

REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE

CODE OF PRACTICE



REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE

CODE OF PRACTICE

Den Haag, april 2015

INHOUD

VOORWOORD

1. DOEL EN OPZET VAN DEZE CODE OF PRACTICE	5
2. HOOFDLIJNEN VAN DE WET, WERKWIJZE VAN DE COMMISSIES EN BETEKENIS VAN MEDISCH-PROFESSIONELE RICHTLIJNEN	
2.1. Hoofdpijnen van de wet: zorgvuldigheidseisen	6
2.2. Hoofdpijnen van de wet: melding en toetsing	7
2.3. Werkwijze van de commissies	8
2.4. Betekenis van medisch-professionele richtlijnen	9
3. WETTELIJKE ZORGVULDIGHEIDSEISEN	
3.1. Uitvoerend arts	10
3.2. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	11
3.3. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	13
3.4. Voorlichting aan de patiënt	14
3.5. Ontbreken van een redelijke andere oplossing	15
3.6. Onafhankelijke consulent	16
3.7. Medisch zorgvuldige uitvoering	20
4. ENKELE BIJZONDERE ONDERWERPEN	
4.1. Schriftelijke wilsverklaring	23
4.2. Minderjarige patiënten	25
4.3. Patiënten met een psychiatrische aandoening	26
4.4. Patiënten met dementie	27
4.5. Patiënten met een verstandelijke beperking	28
4.6. Patiënten met afasie	29
4.7. Coma/verlaagd bewustzijn	30
4.8. Euthanasie en palliatieve sedatie	31
4.9. ‘Klaar met leven’ problematiek	31
4.10. Eisen die de wet niet stelt	32
5. NUTTIGE VERWIJZINGEN	
5.1 De website van de commissies	33
5.2 De SCEN-organisatie	33
5.3 De evaluaties van de WTL	33
5.4 De beleidsregels van het Openbaar Ministerie	33
BIJLAGE RELEVANTE WETSBEPALINGEN	
I. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL)	36
II. De artikelen 293 en 294 Wetboek van Strafrecht	41
III. Artikel 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging	42

VOORWOORD

Zeer geachte lezer,

Met veel genoegen presenteren wij de Code of Practice van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's). Gaarne geven wij hier een korte toelichting op de totstandkoming en het doel van deze Code.

De gezamenlijke jaarverslagen van de RTE's en de op hun website gepubliceerde oordelen geven een beeld van de wijze waarop de commissies de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie, zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), interpreteren en toepassen. In de Tweede evaluatie van de WTL (2012) is de aanbeveling gedaan om in aanvulling daarop deze informatie beter toegankelijk te maken middels een zogenoemde Code of Practice. Die aanbeveling is ondersteund door diverse nauw bij dit vraagstuk betrokken maatschappelijke organisaties waaronder de KNMG. Ook de ministers van VWS en V&J hebben de Tweede Kamer laten weten de wenselijkheid van een Code of Practice te onderschrijven.

De RTE's hebben prof. mr J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht AMC/Universiteit van Amsterdam, bereid gevonden hen behulpzaam te zijn bij het schrijven van een dergelijke Code.

Zij zijn hem zeer erkentelijk voor het vele werk, dat hij in dit kader heeft verzet.

Hij is daarbij vanuit de RTE's bijgestaan door een begeleidingscommissie bestaande uit de RTE-leden prof. mr J.K.M Gevers (voorzitter), dr. E.F.M. Veldhuis (arts-lid) en prof. mr dr. A.R. Mackor (ethicus-lid) en de algemeen secretaris mr N.E.C. Visée.

Het door hen opgestelde concept is vervolgens voor commentaar voorgelegd aan alle leden en secretarissen van de RTE's. Dat heeft geresulteerd in een aantal waardevolle opmerkingen, die zijn verwerkt in de definitieve versie, die thans voor u ligt.

Deze Code geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten, die de commissies relevant achten bij de uitoefening van hun wettelijke taak, het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De Code of Practice is vooral van belang voor (uitvoerend) artsen en consultants, maar kan ook voorzien in de informatiebehoefte van patiënten en andere geïnteresseerden. Daarnaast beogen de RTE's hiermee ook een positieve bijdrage te leveren aan een zorgvuldige maatschappelijke discussie over het zelfgekozen levenseinde.

Deze Code is "eigendom" van de RTE's, die als enige verantwoordelijk zijn voor de inhoud, en zal door deze commissies regelmatig worden geactualiseerd.

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

Mr W.J.C. Swildens-Rozendaal, *coördinerend voorzitter RTE's*

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

Den Haag, april 2015

1

DOEL EN OPZET VAN DEZE CODE OF PRACTICE

Sinds de inwerkingtreding in 2002 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL, beter bekend als ‘de euthanasiewet’) hebben vijf regionale toetsingscommissies de wettelijke taak om de euthanasiegevallen die bij deze commissies worden gemeld, te beoordelen. Sindsdien hebben de commissies vele duizenden meldingen getoetst aan de in de WTL genoemde zorgvuldigheidseisen¹. Hiervan doen de commissies verslag in het gezamenlijke jaarverslag. Ook wordt een aanzienlijk aantal oordelen van de commissies gepubliceerd op www.euthanasiecommissie.nl. De jaarverslagen en de gepubliceerde oordelen van de commissies geven een beeld van de wijze waarop de commissies de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie toepassen en interpreteren. Om deze informatie beter toegankelijk te maken hebben de commissies deze Code of Practice opgesteld. Daarmee volgen de commissies een aanbeveling uit het rapport inzake de tweede evaluatie van de WTL (2012).

De WTL maakt onderscheid tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In de code 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 zelfdoding².

Deze Code of Practice geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten en overwegingen die de commissies relevant achten met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende euthanasie. Het gaat er in deze tekst niet om elke denkbare situatie te beschrijven. De Code of Practice moet worden gezien als een samenvatting van de overwegingen die de commissies de afgelopen jaren in jaarverslagen en openbaar gemaakte oordelen hebben gepubliceerd. De code richt zich op die overwegingen en laat de casuïstiek buiten beschouwing.

Deze code is vooral van belang voor uitvoerend artsen en consultants, maar kan ook voorzien in de informatiebehoefte van patiënten die een euthanasieverzoek willen doen en van andere geïnteresseerden. Zij kunnen een beeld krijgen van de voorwaarden waaraan bij euthanasie moet zijn voldaan en daardoor beter weten wat zij kunnen verwachten. Voor eenieder is van belang dat zoveel mogelijk helderheid bestaat over de wijze waarop de commissies de wet toepassen.

De opzet van de Code of Practice is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt een korte schets gegeven van de geldende wettelijke regels ten aanzien van euthanasie en van de procedure en werkwijze van de commissies. Ook wordt stilgestaan bij de betekenis van medisch-professionele richtlijnen. In hoofdstuk 3 worden in algemene zin de wettelijke zorgvuldigheidseisen toegelicht. Daarna worden in hoofdstuk 4 enkele bijzondere onderwerpen en situaties besproken. Ten slotte zijn in hoofdstuk 5 enkele nuttige verwijzingen te vinden.

¹ De tekst van de WTL is opgenomen in de bijlage pagina 36

² Dit onderscheid komt aan de orde in par. 3.7, waar het gaat om de medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie en in par. 4.1, waar het gaat om de schriftelijke wilsverklaring.

2

HOOFDLIJNEN VAN DE WET, WERKWIJZE VAN DE COMMISSIES EN BETEKENIS VAN RICHTLIJNEN

2.1. HOOFDLIJNEN VAN DE WET:

ZORGVULDIGHEIDSEISEN³

In de decennia voorafgaand aan de inwerkingtreding van de WTL is in Nederland een (rechts) praktijk ontstaan waarin een arts onder omstandigheden mag voldoen aan een verzoek van een patiënt om euthanasie. Centraal daarbij staan het verzoek van de patiënt en de ondraaglijkheid van diens lijden, maar er gelden ook andere vereisten. Deze vereisten zijn sinds 2002 in de WTL neergelegd.

Er wordt wel gezegd dat euthanasie door de komst van de WTL is gelegaliseerd. Formeel gezien is dat niet het geval. De artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht bepalen dat euthanasie in Nederland in beginsel verboden is. De genoemde wetsbepalingen maken op dat verbod een uitzondering in de gevallen waarin euthanasie wordt uitgevoerd door een arts die heeft voldaan aan de in de WTL genoemde zorgvuldigheidseisen en die heeft gemeld (zie par. 2.2).⁴

Deze eisen houden in dat de arts:

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt was (art. 2 lid 1 onder a WTL);
- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt (art. 2 lid 1 onder b WTL);
- c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten (art. 2 lid 1 onder c WTL);
- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was (art. 2 lid 1 onder d WTL);
- e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d (art. 2 lid 1 onder e WTL), en
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd (art. 2 lid 1 onder f WTL).

³ Zie voor uitvoeriger informatie www.euthanasiecommissie.nl.

⁴ De tekst van de artikelen 293 en 294 Wetboek van Strafrecht is opgenomen in de bijlage, pagina 41.

De WTL zegt niets over de levensverwachting van de patiënt. In gevallen waarin aan de door de wet genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan, speelt de levensverwachting van de patiënt geen rol. In de praktijk is deze levensverwachting vaak beperkt, maar de wet sluit niet uit dat een verzoek om euthanasie wordt gehonoreerd van een patiënt die nog vele jaren zou kunnen leven. Centraal staan het vrijwillige en weloverwogen verzoek, de ondraaglijkheid van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan. Er geldt niet de voorwaarde dat euthanasie alleen kan plaatsvinden in de ‘terminale fase’.

De WTL is van toepassing op euthanasie bij patiënten van 12 jaar en ouder. Wel bevat de wet bij verzoeken van minderjarigen enkele bepalingen over de betrokkenheid van de ouders.

> zie nader par. 4.2.

Naast de WTL hebben ook enkele arresten van de Hoge Raad betekenis. Deze uitspraken bevatten normen die in aanvulling op de WTL van belang blijven. Waar nodig komen deze uitspraken hieronder aan de orde.

> het Brongersma-arrest (2002): par. 3.3.

> het Schoonheim-arrest (1984): par. 3.3.

> het Chabot-arrest (1994): par. 4.3.

In gevallen waarin aan de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan, is een arts niet verplicht gevolg te geven aan een verzoek van een patiënt om euthanasie. Euthanasie is geen recht van de patiënt. Artsen mogen weigeren euthanasie uit te voeren. In dat geval is het wel verstandig om dit in een zo vroeg mogelijk stadium aan de patiënt kenbaar te maken. Dan kan de patiënt desgewenst een andere arts benaderen.

2.2. HOOFDLIJNEN VAN DE WET:

MELDING EN TOETSING

De arts dient een uitgevoerde euthanasie te melden bij de gemeentelijke lijkschouwer, aangezien euthanasie geen natuurlijke dood is.⁵ De gemeentelijke lijkschouwer legt de melding ter beoordeling voor aan de commissie in wier regio de euthanasie is uitgevoerd. Komt de commissie tot het oordeel dat de arts aan alle vereisten heeft voldaan, en dus zorgvuldig gehandeld heeft, dan eindigt daarmee de fase van toetsing en beoordeling. Is de commissie van mening dat de arts een of meer zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan schrijft de wet voor dat de melding wordt doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).⁶ Deze instanties beoordelen dan of zij het oordeel van de commissie delen en welke stappen zij geraden achten.

De commissies toetsen de zorgvuldigheid van het handelen van de meldende arts. Zij toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie en houden daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de commissies en met beslissingen van het OM en de IGZ in de gevallen waarin een commissie oordeelde dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dat houdt in dat moet komen vast te staan dat is voldaan aan de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen c, e en f en dat de arts, gelet op de omstandigheden van het geval, aannemelijk kan maken dat hij⁷ *in redelijkheid* tot de overtuiging kon komen dat was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen a, b en d.

5 Zie artikel 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging. De tekst van deze wetsbepaling is opgenomen in de bijlage pagina 42.

6 Zaken die door een commissie als zorgvuldig worden beoordeeld, worden niet aan het OM en de IGZ doorgezonden. Het is mogelijk dat deze instanties langs andere weg (bijvoorbeeld de melding van een derde) van een dergelijke zaak op de hoogte raken. In dat geval hebben beide instanties de bevoegdheid om de zaak in onderzoek te nemen.

7 Overall waar in deze Code op Practice ‘hij’ staat, kan ook ‘zij’ gelezen worden.

2.3. WERKWIJZE VAN DE COMMISSIES⁸

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies: voor Groningen/Friesland/Drenthe/BES-eilanden, voor Overijssel/Gelderland/Utrecht/Flevoland, voor Noord-Holland, voor Zuid-Holland/Zeeland en voor Noord-Brabant/Limburg.⁹

De commissies maken onderscheid tussen niet vragen oproepende meldingen (NVO's, ongeveer 75% van de zaken) en vragen oproepende meldingen (VO's, ongeveer 25 % van de zaken). Commissieleden beoordelen NVO's digitaal. NVO's worden niet ter vergadering besproken. Rijzen tijdens de digitale afdoening van een NVO vragen, dan wordt de NVO alsnog een VO. VO's komen wel tijdens de commissievergadering aan de orde. Of een melding als VO wordt aangemerkt, wordt bepaald door de vragen die een bepaalde casus bij commissieleden kan oproepen, bijvoorbeeld omdat het gaat om complexe problematiek of omdat het dossier op bepaalde punten (te) summier is.

De commissies beoordelen de binnengekomen meldingen op basis van het beredeneerd verslag¹⁰ van de uitvoerend arts¹¹, het daarbij gevoegde verslag van de consulent en overige relevante stukken (zoals patiëntendossier, specialistenbrieven en/of een schriftelijke wilsverklaring). In gevallen waarin de daarin opgenomen informatie onvolledig is of vragen oproept, kan de commissie de uitvoerend arts of de consulent verzoeken de informatie schriftelijk aan te vullen. Ook kan de commissie de arts of de consulent uitnodigen voor een toelichtend gesprek. Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt, dat aan betrokkene voor eventueel commentaar wordt gezonden. Tijdens het gesprek mag de arts zich desgewenst door iemand laten vergezellen. De commissies realiseren zich dat zo'n gesprek met een commissie voor de arts een grote belasting met zich kan brengen. Een mondelinge toelichting kan echter nodig zijn voor het ophelderen van onduidelijkheden. In sommige gevallen kan zo'n toelichting nuttig of zelfs onontbeerlijk zijn voor een goede beoordeling.

Als de commissie overweegt te oordelen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, wordt de arts voorafgaand aan het nemen van dat besluit uitgenodigd voor een gesprek; daarmee wordt hem de gelegenheid geboden zijn handelen nader toe te lichten. Blijft de commissie ook na het gesprek met de arts bij haar voorgenomen oordeel dan wordt dit conceptoordeel vervolgens voor advies voorgelegd aan de leden van alle commissies. Ook in andere gevallen kan worden besloten een conceptoordeel aan de leden van alle commissies voor te leggen. Te denken valt aan oordelen over complexe zaken, of over zaken waarin nieuwe (rechts)vragen aan de orde zijn. Op die manier streven de commissies naar harmonisatie van opvattingen en beleid, ten behoeve van rechtszekerheid en rechtseenheid.

8 Zie voor uitvoeriger informatie www.euthanasiecommissie.nl, de aldaar te downloaden Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie uit 2006 en Hoofdstuk 3 van het jaarverslag 2013.

9 Zie voor de samenstelling en de locaties van deze commissies www.euthanasiecommissie.nl.

10 Het 'beredeneerd verslag' is een wettelijke eis, opgenomen in art. 7 lid 2 van de Wet op de lijkbezorging. Het niet voldoen aan deze eis is een overtreding (art. 81 Wet op de lijkbezorging).

11 Zie het Model voor een verslag van de behandelend arts, te vinden op www.euthanasiecommissie.nl.

2.4. BETEKENIS VAN MEDISCH-PROFESSIONELE RICHTLIJNEN

Binnen de medische beroepsgroep zijn verscheidene richtlijnen ontwikkeld die behulpzaam kunnen zijn wanneer de arts een standpunt moet bepalen met betrekking tot een verzoek van een patiënt om euthanasie. Deze richtlijnen kunnen behulpzaam zijn bij het interpreteren van de algemeen geformuleerde wettelijke zorgvuldigheidseisen (waarover meer in hoofdstuk 3). Ook komen in deze richtlijnen aspecten aan de orde waar de arts in het kader van zijn professionele verantwoordelijkheid wel rekening mee moet houden, maar die in het kader van een beoordeling van een melding door de commissie niet van belang zijn.¹² Bij het beoordelen van meldingen van euthanasie hebben de commissies een eigen, op de wet gebaseerde verantwoordelijkheid. Medisch-professionele richtlijnen kunnen voor de commissies op bepaalde punten relevant zijn, indien de inhoud van de richtlijn past binnen het wettelijk kader. Er is één richtlijn waarnaar de commissies steeds expliciet verwijzen. Dat is de *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van de KNMG en de KNMP (2012). Deze richtlijn is van belang bij de toetsing van de zorgvuldigheidseis dat de euthanasie medisch zorgvuldig moet zijn uitgevoerd. Daarbij gaat het onder meer om de keuze van de toe te passen middelen en de dosering daarvan en ook om de controle van de diepte van het coma. Gelet op de verwijzing in deze zorgvuldigheidseis naar ‘medische’ zorgvuldigheid ligt het voor de hand dat de commissie zich oriënteert op de standaard die door de beroepsgroepen (artsen en apothekers) ter zake is opgesteld.

Wanneer er een verschil bestaat tussen een richtlijn en de wet, is voor de commissies de wet doorslaggevend.¹³

12 Te denken valt aan de in het tuchtrecht geformuleerde zorgvuldigheid die een arts in acht moet nemen jegens de familie van een patiënt. Zie bijvoorbeeld Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 mei 2006, GJ 2006/135 en Regionaal Tuchtcollege Den Haag 23 oktober 2012, GJ 2013/8.

13 Zie ook de brief die de minister van VWS op 4 juli 2014 naar de Tweede Kamer zond (Kamerstukken II, 2013-2014, 32647, nr. 30).

3

WETTELIJKE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

3.1. UITVOEREND ARTS

Op grond van de WTL is alleen een arts gerechtigd om uitvoering te geven aan een verzoek van een patiënt om euthanasie. De wet richt zich tot de arts die de euthanasie daadwerkelijk uitvoert. Doorgaans gaat het om de behandelend arts van de patiënt (in het bijzonder diens huisarts), maar dat is geen wettelijk vereiste. In alle gevallen geldt dat de uitvoerend arts zich gedegen moet hebben geïnformeerd over de situatie van de patiënt en dat hij persoonlijk moet hebben vastgesteld dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Een behandelend arts die de patiënt al lang(ere tijd) kent, zal zich mede op die kennis kunnen baseren.

Een niet-behandelend arts in niet-acute situaties

Ook een niet-behandelend arts kan een verzoek om euthanasie uitvoeren. Een niet-behandelend arts zal in het algemeen aannemelijk moeten maken dat hij voldoende tijd heeft genomen om de situatie van de patiënt, in relatie tot de wettelijke eisen, goed te kunnen doorgronden. In gevallen waarin de uitvoerend arts niet de behandelend arts van de patiënt is, is het van belang dat in de verslaglegging voor de commissie wordt aangegeven hoe vaak en hoe uitvoerig de arts met de patiënt heeft gesproken.

Een niet-behandelend arts in acute situaties

Door omstandigheden kan het gebeuren dat de euthanasie op het laatste moment wordt uitgevoerd door een andere arts dan de bedoeling was (bijvoorbeeld door een waarnemer of een collega in het geval dat de arts niet beschikbaar is en de situatie van de patiënt onverwacht snel verslechtert). De wettelijke meldplicht rust op de arts die de euthanasie daadwerkelijk heeft verricht. In de bedoelde situaties zal de uitvoerend arts zich mogen baseren op de informatie van eveneens bij de casus betrokken collegae, maar zal hij zich er, voor zover redelijkerwijze mogelijk in de specifieke situatie, ook zelf van moeten vergewissen dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Waar in het navolgende over 'de arts' wordt gesproken, wordt bedoeld: de uitvoerend arts.

3.2. VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

De wet bepaalt dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De wet schrijft niet voor dat het moet gaan om een schriftelijk verzoek. Een mondeling verzoek volstaat.

Uit de wet vloeit voort dat de patiënt zelf het verzoek moet doen. Een verzoek om euthanasie dat namens de patiënt door anderen wordt gedaan, kan niet worden gehonoreerd.¹⁴ Een verzoek kan al ruimschoots voor de uitvoering door een patiënt kenbaar worden gemaakt, maar in situaties waarin het ziektebeeld van de patiënt snel verslechtert kan het tijdsverloop tussen verzoek en uitvoering ook (zeer) kort zijn. Dit laatste betekent dat een verzoek niet per se 'duurzaam' hoeft te zijn, in de zin dat het verzoek pas kan worden ingewilligd als het langere tijd wordt gehandhaafd. In alle gevallen moet duidelijk zijn dat het verzoek door de patiënt zelf is geuit. Aarzelingen bij de patiënt met betrekking tot euthanasie zijn normaal, maar uiteindelijk moet het verzoek in de ogen van de arts ondubbelzinnig en consistent zijn.

De meeste patiënten zijn tot het moment van de uitvoering van de euthanasie in staat tot normale (verbale) communicatie. In een aantal gevallen kan het communicatievermogen van de patiënt door diens ziekte echter (sterk) afnemen of bemoeilijkt worden. Daarbij kunnen uiteenlopende situaties aan de orde zijn, bijvoorbeeld:

- de patiënt kan het verzoek niet meer onder woorden brengen, maar nog wel op andere manieren communiceren (bijvoorbeeld door handgebaren, door te knikken of door in een hand te knijpen in reactie op gesloten vragen van de arts);
- de patiënt kan het verzoek nog wel uiten, maar niet meer beargumenteren.

In al deze gevallen gaat het er om dat op basis van de uitingen die de patiënt nog wel kan doen en door diens gedrag voldoende aannemelijk wordt dat sprake is van een (gecontinueerd) verzoek. De uitingen waartoe de patiënt op dat moment nog wel in staat is, kunnen dan worden beoordeeld in samenhang met eerdere (schriftelijke) verklaringen, gedragingen of signalen van de patiënt.

In de situatie waarin een patiënt in het geheel niet meer kan communiceren, kan een (eerder opgestelde) schriftelijke wilsverklaring in de plaats treden van het mondelinge verzoek van de patiënt.

> zie over de schriftelijke wilsverklaring par. 4.1.

Vrijwillig verzoek

Het verzoek van de patiënt moet vrijwillig zijn. Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten.

In de eerste plaats moet het verzoek zijn gedaan zonder onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid). De arts moet zich ervan overtuigen dat van dergelijke invloed geen sprake is. Aandacht vraagt ook de situatie waarin een naaste van de patiënt zich te nadrukkelijk mengt in het gesprek tussen arts en patiënt, of voortdurend antwoorden geeft die de arts van de patiënt zelf wil vernemen. Dergelijke omstandigheden kunnen het nodig maken dat de arts ook onder vier ogen met de patiënt spreekt. Dat een patiënt zelf meent een belasting voor anderen te zijn en mede om die reden om euthanasie verzoekt, hoeft echter niet te betekenen dat daarom van vrijwilligheid geen sprake is¹⁵. Wel is dit voor zowel de arts als de consulent een punt van aandacht.

¹⁴ Het is dus niet mogelijk dat een patiënt een ander machtigt om namens hem een verzoek om euthanasie te doen. Wel kunnen anderen een arts erop attenderen dat de patiënt een wens tot euthanasie heeft, zodat de arts daarover met de patiënt in gesprek kan gaan of, als de patiënt niet meer tot communicatie in staat is, een eventuele schriftelijke wilsverklaring kan beoordelen.

¹⁵ Het gevoel een belasting voor anderen te zijn, kan bijdragen aan de door de patiënt ervaren ondraaglijkheid van het lijden.

In de tweede plaats moet de patiënt wilsbekwaam zijn (interne vrijwilligheid). Wilsbekwaamheid houdt in dat de patiënt relevante informatie over zijn situatie en prognose kan begrijpen, de eventuele alternatieven kan afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kan overzien.¹⁶ Wilsbekwaamheid is geen ‘alles of niets’-begrip: een patiënt kan tegelijkertijd wilsbekwaam zijn voor de ene beslissing (bijvoorbeeld een verzoek om euthanasie), en onbekwaam voor de andere (bijvoorbeeld het beheer van financiën). De bekwaamheid moet worden beoordeeld in relatie tot de aan de orde zijnde beslissing. In veel gevallen zal er geen twijfel zijn over de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van zijn euthanasieverzoek. In bepaalde gevallen en bij bepaalde ziektebeelden zal het echter noodzakelijk zijn uitvoeriger en expliciet stil te staan bij de wilsbekwaamheid. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige collega vraagt. Dit adviesverzoek kan een onderdeel zijn van de vraagstelling aan de consulent als bedoeld in art. 2 lid 1 onder e WTL, maar de wilsbekwaamheid kan voorafgaand daaraan ook door een ter zake deskundige arts worden beoordeeld.

> zie over specifieke patiëntengroepen par. 4.3, 4.4 en 4.5.

Weloverwogen verzoek

Het verzoek moet voorts weloverwogen zijn. Dat betekent dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht. Het mag niet gaan om een verzoek dat in een opwelling is gedaan. Voorzichtigheid is ook geboden in gevallen waarin de patiënt blijk geeft van twijfel, door in een bepaald tijdsbestek een verzoek te doen, dat weer in te trekken, het verzoek te herhalen etc. Dat een patiënt soms aarzelt of twijfelt met betrekking tot een zo ingrijpende aangelegenheid als euthanasie, is goed te begrijpen. Die aarzeling of twijfel hoeft geen contra-indicatie voor euthanasie te zijn. Het gaat erom dat het verzoek, alle omstandigheden en uitingen van de patiënt in aanmerking nemend, consistent is. Die consistentie kan onder meer blijken uit het (voortdurend) herhalen van het verzoek door de patiënt.

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 psychiatrische patiënten, om patiënten met dementie, om patiënten met een verstandelijke beperking, om patiënten met afasie, om patiënten die in een situatie van coma of verlaagd bewustzijn verkeren of om minderjarigen.

> zie nader over deze bijzondere situaties Hoofdstuk 4.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek: kernpunten

- Verzoek door de patiënt zelf gedaan
- ‘Externe’ vrijwilligheid: geen onaanvaardbare invloed van anderen
- ‘Interne’ vrijwilligheid of wilsbekwaamheid: inzicht in en begrip van de situatie
- Weloverwogen verzoek: goed voorgelicht, consistente mening, geen opwelling
- Consistentie blijkend uit herhaald verzoek of uit andere uitingen van de patiënt
- Een schriftelijke wilsverklaring kan in de plaats treden van een mondeling verzoek (zie par. 4.1)
- Bijzondere aandacht voor het verzoek in specifieke situaties (zie par. 4.2 tot en met 4.5)

¹⁶ Zie de Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (versie 2007) op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2007/01/01/handreiking-voor-de-beoordeling-van-wilsbekwaamheid.html>.

3.3. UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

Medische grondslag van het lijden

De arts moet de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. In de zaak-Brongersma uit 2002 sprak de Hoge Raad uit dat het lijden van de patiënt zijn oorzaak moet vinden in een medische aandoening. Die aandoening kan zowel somatisch als psychiatrisch van aard zijn.

Het hoeft het 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 biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt, een lijden doen ontstaan dat voor de patiënt ondraaglijk is.

Enkele algemene aspecten

Lijden is een breed begrip. Lijden kan het gevolg zijn van pijn en benauwdheid, overheersende uitputting en moeheid, maar ook van een toenemende afhankelijkheid of een door de patiënt ervaren ontluistering, lichamelijke achteruitgang, uitzichtloosheid of verlies van waardigheid. Al in het Schoonheim-arrest uit 1984 oordeelde de Hoge Raad dat lijden kan bestaan uit (angst voor) steeds verdergaande ontluistering of uit het vooruitzicht niet meer waardig te kunnen sterven.

De lijdensdruk die de patiënt ervaart, heeft zelden slechts één dimensie. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden, waaronder de uitzichtloosheid, die de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De arts moet dus alle aspecten onderzoeken die tezamen het lijden voor de patiënt ondraaglijk maken.

Belangrijk is dat de patiënt het lijden ervaart. Er kunnen zich situaties voordoen waarin dat niet (meer) het geval is, zoals bij coma, of waarin daarover twijfel bestaat, zoals bij verlaagd bewustzijn; bij palliatieve sedatie zijn beide situaties denkbaar. Is de patiënt in een situatie komen te verkeren waarin hij het lijden niet (meer) kan ervaren, dan is inwilliging van een verzoek om euthanasie in beginsel niet mogelijk. Het feit dat de naasten van de patiënt diens situatie als ontluisterend ervaren, maakt dat niet anders.

> zie nader over coma en verlaagd bewustzijn par. 4.7.

> zie nader over de relatie tussen euthanasie en palliatieve sedatie par. 4.8.

Dat de patiënt het lijden ervaart, kan blijken uit wat hij erover zegt, maar ook uit andere uitingen of lichaamsreacties van de patiënt. Het gaat om het totaalbeeld. In gevallen waarin de patiënt zijn lijden niet meer goed onder woorden kan brengen, dient de arts juist ook acht te slaan op andere signalen die iets kunnen zeggen over de lijdensdruk van de patiënt.

Uitzichtloosheid van het lijden

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. Bij het beoordelen van de uitzichtloosheid staan de diagnose en de prognose centraal. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie. Daarbij moet rekening worden gehouden met zowel de mate van verbetering die door een behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze behandeling voor de patiënt met zich brengt. De uitzichtloosheid moet worden gezien in relatie tot de ziekte of aandoening van de patiënt en de daarmee verbonden symptomen. 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 van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat (art. 2 lid 1 onder d WTL).

> zie nader par. 3.5.

Patiënten gebruiken de term uitzichtloos ook om aan te geven dat het feit dat er geen verbetering meer mogelijk is, voor hen onaanvaardbaar is en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

Ondraaglijkheid van het lijden

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, normen en waarden en (fysieke en psychische) draagkracht. Het is dan ook belangrijk om bij het beoordelen van het lijden de 'biografie' van de patiënt te betrekken. Het gaat erom of voor de arts invoelbaar is dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen.

De angst voor in het verschiet liggende achteruitgang van de gezondheid kan voor de patiënt een bepalende factor bij het lijden zijn. Hierbij kan het gaan om (angst voor) toenemende pijn, verdergaande ontluistering, benauwdheid of misselijkheid, maar ook om situaties waarin kernwaarden van de patiënt (zoals zelfstandigheid en waardigheid) worden aangetast. Het actuele lijden van de patiënt hangt dan samen met het besef dat zijn situatie alleen maar slechter zal worden en dat waarden en omstandigheden die voor de patiënt belangrijk zijn steeds meer onder druk komen te staan. Te denken valt hierbij niet alleen aan bijvoorbeeld kanker, maar ook aan voortschrijdende ALS, MS, dementie of de ziekte van Huntington.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden: kernpunten

- Het lijden heeft een medische grondslag
- Lijden kan gevolg zijn van optelsom van psychische en fysieke aspecten
- Uitzichtloosheid: er is geen reëel alternatief voor euthanasie (zie ook par. 3.5)
- Ondraaglijk lijden: het gaat om het lijden van 'deze' patiënt (in relatie tot zijn biografie, persoonlijkheid, draagkracht en waardepatroon). Het lijden is voor de arts invoelbaar
- Lijden kan bestaan uit angst voor toekomstige achteruitgang
- De patiënt zelf ervaart het lijden

3.4. VOORLICHTING AAN DE PATIËNT

De arts dient de patiënt te hebben voorgelicht over zijn situatie en zijn vooruitzichten. Van een weloverwogen verzoek als bedoeld in art. 2 lid 1 onder a WTL kan alleen sprake zijn als de patiënt goed op de hoogte is van zijn gezondheidssituatie (ziekte, diagnose, prognose, behandel mogelijkheden). De commissies beoordelen of de arts de patiënt voldoende heeft voorgelicht en op welke wijze. De arts behoort na te gaan of de patiënt voldoende is geïnformeerd en of hij de verstrekte informatie ook begrepen heeft. Hij mag dat niet zo maar aannemen, ook niet in gevallen waarin bij de aanloop naar het verzoek ook andere artsen betrokken waren.

In het geval van een langdurig ziekbed zal de patiënt doorgaans goed van zijn situatie en vooruitzichten op de hoogte zijn. Mogelijk is ook al enkele malen over euthanasie gesproken. In andere gevallen kan een euthanasieverzoek voor de arts vrij onverwacht komen. Vooral in die laatste gevallen is het belangrijk dat de arts zich ervan vergewist dat de patiënt op de hoogte is van alle relevante informatie. Dit houdt verband met het ingrijpende karakter van een verzoek om en een beslissing tot euthanasie.

Voorlichting: kernpunten

- Patiënt is voorgelicht over zijn gezondheidssituatie en de vooruitzichten
- De arts stelt vast dat de patiënt de informatie begrepen heeft

3.5. ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Deze zorgvuldigheidseis, die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, houdt verband met het ingrijpende en onomkeerbare karakter van euthanasie. Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven.

De vraag of er sprake is van redelijke andere oplossingen moet worden beoordeeld in het licht van de actuele diagnose. In gevallen waarin de arts onvoldoende deskundig is om te beoordelen of er redelijke alternatieven zijn, is het aangewezen dat hij nagaat of ter zake deskundige artsen bij de behandeling betrokken waren of dat hij een collega raadpleegt met meer deskundigheid op het betreffende gebied. Dat hij dit gedaan heeft, zal uit de verslaglegging van de arts moeten blijken.

Het gaat bij deze zorgvuldigheidseis om een overtuiging van arts en patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Er is sprake van een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënt redelijke, uitweg is om het lijden te verzachten of weg te nemen. De voordelen van het alternatief moeten groter zijn dan de nadelen. ‘Redelijk’ houdt onder meer in dat er een gunstige verhouding is tussen het met het alternatief te bereiken effect en de belasting daarvan voor de patiënt. Ook moet de door het alternatief te bereiken verbetering op afzienbare termijn kunnen worden gerealiseerd; hierbij speelt de levensverwachting van de patiënt een rol. De mogelijke belasting voor de patiënt moet worden beoordeeld in het licht van de omstandigheden van het geval, zoals het aantal behandelingen dat een patiënt al ondergaan heeft, de eventuele bijwerkingen van een behandeling, de fase van het ziekteproces van de patiënt en diens leeftijd, medische situatie en fysieke en psychische draagkracht. Het is niet noodzakelijk dat alle denkbare mogelijkheden worden uitprobeerd. Soms geldt: “genoeg is genoeg”.

Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkt resultaat zal in het algemeen niet als een “redelijk alternatief” kunnen worden aangemerkt. Een medische ingreep of behandeling die het lijden substantieel kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans een “redelijk alternatief” zijn. Een wilsbekwame patiënt heeft vanzelfsprekend het recht een dergelijke interventie te weigeren, maar het gevolg van die weigering kan zijn dat een verzoek van de patiënt om euthanasie op dat moment niet zal kunnen worden ingewilligd.

Rond het levenseinde speelt palliatieve zorg (waaronder begrepen pijnbestrijding en palliatieve sedatie) een belangrijke rol. In gevallen waarin het lijden van de patiënt (in overwegende mate) samenhangt met pijn, kan pijnstilling een alternatief zijn voor euthanasie. Een patiënt kan echter goede redenen hebben om palliatieve zorg te weigeren, bijvoorbeeld omdat hij niet suf wil worden (door hogere doseringen morfine) of zijn bewustzijn niet wil verliezen (door palliatieve sedatie). Belangrijk is dat de arts de patiënt goed voorlicht over de voor- en nadelen van palliatieve zorg, maar de uiteindelijke beslissing om van deze optie gebruik te maken ligt bij de patiënt.

Er is dus sprake van een redelijke andere oplossing indien deze:

- a. leidt tot een wezenlijke vermindering van het ondraaglijk lijden van de patiënt;
- b. effect heeft binnen een redelijke termijn;
- c. een aanvaardbare verhouding heeft tussen voor- en nadelen (effect versus belasting).

Bij het beoordelen van de vraag of een oplossing 'redelijk' is, heeft de patiënt een belangrijke stem.

Van de arts wordt verwacht dat hij in zijn verslaglegging ten behoeve van de commissie aangeeft of er alternatieven waren, hoe hij deze met de patiënt heeft besproken, en waarom deze voor de patiënt niet redelijk waren.

Ontbreken van een redelijke andere oplossing: kernpunten

- Gezamenlijke opvatting arts en patiënt
- Redelijke andere oplossing, wezenlijke impact op het lijden, effect op afzienbare termijn, gedurende een langere tijd, gunstige verhouding voor- en nadelen,
- De belasting voor de patiënt beoordelen in het licht van diens specifieke omstandigheden
- Patiënt mag (palliatieve) zorg of behandeling weigeren, dit hoeft niet altijd aan inwilliging verzoek in de weg te staan

3.6. ONAFHANKELIJKE CONSULENT

De arts behoort voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen, die de patiënt ziet en zijn oordeel geeft over de hiervoor in de par. 3.2 tot en met 3.5 behandelde zorgvuldigheidseisen. De geraadpleegde consulent geeft een onafhankelijk en zelfstandig oordeel en doet daarvan schriftelijk verslag aan de arts. De onafhankelijke consultatie is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te waarborgen. Het helpt de arts na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op het euthanasieverzoek alvorens hij definitief besluit tot inwilliging en uitvoering daarvan.

In veruit de meeste gevallen is de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent een zogenoemde SCEN-arts.¹⁷ Dit is een arts die bij de SCEN-organisatie een opleiding tot consulent heeft gevolgd. SCEN-artsen maken deel uit van een regionale SCEN-groep, die zich onder meer richt op kwaliteitsborging door middel van intervisie.

¹⁷ SCEN betekent: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. De SCEN-organisatie en –opleiding is een onderdeel van de KNMG. De KNMG heeft in 2012 een richtlijn voor SCEN-artsen vastgesteld, met als titel Goede steun en consultatie bij euthanasie.

Informatiebehoefte van de arts in een vroege fase

De onafhankelijke consulent zoals bedoeld in de WTL is degene aan wie de arts een ‘breed’ oordeel over de zaak vraagt: is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen zoals genoemd in art. 2 lid 1 onder a tot en met d WTL (verzoek, lijden, voorlichting, alternatieven). De stap om een onafhankelijk consulent te raadplegen zal doorgaans in beeld komen als de arts serieus overweegt om het verzoek van de patiënt uit te voeren.

Het is echter ook mogelijk dat de arts vragen heeft voordat de euthanasieprocedure echt wordt opgestart. Ook dan kan de arts een SCEN-arts raadplegen (de S van steun) of een andere collega om advies vragen. Daarbij kan het gaan om het proces (“welke stappen moet ik zetten?”), bijvoorbeeld omdat de arts weinig of geen ervaring heeft met euthanasie, maar ook om patiëntfactoren (“is er aanleiding de wilsbekwaamheid van de patiënt te laten onderzoeken?”, “zouden er nog behandelalternatieven zijn?”). Het raadplegen van een SCEN-arts of een andere collega met een dergelijke vraag kan niet worden gezien als een consultatie zoals bedoeld in de wet. Het gaat dan om een adviesvraag die aan de ‘wettelijke consultatie’ voorafgaat.

Verantwoordelijkheid van de arts in relatie tot de consulent

Van de arts wordt verwacht dat hij kennis neemt van de bevindingen van de consulent en die laat meewegen bij zijn beoordeling van het verzoek van de patiënt. De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. Het is echter niet de taak van de consulent om de arts ‘toestemming’ te geven. Bij een verschil van mening tussen de arts en de consulent, kan de arts besluiten het verzoek van de patiënt niettemin te honoreren. Dat besluit zal de arts wel aan de commissie moeten kunnen uitleggen. Een mogelijkheid is ook dat de arts bij een verschil van inzicht tussen hem en de consulent een andere consulent benadert. Het is overigens niet de bedoeling dat de arts net zo lang zoekt tot hij een consulent treft die het met hem eens is.¹⁸ Een arts die meerdere consulenten heeft geraadpleegd, behoort alle consultatieverslagen aan de commissie te verstrekken.

De arts heeft groot belang bij een degelijk en volledig consultatieverslag.¹⁹ Soms staat de kwaliteit daarvan ter discussie, bijvoorbeeld omdat een consulent niet alle zorgvuldigheidseisen heeft beoordeeld, omdat hij zijn conclusies niet voldoende onderbouwt of omdat zijn verslag innerlijk tegenstrijdig is. Daarop is, waar het gaat om de beoordeling door de commissies, de arts aanspreekbaar. Op hem rust immers de plicht om aannemelijk te maken dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Is het verslag van de consulent niet van voldoende kwaliteit, dan kan het nodig zijn dat de arts de consulent daarop nader bevrageet. De arts kan daarbij zo nodig verwijzen naar de richtlijnen²⁰ die door KNMG/SCEN zijn opgesteld met betrekking tot de verantwoordelijkheden en de rapportage van de consulent.

Onafhankelijkheid en deskundigheid van de consulent

De wet spreekt met betrekking tot de consulent van een ‘onafhankelijke arts’. Onafhankelijkheid betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt.²¹ Ook de schijn van niet-onafhankelijkheid moet worden voorkomen. Daarom is van belang dat de consulent in zijn verslag ingaat op zijn relatie met de arts en de patiënt.

18 Zie onderdeel 23 van de KNMG-richtlijn *Goede steun en consultatie bij euthanasie* (2012)

19 De SCEN-organisatie heeft een checklist voor het consultatieverslag opgesteld.

20 De KNMG-richtlijn *Goede steun en consultatie bij euthanasie* (2011) en de door de door de SCEN-organisatie opgestelde checklist voor het consultatieverslag.

21 Zie ook KNMG, *Standpunt inzake euthanasie*. Utrecht, 2003, p. 14-16.

Dat de arts en de consulent elkaar kennen, bijvoorbeeld uit een intervisiegroep, is geen probleem. Maar de vereiste onafhankelijkheid van de consulent *ten opzichte van de arts* houdt wel in dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een familielid of een arts die in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de consult vragende arts (zoals een arts-assistent) in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Van (schijn van) niet-onafhankelijkheid kan ook sprake zijn als beide artsen regelmatig, bijvoorbeeld over en weer, als uitvoerend arts en consulent optreden, en als de arts en de consulent in een privé-situatie met elkaar omgaan. Kennen beide artsen elkaar uit een waarneemgroep, dan zal van de omstandigheden afhangen of een onafhankelijke beoordeling door de consulent mogelijk is. Belangrijk is dat arts en consulent zich hiervan bewust zijn en hun opvatting daarover in de verslaglegging vermelden.

De commissies geven er sterk de voorkeur aan dat in zoveel mogelijk situaties ‘at random’ een consulent wordt aangezocht, aan de hand van de dienstroosters van de SCEN-organisatie. In gevallen waarin het van belang is het advies van een arts met een bepaalde deskundigheid (psychiater, geriater e.d.) in te winnen, is het van belang dat behalve de reguliere SCEN-arts -die een oordeel moet geven over alle hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen- ook een onafhankelijke arts met die deskundigheid wordt geraadpleegd.

> zie over deze gevallen par. 4.3 t/m 4.5.

Beschikt de SCEN-consulent over de benodigde specifieke deskundigheid, dan kan als regel met het raadplegen van deze consulent worden volstaan. Hierdoor wordt onnodige belasting van de patiënt voorkomen.

Onafhankelijkheid van de consulent *ten opzichte van de patiënt* houdt onder meer in dat er geen onderlinge (familie)relatie of vriendschap mag zijn tussen de consulent en de patiënt en dat de consulent geen (mede)behandelaar van de patiënt is of recentelijk geweest is. Een eenmalig contact tussen arts en patiënt in het kader van de waarneming hoeft geen probleem te zijn. Dat zal in beide gevallen afhangen van de aard van het contact en het moment waarop het plaatsvond.

De WTL schrijft niet voor dat de consulent zich uitlaat over de medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie (zie hieronder par. 3.7). Er is echter niets op tegen dat de consulent ook daarover zo nodig vragen stelt of de arts adviseert²²

In het algemeen is van belang dat de consulent over voldoende deskundigheid beschikt om de betreffende zaak goed te kunnen beoordelen. Twijfelt de consulent daar zelf aan, dan is het belangrijk dat hij dat met de arts bespreekt.

Uitgangspunt: de consulent ziet en spreekt de patiënt

De wet bepaalt dat de consulent de patiënt moet zien.²³ In veruit de meeste gevallen zal het daarbij gaan om een combinatie van het zien en spreken van de patiënt. Het kan gebeuren dat de patiënt, op het moment dat consulent hem bezoekt, niet meer tot een gesprek in staat is. Als de arts zo’n situatie ziet aankomen, doet hij er goed aan de consulent eerder te laten komen. Zo nodig kan dan nadien nog telefonisch contact tussen arts en consulent plaatsvinden. Wanneer de patiënt ten tijde van het bezoek van de consulent niet meer aanspreekbaar is, dient de consulent aan de hand van alle andere beschikbare en relevante feiten en omstandigheden een oordeel te geven. Nadere informatie verkregen van de arts en (eventueel) de familie kan daarbij behulpzaam zijn. De wet vereist dus niet dat de consulent altijd (verbaal of non-verbaal) met de patiënt kan communiceren. Dit vloeit ook voort uit de wettelijke moge-

²² Zie ook hierover de in voetnoot 21 genoemde KNMG-richtlijn (onderdeel 22).

²³ De patiënt ‘zien’ zal normaal gesproken betekenen: de patiënt ‘bezoeken’. Op de BES-eilanden kan dat tot praktische problemen leiden, en kan bijvoorbeeld worden gekozen voor een beeldgesprek tussen consulent en patiënt via internet.

lijkheid om een verzoek tot euthanasie uit te voeren in gevallen waarin de patiënt niet meer kan communiceren, maar hij eerder wel een schriftelijke wilsverklaring opstelde.

> zie nader over de schriftelijke wilsverklaring par. 4.1.

> zie nader over coma en verlaagd bewustzijn par. 4.7.

Het komt voor dat de consulent de patiënt zeer kort voor de uitvoering van de euthanasie bezoekt, soms zelfs op de dag van het overlijden. De omstandigheden van het geval, en met name een onverwachte ernstige verslechtering van de situatie van de patiënt, kunnen dit onvermijdelijk maken. Uit de verslaglegging van de arts moet dan blijken dat hij van de bevindingen van de consulent heeft kennisgenomen.

Opnieuw raadplegen van de consulent

Het is niet uitzonderlijk dat er enige tijd is gelegen tussen het bezoek van de consulent aan de patiënt en de uitvoering van het euthanasieverzoek. Doorgaans is dat geen probleem. De wet zegt niets over de 'houdbaarheidsduur' van een consulenterapport. In het algemeen kan worden gesteld dat het verslag van toepassing blijft zolang de omstandigheden van de patiënt niet wezenlijk veranderen en het ziekteproces verloopt zoals verwacht. Daarbij zal het vaker gaan om dagen en weken dan om maanden. Naarmate de termijn tussen het bezoek van de consulent en de uitvoering van de euthanasie langer is, ligt een nieuw contact tussen arts en consulent meer voor de hand, en zal het uitblijven daarvan bij de commissies vragen oproepen. Absolute normen hiervoor zijn niet te geven. Dit is ter beoordeling van de arts, in het licht van de eerdere bevindingen van de consulent en de ontwikkelingen die zich nadien met betrekking tot de patiënt voordoen. De arts zal dit zo nodig wel aan de commissie moeten kunnen uitleggen.

Ligt een nieuw contact tussen de arts en de consulent in de rede, door het tijdsverloop en/of nieuwe ontwikkelingen, dan zal het van de omstandigheden afhangen of de consulent de patiënt een tweede keer moet bezoeken. Soms zal met een telefonisch contact tussen arts en consulent, dan wel tussen consulent en patiënt, kunnen worden volstaan.

Een tweede bezoek van de consulent aan de patiënt zal doorgaans nodig zijn:

- als de consulent in een vroeg stadium de patiënt bezocht en vaststelde dat van ondraaglijk lijden nog geen sprake was;
- als de consulent wel vaststelde dat aan de eisen was voldaan, maar het tijdsverloop tussen de consultatie en de uitvoering lang is, of sprake is van ontwikkelingen die ten tijde van het opstellen van het verslag niet voorzien waren.

In deze gevallen kan, als contact met de betreffende consulent niet mogelijk is, ook een andere consulent worden geraadpleegd. Doorgaans zal die dan ook zelf de patiënt moeten bezoeken. Een tweede bezoek van de consulent is niet nodig als ten tijde van diens contact met de patiënt nog geen sprake was van ondraaglijk lijden, maar de consulent in zijn verslag wel heeft opgenomen dat dit waarschijnlijk op korte termijn anders zal zijn (en daarbij het te verwachten lijden heeft benoemd).

De commissies en de consulent

De commissies toetsen het handelen van de meldend arts, en niet dat van de consulent.²⁴ Wel kan de consulent worden gevraagd om vragen van de commissie te beantwoorden, schriftelijk of in een gesprek. Dat komt soms voor.

²⁴ De KNMG heeft een klachtencommissie SCEN-artsen in het leven geroepen. Bij deze commissie kunnen belanghebbenden klachten indienen over het handelen van SCEN-artsen.

Hebben de commissies bemerkingen bij de kwaliteit van consultatieverslagen, dan bestaat de mogelijkheid dat zij de betreffende consulent feedback geven. Dit is vooral aan de orde als een consulent bij herhaling verslagen maakt die vragen oproepen. Ook geven de commissies aan de SCEN-organisatie een algemene terugkoppeling over de kwaliteit van de verslagen van SCEN-consulenten.

Onafhankelijke consulent: kernpunten

- Raadplegen collega over deelaspect is geen formele consultatie als bedoeld in wet
- Formele consultatie: consulent moet onafhankelijk zijn, ook schijn van niet-onafhankelijkheid vermijden
- Uitgangspunt is dat de consulent de patiënt ziet en spreekt; als communicatie onmogelijk is, kan alleen 'zien' voldoende zijn
- Onder omstandigheden, met name vanwege tijdsverloop, kan het nodig zijn opnieuw een consulent te raadplegen (of, indien deze niet beschikbaar is, een andere consulent)
- Arts neemt kennis van het verslag van de consulent en laat diens oordeel zwaar wegen

3.7. MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

Komt het tot euthanasie, dan moet deze door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. 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 geïnduceerde coma. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseisen hanteren de commissies de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2012 (hierna: de richtlijn) als leidraad. Deze richtlijn geeft artsen en apothekers advies over een in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De richtlijn geeft de middelen van eerste keuze aan, maar noemt ook middelen die worden afgeraden.

Algemeen

Hieronder wordt met betrekking tot de uitvoering onderscheid gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek (= de arts dient de middelen toe) en hulp bij zelfdoding (= de patiënt neemt zelf de door de arts verstrekte middelen in). Bepaalde normen zijn in beide gevallen van belang. Zo is het belangrijk dat de arts in zijn verslaglegging de gebruikte middelen, de dosering en de toedieningswijze vermeldt en het tijdsverloop beschrijft. In beide gevallen geldt voorts dat de arts moet beschikken over een noodset van middelen, voor het geval er met de eerste set iets mis gaat. Het is niet toegestaan dat de arts het euthanaticum voorafgaand aan de levensbeëindiging of de hulp bij zelfdoding bij de patiënt achterlaat, waardoor de patiënt of anderen het buiten aanwezigheid van de arts zouden kunnen toedienen respectievelijk innemen.

Levensbeëindiging op verzoek: volgorde van de middelen en dosering

In het geval van levensbeëindiging op verzoek gaat de genoemde richtlijn uit van de intraveneuze toediening van een coma inducerend middel, gevolgd door de intraveneuze toediening van een spierverslappend middel. De richtlijn noemt de middelen die kunnen worden gebruikt en de aanbevolen dosering daarvan. Wijkt de arts van de richtlijn af, dan zal hij dit afdoende moeten kunnen beargumenteren. Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Het is van belang individuele wensen van de patiënt, zoveel als mogelijk is, te vervullen, voor zover die wensen passen binnen het kader van de richtlijn. Voorafgaand aan het gebruik

van een coma inducerend middel kan aan een patiënt premedicatie worden toegediend, bijvoorbeeld midazolam.

Levensbeëindiging op verzoek: comacheck

Voorkomen moet worden dat het spierverslappende middel wordt toegediend voordat de patiënt in een diep coma is. Dan zou de patiënt namelijk de gevolgen van de spierverslapper kunnen ervaren. Belangrijk is dan ook dat de arts een 'comacheck' uitvoert, alvorens het spierverslappende middel wordt toegediend. De arts moet vaststellen dat er een voldoende diep coma is. Bij twijfel zullen de commissies navraag doen over de diepte van het coma en de wijze waarop deze door de arts is vastgesteld.

Levensbeëindiging op verzoek: uitvoering door de arts zelf

Het is niet toegestaan dat de arts in zijn aanwezigheid een familielid of anderen de euthanatica laat toedienen, bijvoorbeeld via een PEG sonde. De arts behoort alle onderdelen van het proces zelf uit te voeren. Dit houdt ook in dat de arts aanwezig is en blijft tot de dood is ingetreden.

Hulp bij zelfdoding: middel en dosering

Hulp bij zelfdoding houdt in dat de arts het middel (een barbituraat), na het opgelost te hebben in een drank, aan de patiënt overhandigt die dat vervolgens opdrinkt. De eerder beschreven twee fasen (de patiënt eerst in coma brengen en dan een spierverslapper toedienen) zijn hier niet aan de orde. Wel dient de arts de patiënt voorafgaand aan de hulp bij zelfdoding een middel te geven dat braken tegengaat en de maagpassage versnelt. De aard en dosering van de bij hulp bij zelfdoding te gebruiken middelen zijn te vinden in de richtlijn.

Hulp bij zelfdoding: de arts blijft in de onmiddellijke nabijheid

Als de patiënt dat wenst kan de arts de kamer verlaten, nadat de patiënt het euthanaticum heeft ingenomen. Hij behoort echter wel in de directe nabijheid van de patiënt te blijven, om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen (bijvoorbeeld als de patiënt de barbituraatdrank uitbraakt). Het kan dan gebeuren dat de arts alsnog moet overgaan tot levensbeëindiging. Ook kan het voorkomen dat de patiënt niet overlijdt na het innemen van de barbituraatdrank. De arts zal dan na zekere tijd moeten overgaan tot levensbeëindiging. Die mogelijkheid moet hij van te voren met de patiënt en diens familie bespreken en met de patiënt een tijd afspreken waarna tot levensbeëindiging wordt overgegaan. De arts dient hierop bedacht te zijn, door in geval van hulp bij zelfdoding vooraf een infuusnaald bij de patiënt in te brengen en de middelen voor levensbeëindiging bij zich hebben.

De verhouding tussen de arts en de apotheker

De arts is eindverantwoordelijk voor een medisch zorgvuldige uitvoering. Zijn handelen wordt door de commissies beoordeeld. De apotheker heeft een eigen verantwoordelijkheid, indien hij de spuiten of de drank bereidt, voor de bereiding en etikettering. De arts behoort te controleren of hij ook daadwerkelijk de juiste middelen met de juiste dosering afgeleverd krijgt.

Belangrijk is dat de apotheker voldoende ruimte en tijd heeft om tot een juiste afweging te kunnen komen wat betreft de farmaceutische aspecten, zoals de juiste middelen en methode. Tijdig contact tussen arts en apotheker is dus van belang.

Het is niet de bedoeling dat de apotheker zelf ook nog eens beoordeelt of aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie is voldaan. Dat is de taak van de arts. Het ligt dan ook niet in de rede dat een apotheker aflevering van middelen weigert, omdat hij in de betreffende situatie een andere mening over de zorgvuldigheidseisen heeft dan de arts. Los daarvan staat dat een apotheker, net zoals een arts, geen plicht heeft om medewerking te verlenen aan euthanasie. Ook dit is een argument voor tijdig contact tussen arts en apotheker, om problemen in de laatste fase te voorkomen.

Medisch zorgvuldige uitvoering levensbeëindiging op verzoek: kernpunten

- Achtereenvolgens:
 - toedienen door de arts van coma inducerend middel
 - comacheck
 - toedienen door de arts van spierverslapper
- Te gebruiken middelen, dosering, toedieningswijze en comacheck: KNMG/KNMP Richtlijn 2012
- Arts heeft noodset intraveneuze middelen bij zich

Medisch zorgvuldige hulp bij zelfdoding: kernpunten

- Achtereenvolgens:
 - van te voren intraveneuze naald en antibraakmiddel
 - tijdsverloop en eventuele levensbeëindiging met patiënt en familie bespreken
 - overhandiging door de arts zelf van de barbituraatdrank
 - arts blijft aanwezig of in de directe nabijheid tot de dood is vastgesteld
- Te gebruiken middelen, dosering en toedieningswijze: KNMG/KNMP Richtlijn 2012
- Arts heeft set intraveneuze middelen bij zich

4

ENKELE BIJZONDERE ONDERWERPEN

4.1. SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARING

Art. 2 lid 2 WTL bepaalt dat een patiënt van 16 jaar of ouder, die ter zake wilsbekwaam is, een schriftelijke wilsverklaring kan opstellen waarin hij een verzoek om euthanasie neerlegt.²⁵ Doet zich nadien de situatie voor dat de patiënt zijn wil niet langer kan uiten, dan mag de arts de schriftelijke wilsverklaring opvatten als het verzoek als bedoeld in art. 2 lid 1 onder a WTL. Daarmee heeft de schriftelijke wilsverklaring dezelfde status als een mondeling verzoek om euthanasie.

Art. 2 lid 2 WTL bepaalt dat in het geval van een schriftelijke wilsverklaring de in art. 2 lid 1 WTL genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. Dat betekent volgens de wetsgeschiedenis dat de zorgvuldigheidseisen “zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing zijn”.²⁶ Dit betekent dat bij het beoordelen van de zorgvuldigheidseisen rekening gehouden moet worden met de specifieke omstandigheden, zoals het gegeven dat communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is en aan de patiënt dus geen vragen meer kunnen worden gesteld. Doorgaans zal de arts al contact hebben gehad met de patiënt toen deze nog wel in staat was zijn wil te uiten. Ontstaat nadien een situatie waarin de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt een rol gaat spelen, dan zal de informatie uit de eerdere mondelinge contacten met de patiënt voor de arts bijzonder waardevol zijn.

Overige zorgvuldigheidseisen ‘van overeenkomstige toepassing’

De schriftelijke wilsverklaring vervangt het mondelinge verzoek. De overige zorgvuldigheidseisen zijn dan van “overeenkomstige toepassing”. In het algemeen kan daarover het volgende worden opgemerkt:

- a. Het verzoek van de patiënt moet vrijwillig en weloverwogen zijn: de arts zal op grond van zijn eerdere contacten kunnen beoordelen of er gesproken kan worden van een ‘vrijwillige en weloverwogen’ wilsverklaring. Het feit dat de patiënt een wilsverklaring heeft opgesteld (en deze wellicht, zolang dat kon, herhaalde en bevestigde) kan als een duidelijke indicatie voor de vrijwilligheid en de weloverwogenheid worden opgevat. De arts kan zich daarbij bijvoorbeeld ook baseren op gesprekken met de familie of de vertegenwoordiger van de patiënt;
- b. Het lijden moet uitzichtloos en ondraaglijk zijn: de wilsverklaring vervangt een mondeling verzoek, maar laat onverlet dat er ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek sprake moet zijn van een situatie waarin vaststaat of aannemelijk is dat de patiënt ondraaglijk lijden ervaart;

²⁵ Art. 2 lid 2 WTL noemt de leeftijd van 16 jaren. Op grond van de laatste zinsnede van art. 2 lid 4 kunnen overigens ook patiënten tussen 12 en 16 jaar een rechtsgeldige schriftelijke wilsverklaring opstellen.

²⁶ Aldus de toelichting op het amendement dat leidde tot de opname in art. 2 lid 2 WTL van de zinsnede over de “overeenkomstige toepassing” (Kamerstukken II, 26691, nr. 35).

- c. De patiënt is voorgelicht over zijn situatie en vooruitzichten: relevant is dat de arts weet dat de patiënt, toen met hem nog wel mondelinge communicatie mogelijk was, over zijn situatie en vooruitzichten is voorgelicht;
- d. Er is geen redelijke andere oplossing: zoals eerder gezegd (par. 3.5) gaat het hierbij om een gezamenlijke opvatting van arts en patiënt. Veel betekenis komt dus toe aan hetgeen de patiënt hierover in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft opgenomen en er over te zeggen had toen met hem nog wel communicatie mogelijk was, en hoe de arts ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek de opvattingen van de patiënt weegt;
- e. De onafhankelijke consulent: de wet schrijft voor dat de consulent de patiënt ziet. Dat is ook in deze situatie mogelijk. Van communicatie tussen consulent en patiënt zal niet of nauwelijks sprake zijn. Dat betekent dat de consulent eigen observatie en aanvullende informatie uit andere bronnen zal moeten gebruiken om zijn verslag te maken (het patiëntendossier, de inhoud van de wilsverklaring, gesprekken met arts en familie);
 - > zie ook par. 3.6 en par. 4.7.
- f. Medisch zorgvuldige uitvoering: deze zorgvuldigheidseis levert in de situatie van levensbeëindiging op basis van een schriftelijke wilsverklaring geen bijzonderheden op. Met betrekking tot de beoordeling van deze punten is een goede dossiervorming door de arts van groot belang.

De wilsverklaring zoals geregeld in art. 2 lid 2 WTL geldt als de wil van de patiënt. In gevallen waarin de inhoud van de wilsverklaring overeenstemt met mondelinge uitingen van de patiënt, toen deze nog wilsbekwaam was, zal dit doorgaans geen vragen oproepen. Ook als de patiënt niet meer op een normale manier kan communiceren, kan er sprake zijn van verbale of fysieke uitingen van de patiënt die kunnen worden geïnterpreteerd als liggend in het verlengde van diens eerder geuite wensen. Die uitingen ondersteunen dan de wilsverklaring. De arts moet alert zijn op uitingen die zouden kunnen worden opgevat als bezwaar tegen levensbeëindiging. Is daarvan sprake, dan is uitvoering van het euthanasieverzoek niet aan de orde.

Inhoud van de schriftelijke wilsverklaring

De schriftelijke wilsverklaring kan een mondeling verzoek vervangen, maar ook een rol spelen bij het bepalen van het moment waarop tot levensbeëindiging wordt overgegaan. Dat hangt af van de specifieke inhoud van de wilsverklaring. Belangrijk is dat de patiënt zo duidelijk mogelijk in de wilsverklaring aangeeft onder welke concrete omstandigheden zijn verzoek ten uitvoer zou moeten worden gebracht. Het moet gaan om omstandigheden waarin gesprekken kan worden van door de patiënt ervaren ondraaglijk lijden.²⁷ Bij het beoordelen van het lijden speelt de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring een belangrijke rol. Daarnaast zijn van belang het gedrag van de patiënt en hetgeen onder artsen in algemene zin bekend is over de gevolgen voor een patiënt van een bepaald ziekteproces.

De wet stelt niet de eis dat een eenmaal opgestelde schriftelijke wilsverklaring een bepaalde geldigheidsduur heeft of op gezette tijden moet worden geactualiseerd. Hoe ouder echter de wilsverklaring is, hoe meer twijfel mogelijk is over de vraag of deze nog wel weergeeft wat de patiënt werkelijk wilde. In gevallen waarin de patiënt de wilsverklaring heeft geactualiseerd, of na het opstellen ervan mondeling de inhoud heeft herbevestigd, zal aan de verklaring meer waarde kunnen worden gehecht dan wanneer dat niet het geval is. Het is van belang de schriftelijke wilsverklaring tijdig op te stellen, op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven, waarin de patiënt verzoekt dat de levensbeëindiging wordt uitgevoerd. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt de wilsverklaring ten tijde van het opstellen en het actualiseren daarvan, met de arts te bespreken. De

²⁷ Zie voor een uitzondering op de regel dat de patiënt lijden moet ervaren par. 4.7.

arts dient deze informatie in het dossier op te nemen. Een persoonlijk opgestelde verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, heeft doorgaans meer betekenis dan een voorgedrukt formulier.

Belangrijk is dus:

- a. de mate waarin of de wijze waarop de patiënt in de periode waarin hij wilsbekwaam was zijn eerdere schriftelijke verklaring (verbaal of non-verbaal) heeft herbevestigd;
- b. dat in de periode waarin hij zich niet meer (goed) kon uiten niet is gebleken van uitingen van de patiënt die haaks staan op de inhoud van de wilsverklaring;
- c. dat ten tijde van uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek sprake is van de situatie waarop de patiënt in zijn schriftelijke wilsverklaring het oog had.

Alle feiten en omstandigheden tezamen genomen moet gesproken kunnen worden van een in de loop van de tijd zodanig consistent beeld van de euthanasiewens van patiënt, dat de schriftelijke wilsverklaring redelijkerwijs kan worden opgevat als wil van de patiënt ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging.

Schriftelijke wilsverklaring: aandachtspunten

- Hoe duidelijk is de wilsverklaring?
- Heeft de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, de verklaring herbevestigd?
- Kan, alle omstandigheden in aanmerking nemend, worden gezegd dat de wilsverklaring een uitdrukking is van de wil van de patiënt?
- Is er op het moment dat de euthanasie wordt uitgevoerd sprake van door de patiënt ervaren ondraaglijk lijden?
- Zijn er uitingen van de patiënt die haaks staan op de inhoud van de wilsverklaring?
- Goede dossiervorming door de arts

4.2. MINDERJARIGE PATIËNTEN

De WTL is van toepassing op het uitvoeren van euthanasie bij personen van 12 jaar en ouder.

Wel stelt de wet met betrekking tot minderjarigen enkele aanvullende eisen:

- in het geval van een minderjarige tussen de 12 en 16 jaren, is naast het verzoek van de patiënt ook de instemming van diens ouder(s) of voogd vereist (art. 2 lid 4 WTL);
- in het geval van een minderjarige van 16 of 17 jaar is vereist dat de ouder(s) of voogd bij de besluitvorming worden betrokken; hun instemming is niet vereist (art. 2 lid 3 WTL).

In beide gevallen zijn uiteraard de in par. 3 genoemde zorgvuldigheidseisen van toepassing.

De wettelijke vereisten met betrekking tot het bij de besluitvorming betrekken van ouder(s) of voogd gelden ook indien het verzoek van de minderjarige wordt gedaan door middel van een schriftelijke wilsverklaring.²⁸

In het geval van het verzoek van een minderjarige zal bijzondere aandacht moeten uitgaan naar de wilsbekwaamheid van de patiënt. Het is niet uitgesloten dat een minderjarige voldoende wilsbekwaam is om een euthanasieverzoek te doen, maar aan dat aspect zullen de arts en de consulent bijzondere aandacht moeten geven.

Meldingen van euthanasie bij minderjarigen tussen 12 en 18 jaren komen weinig voor. In de periode 2002-2014 ontvingen de Rte's slechts 5 van dergelijke meldingen. In alle gevallen begreep en respecteerde de familie van de patiënt het euthanasieverzoek.

²⁸ Zie voetnoot 25.

4.3. PATIËNTEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING

Aansluitend bij de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak-Chabot uit 1994 geldt dat van de arts grote behoedzaamheid wordt gevraagd indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit psychisch lijden.²⁹ Veelal gaat het in dergelijke zaken om complexe psychiatrische problematiek en is de inbreng van specifieke deskundigheid vereist.³⁰ De genoemde behoedzaamheid betreft vooral de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en de redelijke andere oplossing.

Bij de beoordeling van het verzoek gaat het erom dat wordt uitgesloten dat het oordeelsvermogen van de patiënt door de psychiatrische aandoening is aangetast. Is het oordeelsvermogen van de patiënt ter zake van het verzoek onvoldoende, dan kan er niet gesproken worden van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts moet er op letten dat de patiënt er blijk van geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistent te zijn in zijn overwegingen.

> zie ook par. 3.2.

Waar het gaat om de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing moet nauwkeurig worden onderzocht of er nog behandelingsmogelijkheden voor de patiënt zijn. Dit is met name ook aan de orde in gevallen waarin de patiënt relatief jong is en nog een groot aantal jaren zou kunnen leven.³¹ Als de arts niet over de deskundigheid beschikt om te beoordelen of er nog alternatieven zijn, zal hij zich daarover goed moeten laten voorlichten door deskundige collega's. Wijst de patiënt een redelijk alternatief af, dan zal in beginsel niet gesproken kunnen worden van uitzichtloos lijden. Het is echter niet zo dat een patiënt alle nog denkbare behandelingen moet ondergaan. Zie daarover par. 3.5.

De arts moet naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de par. 3.2 tot en met 3.5 ook een onafhankelijke psychiater raadplegen, ter beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake van het verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is de voorkeur hebben.

Combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen

In het bovenstaande gaat het om patiënten die een verzoek om euthanasie doen vanwege lijden dat samenhangt met hun psychiatrische aandoening. Het komt ook regelmatig voor dat de lijdensdruk van de patiënt vooral door somatische aandoeningen wordt veroorzaakt, maar de patiënt daarnaast psychische problemen heeft. Die problemen kunnen ook bijdragen aan de door de patiënt ervaren lijdensdruk. Ook in deze gevallen zullen de arts en de consulent nadrukkelijk moeten overwegen of de psychiatrische problematiek van de patiënt de vrijwilligheid of de weloverwogenheid van zijn verzoek mogelijk in de weg staat. Als de consulent geen psychiater is, kan het ook in een dergelijk geval nodig zijn een psychiater om advies te vragen. Een sombere stemming kan overigens, onder de omstandigheden waarin het eutha-

²⁹ Om precies te zijn vereiste de Hoge Raad de genoemde behoedzaamheid in alle gevallen waarin het lijden niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (Hoge Raad 21 juni 1994, NJ 1994/656).

³⁰ Zie ook Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Utrecht, 2009.

³¹ Zie de casus 11 en 12 uit het Jaarverslag 2013. In beide gevallen ging het om vrouwen tussen de 30-40 jaar. In deze zaken was naar het oordeel van de commissie aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan.

nasieverzoek wordt gedaan, normaal zijn en hoeft dus op zichzelf geen teken van depressie te zijn.

Het aantal meldingen bij de commissie betreffende patiënten met een psychiatrische aandoening is de afgelopen jaren toegenomen. Vooral sinds 2011 is deze toename zichtbaar.

Patiënten met een psychiatrische aandoening: aandachtspunten

- Moet de doodswens van de patiënt worden gezien als een vrijwillig en weloverwogen verzoek of als een uiting van zijn ziekte?
- Is vastgesteld dat een redelijk alternatief ontbreekt?
- Is naast de consulent een onafhankelijk psychiater geraadpleegd of is de consulent zelf psychiater?

4.4. PATIËNTEN MET DEMENTIE

Ook bij patiënten met dementie is er aanleiding met extra behoedzaamheid naar de wettelijke zorgvuldigheidseisen te kijken, en in het bijzonder naar de eisen inzake de wilsbekwaamheid en het ondraaglijk lijden. Naarmate het ziekteproces bij patiënten met dementie voortschrijdt, neemt de wilsbekwaamheid van de patiënt af. Na verloop van tijd kan de patiënt volledig wilsonbekwaam worden.

Beginfase dementie

In de meeste gevallen die tot nu toe aan de commissies zijn voorgelegd, ging het om patiënten die zich in de beginfase van het proces van dementering bevonden. In deze fase heeft de patiënt doorgaans nog voldoende inzicht in zijn ziekte en is hij wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Het lijden van deze patiënten wordt, naast een actuele achteruitgang in cognitie en functioneren, veelal mede bepaald 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 ook par. 3.3). Het gaat om de beleving van het steeds verder voortschrijdende verlies van persoonlijkheid, functies en vaardigheden en het besef dat dit proces alleen maar door zal gaan. Dit vooruitzicht kan groot, actueel lijden doen ontstaan.

Latere fase dementie

De uitvoering van een euthanasieverzoek in de fase waarin het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is en ook niet meer kan communiceren (of uitsluitend nog door eenvoudige uitingen of gebaren) is mogelijk in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Het moet gaan om een duidelijke verklaring, die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie.

> [Zie over de schriftelijke wilsverklaring nader par. 4.1.](#)

De arts en de consulent zullen dan het gehele ziekteproces en alle overige specifieke omstandigheden bij hun overwegingen moeten betrekken. Het komt dan aan op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van de patiënt, zowel gedurende het ziekteproces als vlak voor de uitvoering van de euthanasie. Op dat moment moet aannemelijk zijn dat uitvoering van de euthanasie in de lijn ligt van de eerdere schriftelijke wilsverklaring, en dat daarvoor geen contra-indicaties bestaan (zoals duidelijke tekenen dat de patiënt geen levensbeëindiging wil). Voorts dient aannemelijk te zijn dat de patiënt op dat moment ondraaglijk lijden ervaart. Zoals eerder opgemerkt speelt bij het beoordelen daarvan de inhoud van de wilsverklaring een rol.

In gevallen van euthanasie bij een patiënt in de latere fase van dementie krijgt de algemene verantwoordingsplicht van arts en consulent bijzondere betekenis. De consulent (in zijn consultatieverslag) en de arts (in de stukken die hij aan de commissie zendt) zullen nauwgezet verslag moeten doen van hun overwegingen en de daaraan ten grondslag liggende feiten en omstandigheden.

Consultatie

Bij euthanasie in de beginfase van dementie zal in het algemeen met de reguliere consultatie-procedure kunnen worden volstaan. Nodig is dan wel dat de diagnose dementie lege artis is gesteld.

Bij euthanasie in een latere fase dient de arts naast de reguliere consulent (SCEN-arts), die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de par. 3.2 tot en met 3.5, ook een ter zake deskundige arts te raadplegen (zoals een klinisch geriater, een specialist ouderengeneeskunde of een internist-ouderengeneeskunde). Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een (SCEN-)consulent die tevens over de genoemde deskundigheid beschikt de voorkeur hebben. In de latere fase van de dementie zal de consulent de patiënt niet altijd meer kunnen spreken. De consulent dient dan aan de hand van alle andere feiten en omstandigheden een oordeel te vellen. Een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt en nadere informatie van de kant van de arts of de familie kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Patiënten met dementie: aandachtspunten

- Is de patiënt nog in staat zijn wil te bepalen en te uiten?
- Zo nee, is er een schriftelijke wilsverklaring?
- Kan de patiënt op het moment van de uitvoering van euthanasie nog communiceren?
Zo nee:
 - is sprake van een situatie waarop de wilsverklaring onmiskenbaar is gericht?
 - ervaart de patiënt ondraaglijk lijden?
 - zijn er duidelijke tekenen dat de patiënt geen levensbeëindiging wil?
- Is naast de consulent een ter zake deskundige arts geraadpleegd of is de consulent zelf deskundige?

4.5. PATIËNTEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Meldingen over gevallen van euthanasie bij patiënten met een verstandelijke beperking zijn zeldzaam.³² Er zijn patiënten met een (lichte) verstandelijke beperking die een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie kunnen doen en waarbij ook aan de overige zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.³³ In deze gevallen zal bijzondere aandacht moeten uitgaan naar de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van zijn euthanasieverzoek.

De arts dient naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de par. 3.2 tot en met 3.5 ook een ter zake van de wilsbekwaamheid deskundige arts te raadplegen (zoals een arts voor verstandelijk gehandicapten). Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een (SCEN-)consulent die tevens over de genoemde deskundigheid beschikt de voorkeur hebben.

³² Zie casus 2 in het Jaarverslag 2011.

³³ Zie ook NVAVG, Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking, 2007.

4.6. PATIËNTEN MET AFASIE

Afasie is een taalstoornis. Patiënten met afasie hebben vaak problemen met het gebruiken en/of begrijpen van taal. Een patiënt met afasie kan over het algemeen wel een vrijwillig en weloverwogen verzoek doen, maar het probleem zit hem veelal in de mogelijkheden tot het verbaal uiten van zijn wensen en opvattingen. Vaak zal een patiënt met afasie wel op andere manieren uiting kunnen geven aan zijn wil of antwoord kunnen geven op vragen, bijvoorbeeld door in iemands hand te knijpen, of door gelaatsuitdrukkingen en gebaren. Een optie is ook om eenvoudige gesloten vragen te stellen, die de patiënt, bijvoorbeeld door signalen te geven of met ja of neen kan beantwoorden. Aldus kan ondanks de taalstoornis van de patiënt een goed beeld worden verkregen van zijn verzoek om euthanasie en de daarvoor vereiste wilsbekwaamheid. Als ook aan de andere zorgvuldigheidseisen is voldaan, maakt dit de uitvoering van een verzoek om euthanasie mogelijk.

Heeft de patiënt een schriftelijke wilsverklaring opgesteld dan kan deze de beperkte verbale uitingen van de patiënt ondersteunen en aanvullen.

4.7. COMA/VERLAAGD BEWUSTZIJN

Voor het beantwoorden van de vraag of euthanasie mogelijk is wanneer de patiënt in coma of in een toestand van verlaagd bewustzijn raakt is vooral het door de patiënt ervaren lijden van belang.

Coma:

Lijden veronderstelt de aanwezigheid van bewustzijn. Verkeert een patiënt in coma, dat wil zeggen een toestand waarin het bewustzijn geheel en al ontbreekt, dan kan hij geen lijden ervaren.

Verlaagd bewustzijn:

Als een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn verkeert, is het niet uitgesloten dat hij (ondraaglijk) lijdt.³⁴

Coma/verlaagd bewustzijn ontstaat kort voor het voorgenomen moment van uitvoering

Een problematische situatie kan ontstaan als de patiënt kort voor het afgesproken of voorgenomen moment van uitvoering van de euthanasie in een coma of een toestand van verlaagd bewustzijn raakt. Dit roept de vraag op of de uitvoering van de euthanasie nog wel mogelijk is. Daarbij moet worden onderscheiden tussen verschillende situaties.

- **coma is irreversibel (door ziekte ontstaan, niet op te heffen)**
De patiënt kan in de laatste fase van zijn ziekteproces spontaan in een coma raken. Omdat hij in die situatie geen lijden meer kan ervaren, kan de euthanasie, ook al heeft de arts zich daartoe eerder bereid verklaard, geen doorgang vinden.
- **verlaging bewustzijn is irreversibel (door ziekte ontstaan, niet op te heffen), er zijn wel tekenen van (mogelijk) lijden**
De patiënt kan spontaan in een niet op te heffen situatie van verlaagd bewustzijn geraken, terwijl er nog wel tekenen van (mogelijk) lijden zijn. In deze situatie kan de arts de euthanasie wel uitvoeren. Zijn er geen tekenen van (mogelijk) lijden dan is euthanasie niet mogelijk.

³⁴ De Glasgow Coma Scale (GCS) biedt handvatten om (de mate van) verlaging van bewustzijn -en daarmee het mogelijke lijden- te bepalen; de GCS is opgenomen in KNMG, *Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*. Utrecht, 2010.

- coma of verlaging bewustzijn is reversibel (door medicatie ontstaan, door staken van medicatie op te heffen)

Is het coma of de toestand van verlaagd bewustzijn niet spontaan ontstaan, maar door medicatie geïnduceerd, dan zou, om te kunnen controleren of de patiënt nog lijden ervaart, het coma of de verlaging van het bewustzijn kunnen worden opgeheven. Dat is naar de mening van de commissies inhumain. In deze situatie kan de arts de euthanasie uitvoeren indien de patiënt eerder, mondeling of in een schriftelijke wilsverklaring, om uitvoering van euthanasie heeft verzocht. Een reversible coma en een reversibele toestand van verlaagd bewustzijn (ook zonder tekenen van mogelijk lijden) behoeven niet te worden opgeheven met het enkele doel om de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden tegenover de arts en/of de consultant te laten bevestigen.

- coma of verlaging bewustzijn ontstaat nadat consultatie heeft plaatsgevonden

Heeft de consultant de patiënt bezocht en met hem kunnen communiceren vóór een situatie ontstond van verlaagd bewustzijn of van reversibel coma, waarin euthanasie is toegestaan, dan hoeft na het ontstaan van deze situatie de consultant niet opnieuw te worden ingeschakeld. Ook al is de patiënt ten tijde van de uitvoering van de euthanasie niet meer in staat zijn wil te uiten, de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring is in deze situatie niet vereist.³⁵

- coma of verlaging bewustzijn ontstaat voordat consultatie heeft plaatsgevonden

De patiënt kan ook in een situatie van verlaagd bewustzijn of reversibel coma geraken, waarin euthanasie in beginsel is toegestaan, vóórdat de consultant hem heeft kunnen zien. In dat geval kan de consultant niet meer met de patiënt communiceren en zal hij zijn oordeel met betrekking tot het verzoek moeten baseren op informatie van de arts, wilsverklaring, medisch dossier en informatie van anderen. Zijn oordeel over het lijden van de patiënt zal de consultant moeten baseren op zijn eigen observatie, het medisch dossier en de mondelinge informatie van de arts en van anderen, zoals naasten of verzorgenden.

> zie ook par. 4.8, over euthanasie en palliatieve sedatie

Coma/verlaagd bewustzijn ontstaat zonder voornemen van uitvoering

Een patiënt kan ook onverwacht in coma of een toestand van verlaagd bewustzijn raken, voordat het euthanasieproces tussen arts en patiënt is afgerond en zelfs voor het in gang was gezet. Om tot euthanasie te kunnen overgaan zal er in elk geval een door de patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring moeten zijn. De consultant zal de patiënt moeten zien. Ook moeten er, indien de bewustzijnsverlaging irreversibel is, tekenen zijn van (mogelijk) lijden.

> zie ook par. 3.6 en par. 4.1

Coma/verlaagd bewustzijn: aandachtspunten

- Coma/verlaagd bewustzijn kort voor voorgenomen uitvoering:
 - heeft arts coma of (mate van) verlaging van bewustzijn vastgesteld? Met behulp van GCS?
 - is sprake van een reversibel coma of een reversibele bewustzijnsverlaging?
 - zijn er, in geval van irreversibele bewustzijnsverlaging, bij patiënt tekenen van (mogelijk) lijden?
 - heeft de consultant, indien hij de patiënt niet heeft gezien vóórdat de situatie van verlaagd bewustzijn of reversibel coma ontstond, voldoende informatie om tot een oordeel te komen?
- Coma/verlaagd bewustzijn zonder voornemen van uitvoering:
 - naast hiervoor genoemde aandachtspunten: is er een schriftelijke wilsverklaring aanwezig?

35 Zo ook KNMG, Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. Utrecht, 2010.

4.8. EUTHANASIE EN PALLIATIEVE SEDATIE

Euthanasie en palliatieve sedatie zijn twee verschillende manieren om het ondraaglijk lijden van de patiënt weg te nemen dan wel te verminderen. Bij euthanasie gebeurt dat door het leven te (laten) beëindigen en bij palliatieve sedatie door de patiënt tot het moment van overlijden in een toestand van verlaagd bewustzijn te brengen. Palliatieve sedatie behoort, in tegenstelling tot euthanasie, tot het normale medische handelen, maar is wel aan bijzondere criteria en voorwaarden gebonden.³⁶

Patiënten die in een situatie van ondraaglijk lijden verkeren, kunnen een verzoek om euthanasie doen, maar kunnen soms ook kiezen voor palliatieve sedatie. Sommige patiënten voelen niet voor euthanasie; voor hen kan palliatieve sedatie een goed alternatief zijn. Andere patiënten willen tot het laatste moment helder zijn en wijzen om die reden palliatieve sedatie af. De patiënt mag dan ook concluderen dat palliatieve sedatie geen ‘redelijke andere oplossing’ is. Een afwijzing van palliatieve sedatie is dan ook geen belemmering voor de uitvoering van een verzoek om euthanasie.

> zie ook par. 3.5.

In de praktijk komt het voor dat besloten is uitvoering te geven aan een verzoek van de patiënt om euthanasie, maar dat voorafgaand aan die uitvoering ook sedatie wordt toegepast. Dat kan ertoe leiden dat de patiënt kort voor de uitvoering van de euthanasie daarmee in een situatie van verlaagd bewustzijn is gebracht en daardoor niet meer in staat is zijn euthanasieverzoek te herhalen of te bevestigen. Euthanasie is dan mogelijk als het gaat om een toestand die de patiënt eerder, mondeling of in een wilsverklaring, heeft aangemerkt als een situatie waarin hij om uitvoering van zijn eerdere euthanasieverzoek zou vragen. In die gevallen is het naar de mening van de commissies inhumain om de patiënt te laten ontwaken met het enkele doel om hem tegenover de arts en/of de consulent zijn ondraaglijk lijden te laten herbevestigen.

Ook komt het voor dat een patiënt een ‘conditioneel’ euthanasieverzoek doet. Hierbij wordt in eerste instantie palliatieve sedatie ingezet, maar wordt afgesproken dat levensbeëindiging alsnog wordt uitgevoerd als zich bepaalde omstandigheden voordoen. Te denken valt aan:

- de situatie dat het overlijden langer op zich laat wachten dan de patiënt wenste³⁷;
- de situatie dat patiënt, ondanks het verlagen van zijn bewustzijn, nog tekenen van lijden vertoont.

De commissies achten het van groot belang dat de patiënt zelf van tevoren aan de arts uitdrukkelijk de omstandigheden aangeeft waaronder zijn instemming met de palliatieve sedatie niet langer geldt en hij wenst dat zijn euthanasieverzoek alsnog wordt ingewilligd. Ook zal de arts in dergelijke situaties moeten bepalen op welk moment de consulent het beste kan worden ingeschakeld.

4.9. ‘KLAAR MET LEVEN’ PROBLEMATIEK

Zoals uit de wetgeschiedenis blijkt, wordt met “klaar met leven” bedoeld op de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht een met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening hebben, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. Over de ‘klaar met leven’ problematiek is al een aantal jaren een maatschappelijke discussie gaande. Deze discussie gaat over de vraag of euthanasie ook in deze

³⁶ Zie KNMG, Richtlijn palliatieve sedatie. Utrecht, 2009. Eén van de voorwaarden is een levensverwachting van twee weken of minder.

³⁷ In dit geval kan worden gesteld dat de toestemming van de patiënt voor het continueren van de palliatieve sedatie ontbreekt. Het gaat daarbij om toestemming als bedoeld in de Wgbo (art. 7:450 lid 1 BW).

gevallen mogelijk zou moeten worden.³⁸ Dat is thans niet het geval. Zoals uit de jurisprudentie en de wetsgeschiedenis blijkt, is vereist dat het ondraaglijk lijden van de patiënt een medische grondslag heeft (zie ook par. 3.3). Het is echter niet zo, dat er sprake moet zijn van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening. Ook een stapeling van ouderdomsklachten kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden.³⁹

4.10. EISEN DIE DE WET NIET STELT

Over de criteria en voorwaarden die in het geval van euthanasie gelden, bestaan misverstanden. Uit de door de commissies ontvangen meldingen blijkt soms dat artsen of consulenten eisen stellen die in de WTL niet worden genoemd. De eisen die de wet wel stelt zijn in het voorafgaande besproken en toegelicht. Uit deze bespreking kan worden afgeleid welke eisen de wet *niet* stelt. Samengevat:

- Vereist is niet dat de patiënt in de stervensfase verkeert (zie par. 2.2);
- Er is geen behandelrelatie tussen arts en patiënt vereist (zie par. 3.1);
- Het is niet vereist dat de patiënt een verzoek om euthanasie, behalve mondeling, ook schriftelijk doet (par. 3.2);
- Het verzoek van de patiënt dient weloverwogen te zijn, maar hoeft niet duurzaam te zijn (zie par. 3.2);
- Voor het inwilligen van een euthanasieverzoek is geen ‘toestemming’ van de consulent nodig (par. 3.6);
- De beoordeling door een terzake deskundige arts van de wilsbekwaamheid van een patiënt hoeft niet standaard te geschieden, maar alleen als daartoe aanleiding bestaat (er gereede twijfel bestaat over die wilsbekwaamheid, het gaat om een patiënt als bedoeld in de par. 4.2 tot en met 4.5);
- Palliatieve sedatie geldt niet als de ‘redelijke andere oplossing’ in de zin van art. 2 lid 1 onder d WTL (par. 4.8);
- Het is doorgaans wenselijk en vanzelfsprekend om de familie bij een euthanasieverzoek te betrekken, maar dat is niet vereist, laat staan dat de familie zou moeten instemmen met de euthanasie.⁴⁰

³⁸ Ten tijde van het afronden van deze Code of Practice werkte een commissie onder voorzitterschap van prof. dr P. Schnabel aan een advies over de vraag of invulling kan worden gegeven aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingsrecht in de vorm van te ontvangen hulp wanneer zij hun leven voltooid achten. Dit advies wordt in de loop van 2015 verwacht.

³⁹ Zie ook KNMG, *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht, 2011, p. 21-23.

⁴⁰ Dit ligt anders bij minderjarige patiënten, zie par. 4.2.

5

NUTTIGE VERWIJZINGEN

5.1. DE WEBSITE VAN DE COMMISSIES

De website van de commissies is www.euthanasiecommissie.nl. Op deze site is nadere informatie te vinden over de werkwijze van de commissies. Ook kunnen via deze site een selectie van de oordelen van de commissies en haar gezamenlijke jaarverslagen worden geraadpleegd. In de jaarverslagen zijn ook casusbeschrijvingen opgenomen. Op deze website zijn ook te vinden:

- het modelformulier voor de melding van de arts aan de gemeentelijk lijkschouwer;
- het model voor het bij deze melding door de arts te voegen verslag;
- het modelformulier voor de melding door de gemeentelijk lijkschouwer aan de commissie.

5.2. DE SCEN-ORGANISATIE

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseis inzake onafhankelijke consultatie wordt een belangrijke rol gespeeld door de SCEN-organisatie van de KNMG (zie par. 3.6). Veruit de meeste consultaties worden uitgevoerd door een arts die de SCEN-opleiding heeft gevolgd. Zie voor meer informatie <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/SCEN.htm>.

5.3. DE EVALUATIES VAN DE WTL

Tot op heden is de WTL twee keer geëvalueerd. Deze evaluatierapporten zijn gepubliceerd in 2007 en 2012. De evaluatierapporten zijn te vinden op www.zonmw.nl:

- Evaluatierapport 2007: http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/?no_cache=1&cHash=864e5c92957c5f5d2746ec94897ee990
- Evaluatierapport 2012: http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/tweede-evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/?no_cache=1&cHash=048a18562816c15095a3b1b3a5f3b48d

5.4. DE BELEIDSREGELS VAN HET OPENBAAR MINISTERIE

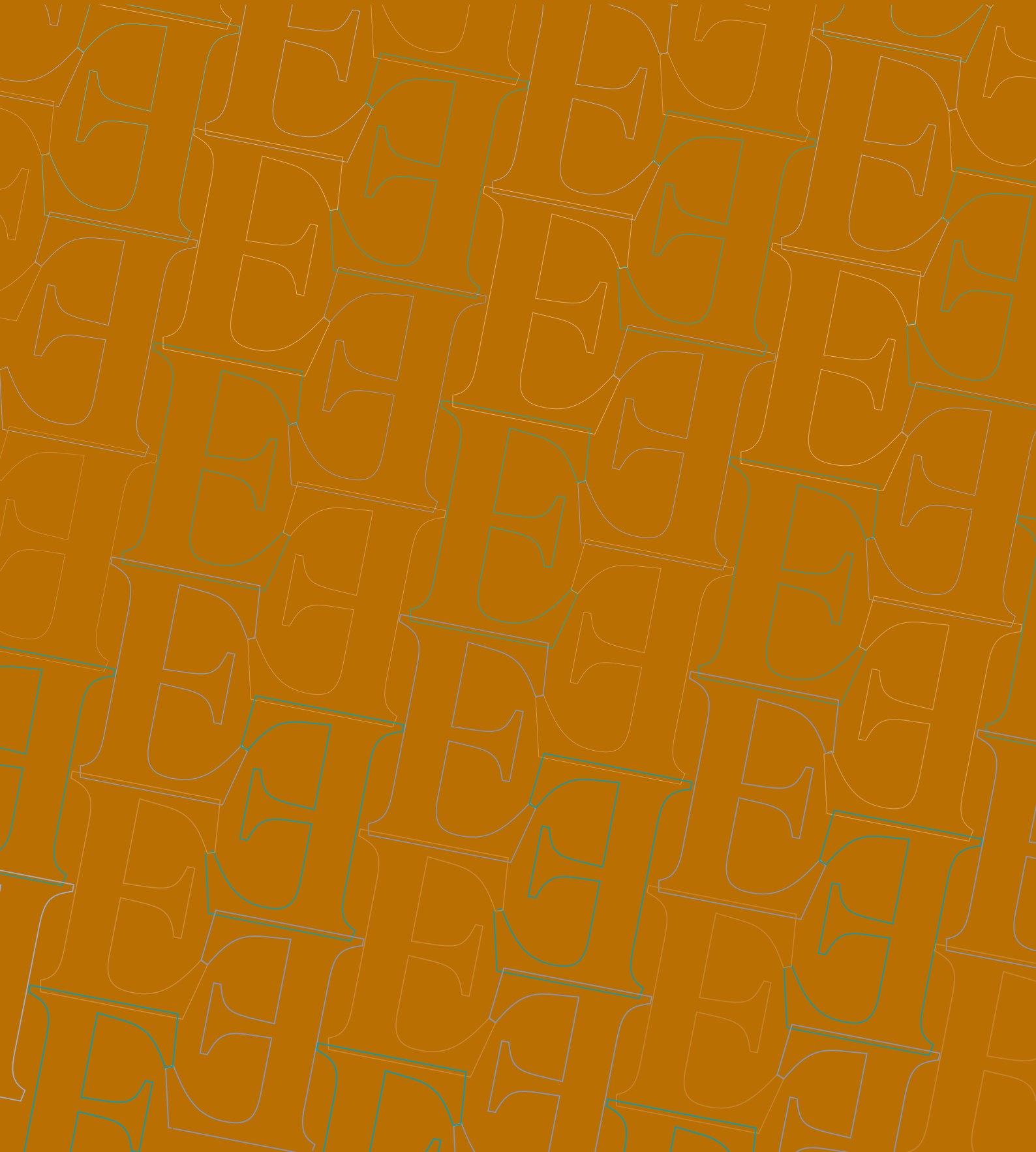
Meldingen van euthanasie die volgens de commissies niet voldeden aan een of meer wettelijke zorgvuldigheidseisen, worden toegezonden aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De aanpak van het Openbaar Ministerie in dergelijke gevallen wordt uiteen gezet in de *Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)*. Deze aanwijzing is te vinden op de website van het OM:

<https://www.om.nl/vaste-onderdelen/zoeken/@86299/aanwijzing-5/>

De beslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden in verkorte vorm opgenomen in de, ook digitaal gepubliceerde, jaarverslagen van de toetsingscommissies.

BIJLAGE

RELEVANTE WETSBEPALINGEN



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

HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

HOOFDSTUK II. ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Artikel 2

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

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

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

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

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

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

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

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

Artikel 9

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

Artikel 10

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

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

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

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

Artikel 18

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

Artikel 19

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

HOOFDSTUK IIIA. BONAIRE, SINT EUSTATIUS EN SABA

Artikel 19a

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

Artikel 19b

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

Artikel 19c

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

Artikel 19d

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

WETBOEK VAN STRAFRECHT

Artikel 293

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

Artikel 294

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

WET OP DE LIJKBEZORGING

Artikel 7

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

COLOFON

Uitgave:

Regionale toetsingscommissies euthanasie
www.euthanasiecommissie.nl

Ontwerp:

Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk:

Xerox/OBT, Den Haag

april 2015

