



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn: de richtlijn en de praktijk

den Hartogh, G.A.

DOI

[10.5553/TvGR/016508742017041007003](https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742017041007003)

Publication date

2017

Document Version

Final published version

Published in

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht

License

Other

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

den Hartogh, G. A. (2017). Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn: de richtlijn en de praktijk. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 41(7), 492-523.
<https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742017041007003>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn: de richtlijn en de praktijk

Prof. dr. G.A. den Hartogh*

1. De Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn

Het komt jaarlijks enkele malen voor dat een arts ingaat op een verzoek van een patiënt om diens leven te beëindigen, maar op het afgesproken tijdstip de patiënt aantreft in een toestand van verlaagd bewustzijn, waarin hij niet meer aanspreekbaar is. In 2010 heeft de KNMG de *Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* (de Richtlijn) vastgesteld waarin, in aansluiting bij eerdere oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, is aangegeven welke handelingsmogelijkheden de arts in zulke situaties heeft.

Als de patiënt in een coma verkeert, is hij volledig buiten bewustzijn, en kan hij dus niet meer lijden.¹ Lijden betekent immers je toestand met smart ervaren. Een arts die in zo'n geval de euthanasie alsnog uitvoert, zou daarom in strijd met de zorgvuldigheidseis van de WTL handelen dat er bij de patiënt sprake moet zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Als de bewustzijnsverlaging minder diep is maar de patiënt er rustig bij ligt, moet dezelfde conclusie worden getrokken. Het is echter ook mogelijk dat een patiënt met een verlaagd bewustzijn nog waarneembare tekenen van lijden toont, in het bijzonder kreunen, benauwdheid met of zonder stridor, en grimassen op zijn gezicht. Additionele symptomen kunnen onrust, verwardheid en (fecaal) braken zijn.²

Volgens de Richtlijn kan de arts dan overwegen dat niet meer met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld dat het lijden ondraaglijk is en de euthanasie daarom niet kan doorgaan. Het lijden waarvan de patiënt nog tekenen toont moet dan wel met adequate palliatieve maatregelen worden verlicht. De arts kan echter ook overwegen dat het niet is uitgesloten dat de patiënt ondraaglijk lijdt, en dat er dan continuïteit bestaat tussen het lijden dat voor hem de reden was voor zijn euthanasieverzoek en zijn huidige lijden. In dat geval kan de arts besluiten de euthanasie alsnog uit te voeren. Volgens de Richtlijn zijn beide argumentatielijnen verdedigbaar.

De Richtlijn onderscheidt vervolgens nog een tweede situatie waarin de euthanasie zou kunnen doorgaan, en wel bij alle gevallen van verlaagd bewustzijn, met inbegrip van coma. De patiënt kan op twee manieren in die toestand geraken: als gevolg van de ontwikkeling van zijn ziekte, of als onbedoeld neveneffect van de hem toegediende medicatie. In het tweede geval is er sprake van een vorm van sedatie, ook al is die niet opzettelijk tot stand

* Govert den Hartogh is emeritus hoogleraar ethiek aan de Universiteit van Amsterdam. Hij was lid van een regionale toetsingscommissie euthanasie van 1998 tot 2010 en was voorzitter van de commissie die de KNMG-richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn heeft opgesteld. Dit artikel geeft alleen zijn eigen opvattingen weer. Andermaal dank aan Henri Wijsbek voor nuttig en deskundig commentaar.

1 Dit is in het algemeen het geval bij een EMV-score van 3-6 op de Glasgow Coma Scale.

2 Vgl. de oordelen 2015-25 en 2016-69 (te vinden op de website van de toetsingscommissies, www.euthanasicommissie.nl, in het mapje Documenten).

gebracht. Maar in de meeste gevallen is in het voortraject de mogelijkheid van palliatieve sedatie als een alternatief voor euthanasie met de patiënt besproken en door hem met redenen afgewezen. Voor een continuering van de sedatie ontbreekt dus de daarvoor benodigde toestemming van de patiënt. En op een gegeven moment hebben de toetsingscommissies besloten dat sedatie dan ook niet als een redelijk alternatief aangemerkt hoeft te worden.³

Als de bewustzijnsverlaging een gevolg is van medicatie, zullen we moeten aannemen dat die verlaging ongedaan kan worden gemaakt door te stoppen met de medicatie. Omdat de patiënt de voorkeur gaf aan euthanasie boven sedatie zou de arts dat dan eigenlijk moeten doen. Het zou echter inhumain zijn om de patiënt te laten terugkeren in een toestand van ondraaglijk lijden, uitsluitend met het doel om vast te stellen dat die toestand nog steeds bestaat. Daarom is het ook in dit geval aanvaardbaar de afgesproken euthanasie alsnog uit te voeren.

In 2015 zijn de hoofdlijnen van de Richtlijn samengevat in § 4.7 van de *Code of Practice* waarin de toetsingscommissies uiteenzetten hoe zij de open normen van de WTL in concrete situaties uitleggen.

2. Bewustzijnsverlaging volgens plan

Inmiddels zijn we na het verschijnen van de Richtlijn zeven jaar verder. Voor zover uit openbaar gemaakte gegevens opgemaakt kan worden hebben zich in deze periode 19 gevallen voorgedaan waarin, op diens verzoek, het leven is beëindigd van een patiënt die voorafgaande aan de levensbeëindiging in een toestand van verlaagd bewustzijn terecht was gekomen.⁴ Maar slechts in twee van deze gevallen deed zich de situatie voor die in de Richtlijn wordt beschreven: de consultant had op grond van een gesprek met de patiënte, die toen nog volledig *compos mentis* was, geoordeeld dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, maar daarna raakte de patiënte in een toestand van verlaagd bewustzijn. In het ene geval toonde zij waarneembare tekenen van lijden, in het andere geval niet, maar in beide gevallen was de bewustzijnsverlaging het onbedoelde gevolg van de gebruikte medicatie en daarom waarschijnlijk reversibel.⁵ In beide gevallen kon de toetsingscommissie dus in overeenstemming met de Richtlijn en de *Code of Practice* tot het oordeel komen dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen had voldaan.

Opmerkelijk is echter dat geen van de andere gevallen volledig past in de kaders van de Richtlijn. Om te beginnen waren er 9 gevallen waarin de bewustzijnsverlaging wel intrad als het gevolg van de gebruikte medicatie, maar niet als een onbedoeld gevolg. Deze geval-

- 3 Dat is eigenlijk nooit duidelijk uitgelegd, zie Henri Wijsbek, 'Alternatief voor euthanasie beschikbaar', *Medisch Contact* 15 februari 2012. In Jaarverslag 2007, p. 16, wordt alleen gesteld dat er patiënten zijn die tot het einde bij bewustzijn willen blijven. De commissies lijken zich zonder discussie te hebben aangesloten bij het evenmin beargumenteerde standpunt van de KNMG in de *Richtlijn Palliatieve Sedatie* (2005) dat in gevallen waarin euthanasie en diepe sedatie tot aan de dood allebei opties zijn, de voorkeur van de patiënt beslissend is.
- 4 17 oordelen opgenomen op de website van de commissies sinds 2012, twee gevallen gerapporteerd in de Jaarverslagen 2010 en 2011.
- 5 Resp. oordelen 2015-25 en 2016-32. Uit deze oordelen kan niet worden opgemaakt of de patiënte diepe sedatie tot aan de dood had afgewezen.

len vallen in twee groepen uiteen. In de meeste gevallen was er kort voor de uitvoering van de euthanasie sprake van een zodanige verslechtering van de situatie van de patiënt dat de arts die op dat moment nog niet de beschikking over euthanatica had, geen andere keus had dan de patiënt te sederen.⁶ Meestal ging het om ernstige benauwdheid met verstikkingsgevaar. In twee oordelen van een toetsingscommissie over zo'n geval lezen we dat de Richtlijn van de KNMG niet van toepassing was, in een derde oordeel dat dit juist wel zo was.⁷ Het is allebei in zekere zin waar. De Richtlijn heeft het uitdrukkelijk alleen over gevallen waarin de bewustzijnsverlaging onverwachts optrad, maar de gevolgde redenering is volledig van toepassing als sedatie nodig is om de patiënt in een aanvaardbare toestand te houden tot het moment dat de euthanasie kan worden uitgevoerd. Er kunnen immers nog waarneembare tekenen van ernstig lijden zijn, en de sedatie kan alsnog worden beëindigd, zodat het verlaagd bewustzijn als reversibel kan worden beschouwd.⁸ Enkele van deze gevallen moeten als grensgevallen van de problematiek van euthanasie bij een verlaagd bewustzijn gezien worden. Bij de uitvoering van iedere euthanasie moet eerst een coma-inducerend middel worden toegediend, en soms gaat daaraan premedicatie met behulp van dormicum vooraf. Dus als kort voor de geplande uitvoering van de euthanasie een coma is geïnduceerd wegens benauwdheid en patiënt daaruit volgens afspraak niet meer gewekt wordt, kan dit ook als de eerste stap in de uitvoering van de afgesproken euthanasie worden beschouwd, die voortgezet wordt zodra de benodigde euthanatica beschikbaar zijn. Het zou vreemd zijn van de volgende stappen af te zien 'omdat de patiënt niet meer lijdt'.⁹ Dan zou geen enkele euthanasie in stappen kunnen worden uitgevoerd.

3. Het getrapte euthanasieverzoek

Twee gevallen van opzettelijke sedatie hebben een ander karakter, omdat de sedatie hier niet een noodgreep was maar onderdeel uitmaakte van een bewust ingezet beleid. In deze gevallen had de patiënt in eerste instantie voor palliatieve sedatie gekozen, maar was hij met de arts overeengekomen dat deze alsnog zou overgaan tot euthanasie wanneer de sedatie niet naar wens zou verlopen, in het ene geval als er nog tekenen van lijden waarneembaar zouden zijn, in het andere als het proces te lang zou duren of er onbehandelbare complicaties zouden optreden.¹⁰

In een van beide gevallen is de toetsingscommissie kritisch over deze gang van zaken, zij vindt zo'n 'combi-procedure' in principe ongewenst.¹¹ De patiënt moet goed geïnformeerd worden over de gevolgen van beide mogelijke keuzen (wat deze patiënt kennelijk was) en

6 Oordelen 2013-60, 2015-26 (hierna integraal opgenomen; *red.*), 2015-82 (zie ook Jaarverslag 2015, p. 38), 2015-92, 2015-100, 2016-64 en 2016-69.

7 Resp. oordeel 2012-12, 2012-34 en 2015-92.

8 In casus 2016-69 waren er tekenen van lijden waarneembaar, in de overige gevallen niet. Alle 6 gevallen werden als reversibel beoordeeld.

9 Casus 2014-25 beschouw ik om deze reden als een 'normaal' euthanasiegeval. Casus 2016-37 wordt door de toetsingscommissie zelf zo beschouwd, hoewel de euthanasie pas een dag na de sedatie werd uitgevoerd.

10 In casus 4 uit Jaarverslag 2011 had de patiënte in een schriftelijke wilsverklaring verzocht bij waarneembare teken van lijden 'van andere mogelijkheden gebruik te maken die tot een goede dood zouden leiden'. De arts mocht dat volgens de commissie als een verzoek om levensbeëindiging interpreteren, temeer omdat deze mogelijkheid in gesprekken met de patiënte uitdrukkelijk aan de orde was geweest.

11 Oordeel 2012-12.

dan maar een keuze maken. Deze commissie was uiteindelijk alleen bereid om te oordelen dat de arts in dit geval aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan, omdat er op een gegeven moment waarneembare tekenen van lijden optraden: kreunen, verkramping, onrustige ademhaling en algemene onrust.

Als deze getrapte procedure past bij de opvattingen van de patiënt over een (relatief) goede dood, en niet alleen bij de voorkeuren van de arts, kan ik eerlijk gezegd het probleem niet zien. Dat de beide onderdelen van het traject medisch-professioneel en juridisch gezien een verschillend karakter hebben, lijkt me geen reden waarom het ongewenst is ze te combineren. Vanuit de opvatting dat euthanasie een *ultimum remedium* moet zijn, valt de keuze voor zo'n combinatie zelfs te prijzen. Op het door de patiënt van tevoren vastgestelde moment vervalt zijn toestemming om de sedatie voort te zetten, maar het is goed te begrijpen dat hij er prijs op stelt dan niet eerst in een toestand van ondraaglijk lijden gebracht te worden om zijn euthanasieverzoek te kunnen bevestigen. Het is niet nodig dat er op dat moment nog tekenen van lijden waarneembaar zijn.¹²

4. Bewustzijnsverlaging voorafgaand aan het bezoek van de consulent

Tot de tweede categorie gevallen waarin de situatie afweek van de prototypische situatie die in de Richtlijn wordt beschreven behoren niet minder dan 11 van de 19 gevallen van bewustzijnsverlaging. (Drie van die gevallen behoren ook tot de categorie waarin de bewustzijnsverlaging door opzettelijke sedatie is teweeggebracht.¹³) In deze 11 gevallen blijkt de bewustzijnsverlaging al te zijn ingetreden voordat de wettelijk verplichte raadpleging van een onafhankelijke collega plaatsvond.

Dat de Richtlijn deze situatie buiten beschouwing laat kan worden verklaard uit haar ontstaansgeschiedenis. Omdat het Openbaar Ministerie regelmatig geconfronteerd werd met gevallen van euthanasie bij patiënten met een verlaagd bewustzijn die door een toetsingscommissie als onzorgvuldig waren bestempeld, verzocht het OM in een brief van 4 oktober 2007 de KNMG met een standpunt of richtlijn te komen.¹⁴ En het OM beperkte zich in die brief tot gevallen waarin de behandelend arts en de consulent hadden vastgesteld dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan, en de patiënt daarna in een 'comateuze toestand' geraakte.

Ook in al deze 11 gevallen oordeelde de toetsingscommissie dat de betrokken arts overeenkomstig alle zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In 5 van deze gevallen toonde de patiënt duidelijke tekenen van lijden, in 3 van deze 5 en in alle overige gevallen was de bewustzijnsverlaging waarschijnlijk het gevolg van medicatie en dus waarschijnlijk omkeerbaar. Voor de relevantie van deze overwegingen beroepen de commissies zich op de Richtlijn, maar overigens volgen zij twee verschillende redeneringen.

Volgens de eerste redenering was het voor de consulent onmogelijk om met de patiënt te communiceren en moest zij daarom haar oordeel of aan de zorgvuldigheidseisen was vol-

12 Zo ook de *Code of Practice*, p. 31. Het lijkt mij echter betwistbaar dat het de arts vrijstaat het moment te bepalen waarop de consulent het best kan worden ingeschakeld. Het verdient zeker de voorkeur dat te doen als de sedatie nog niet is ingezet en de patiënt nog aanspreekbaar is. Afgezien van eventuele latere tekenen van lijden kan de consulent zich immers alleen dan een oordeel vormen over het lijden van de patiënt.

13 Jaarverslag 2011, casus 4 en oordelen 2015-26 en 2015-100.

14 Opgenomen als bijlage 1 bij de Richtlijn.

daan baseren op andere gegevens, getuigenissen van de arts, van andere betrokken verzorgenden of verplegenden, van familieleden, en daarnaast op het dossier, met inbegrip van een eventuele schriftelijke wilsverklaring. Uit eigen waarneming kon zij alleen nog vaststellen of er tekenen van lijden waren. Op deze basis kon de consulent volgens de commissie tot het oordeel komen dat aan de eisen was voldaan.¹⁵

Deze redenering, die ook gevolgd wordt in de *Code of Practice*, lijkt mij onhoudbaar. De relevante zorgvuldigheidseis houdt in dat de arts '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'.¹⁶ Zoals een van de commissies in haar oordeel zegt is weliswaar 'strikt genomen' in alle 11 gevallen aan deze eis voldaan: de arts heeft de patiënt gezien en schriftelijk zijn oordeel gegeven.¹⁷ Maar dit zijn geen twee afzonderlijke eisen, maar integrale bestanddelen van dezelfde eis. We zullen toch moeten aannemen dat die eis inhoudt dat de consulent tot zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen komt *op grond van zijn eigen waarneming*, al mag en moet zij die natuurlijk in de context plaatsen van wat zij uit andere bronnen over het geval weet.¹⁸ Welke zin heeft het anders om te eisen dat de consulent de patiënt moet zien? Dus, ja, aan de consultatie-eis is in al deze gevallen voldaan, maar de consulent had alleen maar tot de conclusie kunnen komen dat zij niet zelf heeft kunnen vaststellen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Hooguit heeft zij zelf kunnen vaststellen dat er nog waarneembare tekenen van lijden waren. Als de consulent dus toch concludeert dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan de commissie die conclusie alleen maar terzijde leggen.

De KNMG trekt de verdergaande conclusie dat de commissie in deze gevallen tot het oordeel moet komen dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder niet aan de eis van een onafhankelijke consultatie. 'Als de consulent niet meer met de patiënt zelf kan communiceren, dan kan deze niet vaststellen of aan de zorgvuldigheidseis is voldaan. Euthanasie of hulp bij zelfdoding is dan niet geoorloofd'.¹⁹ Ook deze opvatting is echter niet in overeenstemming met de bedoeling van de wetgever. Wanneer de patiënt zich in een toestand van verlaagd bewustzijn bevindt en er rustig bij ligt, kan de arts besluiten dat een bezoek van de consulent niet zinvol is. In het Kamerdebat over de WTL hebben de ministers deze mogelijkheid uitdrukkelijk genoemd en daarbij aangetekend dat de

15 Jaarverslag 2010, casus 10, oordelen 2013-102 (zie ook Jaarverslag 2013, casus 14), 2015-26, 2015-52, 2016-30. Zie ook Jaarverslag 2013, p. 36. In casus 2015-105 meende de consulent aanvankelijk dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, maar vulde hij later aan dat dit bij terugkeer van het bewustzijn van de patiënt alsnog het geval zou kunnen zijn.

16 Art. 2 lid 1 onderdeel e WTL.

17 Oordeel 2015-105.

18 De Hoge Raad sprak in het Chabot-arrest van een 'mede op eigen onderzoek van de patiënt steunend oordeel van een onafhankelijk collega van de verdachte arts', HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656, § 6.3.3. In het Kamerdebat over de WTL stelden de ministers dat een consult op basis van het medisch dossier 'in beginsel ontoereikend' is, zie E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*, Wolf Legal Publishers 2006, p. 116.

19 KNMG, *Een nadere uitleg van het standpunt Euthanasie 2003*, Utrecht 6 februari 2012. Om deze reden heeft de KNMG bij de toetsingscommissies destijds bezwaar aangetekend tegen het oordeel in casus 10 uit het Jaarverslag 2010. Uit het oordeel 2014-89 blijkt dat de KNMG toen nog hetzelfde standpunt innam: een SCEN-consulent die wordt uitgenodigd voor een bezoek aan een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn wordt geadviseerd maar thuis te blijven.

toetsingscommissies dan maar moeten beoordelen of de arts, alles meewegende, zorgvuldig heeft gehandeld.²⁰ Het is dus niet uitgesloten dat zij tot dat oordeel komen.

De KNMG erkent dan ook dat 'de medisch professionele norm op dit punt strikter is dan de wet'.²¹ Als er een verschil optreedt tussen een professionele norm en de wet, is voor de toetsingscommissies echter de wet doorslaggevend.²² Het standpunt van de KNMG lijkt bovendien te impliceren dat euthanasie ook ongeoorloofd zou zijn als de arts het oneens is met het oordeel van de consulent dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan is. Ook dan wordt het oordeel van de arts immers niet ondersteund door een oordeel waartoe de consulent mede op grond van communicatie met de patiënt is gekomen. Maar deze conclusie heeft de KNMG nooit getrokken.

5. De rol van de schriftelijke wilsverklaring

Interessant genoeg komen we in ten minste 5 oordelen van de toetsingscommissies een andere redenering tegen, die verder afwijkt van de redenering van de Richtlijn, en waarin de schriftelijke wilsverklaring uit artikel 2 lid 2 WTL een essentiële betekenis krijgt, dus niet alleen de betekenis van een document dat ons iets vertelt over de toestand van de patiënt.²³ Deze redenering heeft betrekking op de besluitvorming van de arts, maar zou – en zoals we zullen zien: met meer reden – doorgetrokken kunnen worden naar de beoordeling door de consulent.

De bewuste oordelen sluiten aan bij de uitleg die de commissies vanaf het begin aan artikel 2 lid 2 hebben gegeven, en die in de jaren 2013-2014 op initiatief van de minister van VWS en de KNMG in een proces van rechtsverheldering is bevestigd.²⁴ Als een patiënt in een toestand van gevorderde dementie in een wilsverklaring om euthanasie heeft gevraagd in een welomschreven situatie (als hij zijn kinderen niet meer herkent, als hij niet langer thuis kan blijven wonen), en het is aannemelijk dat die wilsverklaring zijn vaste wil uitdrukt tot op het ogenblik dat hij zijn wilsbekwaamheid verloor, kan de consulent concluderen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, ook al is iedere vorm van communicatie met de patiënt daarover onmogelijk geworden. De wilsverklaring neemt dan de plaats in van het actuele verzoek. De overige zorgvuldigheidseisen zijn dan echter nog steeds 'van overeenkomstige toepassing', en dat betekent: ze zijn van toepassing voor zover ze nog van toepassing kunnen zijn. In het bijzonder moet de arts nog steeds in de actuele situatie vaststellen dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dat daarvoor geen redelijke andere oplossing bestaat.²⁵ Bij de beoordeling van het lijden kan de arts afgaan op verbale en non-verbale uitingen van de patiënt, met inbegrip van zijn gedrag en mimiek.

20 *Kamerstukken II* 2001/02, 26691 22, p. 71-72; *Kamerstukken I* 2000/01, 26691, 137b, p. 3-4, aangehaald in E. Pans, t.a.p. (zie voetnoot 18).

21 Zie ook *Handreiking Schriftelijk Euthanasieverzoek* (2016), artsenversie, p. 5.

22 *Code of Practice* 2015, p. 9.

23 Jaarverslag 2011, casus 4, oordelen 2012-34, 2013-97 (zie ook jaarverslag 2013, casus 13), 2015-100, en 2016-72. In de oordelen 2015-26 en 2015-52 is de rol van de wilsverklaring minder prominent.

24 Zie voor een beschrijving van dit proces en de resultaten ervan: Govert den Hartogh, 'Euthanasie op grond van een schriftelijke wilsverklaring: Oude en nieuwe rechtsvragen', *NJB* 2017/31.

25 *Code of Practice* (2015), § 4.1.

In alle 11 gevallen waarin de bewustzijnsverlaging al voor het bezoek van de consulent intrad, had de patiënt een schriftelijke wilsverklaring met een euthanasieverzoek opgesteld en in al deze gevallen had hij dat verzoek herbevestigd tot op het moment dat hij het bewustzijn geheel of gedeeltelijk verloor. In al deze gevallen mocht de arts dus concluderen dat aan de eis dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek was voldaan. In de oordelen die ik in deze paragraaf bespreek is dit de conclusie van de toetsingscommissie.

Maar hoe moet de arts bij een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn tot een beoordeling van het lijden komen? Als de patiënt nog duidelijke tekenen van lijden te zien geeft, komt zijn situatie inderdaad volledig overeen met de situatie van de demente patiënt die door zijn gedrag en lichaamstaal laat zien dat hij ernstig lijdt. Dit was volgens de arts meestal het geval.²⁶ In twee gevallen waren er géén duidelijke tekenen van lijden, maar mocht de arts de bewustzijnsverlaging als reversibel beschouwen.²⁷

Dit beroep op artikel 2 lid 2 WTL schijnt te zijn ingegeven door de gedachte dat de KNMG-richtlijn niet van toepassing was, omdat die immers alleen betrekking heeft op situaties waarin de bewustzijnsverlaging intreedt na de komst van de consulent. Maar voor de oordeelsvorming van de arts over de substantiële zorgvuldigheidseisen maakt dat geen verschil. De Richtlijn betwijfelt niet dat als de arts de overtuiging heeft gekregen dat het verzoek om euthanasie vrijwillig en weloverwogen is, die overtuiging nog relevant is als een bewustzijnsverlaging optreedt. Van belang is daarbij vooral de veronderstelde continuïteit tussen het lijden van de patiënt voorafgaand aan de bewustzijnsverlaging en het lijden waarvan nu tekenen waarneembaar zijn. Die continuïteit maakt een beroep op artikel 2 lid 2 overbodig. Zijn eerdere verzoek om levensbeëindiging blijft staan.²⁸

Dat verzoek is echter niet ten overstaan van de consulent bevestigd, en dan kan de schriftelijke wilsverklaring alsnog van essentieel belang worden. Vreemd genoeg wordt daarop in geen enkel oordeel gewezen.²⁹ Ook als de commissies een essentiële betekenis toekennen aan de schriftelijke wilsverklaring voor de oordeelsvorming van de arts, menen zij dat de consulent zijn tekortschietende eigen waarneming kan compenseren met behulp van getuigenissen en documenten. Maar uit artikel 2, lid 2 volgt dat de consulent in het geval van een voldoende geactualiseerde wilsverklaring niet uit eigen waarneming hoeft vast te stellen dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen was. En met betrekking tot het lijden kan zij dan afgaan op waarneembare tekenen van lijden. Daarom blijft het ook dan nog steeds essentieel dat de consulent de patiënt 'ziet'. Dat is, net als bij gevorderde dementie, niet nodig voor de beoordeling van het verzoek, maar wel voor de beoordeling van het lijden.

In de gevallen waarin de patiënt zulke tekenen in tegenwoordigheid van de consulent niet toont, blijft het echter zo dat de consulent niet uit eigen waarneming kan bevestigen dat de toestand die zou ontstaan bij beëindiging van de medicatie een toestand van ondraaglijk

26 Jaarverslag 2011, casus 4, oordelen 2012-34 en 2016-72.

27 Oordelen 2012-34 en 2015-100.

28 In casus 2015-26 had de patiënt geen actueel euthanasieverzoek gedaan en was een beroep op de schriftelijke wilsverklaring dus onontbeerlijk.

29 Wel wordt de wilsverklaring soms genoemd als een document waarop de consulent zijn oordeel dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek mede kon baseren, zie bijv. oordelen 2012-34, 2015-52 en 2016-72.

lijden zou zijn. De commissies herhalen in deze gevallen steeds het argument van de Richtlijn: het zou inhumaan zijn om de medicatie op te heffen met het enkele doel om de consulent in staat te stellen te beoordelen of er wel sprake is van ondraaglijk lijden. Zeker, dat zou inhumaan (kunnen) zijn. Maar het resultaat is dan dat de consulent niet uit eigen waarneming kan bevestigen dat aan de eisen betreffende het lijden is voldaan. De situatie komt dan overeen met de situatie die zich voordoet bij patiënten met een gevorderde dementie, als de arts wel meent te kunnen vaststellen dat de patiënt ernstig lijdt, maar de consulent niet. Het zou toch onacceptabel zijn als de consulent dan rapporteert dat aan de eis van ondraaglijk lijden is voldaan omdat de arts zulk lijden heeft vastgesteld.

6. Een verzwaarde 'bewijslast'

Aan het eind van paragraaf 3 heb ik betoogd dat dit probleem niet, zoals de KNMG meent, altijd onoverkomelijk is. Maar hoe groot is het dan wel?³⁰

Dat is een vraag die van breder belang is dan de uitzonderlijke situaties waar het in dit artikel over gaat. De eis van de onafhankelijke consultatie is in de rechtspraak ontwikkeld en door de wetgever vastgelegd om de degelijkheid van de oordeelsvorming door de arts te versterken, onder meer doordat de consulent de situatie met een grotere professionele distantie kan beoordelen en 'blinde vlekken' bij de arts kan corrigeren.³¹ Een consulentoordeel dat gebaseerd is op informatie van de arts en gegevens die ook de arts ter beschikking staan kan deze toegevoegde waarde niet hebben. Ook voor de oordeelsvorming van de toetsingscommissie, het OM en in laatste instantie de rechter, is het daarom van wezenlijk belang dat zij niet alleen op de mededelingen van de meldend arts hoeven af te gaan, ook al gaan zij uit van diens goede trouw. Als de arts bij een negatief oordeel van de consulent de euthanasie toch uitvoert, heeft hij dan ook een versterkte plicht om aannemelijk te maken dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dat zou ook moeten gelden wanneer het oordeel van de consulent terzijde gelegd moet worden omdat hij niet onafhankelijk blijkt te zijn. Het kan dan niet zo zijn dat de toetsende instantie eenvoudig op de waarneming en het oordeel van de meldend arts afgaat.³²

Precies dezelfde situatie ontstaat als de consulent niet uit eigen waarneming kan bevestigen dat de toestand waarin de patiënt terecht zou komen als de medicatie zou worden gestopt er een van ondraaglijk lijden zou zijn. Omdat de consulent dan niet kan bevestigen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, moet de verklaring van de meldend arts dat dit het geval was aan hogere eisen voldoen, wil die verklaring de commissie kunnen overtuigen dat hij in redelijkheid tot die opvatting heeft kunnen komen.

In een doorwrocht oordeel over een vergelijkbare situatie komt een van de commissies tot een vergelijkbare conclusie.³³ De consulent kon niet met de patiënt communiceren en er lag geen schriftelijke wilsverklaring. De consulent kon dus alleen maar afgaan op *de auditu*

30 In de volgende alinea maak ik gebruik van formuleringen uit mijn artikel 'De WTL: een Potemkindorp?' in: L. De Vito (red.), *15 jaar Euthanasiewet*, NVVE 2017.

31 Pans, a.w., p. 44; J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, Hart Publishing 2008, p. 95.

32 In dezelfde geest P.A.M. Mevis, 'Over de randen van de euthanasiewetgeving', *Delikt en Delinkwent* 2016/35, afl. 6, § 2.

33 Oordeel 2014-34. In deze casus was communicatie met de patiënt voor de consulent onmogelijk t.g.v. cognitieve achteruitgang en afasie.

verkregen informatie. Er was daarom sprake van een 'onvolledige consultatie'. Maar in dit geval heeft de arts gedurende langere tijd een zeer intensief contact met de patiënte gehad, en kon er dus geen sprake zijn van 'blinde vlekken'. Met deze kennis kon de arts ook vlak voor de euthanasie nog non-verbale uitingen van de patiënte en 'halve woorden' als bevestiging van haar verzoek interpreteren.

Het is een argumentatie van de goede soort, maar niet volledig overtuigend. Blinde vlekken kunnen niet alleen ontstaan door een te oppervlakkige kennisname van de relevante feiten, maar ook door een te grote vertrouwdheid daarmee, waardoor 'nieuwe' feiten altijd weer ingepast worden in een al bekend geacht patroon. Langdurig intensief contact kan ook leiden tot collusie, dus een gebrek aan professionele distantie. Dus ook voor de arts die zo'n contact heeft met de patiënt kan het onbevangen oordeel van de consulent van waarde zijn.

Hoe kan de arts dan wel voldoen aan zijn verzwaarde bewijslast? Door zich te beroepen op een schriftelijke bevestiging van het verzoek van de patiënt, als deze zijn redenen voor het verzoek daarin duidelijk omschrijft, op geluidsfragmenten en video's die de patiënt laten horen en zien,³⁴ en op getuigenissen van andere artsen en verzorgenden die de patiënt gezien hebben toen zijn bewustzijn nog volledig intact was. In gevallen waarin door een andere arts in een waarnemingssituatie wegens een onhoudbare noodtoestand tot sedatie is besloten, spreekt die beslissing zelf al boekdelen.

Het kan de arts ook helpen als de consulent in zijn rapport getuigenissen van familieleden of mantelzorgers opneemt.³⁵ Daarentegen heeft het geen zin voor de consulent om getuigenissen van de arts zelf of uit het dossier te vermelden, omdat deze gegevens de arts zelf in zijn besluitvorming niet verder helpen en de toetsingscommissie sowieso al ter beschikking zullen staan.

De grootste moeilijkheden zijn te verwachten in de gevallen waarin de bewustzijnsverlaging waarschijnlijk het gevolg was van de ontwikkeling van de ziekte, en dus niet omkeerbaar. In één zo'n geval nam de consulent nauwelijks tekenen van lijden waar (mogelijk een grimas) en reageerde de patiënt tijdens zijn bezoek niet op pijnprikkels.³⁶ Dit was te verklaren omdat de dosering morfine juist voor de komst van de consulent was verhoogd. Vlak voor de uitvoering van de euthanasie leek de patiënt in de ogen van de arts 'erg oncomfortabel' en had hij bij verleggen 'veel pijn'. Deze interpretaties konden door niemand anders bevestigd worden. De arts schatte zelf de EMV-score van de patiënt in als 6-7, dus op de grens van coma. In zo'n geval lijkt de conclusie van de commissie dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden wel op een erg smalle basis te staan.

7. Conclusie

De KNMG-richtlijn bevat twee lacunes. Allereerst dat daarin niet de mogelijkheid is overwogen dat de bewustzijnsverlaging zou intreden door geïndiceerd palliatief handelen op

34 Zie resp. oordeel 2016-72 en 2015-100.

35 In casus 2014-34 werd de beoordeling van de meldend arts van de ernst van het lijden ook ondersteund door het getuigenis van verplegenden en van zeer betrokken naasten.

36 Oordeel 2013-97.

een moment dat de euthanasie nog niet versneld kon worden uitgevoerd. Dit gebrek is eenvoudig te repareren, omdat de criteria die de Richtlijn formuleert voor de beoordeling van een euthanasie bij verlaagd bewustzijn ook dan van toepassing zijn. Waren er waarneembare tekenen van ernstig lijden? Was de bewustzijnsverlaging omkeerbaar? Bij een opzettelijke sedatie zul je dat in het algemeen mogen aannemen.

De tweede lacune in de Richtlijn is dat daarin niet de situatie is besproken waarin de patiënt al voor het bezoek van de consulent in een toestand van verlaagd bewustzijn is geraakt. De manier waarop in de *Code of Practice* in deze lacune wordt voorzien, is onbevredigend.³⁷ De commissies zouden deze paragraaf moeten heroverwegen.

In gevallen waarin de patiënt een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld, en duidelijke tekenen van lijden toont, kunnen ze daarbij aansluiten bij enkele oordelen van de laatste jaren die een (op zichzelf redundant) beroep doen op artikel 2, lid 2 WTL. In de overige gevallen zouden zij moeten erkennen dat de consulent niet op grond van eigen waarneming tot de conclusie heeft kunnen komen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dat heeft tot gevolg dat de arts aan de commissie expliciet moet uitleggen waarom hij niettemin heeft besloten de euthanasie alsnog uit te voeren.³⁸ Die uitleg zal hij in veel gevallen kunnen geven. Maar het is de vraag of in alle gevallen waarin de commissies de afgelopen jaren hebben geoordeeld dat de arts aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen had voldaan, hij aan zijn verzwaarde bewijslast heeft voldaan of had kunnen voldoen.

Casus 4 Jaarverslag 2011

Palliatieve sedatie voorafgaand aan euthanasie; geraadpleegde consulent kon niet meer met patiënte spreken; belangrijke rol schriftelijke wilsverklaring. Oordeel: zorgvuldig

Bij een vrouw van bijna 80 jaar, werd vijf maanden voor het overlijden een mesothelioom vastgesteld. Er bleken tevens lymfekliermetastasen en een wervelmetastase aanwezig. Genezing was niet mogelijk. Zij werd behandeld met chemotherapie en radiotherapie. Desondanks ging zij verder achteruit. Zij kreeg uitgebreide medicatie ter bestrijding van pijn. Enkele dagen voor het overlijden verslechterde haar toestand snel. Zij had onhoudbare pijnklachten en forse hoestbuien, moest braken en gaf daarbij bloed op. Patiënte werd in het weekend door een dienstdoend huisarts gesedeerd met Dormicum en morfine. Ondanks de sedatie was zij onrustig; zij transpireerde hevig en had last van slijmvorming en kortademigheid.

De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar. Naast de reeds genomen maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de specialist en de arts patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

Geruime tijd voor het overlijden, direct na het bekend worden van de diagnose, had patiënte met de arts over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek gesproken. Nadien had patiënte hierover meerdere gesprekken met de arts gevoerd. Patiënte had dui-

37 Niet alleen de tekst op p. 29-30 zou aangepast moeten worden, ook die op p. 18 onderaan. Op het feit dat een bezoek van de consulent een enkele keer niet zinvol is zou uitdrukkelijk moeten worden gewezen. Zie ook voetnoot 12.

38 Zie *Code of Practice*, p. 17.

delijk aangegeven geen pijn te willen hebben en waardig te willen sterven. Drie dagen voor het overlijden, toen de toestand van patiënte snel achteruitging, was de weekendarts begonnen met het palliatief sederen van patiënte. Toen de arts na het weekend patiënte bezocht, was patiënte niet meer bij bewustzijn. Voor haar familie en de arts was het duidelijk dat patiënte zich in een toestand bevond die zij, gezien haar uitgesproken wens om waardig te overlijden, nooit gewild had. Een schriftelijke wilsverklaring was aanwezig.

Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte, toen zij drie dagen voor het overlijden tegenover de weekendarts haar wens uitspraak niet verder te willen lijden, zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.

De consulent, een onafhankelijk huisarts tevens SCEN arts, bezocht patiënte een dag voor het overlijden. Zij was niet aanspreekbaar en reageerde niet op toegediende pijnprikkels. Ondanks de sedatie was zij soms onrustig, was er sprake van fors transpireren en had zij een onregelmatige soms rochelende ademhaling, waarbij er, vanwege eerder bloed opgeven, nu nog kans op verstikking bestond. De echtgenoot van patiënte gaf aan dat patiënte dit nooit had gewild en hoopte dat haar lijden via de door haar gewenste euthanasie spoedig stopte. De kinderen waren het met hem eens. De consulent stelde vast dat patiënte een vrijwillige euthanasiewens had bij een uitzichtloos en ondraaglijk lijden en was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij de behandeling van de melding rezen er bij de commissie verschillende vragen rondom de euthanasiewens van patiënte die nog onvoldoende beantwoord waren. Zo had de arts met de patiënte en haar familie over euthanasie en palliatieve sedatie gesproken. De commissie wilde graag weten wat hierover precies was besproken. Omdat in de schriftelijke wilsverklaring van patiënte niet expliciet over euthanasie werd gesproken wilde de commissie graag van de arts weten hoe deze verklaring zich verhiel tot een eventuele euthanasiewens. Ook was uit de stukken niet duidelijk of de weekendarts met patiënte over palliatieve sedatie had gesproken en of patiënte had toegestemd om in gesedeerde toestand euthanasie te krijgen. In zijn schriftelijke toelichting gaf de arts aan dat hij vier en een halve maand voor het overlijden voor het eerst een uitgebreid gesprek met patiënte en haar echtgenoot had gevoerd. Patiënte had veel pijn op dat moment en dat was voor haar ondraaglijk. Patiënte gaf aan dat het leven op deze manier niets waard was en sprak voor het eerst haar wens tot euthanasie uit voor het geval de klachten zo heftig zouden blijven. De arts vertelde haar dat onmenselijk lijden niet nodig was en dat hij open stond voor een eventuele euthanasie als het niet zou lukken om haar lijden te verminderen. Ook besprak hij met patiënte de mogelijkheid dat bij een naderend levenseinde palliatieve sedatie kon worden gestart. Tot vlak voor haar dood had de arts bij de vele visites zeer regelmatig gesprekken met patiënte gehad over wat voor haar ondraaglijk lijden was en hoe zij haar levenseinde zag.

Ruim twee en een halve maand voor het overlijden ontving de arts de wilsverklaring van patiënte. Hierna was haar euthanasiewens weer besproken. Daarbij had patiënte verklaard dat zij naast heftige pijn of benauwdheid ook een toestand waarin zij haar waardigheid zou verliezen als ondraaglijk beschouwde. In de maanden daarna hadden patiënte, haar echtgenoot en de arts steeds geworsteld met de vraag of het leven voor patiënte nog menswaardig was of dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

Vier dagen voor het overlijden van de toen al verzwakte patiënte had de arts nogmaals met haar gesproken over haar euthanasiewens. Op dat moment waren er volgens patiënte nog

korte momenten die de moeite van het leven waard waren. De volgende dag echter, het begin van het weekend, sloeg de balans de andere kant op en wilde patiënte niet meer verder leven en wilde zij niet meer lijden toen zij meer pijn kreeg, ging braken, bloed opgaf, benauwd werd en niet meer kon slikken.

In de schriftelijke wilsverklaring van patiënte stond onder a. opgenomen dat zij geen levensverlengende technieken wilde ondergaan, maar dat zij wilde sterven onder voortzetting van verzachtende behandelingen. De arts gaf aan dat hij deze wens als de wens tot palliatieve sedatie interpreteerde. Drie dagen voor overlijden werd de palliatieve sedatie door de weekendarts gestart. De dag daarop werd patiënte tot tweemaal toe wat meer wakker. Nog een dag later raakte zij vol, ging zij rochelen en werd zij kortademig. Naar de mening van de arts en de familie van patiënte werd daarmee onderdeel b. van de schriftelijke wilsverklaring van patiënte van toepassing. Hierin verzocht patiënte om in het geval een verzachtende behandeling niet voldeed, een andere mogelijkheid te gebruiken die tot een goede dood zou leiden. Volgens de arts kon deze wens in samenhang met het besprokene met haar niet anders worden uitgelegd dan een verzoek om euthanasie. In deze opvatting werd de arts gesteund door de SCEN-arts.

Voor wat betreft het vrijwillig en weloverwogen verzoek oordeelde de commissie als volgt. Nu patiënte vlak voor haar overlijden – onder invloed van de ingezette sedatie – niet meer in staat was haar wens te bekrachtigen, is de commissie van oordeel dat de schriftelijke verklaring van patiënte moest worden gevolgd. Omdat de sedatie, de onder a) geuite wens, niet tot een menswaardige dood had geleid, werd – aldus de arts in zijn toelichting – de onder b) geuite wens van toepassing, d.w.z. het gebruik maken van andere mogelijkheden die tot een goede dood zouden leiden.

Uit de nadere toelichting van de arts leidt de commissie af dat de arts meermalen met patiënte haar wensen had besproken en dat patiënte daarbij uitdrukkelijk de wens had geuit tot euthanasie over te gaan in een situatie zoals die waarin zij zich op dat moment bevond. Nu patiënte, tegen haar verwachting in, niet overleed tijdens de palliatieve sedatie, maar – kort samengevat – in voor haar mensionwaardige omstandigheden lag te wachten op de dood, kon naar het oordeel van de commissie, op basis van de wilsverklaring en de informatie van de arts en de consulent, ook gelet op de door de arts beschreven persoonlijkheid van patiënte, worden aangenomen dat zij voortzetting van de palliatieve sedatie op deze wijze (en zonder het beoogde resultaat) niet wenste, waardoor haar verzoek om euthanasie actueel werd. In deze omstandigheden was de onder b) geuite wens niet voor andere uitleg vatbaar dan als een wens tot euthanasie.

Ten aanzien van het lijden van de patiënte is de commissie in het algemeen van oordeel dat, indien een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn is geraakt, het verzoek om euthanasie ingewilligd kan worden voor zover sprake is van een voor patiënt ondraaglijk lijden. Voor de commissie staat vast dat er bij patiënte sprake was van een ondraaglijk lijden op het moment dat de weekendarts startte met de palliatieve sedatie. Door het toedienen van de medicatie in dat kader is patiënte in een toestand van verlaagd bewustzijn geraakt. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts aannemelijk gemaakt dat de patiënte in die toestand waarneembare tekenen van lijden (onrust, rochelen, transpireren) vertoonde toen de arts haar na het weekend bezocht. Ook in een situatie waarin het ondraaglijk lijden niet (meer) wordt ervaren door een reversibel verlaagd bewustzijn, kan tot euthanasie worden overgegaan indien patiënte verkeert in een situatie die zij in eerdere gesprek-

Prof. dr. G.A. den Hartogh

ken en/of schriftelijke wilsverklaring heeft aangeduid als een onwaardige situatie waarin zij euthanasie zou willen. Euthanasie is in dat geval toegestaan omdat het inhumaan wordt geacht iemand uit een reversibel verlaagd bewustzijn te laten ontwaken om hem zijn ondraaglijk lijden te laten herbevestigen.

Tegen deze achtergrond is de commissie van oordeel dat de arts tot euthanasie mocht overgaan, zowel omdat patiënte waarneembare tekenen van lijden vertoonde als ook omdat zij in een toestand verkeerde die zij eerder, onder meer in haar wilsverklaring, had aangemerkt als een situatie waarin zij om euthanasie zou vragen.

Voor wat betreft het consult overweegt de commissie dat voor een zorgvuldig consult uitgangspunt is dat de consulent een patiënt dient te spreken, bij voorkeur ook onder vier ogen, teneinde zich een mening te kunnen vormen over de zorgvuldigheidseisen. Is dat niet meer mogelijk omdat er sprake is van een toestand van verlaagd bewustzijn, dan dient de consulent de patiënt te zien en zich aan de hand van feiten en omstandigheden een oordeel te vormen.

In de onderhavige casus heeft de consulent patiënte bezocht en gezien, maar kon hij niet meer met haar communiceren. Hij heeft toen gesprekken gevoerd met de arts en kennis genomen van het medisch dossier en van de wilsverklaring van patiënte. Hij heeft ook met de echtgenoot en de kinderen van patiënte gesproken. De commissie is van oordeel dat de consulent in bedoelde gesprekken en verkregen informatie, in onderling (tijds)verband en samenhang bezien, compensatie heeft kunnen vinden voor het niet kunnen spreken met patiënte en zich hiermee een oordeel heeft kunnen vormen over de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van de euthanasiewens van patiënte alsmede over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van haar lijden. Het zou inhumaan zijn geweest om patiënte te laten ontwaken met als enige doel de consulent in staat te stellen met patiënte te communiceren.

Oordeel 2013-97

Oordeel van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek
(...)

1. Procedure

De commissie heeft van de gemeentelijke lijkschouwer de stukken ontvangen als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging inzake de melding van de arts van levensbeëindiging op verzoek bij patiënt. De navolgende stukken zijn ontvangen: Formulier lijkschouwer Formulier arts Verslag arts en aanvulling Verslag en e-mail consulent Aanvullende gegevens:

- specialistenbrief
- patiëntenjournaal
- schriftelijke euthanasieverklaring
- brief van arts aan FARR
- volmacht
- schriftelijk consultatieverzoek van arts aan consulent

De commissie heeft de arts en de consulent schriftelijk verzocht een mondelinge toelichting te geven in verband met de thans voorliggende melding. Dit heeft op (...) plaatsgevonden.

De arts heeft na afloop hiervan nog een nadere schriftelijke toelichting aan de commissie overgelegd. Van de mondelinge toelichtingen zijn verslagen gemaakt die voor reactie aan de arts en de consulent zijn verzonden. De arts heeft enkele tekstvoorstellen gedaan, die voor een deel in het verslag zijn opgenomen.

Van de overige tekstvoorstellen heeft de commissie kennis genomen. De consulent kon zich zonder meer vinden in het verslag van de door hem gegeven mondelinge toelichting. Oordeel: zorgvuldig Samenvatting: Patiënte verkeert in een (niet medicamenteus geïnduceerde) toestand van verlaagd bewustzijn en vertoont tekenen van lijden. De SCEN-consulent bezoekt patiënte op de dag van overlijden en kan geen gesprek met haar voeren. Uitvoering op basis van artikel 2, tweede lid WTL.

2. Feiten en omstandigheden

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

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Bij patiënte, een vrouw van 70 - 80 jaar, werd ongeveer een maand voor het overlijden een kwaadaardige tumor in de hersenen vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. De laatste twee weken voor het overlijden ging de toestand van patiënte steeds verder achteruit, de laatste dagen voor het overlijden nog sneller dan in de daaraan voorafgaande dagen. Blijkens het patiëntenjournaal had patiënte vanaf vier dagen voor het overlijden veel (diffuse) pijnklachten bij de verzorging en was zij bijna niet aan te raken; zij sufte ook erg vaak weg. Zij kreeg hiervoor pijnmedicatie. Drie dagen voor het overlijden, in de avond, kreeg patiënte in verband met ernstige pijn rescue morfine, waarna zij 'wegzakte'. Vanaf dat moment was zij niet meer aanspreekbaar. Toen de arts patiënte een dag voor het overlijden bezocht was zij volgens hem in comateuze toestand, zo blijkt uit het door hem ingevulde modelverslag en het patiëntenjournaal. De arts noteerde in het journaal bij die datum voorts dat patiënte bij de verzorging nog wel veel pijn aangaf en soms flink onrustig was. Het lijden van patiënte bestond volgens de arts in het modelverslag uit het feit dat zij niet als een kasplantje in bed wilde liggen vegeteren. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënte had ruim drie weken voor het overlijden met de arts over euthanasie gesproken. Zij had daarbij aangegeven dat zij geen kasplantje wilde worden en waardig wilde overlijden. Patiënte wilde maximaal comfort-beleid en euthanasie als het niet meer ging of als zij in coma was. Palliatieve sedatie wees zij af. Patiënte had toen ook aan de arts een schriftelijke euthanasieverklaring overgelegd. Hierin verzocht zij haar arts om, wanneer zij ondraaglijk en uitzichtloos leed of geen redelijk uitzicht bestond op terugkeer naar een voor haar levenswaardige staat of verdergaande ontluistering te voorzien was, haar de

Prof. dr. G.A. den Hartogh

middelen toe te dienen of te verstrekken om haar leven te beëindigen. Patiënte had haar dochter aangewezen als gevolmachtigde inzake medische beslissingen. Na het eerste gesprek over euthanasie hebben arts en patiënte hier nog meermalen over gesproken. Daarbij heeft zij haar verzoek steeds herhaald. Een dag voor het overlijden, toen patiënte niet meer aanspreekbaar was, heeft voormelde dochter de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht, omdat haar moeder deze situatie niet gewild zou hebben.

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

c. Consultatie

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte op de ochtend van de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. De consulent stelde vast dat patiënte comateus was. Zij had een rochelende ademhaling en reageerde niet op uitwendige prikkels.

In zijn verslag kwam de consulent tot de conclusie dat, gelet op de ziekte van patiënte en haar prognose, alsook haar schriftelijke euthanasieverklaring, het verzoek om euthanasie kon worden ingewilligd.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental, gevolgd door 100 mg tracrium.

e. Mondelinge toelichting arts

Bij de beoordeling van deze melding zijn bij de commissie vragen gerezen over de toestand waarin patiënte voorafgaand aan de levensbeëindiging verkeerde. De commissie wilde weten of de arts de diepte van het coma had vastgesteld en of er tekenen van lijden waren.

De arts gaf - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting:

Patiënte was in korte tijd ernstig ziek geworden. Een aantal weken voor het overlijden had zij de arts uitdrukkelijk verzocht om euthanasie, wanneer zij in een toestand van uitzichtloos lijden zou komen te verkeren. Patiënte had haar dochter toen ook gemachtigd om zo nodig haar belangen te behartigen. De dochter was volgens patiënte volledig op de hoogte van haar wensen. Een aantal dagen voor het overlijden was er sprake van een snelle verslechtering van de toestand van patiënte. De gevolmachtigde dochter heeft de arts toen om euthanasie gevraagd.

De arts kende patiënte al 28 jaar, het was een echte no-nonsense vrouw. De arts trof patiënte in een redelijk rustige toestand aan. Hij kon haar echter op dat moment niet meer naar haar wensen vragen, omdat zij niet meer aanspreekbaar was. De familie, die patiënte 24 uur per dag verzorgde, gaf toen aan de arts aan dat patiënte zo nu en dan ernstig leed. Zij was volgens hen erg onrustig en kreunde regelmatig. De familie was ervan overtuigd dat patiënte pijn had, zij kwam dan zelfs overeind.

De arts deelde aan de gevolmachtigde dochter mee dat hij bereid was om de euthanasie uit te voeren, mits de consulent hiermee akkoord zou gaan. Volgens de arts had hij patiënte beter comfort kunnen geven door extra pijnstilling te geven, maar werd dit door de familie

van de hand gewezen. De consulent trof patiënte op de dag van haar overlijden volgens de arts waarschijnlijk in dezelfde toestand aan als de arts dat eerder zelf had gedaan. Na zijn bezoek aan patiënte was de consulent van mening dat het verzoek om euthanasie inderdaad kon worden ingewilligd. De consulent stuurde zijn conclusie per mail. Hij gaf hierin aan dat patiënte niet reageerde op pijnprikkels. Zijn volledige verslag kon hij niet meteen aan de arts doen toekomen, de arts zou dit na het tijdstip waarop de euthanasie was gepland ontvangen. De arts twijfelde toen of hij de levensbeëindiging niet met een dag moest uitstellen, maar heeft daar van afgezien.

Kort voor de uitvoering stelde de arts zelf vast dat patiënte erg oncomfortabel leek en bij het verleggen veel pijn had. Er was toen sprake van lijden. Vervolgens is hij - conform uitdrukkelijk verzoek - tot levensbeëindiging overgegaan. Patiënte had toen een levensverwachting van één tot enkele dagen.

De arts had de diepte van het coma niet getest. De arts schat in dat patiënte een EMV-score van 6 à 7 had, op de grens van coma dus.

De arts had het gevoel dat er een moreel beroep op hem werd gedaan. Hij twijfelde aanvankelijk over de ondraaglijkheid van het lijden. Hij is uiteindelijk afgegaan op wat de familie hem hierover vertelde. De arts wist niet dat er regels voor deze situatie bestonden. Hij heeft zich sinds de ontvangst van de brief van de commissie wel eens afgevraagd waarom hij zijn nek heeft uitgestoken. Loyaliteit naar patiënte die hij al zolang kende gaf bij beschouwing achteraf uiteindelijk de doorslag bij zijn beslissing om patiënte te helpen. De arts vertrouwde daarbij volledig op het oordeel van de consulent.

f. Schriftelijke toelichting arts

De arts heeft na afloop van de door hem gegeven mondelinge toelichting aan de commissie een nadere schriftelijke toelichting overgelegd. Hierin stond - onder meer - het volgende:

<...>

De arts kende patiënte erg goed, al ruim 28 jaar, en wist goed hoe ze in elkaar stak. Ze nam nooit een blad voor de mond en maakte van haar hart geen moordkuil. Ruim een maand voor het overlijden kreeg ze verontrustende klachten, welke bleken te berusten op een kwaadaardige hersentumor. Er is nog onderzocht of ze geopereerd zou kunnen worden, maar gezien het risico van mortaliteit tijdens en morbiditeit na de operatie is hiervan afgezien. De familie besloot haar volledig zelf thuis te verzorgen en deed dat op een manier die de arts niet vaak tegenkwam. Ruim drie weken voor haar overlijden had de arts een uitgebreid gesprek met patiënte en haar familie. Men was volledig op de hoogte van de infauste prognose en patiënte uitte uitdrukkelijk haar wens om middelen toegediend te krijgen om haar leven te beëindigen in geval ze in een toestand zou komen te verkeren zoals beschreven in het euthanasieverzoek van de NVVE: 'Wanneer ik in een toestand zou komen te verkeren waarin ik ondraaglijk en uitzichtloos lijd of waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat of mijn verdergaande ontluistering te voorzien is'. De wetenschap om misschien in een situatie komen te verkeren dat ze als een kasplant in bed kwam te liggen en geen contact meer te kunnen hebben met haar kinderen, was voor haar onverdraaglijk en het was haar verzoek aan de arts of hij dan haar leven zou willen beëindigen.

Tevens gaf ze aan dat haar gevolmachtigde dochter ook precies wist wat patiënte wilde, in geval patiënte zelf niet meer in staat zou zijn om haar wil te uiten. De arts had geen enkele reden daaraan te twijfelen.

Toen hij patiënte op de dag voor het overlijden bezocht, was haar toestand heel hard achteruit gegaan en was ze niet echt meer aanspreekbaar. Ze leek plotseling in een terminaal stadium van haar ziekte aangekomen en haar gevolmachtigde dochter sprak de wens uit om de euthanasieprocedure in gang te zetten, conform het uitdrukkelijk verzoek dat gedaan was en omdat de familie zag dat zij de laatste dag erg leed. De arts gaf aan dat hij toch enige twijfel had om de euthanasieprocedure in gang te zetten, omdat hij haar niet meer kon vragen of ze de euthanasie nu echt zou willen. Weliswaar had ze een dergelijke situatie als nu beschreven, maar toch ...

Dat de situatie uitzichtloos en onomkeerbaar was, was zonneklaar. Maar kon hij het proces starten? Toen hij de dochter meedeelde dat hij gezien haar gedaalde bewustzijn ook niet goed kon inschatten hoe erg ze nu leed, merkte ze enigszins geagiteerd op dat haar moeder nu verschrikkelijk leed: Ze was erg onrustig, kreunde regelmatig en men was ervan overtuigd dat ze pijn had. Andere door de arts aangedragen mogelijkheden om het lijden in dit stadium te verlichten (infuuspomp met morfine en/of dormicum), werden van de hand gewezen. Patiënte had immers duidelijk te kennen gegeven niets te willen rekken, maar liefst in de huidige situatie zo snel mogelijk middelen toegediend te willen krijgen om haar leven te beëindigen.

Tijdens het gesprek met de dochter van patiënte is de arts er toch van overtuigd geraakt dat hij kon meegaan in het euthanasieverzoek op dat moment, mede omdat de familie toch veel signalen had dat ze ernstig leed. De arts gaf aan dat de procedure nog getoetst diende te worden door een tweede arts, alvorens de euthanasie zou mogen worden uitgevoerd. Hij heeft uitgelegd dat deze arts het proces objectief kon bekijken en de expertise had om nog eens extra te beoordelen of het proces aan de wettelijke eisen van zorgvuldigheid zou voldoen en heeft toegezegd om - mits er groen licht gegeven zou worden - zich te zullen inspannen om te proberen de euthanasie de volgende avond te zullen uitvoeren, zodat patiënte zo kort mogelijk in haar huidige toestand zou blijven verkeren.

De arts heeft diezelfde middag de dienstdoende SCEN-arts ingelicht, de situatie uitgelegd en de noodzakelijke bescheiden persoonlijk bij hem in zijn brievenbus gedaan. Hij zegde toe de volgende ochtend bij patiënte langs te zullen gaan. In de loop van die volgende dag (de dag van het overlijden) deelde de SCEN-arts de arts mee dat hij patiënte bezocht had en dat hij kon instemmen met de euthanasie.

<...>

Bij de patiënte aangekomen heerste er een gespannen, bedrukte en emotionele stemming. Er was nog een klein plaatsje voor de arts en zijn begeleider vrij aan het bed. Patiënte was erg incomfortabel: toen de familie haar wat probeerde te verleggen voor een betere toegang tot de infuusnaald lukte dat niet eens goed doordat ze erg pijnlijk leek.

<...>

Ondanks de 'verstoringen' had de arts er na de euthanasie een goed gevoel over. Zijn patiënte was conform haar uitdrukkelijke wens een 'goede' dood gestorven, al was het mischien slechts een enkele dag eerder dan zonder toepassing van de euthanasie.

g. *Mondelinge toelichting consulent*

De commissie wilde ook door de consulent nader geïnformeerd worden over de toestand waarin patiënte voorafgaand aan de levensbeëindiging verkeerde. De commissie wilde weten of de consulent de diepte van het coma had vastgesteld en of er tekenen van lijden waren.

De consulent gaf - zakelijk weergegeven - de volgende mondelinge toelichting:

De consulent werd op de dag voor het overlijden laat in de middag door de arts gebeld met het verzoek om bij patiënte een consultatie te verrichten. Hij is de volgende ochtend vroeg bij haar op bezoek gegaan. De consulent trof haar aan liggend in bed met een sterk rochelende ademhaling. Dit was typisch voor een patiënt met een *end-stage* hersentumor.

De consulent heeft toen met zijn knokkels eerst bij één schouderblad een pijnprikkel toegediend. Hij meende een grimas te zien, twijfelde of patiënte op de prikkel had gereageerd. Bij toediening van eenzelfde prikkel bij het andere schouderblad was geen reactie waarneembaar. De eerste, mogelijke reactie kon dus niet opnieuw worden uitgelokt.

Patiënte kreeg bij de verzorging extra morfine. Dit middel was kort voor het bezoek van de consulent nog toegediend. Mogelijk was de pijn hierdoor onderdrukt en was dit de reden dat patiënte niet op de toegediende pijnprikkel reageerde. De consulent heeft geen EMV-score bepaald.

Er was sprake van een uitzichtloos ziektebeeld met een begin van inklemming. Ook was er het risico van verstikking. Als patiënte dexamethason had gekregen, had het proces van inklemming wel kunnen worden afgeremd. Of patiënte al stervende was valt niet te zeggen.

De vraag of er tekenen van lijden waren is moeilijk te beantwoorden. Patiënte kreeg bij de verzorging extra morfine. Dat duidt op lijden. Vanuit neurologisch oogpunt kun je zeggen: onder een bepaalde waarde op de Glasgow-scale is geen sprake van lijden. Het gaat echter ook om de waardigheid van patiënte. De consulent had haar euthanasieverzoek gelezen. Patiënte wilde in een situatie van volledige hulpbehoefte niet verder. Zij had duidelijk aangegeven dat zij haar waardigheid wilde behouden en niet als een kasplantje verder wilde leven. De consulent heeft ook naar de ethische kant van de zaak gekeken. Deze patiënte leed, hoewel ze dat niet bewust kon aangeven. Niets doen zou onethisch zijn geweest. De consulent verwijst naar een artikel in *Medisch Contact* van Evert Hendriksen over euthanasie bij comapatiënten. De consulent refereert voorts aan casus 4 uit het jaarverslag van de toetsingscommissies van 2011 (hiervoor integraal opgenomen; *red.*). Hier is sprake van een vergelijkbaar geval. De consulent was bekend met de KNMG-richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn.

3. *Beoordeling*

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

De commissie overweegt ten aanzien van de eis dat de arts in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed als volgt. Patiënte was als gevolg van een snelle verslechtering van haar lichamelijke toestand vanaf drie dagen voor

het overlijden ('s avonds) tot aan haar overlijden niet meer aanspreekbaar. Voor de beantwoording van de vraag of aan de zorgvuldigheidseis betreffende het lijden is voldaan, is van belang of patiënte in een coma verkeerde dan wel in een toestand van verlaagd bewustzijn, niet zijnde coma en – hiermee samenhangend – of patiënte tekenen van lijden vertoonde.

Op grond van klinisch onderzoek wordt in het algemeen binnen de medische beroepsgroep aangenomen dat een patiënt in comateuze toestand niet lijdt. In zijn algemeenheid is de commissie dan ook van oordeel dat geen levensbeëindiging dient te worden toegepast bij een comateuze patiënt. (Dit kan anders zijn wanneer patiënt in een coma is geraakt als gevolg van het toedienen van medicatie voor pijn- en symptoombestrijding. In geval van een dergelijk in principe reversibel coma kan levensbeëindiging wel gerechtvaardigd zijn. Het wordt inhumain geacht om een patiënt uit dit reversibel coma te laten ontwaken met het doel hem zijn ondraaglijk lijden, ter bestrijding waarvan genoemde medicatie nu juist was toegediend, opnieuw te laten bevestigen.)

Bij een patiënt die spontaan dan wel door het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding in een toestand van verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma, waar bewustzijn geheel ontbreekt) is komen te verkeren, is niet uitgesloten dat deze ondraaglijk lijdt. De arts kan op grond van eigen waarneming en eventueel de informatie van de naasten van patiënt tot de overtuiging komen dat dit het geval is. De Glasgow Coma Scale kan daarbij een goed handvat bieden om de mate van bewustzijnsverlaging (en daarmee mogelijk lijden) te bepalen, respectievelijk het coma vast te stellen. Wanneer inderdaad sprake is van tekenen van lijden, kan een arts – mits ook aan de andere zorgvuldigheidseisen, zoals die ten aanzien van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, is voldaan – tot levensbeëindiging overgaan.

De arts had in zijn modelverslag aangegeven dat patiënte comateus was en dat haar lijden bestond uit het feit dat zij niet als een kasplantje in bed wilde liggen vegeteren. De consulent, die patiënte op de ochtend van de dag van haar overlijden zag, constateerde eveneens dat zij comateus was. Patiënte reageerde volgens hem niet op uitwendige prikkels. Gelet hierop, leek het de commissie aannemelijk dat patiënte in een coma verkeerde en bestonden bij haar (ernstige) twijfels over de vraag of de arts in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënte. De commissie merkt daarbij nog op dat het 'niet willen vegeteren als een kasplantje' een invoelbare reden kan zijn om niet verder te willen leven, maar dat het verkeren in een dergelijke toestand op zichzelf geen ondraaglijk lijden in de zin van de WTL oplevert.

In zijn latere mondelinge toelichting heeft de arts echter verklaard dat hij geen comacheck heeft gedaan en derhalve geen zogenoemde EMV-score heeft bepaald. Volgens de commissie was dat wel beter geweest; dat niet omdat de KNMG richtlijn inzake euthanasie bij verlaagd bewustzijn hier van toepassing zou zijn (want die ziet op de situatie dat de consulent nog met de patiënt heeft kunnen communiceren, hetgeen hier niet meer het geval was), maar omdat de arts zelf aanvankelijk twijfelde over de aanwezigheid van lijden.

In het gesprek met de commissie schatte de arts dat patiënte een EMV-score van 6 of 7 had en derhalve op de grens van coma en een toestand van verlaagd bewustzijn, niet zijnde coma, verkeerde. De arts gaf bij die gelegenheid voorts nadrukkelijk aan dat de familie van patiënte (waaronder de gevolmachtigde dochter), die haar 24 uur per dag verzorgde, aan hem te kennen had gegeven dat patiënte (zo nu en dan) ernstig leed. Zij was volgens hen

erg onrustig en kreunde regelmatig en men was ervan overtuigd dat zij pijn had. Volgens de arts is hij er toen, na aanvankelijk te hebben getwijfeld, van overtuigd geraakt dat hij tot levensbeëindiging kon overgaan. Daarbij heeft de arts in zijn mondelinge toelichting ook aangegeven dat hij kort voor de uitvoering zelf had waargenomen dat patiënte erg oncomfortabel leek en bij het verleggen veel pijn had. Op grond van deze nadere toelichting van de arts komt de commissie na ampele overweging tot de conclusie dat de arts in deze omstandigheden tot de overtuiging kon komen dat patiënte niet (steeds) in een coma verkeerde, maar in een toestand van verlaagd bewustzijn, niet zijnde coma, en dat zij daarbij herhaaldelijk tekenen van lijden vertoonde. Deze conclusie vindt ook steun in het patiëntenjournaal, waaruit blijkt dat patiënte in de laatste dagen voor het lijden bij de verzorging nog steeds pijnmedicatie kreeg toegediend en dat zij ook op de laatste dag voor het overlijden – toen zij al niet meer aanspreekbaar was – nog pijn aangaf bij de verzorging.

Dat patiënte op de ochtend van de levensbeëindiging niet reageerde op de door de consultant toegediende pijnprikkels, kan mogelijk worden verklaard door het feit dat zij kort tevoren nog extra morfine had gekregen. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Voor wat betreft de beoordeling van lijden bij coma of verlaagd bewustzijn is door de consultant bij diens mondelinge toelichting nog verwezen naar casus 4 uit het Jaarverslag 2011 van de toetsingscommissies; dat zou een vergelijkbaar geval zijn (en daarin was de betreffende toetsingscommissie tot het oordeel ‘zorgvuldig’ gekomen). De commissie wijst erop dat het in de onderhavige casus – anders dan in de bedoelde casus uit het jaarverslag – niet gaat om een in beginsel reversibel coma. De vergelijking met die casus is derhalve niet juist. Ten aanzien van de eis dat sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte overweegt de commissie dat – in aanvulling op hetgeen de arts naar voren heeft gebracht over de gesprekken die hij met patiënte hierover heeft gevoerd – patiënte ruim drie weken voor haar overlijden aan hem een schriftelijke wilsverklaring, als bedoeld in artikel 2, tweede lid, van de WTL heeft overgelegd.

Gelet op deze verklaring en de gevoerde gesprekken, is de commissie van oordeel dat aan deze zorgvuldigheidseis is voldaan. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, is de commissie voorts van oordeel dat de arts patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten.

De arts is tenslotte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin patiënte zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Het was duidelijk dat patiënte in de situatie waarin zij de dagen voor haar overlijden was komen te verkeren geen verdergaande pijnbestrijding wenste, maar euthanasie. Dat was ook nog eens door de gevolmachtigde dochter, die wist dat patiënte eerder nadrukkelijk had aangegeven dat zij in geval van verlaagd bewustzijn niet verder wilde leven, bevestigd.

De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

Ten aanzien van de eis dat de arts de levensbeëindiging medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd, overweegt de commissie dat, anders dan geadviseerd in de Richtlijn Uitvoering Euthanasie en hulp bij zelfdoding van de KNMG/KNMP van augustus 2012, door de apotheker op de spuit met de spierslapper niet de naam en de dosis van het middel was vermeld. Gelet op de door de arts gegeven mondelinge en schriftelijke toelichting op de

Prof. dr. G.A. den Hartogh

feitelijke gang van zaken, waaronder het feit dat op de spuit met de coma-inductor wel de naam van het middel was vermeld en dat dit middel een andere kleur had, is de commissie er echter van overtuigd dat de arts de juiste middelen in de juiste dosering en in de juiste volgorde heeft toegediend. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

4. *Beslissing*

De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Oordeel 2015-26

Oordeel van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek van: (...), medisch specialist verder te noemen: de arts, bij: (...) verder te noemen: patiënt.

Geconsulteerd werd: (...), huisarts, tevens SCEN-arts verder te noemen: de consulent.

1. *Procedure*

De commissie heeft van de gemeentelijke lijkschouwer de stukken ontvangen als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging inzake de melding van de arts van levensbeëindiging op verzoek bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

- Formulier lijkschouwer
- Formulier arts
- Verslag arts
- Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- medisch journaal
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts en de consulent schriftelijk verzocht nadere mondelinge toelichting te verstrekken. De arts en de consulent hebben tijdens de commissievergadering van (...) mondelinge toelichting gegeven. Van deze toelichtingen zijn verslagen opgesteld. De commissie heeft de huisarts verzocht om nadere schriftelijke toelichting. De huisarts heeft in zijn brief van (...) aanvullende informatie verstrekt.

2. *Feiten en omstandigheden*

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

a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven

Patiënt, een man van 60-70 jaar, onderging ongeveer twee jaar voor het overlijden een operatie in verband met een carcinoom uitgaande van de tongpunt. Ongeveer een jaar voor het overlijden ontwikkelde hij bilateraal een halskliermetastase waarvoor patiënt behandelingen onderging. Enkele maanden voor het overlijden rees verdenking op een regionaal

recidief, zowel rechts als links submandibulair. De daarop volgende maanden ontwikkelde de metastasering zich progressief. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. De laatste twee dagen voor overlijden ontstond een bloeding in de hals, die is geïnterpreteerd als een ‘warning bleeding’ uit de A. carotis. Patiënt werd in verband hiermee in het ziekenhuis opgenomen, waar werd besloten patiënt te sederen volgens het blow-out protocol. In de dagen voorafgaand aan deze sedatie bestond het lijden van patiënt uit pijn, niet meer kunnen slikken en slechts moeizaam kunnen praten. Tevens leed patiënt onder de reële angst dat de beginnende bloeding uit de halswond zou kunnen overgaan in een massale bloeding. Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de huisarts, de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

b. Verzoek tot levensbeëindiging

Patiënt had eerder met zijn familie, zijn huisarts en een oncologieverpleegkundige over euthanasie gesproken en tien dagen voor overlijden een euthanasieverklaring ondertekend. Twee dagen voor de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging, toen zich een zogenaamde ‘warning bleeding’ voordeed, is gestart met sedatie volgens het blow-out protocol. Nadat de patiënt eenmaal was gesedeerd, werd de arts op de hoogte gesteld van het bestaan van de euthanasieverklaring. Volgens de arts was hierbij sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

c. Consultatie

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

Dit had hij ook in zijn schriftelijke wilsverklaring vastgelegd. Volgens de consulent bevond patiënt zich in een situatie zoals hij beschreven had in zijn wilsverklaring. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met familieleden van patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

d. Uitvoering

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

e. Schriftelijke toelichting huisarts

De commissie had uit de meldingsgegevens afgeleid dat patiënt ook met zijn huisarts over zijn euthanasiewens had gesproken. De commissie wilde van de huisarts weten op welke momenten (in de weken voorafgaand aan het overlijden) patiënt met hem over zijn euthanasiewens had gesproken. Verder wilde de commissie van de huisarts weten of het hem bekend was dat patiënt wilde dat tot daadwerkelijke uitvoering van euthanasie zou worden overgegaan op het moment dat met palliatieve sedatie werd gestart. Tevens wilde de commissie van de huisarts vernemen of deze in de laatste dagen voorafgaand aan het overlijden van patiënt nog contact had gehad met de behandelend specialist van patiënt. In zijn brief van (...) lichtte de huisarts het volgende toe. Hij had in de laatste maanden voor het overlijden van patiënt circa viermaal met hem over euthanasie gesproken. De laatste maal, te weten drie dagen voor het overlijden, had patiënt verklaard nog niet over te willen gaan tot het starten van de procedure voor daadwerkelijke euthanasie. In de weken voorafgaand aan de laatste ziekenhuisopname had de huisarts enkele malen contact gehad met verschillende specialisten in verband met de palliatieve behandeling van patiënt. Vanaf het moment van de laatste ziekenhuisopname werd de huisarts enkele malen telefonisch door de behandelend specialist geïnformeerd over het ziektebeloop van patiënt. Het laatste telefonisch contact betrof het overlijden van patiënt.

f. Mondelinge toelichting arts

Bij de behandeling van deze melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over de feitelijke gang van zaken gedurende de laatste ziekenhuisopname van patiënt, waarbij palliatieve sedatie werd ingezet en vervolgens werd overgegaan tot euthanasie. De commissie wilde met de arts ingaan op de momenten waarop met patiënt gesproken is over palliatieve sedatie en euthanasie en met de arts nagaan waaruit bleek wat de (actuele) wens van patiënt was ten aanzien van deze mogelijkheden. Tevens wilde de commissie meer inzicht krijgen in de rol die de familieleden van patiënt hadden gespeeld bij de besluitvorming. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

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

De arts verklaarde dat hij - in vergelijking met collega-artsen - de laatste weken en maanden voor het overlijden van patiënt het meeste contact met patiënt heeft gehad. In genoemde periode had hij nog niet eerder een schriftelijke wilsverklaring van patiënt gezien.

Patiënt had hem daar ook niet over gesproken. Familieleden, de eigen huisarts van patiënt en een oncologie-verpleegkundige bleken – zoals hij later had begrepen – er wel van op de hoogte te zijn dat patiënt een euthanasieverklaring had ondertekend.

Patiënt was twee nachten voorafgaand aan het overlijden naar de spoedeisende hulp gebracht omdat hij een bloeding in de hals had gehad en zijn echtgenote de zorg niet meer aan kon. De bloeding is beschouwd als een 'warning bleeding'. Overeenkomstig het zoge-

heten blow-out protocol van het ziekenhuis is een verpleegkundige daarom begonnen met het stelpen van de bloeding door lokale druk uit te oefenen. Daarna heeft de verpleegkundige een drukkend verband aangelegd. De bloeding is daarop tot staan gekomen.

De arts heeft patiënt in die nacht gezien en gesproken. Wetende dat een blow-out, een voor de patiënt zeer ongewenste situatie, dreigde, heeft de arts het blow-out protocol verder gevolgd. Overeenkomstig dit protocol heeft de arts aan patiënt gevraagd of hij in slaap gebracht wilde worden, waarna hij niet meer wakker zou worden. Patiënt heeft daarin toegestemd. De arts had patiënt de dag daarvoor ook gezien. Hij had een stinkende wond en het eten kwam door zijn hals weer naar buiten. Op dat moment had de arts al met patiënt over de dood gesproken. Tijdens dat gesprek heeft de arts het woord 'euthanasie' niet gebruikt. Alle betrokken hulpverleners waren ervan overtuigd dat een snel overlijden de patiënt veel ellende zou besparen. De arts legde uit dat de opzet van het blow-out protocol is dat een patiënt zich niet bewust is dat hij doodbloedt. Volgens dit protocol mogen ook anderen dan een arts voorbehouden handelingen verrichten wanneer een arts niet snel bereikbaar is. Zo mag een verpleegkundige in deze situatie bijvoorbeeld midazolam toedienen. Een arts die volgens dit protocol handelingen uitvoert, hoopt dat een patiënt ernstig lijden wordt bespaard.

Het is van belang om het goede moment te kiezen waarop gestart kan worden met het in slaap brengen (palliatieve sedatie) volgens het blow-out protocol. De richtlijn voor palliatieve sedatie gaat immers uit van een geschatte levensverwachting van twee weken.

De arts heeft midden in de nacht niet extra bij patiënt geverifieerd of deze goed het verschil tussen palliatieve sedatie en euthanasie. De arts verklaarde dat hij, toen hij eenmaal door familie en een oncologieverpleegkundige over het bestaan van een euthanasieverklaring van patiënt was geïnformeerd en deze verklaring had gezien, ervan overtuigd was geraakt dat patiënt de zinsnede over 'het in slaap brengen en niet meer wakker worden' had opgevat als het starten van euthanasie. De arts vond het onethisch om patiënt uit diens sedatie wakker te maken om hem te kunnen vragen wat precies zijn wens was. De arts heeft uit de recente schriftelijke wilsverklaring, de verklaringen van de familie van patiënt en van de oncologieverpleegkundige namelijk afgeleid dat patiënt euthanasie wenste. Ondanks druk van de echtgenote is het besluit tot euthanasie over te gaan, in alle rust genomen, na uitvoerige deliberatie en na uitgebreide consultatie van het betrokken team. Dit temeer aangezien de informatie van alle andere betrokkenen eveneens wees op het bestaan van een euthanasiewens. De dag voorafgaand aan het overlijden stond het hele team achter het voornemen van de arts om tot euthanasie over te gaan onder de voorwaarde dat een SCEN-consulent ermee zou kunnen instemmen.

Voor wat betreft het starten van een euthanasieprocedure tijdens het volgen van het blow-out protocol merkte de arts het volgende op. Ook al zou een patiënt bloedend op de polikliniek binnenkomen met een schriftelijke wilsverklaring in de hand, dan nog zou een arts niet anders hebben kunnen handelen dan hij nu gedaan had. Een volledige euthanasieprocedure kost tijd en die tijd is er in deze situaties meestal niet. Daarom wordt dan toch begonnen met het blow-out protocol.

g. Mondelinge toelichting consulent

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen op grond waarvan de consulent tot de overtuiging was gekomen dat pati-

ent euthanasie wenste en ermee instemde dat de arts zou overgaan tot euthanasie. Tevens wilde de commissie met de consulent ingaan op de rol van de familie van patiënt bij de besluitvorming om tot euthanasie over te gaan. De commissie heeft de consulent daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

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

De consulent trof patiënt tijdens zijn bezoek gesedeerd aan. Hij moest daarom afgaan op de situatie die hij waarnam en de informatie die hij van de arts en van de echtgenote en de dochter van patiënt had gekregen. Tevens had hij de schriftelijke wilsverklaring gelezen. Familieleden van patiënt kwamen zeer betrokken over. Uit de beschikbare informatie was het de consulent duidelijk geworden dat patiënt de situatie waarin hij verkeerde niet zou hebben gewild.

De consulent had begrepen dat er ten tijde van de ziekenhuisopname sprake was geweest van een enorme hectiek. Familieleden hadden ingestemd met de palliatieve sedatie omdat zij wilden dat er een einde zou komen aan het lijden van patiënt. Zij hadden zich niet gerealiseerd dat een eventuele euthanasie daarna lastig zou zijn.

Bij het inzetten van de palliatieve sedatie was patiënt bij kennis geweest. Het leek de consulent aannemelijk dat patiënt op dat moment de indruk had dat er bij hem euthanasie zou worden uitgevoerd. De arts had patiënt en diens familie verzekerd dat patiënt niet meer langer zou hoeven te lijden. Patiënt had de arts bedankt en had ook nog met familieleden over de te versturen rouwkaarten gesproken.

Toen de palliatieve sedatie voortduurde werden familieleden verbaasd en boos omdat een en ander niet volgens afspraak zou gaan, ook al verklaarde de arts dat patiënt niet meer leed. De familie drong er bij de arts op aan om euthanasie uit te voeren overeenkomstig de wens van patiënt zoals neergelegd in diens euthanasieverklaring.

De consulent heeft niet zelf met de patiënt kunnen spreken. Hij verklaarde afgegaan te zijn op wat hij waarnam en de mondelinge verklaringen van de familie en de schriftelijke wilsverklaring van patiënt. Op basis daarvan was hij overtuigd geraakt van het bestaan van een weloverwogen en vrijwillig euthanasieverzoek. De consulent verklaarde besloten te hebben om patiënt niet wakker te maken met het doel dat patiënt zijn euthanasiewens zou kunnen uiten. Een dergelijke handelwijze beschouwt hij als inhumain. De consulent lichtte toe dat er bij een blow-out sprake is van ernstig lijden. Het is mogelijk dat het lijden van een patiënt bij een blow-out door de sedatie heen breekt.

Dat zou naar zijn idee ondraaglijk lijden met zich mee kunnen brengen, zowel voor patiënt als diens familie. De behandelend arts maakte zich daar in deze casus ongerust over.

De consulent verklaarde tenslotte dat hij enige druk had gevoeld om zijn beslissing snel kenbaar te maken. Hij had zichzelf één avond bedenktijd gegeven, maar had het liefst nog met verschillende collega's overleg gevoerd. Naderhand heeft hij deze casus tijdens een SCEN intervisie ingebracht.

3. *Beoordeling*

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

- *Vrijwillig en weloverwogen verzoek*

Ten aanzien van het vereiste betreffende een vrijwillig en weloverwogen verzoek overweegt de commissie als volgt.

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

De patiënt had drie dagen voorafgaand aan zijn overlijden ten overstaan van de huisarts verklaard nog niet te willen starten met een euthanasieprocedure. Een dag later deed zich echter de plotseling optredende, heftige bloeding uit de hals voor. Bij (dreiging van) zo'n heftige bloeding moet onmiddellijk worden opgetreden en wordt conform het blow-out protocol altijd eerst begonnen met sederen.

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

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

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

Toen dat overlijden uitbleef en de sedatie volgens het blow-out protocol leek over te gaan in palliatieve sedatie, was inmiddels duidelijk geworden dat er een wilsverklaring bestond waarin de patiënt verklaarde in deze situatie niet te willen blijven leven en euthanasie te willen. De patiënt was echter toen niet meer in staat zijn schriftelijke verzoek mondeling te bevestigen. Nu de patiënt zich hierover niet meer kon uiten en de familie liet blijken dat het niet anders kon dan dat de patiënt in deze situatie euthanasie had gewild, was het naar het

Prof. dr. G.A. den Hartogh

oordeel van de commissie niet onbegrijpelijk dat de arts er, gelet op de kort daarvoor door de patiënt opgestelde euthanasieverklaring, vanuit ging dat de toestemming van de patiënt met het starten van sedatie achteraf bezien op euthanasie betrekking had gehad.

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

- *Uitzichtloos en ondraaglijk lijden*

De arts heeft de commissie ervan kunnen overtuigen dat de patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis, na het optreden van de “warning bleeding”, uitzichtloos en ondraaglijk leed. Daarom was de arts begonnen aan palliatieve sedatie conform het blow-out protocol teneinde de patiënt het ervaren van een dergelijk lijden te besparen. Dat protocol is erop gericht dat de patiënt zich niet meer bewust is van een eventuele fatale bloeding en daaronder niet lijdt. In het onderhavige geval verkeerde de patiënt ten gevolge van de sedatie in coma en waren er op dat moment geen aanwijzingen meer dat hij leed. Maar toen het overlijden uitbleef en de arts ervan op de hoogte werd gesteld dat de patiënt een schriftelijke wilsverklaring had opgesteld waarin deze verklaarde in een situatie als deze euthanasie te willen, hoefde de arts de patiënt niet uit zijn sedatie te laten ontwaken om het ondraaglijke lijden te bevestigen. De commissie acht het in het algemeen inhumain om bij een patiënt bij wie sprake is van een medisch geïndiceerd en medicamenteus geïnduceerd coma, de sedatie te beëindigen en de patiënt weer bij bewustzijn te laten komen om hem te laten bevestigen dat zijn lijden voor hem ondraaglijk is. Nu het duidelijk was dat de patiënt voor het starten van de sedatie uitzichtloos en ondraaglijk leed en het de arts daarna duidelijk werd dat de patiënt in de situatie waarin hij verkeerde euthanasie had gewild, hoefde hij de patiënt dan ook niet uit de sedatie te laten ontwaken om het ondraaglijke lijden te laten herbevestigen en kon hij tot de conclusie komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

- *Redelijk aanvaardbaar alternatief*

Voor wat betreft het vereiste van het ontbreken van redelijke alternatieven om het lijden te verlichten of op te heffen merkt de commissie het volgende op.

De arts heeft aannemelijk gemaakt dat hij na het optreden van de “warning bleeding” gehouden was om direct te handelen volgens het blow-out protocol, wat sedatie met zich meebracht. Hij dacht aanvankelijk dat de patiënt begrepen had dat het om sedatie ging en dat deze daarmee instemde.

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

- *Consultatie*

Ten aanzien van het consultatievereiste merkt de commissie het volgende op.

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

De commissie is van oordeel dat met dit alles aan het wettelijk consultatievereiste is voldaan. Wel was het beter geweest als de arts niet alleen had kennis genomen van de bevindingen en conclusie van de consulent, maar in deze complexe situatie ook zelf rechtstreeks contact met de consulent had gehad.

- *Voorlichting*

De commissie is van oordeel dat de arts de patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten.

- *Uitvoering*

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

4. *Beslissing*

De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Oordeel 2016-37

Oordeel van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek van: (...), huisarts verder te noemen: de arts bij: (...) verder te noemen: patiënt.

Geconsulteerd werden: (...), huisarts, tevens SCEN-arts, verder te noemen: de eerste consulent, en (...), huisarts, tevens SCEN-arts, verder te noemen: de tweede consulent

1. *Procedure*

De commissie heeft van de gemeentelijke lijkschouwer de stukken ontvangen als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging inzake de melding van de arts van levensbeëindiging op verzoek bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

- Formulier lijkschouwer
- Formulier arts
- Verslag arts en nadere schriftelijke toelichting (en mondelinge aanvulling) van de arts
- Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. De nadere mondelinge toelichting heeft op (...) plaats gevonden. Van de nadere mondelinge toelichting is een verslag gemaakt. De arts heeft het verslag daarvan goedgekeurd.

2. *Feiten en omstandigheden*

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

a. *Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven*

Bij patiënt, een man van 60-70 jaar, werd enkele maanden voor het overlijden een gemetastaseerd longcarcinoom vastgesteld. Hij zag af van chemotherapie en palliatieve radiotherapie. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond uit pijn, krachtsverlies en bedlegerigheid. Patiënt was uitgeput en had veel gewicht verloren. Vanwege de metastasering in onder meer het skelet kon hij een arm en een been niet meer gebruiken en dreigde een dwarslaesie.

Hij leed onder het vooruitzicht van de snelle progressie van zijn ziekte en onder het verlies van onafhankelijkheid.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

b. *Verzoek tot levensbeëindiging*

Patiënt had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Eén dag voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

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

c. *Consultatie*

De arts raadpleegde als consulent twee onafhankelijke SCEN-artsen. De eerste consulent bezocht patiënt ruim twee weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt.

In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat het euthanasieverzoek van patiënt nog niet actueel was omdat het lijden van patiënt nog niet ondraaglijk was.

De tweede consulent bezocht patiënt één dag voor het overlijden nadat zij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De tweede consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de aard van het lijden van patiënt. In haar verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat het euthanasieverzoek van patiënt inmiddels actueel geworden

was, nu de pijn van patiënt ondraaglijk was geworden. Volgens de tweede consulent was aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van lidocaïne, 1500 mg thiopental en 150 mg rocuronium.

De arts heeft nader toegelicht dat hij de toediening van de thiopental heeft afgebroken en heeft afgezien van het toedienen van de volledige dosis thiopental (2000 mg) omdat tijdens de toediening bij patiënt de ademhaling stopte. Naar zijn mening moest daarop de rocuronium snel worden toegediend omdat bij een hartstilstand de rocuronium minder of niet in de circulatie zou komen en daardoor minder effectief zou zijn.

e. nadere mondelinge toelichting van de arts

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek. De commissie wilde graag met de arts spreken over de gang van zaken tijdens de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek.

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

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

Op de vraag of de arts in zijn eigen woorden kan aangeven hoe de uitvoering van de euthanasie bij patiënt was gegaan, vertelt de arts dat het een euthanasie betrof bij een patiënt met een longtumor waarvan de lichamelijke toestand snel was verslechterd. Er was gekozen voor levensbeëindiging op verzoek. De arts zegt dat hij ongeveer 18 jaar geleden zijn eerste en enige euthanasie met intraveneuze middelen had uitgevoerd en beter bekend was met hulp bij zelfdoding.

Patiënt had na het bezoek van de tweede consulent zoveel pijn dat hij aan de arts had gevraagd om hem 'weg te maken'. Omdat de arts de euthanatica toen niet had werd gestart met palliatieve sedatie. Op de dag van de uitvoering was patiënt een dag gesedeerd.

Patiënt was diep in slaap en lag heel stil toen de arts bij hem thuis arriveerde.

De arts had de spuiten met thiopental (2000 mg), NaCl-oplossing en rocuronium (150 mg) op de praktijk voorbereid en bij patiënt thuis op volgorde klaargelegd. De 4 ampullen thiopental had hij in 4 verschillende spuiten opgetrokken. Hij had een reserveset bij zich. Een infuus was door de arts aangelegd.

Tijdens de toediening van de eerste spuit thiopental zag de arts direct reactie bij patiënt. Patiënt zakte diep weg. Tijdens de toediening van de tweede of de derde spuit thiopental, de arts zegt in eerste instantie dat niet meer precies te weten, ontstond bij patiënt een apneu. Bij verdere navraag blijkt dit opgetreden te zijn bij toediening van de 2e ampul thiopental.

De arts, die dit totaal niet had verwacht en naar eigen zeggen niet exact op de hoogte was van de protocollen, besloot hierop in een split second de vierde spuit thiopental niet meer toe te dienen maar te starten met de toediening van de rocuronium. Patiënt had een apneu en de arts vreesde dat patiënt, als hij de vierde spuit thiopental zou toedienen, zou overlijden. De arts dacht dat hij dan niet meer in de gelegenheid zou zijn om het protocol af te maken. Op het moment van het toedienen van de rocuronium ademde patiënt niet meer maar had hij nog wel een hartslag. Het leek de arts het beste om de rocuronium te spuiten

als er nog een hartslag was zodat dit middel nog in circulatie zou komen. De arts beseftte dat dit niet overeenkomstig het protocol was (1500 mg thiopental in plaats van 2000 mg thiopental), maar dacht patiënt hiermee het beste te kunnen helpen. De arts zegt nu te beseffen dat dit een denkfout was.

Desgevraagd zegt de arts dat hij er van overtuigd was dat patiënt in een diep coma was voordat hij de rocuronium toediende. Patiënt ademde niet meer, maar er was nog wel een voelbare (arts had zijn hand op de borst van patiënt) en zichtbare hartslag (patiënt was heel mager). De arts dacht een versnelde hartslag te zien, maar heeft dit niet gemeten. Er was volgens hem geen sprake van een dying hart. De arts zegt bij patiënt geen coma-check (Glasgow-comascore) te hebben gedaan.

Op de vraag of de arts de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding voor de uitvoering had geraadpleegd (zoals de consulent in zijn verslag had geadviseerd) antwoordt de arts dat hij dat niet had gedaan.

De arts dacht dat deze richtlijn alleen een soort handleiding was waarin wordt geadviseerd om 2000 mg thiopental, 150 mg rocuronium en NaCl-oplossingen toe te dienen.

3. *Beoordeling*

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

De commissie acht het aannemelijk dat ten tijde van de euthanasie de bewustzijnsdaling reversibel was. De bewustzijnsdaling was het gevolg van het - een dag voor het overlijden - door de arts palliatief sederen van patiënt in verband met ernstige pijn. De commissie is daarom van mening dat de KNMG-richtlijn 'Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn' van overeenkomstige toepassing is aangezien patiënt, voordat de sedatie intrad, de arts op ondubbelzinnige wijze om euthanasie had verzocht, er reeds een gesprek had plaatsgevonden tussen patiënt en de consulent, die oordeelde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en de arts voornemens was het verzoek van patiënt in te willigen. In de KNMG-richtlijn 'Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn' staat dat een reversibele toestand van verlaagd bewustzijn in deze situatie niet behoeft te worden opgeheven met het enkele doel om de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden tegenover de arts te laten bevestigen.

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

Voor wat betreft de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek overweegt de commissie het volgende.

Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseisen hanteert de commissie als leidraad de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 2012. Volgens

deze richtlijn dient de arts ná toediening van het coma-inducerend middel en vóór toediening van het spierrelaxans vast te stellen of er bij patiënt sprake is van een medicamenteus geïnduceerd coma. Voorkomen moet worden dat patiënt de gevolgen van de spierverslapper kan ervaren. Op grond van de meldingsgegevens en de mondelinge toelichting van de arts is voor de commissie komen vast te staan dat de arts intraveneus toediende 1500 mg thiopental en aansluitend 150 mg rocuronium. De arts heeft voorafgaand aan de toediening van de rocuronium vastgesteld dat patiënt niet meer ademde maar nog wel een duidelijke hartslag had. De arts verklaarde verder geen comacheck te hebben uitgevoerd.

In de voornoemde richtlijn worden kenmerken van een medicamenteus geïnduceerd coma genoemd (Richtlijn pagina 14). De commissie overweegt dat nu de arts een lagere dosering coma-inducerend middel heeft toegediend dan genoemd in de richtlijn (1500 mg in plaats van 2000 mg thiopental), hij zich - door het verrichten van een adequate comacheck- ervan had moeten vergewissen dat patiënt in een voldoende diep coma verkeerde voordat hij de spierverslapper toediende. In het onderhavige geval heeft de arts de diepte van het coma bepaald door enkel vast te stellen dat patiënt niet meer ademde. Juist het feit dat de arts had geconstateerd dat patiënt nog een duidelijke hartslag had, waardoor er geen sprake was van een ernstige depressie van de circulatie, had hem moeten doen inzien dat hij de diepte van het coma nog op een andere wijze had moeten controleren (zoals bijvoorbeeld het testen van de corneareflex).

Nu de arts niet op afdoende wijze heeft gecontroleerd of patiënt in een voldoende diep coma was alvorens hij het spierrelaxans toediende, is niet uit te sluiten dat patiënt de werking van het spierrelaxans heeft kunnen ervaren. De commissie oordeelt dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

4. *Beslissing*

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