid’ in deze aan de handelend arts laat en de RTE tot terughoudende toetsing dwingt, heeft de arts in deze zaak naar het oordeel van de RTE toch in redelijkheid niet tot die beslissing kunnen komen. Dan moet er wel wat aan de hand zijn.

6. Het oordeel van de commissie bevat ter zake een cruciale zin: ‘Het enkele feit dat patiënte blijvend de eigen omgeving heeft moeten verlaten en in een verpleeghuis werd opgenomen is onvoldoende om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen.’ Dat die opname en de daarmee gepaard gaande afhankelijkheid zo’n belangrijke rol spelen, komt waarschijnlijk door de inhoud van de wilsverklaring die juist deze situatie van afhankelijkheid benoemt. Kennelijk spelen de – nadien ingetreden – gemengde afasie (niet meer kunnen praten) van patiënte, haar cognitieve stoornissen en mobiliteitsproblemen hierin geen of een mindere rol. Is dit het punt dat de toetsingscommissie aangrijpt in haar overwegingen dat nog zij niet meteen uitsluit dat i.c. van ondraaglijk lijden in de zin van de wet sprake was, maar dat zij meer handelingen van de arts had verwacht om dat vast te stellen? De arts had patiënte naar de mening van de commissie vaker moeten bezoeken en had bevestiging moeten zoeken in verbale dan wel non-verbale communicatie met patiënte, haar familie en haar behandelaars om de ondraaglijkheid van het lijden te kunnen onderbouwen. Dat geldt des te meer nu de verpleeghuisarts aan de arts te kennen had gegeven dat patiënte stemmingswisselingen had, maar in het algemeen een rustige, vriendelijke indruk maakte (wat wellicht duidt op gedrag dat niet in lijn is met de wilsverklaring¹²). In feite betekent de benadering van de commissie ook, dat de toetsingscommissie wellicht minder nadrukkelijk afgaat op de betekenis en de inhoud van de wilsverklaring dan de arts mogelijk deed en de toetsingscommissie dus meer waarde hecht aan de zorgvuldige vaststelling door de arts dat in de euthanasiesituatie aan de ‘van overeenkomstige toepassing’ zijnde zorgvuldigheidseisen voor het overige (naast de wilsverklaring) is voldaan. Nog iets verder ‘materieel’ kijkend staat er in de cruciale zin ook nog iets anders. Deze mevrouw wilde deze situatie van afhankelijkheid door opname in een verpleeghuis aan het einde van haar leven niet. Dat is heel duidelijk (en te begrijpen) en misschien is het ook wel zo helder en eerlijk dat de arts haar daarin wilde helpen en aan haar lijden voor het overige een minder prominente betekenis heeft toegekend. Maar die afhankelijkheid en daaruit voortvloeiende doodswens heeft dan geen medisch classificeerbare oorzaak meer en de beslissing om op deze grond op de wens van de patiënte in te gaan, is geen medische beslissing. In de discussie over uitbreiding van de euthanasiewetgeving naar andere gevallen dan de huidige, zal dat laatste een belangrijk punt van discussie zijn: tot hoever reikt nog een medische beslissing en wie stelt over de grens daarvan aan de hand van welke criteria vast dat een situatie is ingetreden die het vervullen van de doodswens legitimeert?

7. Aldus bezien werpt bovenstaande zaak in zekere zin toch ook een betrekkelijk schril licht op de actuele stand van zaken, die minder rooskleurig is dan wij wel eens denken. De arts leunt meer op de wilsverklaring; de commissie meer op de actuele situatie en of daarin aan de andere zorgvuldigheidseisen is voldaan, alvorens de arts tot euthanasie had mogen beslissen. Uit deze zaak kan wederom worden opgemaakt dat de schriftelijke wilsverklaring *een* factor is die mede bepaalt of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan: de patiënt kan in een schriftelijke wilsverklaring omschrijven wat hij als ondraaglijk lijden ervaart, maar dat leidt niet zonder meer tot de conclusie dat aan die zorgvuldigheidseisen is voldaan.¹³ Maar welke is de betekenis van die wilsverklaring precies? Het is dit

betrekkelijk cruciale verschil op het punt van die betekenis dat nog steeds een niet helemaal opgehelderd onderdeel is van de betekenis van 'van overeenkomstige toepassing' in' artikel [2](#) lid 2 Wtl. Dat heeft te maken met het feit dat de Wtl-wetgever in feite niet gekozen heeft tussen zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en de medisch-ethische normen voor de arts. Zijn de grenzen van de wet en daarmee van de strafrechtelijke aansprakelijkheid nog wel voldoende duidelijk? Reeds ten aanzien van de nog door de wetgever zelf, in artikel [2](#) lid 2 Wtl geregelde situatie van de voorafgaande wilsverklaring is dat mogelijk niet het geval. En dan onderscheiden wij wettelijk (in strafbaarheid) nog niet eens tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Zou dat, bijvoorbeeld voor situaties waarin een patiënte als in het onderhavige geval is komen te verkeren, niet (meer) moeten? Het *kan* in elk geval wel: in Duitsland is euthanasie (Aktive Sterbehilfe) wel, hulp bij zelfdoding daarentegen niet strafbaar.¹⁴ Beperkt het feit dat het mindere delict (op art. [294](#) lid 2 Sr staat drie jaren gevangenisstraf; voorlopige hechtenis is niet toegelaten) toch, in gelijke zin met het zwaardere (op euthanasie staat 12 jaar), onder de strikte eisen van de Wtl valt om gelegitimeerd te kunnen zijn, mogelijke ontwikkelingen niet te zeer?

8. Nu de commissie tot het oordeel 'onzorgvuldig' is gekomen, rijst in bovenstaande zaak ook de vraag of de procedurele waarborgen van de toets door de RTE wel altijd aan de maat zijn. In casu is de arts door de RTE 'uitgenodigd' voor een persoonlijke toelichting, nadat bij de RTE reeds vragen waren gerezen. De arts hoeft aan die uitnodiging geen gevolg te geven, maar dan kan zijn handelen niet worden getoetst. Dan kan de RTE niet vaststellen dat overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld.¹⁵ Het is op z'n minst verstandig als de arts voorafgaande aan de toelichting erop was gewezen dat hij niet tot antwoorden verplicht was en hetgeen hij (desondanks) zegt, ook als bewijs tegen hem kan worden gebruikt, ook al is artikel [27](#) Sv niet van toepassing omdat geen sprake is van strafvordering of althans het onderzoek door de RTE niet door het Wetboek van Strafvordering wordt geregeld. Te verdedigen valt trouwens ook dat de arts op dat moment (zo niet eerder) als verdachte in de zin van de strafvordering heeft te gelden. In elk geval rijst de vraag of en zo ja, wanneer de RTE de betreffende arts op zijn (wellicht gaandeweg veranderde) status zou moeten wijzen.

9. Vanwege het oordeel 'onzorgvuldig' wordt de bovenstaande zaak thans voorgelegd aan het OM en de IGZ. Beide instanties kunnen besluiten stappen te zetten.¹⁶ Binnen het OM moet de zaak zelfs worden voorgelegd aan het College van procureurs-generaal. Dat is op zichzelf nergens een garantie voor, maar er zijn beroepsgroepen die het met minder moeten doen. Inhoudelijk zal het OM over vervolging moeten beslissen, waarschijnlijk, nu de doodswens vaststaat, ter zake van 'euthanasie' (art. [294](#) Sr) als een geprivilegieerde specialis ten opzichte van artikel [287](#) Sr (doodslag) of artikel [289](#) Sr (moord). Vanwege de wat vervagende grenzen is dat nog geen gemakkelijke beslissing.¹⁷ In een eventuele strafzaak zal het fysiek lijden van de patiënte op grond van medisch classificeerbare gronden wellicht nadrukkelijker op de voorgrond komen te staan. OM noch strafrechter zijn aan de vaststellingen van de RTE gebonden. Juridisch is het niet uitgesloten dat het OM of de rechter alsnog tot de conclusie komt dat wel aan alle zorgvuldigheidseisen van de Wtl is voldaan. Bij de beslissing van het OM speelt ook nog iets anders. Als het OM besluit niet te vervolgen, zullen de arts, de SLK, en de familie van de patiënt daar wel vrede mee kunnen hebben. Dat betekent dat er niet onmiddellijk belanghebbenden in de zin van artikel [12](#) Sv zijn die tegen een beslissing tot niet vervolgen beklag zouden kunnen doen bij het gerechtshof. Dat correctiemechanisme bij niet vervolgen is dan uitgeschakeld. Dat kan een factor zijn die de vervolgingsbeslissing mee kan bepalen.

Noten

- **1** H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers, J. Legemaate e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2014, p. 406.
- **2** Zie hierover A.C. Hendriks, 'Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood: een toetsing van de Nederlandse Euthanasiewet aan het EVRM', *NTM/NJCM-Bull.* 2014, p. 151-181; zie ook W.R. Kastelein, 'Toetsing euthanasie', *TvGR* 2014, p. 437. Zie daarnaast A.C. Hendriks, 'Meer (toe)zicht op toetsing euthanasie dringend gewenst', *NJB* 2014-19, p. 1308-1312 en de reactie van J. Legemaate in *NJB* 2014-23, p. 1566-1567 met naschrift A.C. Hendriks op p. 1567.
- **3** A. van der Heide, J. Legemaate, B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw 2012, p. 16 en Jaarverslag RTE's 2012, p. 7.
- **4** Zie www.euthanasiecommissie.nl.
- **5** Jaarverslag RTE's 2012, p. 59.
- **6** *Kamerstukken II 1999/2000, 26691, 6, p.87.*
- **7** Zie P.A.M. Mevis, S.R. Bakker, L. Postma en J.H.J. Verbaan, *Schriftelijke wilsverklaring euthanasie bij wilsonbekwame patiënten: een jurisprudentieonderzoek*, WODC 2014.
- **8** Aldus de RTE in casus 6 uit het jaarverslag 2012. Omdat geen sprake was van lijden in medische context werd het handelen van de arts niet zorgvuldig bevonden.
- **9** Jaarverslag RTE's 2012, p. 26. Zie ook de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), *Stcrt.* 2012, 26899, p. 6.
- **10** Jaarverslag RTE's 2012, p. 27.
- **11** Zie bijvoorbeeld Jaarverslag RTE's 2009, casus 3 en Jaarverslag RTE's 2011, casus 3.
- **12** Vgl. Jaarverslag RTE's 2012, casus 3.
- **13** Mevis e.a. 2014 (zie noot 7), p. 51-53.
- **14** Op dit moment wordt in Duitsland een discussie gevoerd over een 'Gesetzentwurf' omtrent euthanasie en hulp bij zelfdoding. Vanwege de regering wordt voorgesteld beroepsmatige vormen van hulp bij zelfdoding strafbaar te stellen. Niet iedereen is het daarmee eens. Zie bijv. de 'Vorschlag für ein Gesetz zur Regelung des assistierten Suizids' van een aantal Duitse professoren, via http://blog.kohlhammer.de/wp-content/uploads/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assist_Suizid.pdf.
- **15** Zie uitdrukkelijk casus 13 uit het Jaarverslag RTE's 2009.
- **16** Van der Heide e.a. 2012 (zie noot 3), p. 213.

- **17** In de eerder genoemde casus 6 uit het jaarverslag 2012, waarin naar ons oordeel een 'zwaardere' onzorgvuldigheid aan de orde is, is geen strafvervolging tegen de arts ingesteld. De IGZ heeft met de arts gesproken om te zien of hij ervan had geleerd. Nu dat het geval is, is door de Inspectie van nadere acties jegens de arts afgezien.