



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

De wil van de wilsonbekwame patiënt

Commentaar op een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag

den Hartogh, G.A.

DOI

[10.5553/TvGR/016508742018042005005](https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742018042005005)

Publication date

2018

Document Version

Final published version

Published in

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht

License

Other

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

den Hartogh, G. A. (2018). De wil van de wilsonbekwame patiënt: Commentaar op een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 42(5), 431-454.

<https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742018042005005>

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.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)

FORUM

De wil van de wilsonbekwame patiënt

Commentaar op een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag*

Prof. dr. G.A. den Hartogh**

In deze gerucht makende zaak heeft het Tuchtcollege een berisping gegeven aan een arts die een euthanasie had uitgevoerd bij een diep-demente vrouw op basis van haar schriftelijke wilsverklaring. Over de uitspraak is zoveel rumoer ontstaan omdat erin gelezen werd dat euthanasie in zo'n geval alleen mogelijk zou zijn met uitdrukkelijke instemming van de wilsonbekwame patiënt.¹ Zoals we zullen zien is die interpretatie in elk geval onjuist. Maar het Tuchtcollege doet wel een aantal verrassende uitspraken over de manier waarop met de actuele wil van die patiënt wel rekening moet worden gehouden. In dit commentaar zal ik die uitspraken en hun motivering aan een nader onderzoek onderwerpen.

1. Was de wilsverklaring duidelijk genoeg?

Het grootste deel van de uitspraak gaat over de vraag of de schriftelijke wilsverklaring van patiënte de plaats kon innemen van een actueel euthanasieverzoek. Patiënte had eind 2012, nadat een geriater de diagnose Alzheimer had gesteld, een wilsverklaring getekend waarbij zij een handgeschreven dementieclausule had gevoegd. Daarin verklaarde zij onder meer: 'Ik wil gebruikmaken van het wettelijke recht om vrijwillige euthanasie op mij toe te passen wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben en niet meer in staat om thuis bij mijn man te wonen.' Begin 2015 heeft patiënte die clausule herzien. Nu verklaarde zij: 'Ik wil gebruikmaken van het wettelijke recht om euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik daar zelf de tijd voor rijp acht.' In beide verklaringen stond ook: 'Ik wil beslist niet geplaatst worden in een instelling voor demente bejaarden.' In de loop van 2016 werd het echter toch onvermijdelijk haar op te nemen in een verpleeghuis. Daar riep zij regelmatig dat ze dood wilde, soms wel twintig keer op een dag. Maar als haar daar uitdrukkelijk naar gevraagd werd, zei ze ook regelmatig: 'Nee hoor, nu nog niet.'

Het Tuchtcollege leest de dementieclausule uit 2015 als volgt: ik vraag hierbij om euthanasie op mij toe te passen op een moment in de toekomst dat ik daar de tijd rijp voor zal achten. Het probleem is dan dat dit tijdstip nooit is aangebroken. Je kunt de clausule echter ook zo lezen: ik beroep mij op mijn recht om nu het moment aan te wijzen waarop ik de tijd rijp acht om mij in de toekomst euthanasie te verlenen.

* Uitspraak 2018-033, 24 juli 2018, hierna als bijlage bij dit artikel opgenomen.

** Govert den Hartogh is emeritus hoogleraar ethiek aan de Universiteit van Amsterdam. Met dank aan mr. M. de Bontridder, mr. T.J. Matthijssen en dr. H.W.J.M. Wijsbek voor commentaar en discussie.

1 Zie bijv. *Trouw* van 26 juli 2018; column van Bert Keizer in *Medisch Contact*, 6 september 2018.

Stel dat je suikertante je pas jouw deel van de erfenis wil laten uitkeren op je dertigste, als je wilde haren hebt verloren. Als je murmureert, voert zij aan dat zij het volste recht heeft om jou pas in de buurt van het geld te laten komen wanneer zij daar de tijd rijp voor acht. Daarmee geeft zij niet aan dat nog vanuit haar graf te willen bepalen. In zulke zinnen zijn tijdsaanduidingen weggelaten die we moeten invullen om ze goed te begrijpen.

De dementieclausule beschrijft een vermeend wettelijk recht dat de betrokkene beoogt met deze wilsverklaring uit te oefenen. In de uitleg die ik voorstel geeft zij aan welk moment in de toekomst zij als het juiste moment beschouwt om euthanasie op haar toe te passen. Wat dat moment is, blijkt uit de rest van de clausule: ze wil niet in een instelling voor demente bejaarden geplaatst worden.

Wat eerst de Regionale Toetsingscommissie die dit geval beoordeelde (oordeel 2016-85) en nu het Tuchtcollege mogelijk op het verkeerde been gezet heeft, is de eerste wilsverklaring, uit 2012. Daarin volgt op het 'wanneer' inderdaad een aanduiding van het tijdstip waarop het euthanasieverzoek actueel zal worden: 'wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben en niet meer in staat om thuis bij mijn man te wonen'. De Toetsingscommissie zegt uitdrukkelijk de bewoordingen van de tweede wilsverklaring mede te bezien tegen de achtergrond van de eerste, en het Tuchtcollege doet dat in feite ook door beide verklaringen te citeren alsof zij praktisch equivalent zijn. Maar als iemand een wilsverklaring verandert, moeten we juist aannemen dat hij met de eerste formulering niet tevreden was, en dus de tweede formulering zelfstandig lezen.

De herziene dementieclausule eindigt met de volgende zin: 'Vertrouwende, tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven zodanig slecht is geworden, dat op mijn verzoek euthanasie zal worden toegepast.' Als we de eerste geciteerde zin zo opvatten als ik heb voorgesteld, moeten we 'op mijn verzoek' opvatten als: 'op het verzoek dat ik hierbij doe'.

De Toetsingscommissie had dus gelijk: de dementieclausule kan op twee manieren geïnterpreteerd worden. Het Tuchtcollege onderschrijft dat, maar stelt ook – wat toch iets anders is – dat de clausule een innerlijke tegenstrijdigheid bevat. De clausule geeft namelijk twee omschrijvingen van het moment waarop de euthanasie zou moeten worden uitgevoerd: op het moment dat betrokkene geplaatst zou moeten worden in een instelling voor demente bejaarden, én op het, daarvan mogelijk toch afwijkende moment waarop zij de tijd rijp zal achten.² Het College stelt dan vast dat een schriftelijke wilsverklaring alleen in de plaats kan komen van een mondeling verzoek als deze niet voor meerdere uitleg vatbaar is. 'Er is in beginsel geen ruimte voor interpretatie ervan.'

Op zichzelf is het vanzelfsprekend, en ook bevestigd door de wetsgeschiedenis, dat een wilsverklaring om concreet toegepast te kunnen worden duidelijk moet zijn.³ Maar de formulering die het Tuchtcollege aan deze eis geeft, is in zijn algemeenheid veel te sterk en zou in feite elke wilsverklaring bij voorbaat diskwalificeren. Stel dat betrokkene aangeeft

- 2 De Toetsingscommissie zag ook een tegenstrijdigheid: als je bepaalt dat je euthanasie wilt zodra je erom vraagt, heeft het geen zin om dat nu te bepalen. Misschien bevatte de eerste wilsverklaring, uit 2012, een tegenstrijdigheid van die aard; dat is afhankelijk van wat 'min of meer wilsbekwaam' betekent. De tweede wilsverklaring, uit 2015, was niet in die zin tegenstrijdig. Een in de toekomst wilsonbekwaam gedaan verzoek zou immers geen betekenis hebben als de huidige wilsverklaring die niet aan dat verzoek gaf.
- 3 'De wilsverklaring moet voldoende helder geformuleerd zijn, en toegespitst op de situatie waarin de inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt zich bevindt', *Kamerstukken II 1999/2000, 26691, 6, p. 81*, geciteerd uit Ambtelijke Werkgroep, 'Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie', *De wetsgeschiedenis van artikel 2, tweede lid, van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, 2014.

euthanasie te vragen op het moment dat hij zijn kinderen niet meer herkent, en in feite herkent hij er twee van de drie nooit meer, en nummer drie om de paar maanden nog wel eens. Is dan aan zijn voorwaarde voldaan? Er is geen enkele formulering van een praktisch voorschrift of algemene regel mogelijk die niet onder bepaalde, misschien nu zelfs nog niet eens voorstelbare omstandigheden nadere interpretatie behoeft.

Als een tekst, letterlijk gelezen, meer dan één interpretatie toelaat, is die tekst om die reden nog niet onduidelijk. Er kunnen immers overtuigende redenen zijn om één interpretatie te prefereren. Als de tekst bij de interpretatie die het College daaraan geeft inderdaad een tegenstrijdigheid bevat, zou dat alvast één goede reden zijn om die interpretatie te verwerpen. Een tweede reden is de volgende. Als we die interpretatie toch aanhouden en ons dan afvragen waarom betrokkene niet tevreden was met haar eerste wilsverklaring, zal het antwoord moeten luiden: zij stipuleert in beide verklaringen dat wij moeten afgaan op wat zij in de toekomst als het juiste moment zal aanwijzen, en insisteert er nu op dat het er daarbij in het geheel niet toe doet of zij op dat moment nog enigszins wilsbekwaam zal zijn, dus enig besef zal hebben van haar toestand en haar prioriteiten. Maar het is bizar om dat te benadrukken, zeker voor iemand die kennelijk zoveel belang hecht aan haar prioriteiten.

Het behoort tot de fundamentele regels van tekstuitleg om de voorkeur te geven aan de relatief meest ongedwongen lezing, waarbij de tekst geen innerlijke tegenstrijdigheden bevat, en de tekst en de bekendmaking ervan niet onbegrijpelijk zijn, met name niet onbegrijpelijk in het licht van het doel dat de auteur zich kennelijk met het bekendmaken van de tekst heeft gesteld.⁴ In dit geval is het mogelijk aan beide eisen te voldoen zonder de letterlijke betekenis van de tekst enig geweld aan te doen.

Iets meer interpretatief geweld was nodig in de recente casus 2018-29, waarin zich een vergelijkbaar probleem met tijdsaanduidingen voordeed. In dit geval had de patiënt in zijn wilsverklaring gezegd: 'Er komt een moment waarop ik ervoor wil kiezen om niet verder te leven. Dat zal zijn als ik niet meer kan verwoorden wat ik wil zeggen.' Letterlijk staat hier – in dit geval kun je dat niet anders lezen – dat de patiënt *aankondigt* in de toekomst een bepaalde keuze te zullen maken, terwijl je in een wilsverklaring verwacht de keuze te zullen lezen die de patiënt nu voor die toekomstige situatie maakt. Maar natuurlijk kan het niet de bedoeling van de patiënt zijn geweest ons te laten weten dat hij die keuze zal maken op het moment dat hij die niet meer kan openbaren. Wat zouden de effecten van die keuze dan nog kunnen zijn? En wat voor zin heeft het om een dergelijke aankondiging nu te doen? En die dan te laten volgen door een uitvoerige opsomming van de omstandigheden waarin hij (nu!) voortzetting van het leven in de toekomst afwijst? Het is dan ook geheel begrijpelijk dat de Toetsingscommissie de arts, de familie van de patiënt en de consultant in deze casus gevolgd is in de interpretatie dat de patiënt nu beslist wat er moet gebeuren als hij later geen beslissing meer kenbaar kan maken. 'Er komt een moment waarop ik nu aangeef dat ik niet verder wil leven.' Hier moeten we zelfs de enig mogelijke letterlijke lezing verwerpen omdat die evident absurd is.

4 In de taal filosofie staat dit bekend als het *Principle of Charity*, Donald Davidson, *On the Very Idea of a Conceptual Scheme. Inquiries into Truth and Interpretation*. Oxford: Clarendon Press 1984, ch. 13. Alle rechtssystemen kennen eveneens de regel dat die uitleg van de wet moet worden gekozen die absurditeit vermijdt. Daarbij wordt gedoeld op logische tegenstrijdigheid, maar ook op een uitleg die het kennelijke doel van de wetgever ondermijnt. Neil MacCormick, Robert Summers (red.), *Interpreting Statutes, A comparative study*. Aldershot: Dartmouth 1991, 485, 519.

Prof. dr. G.A. den Hartogh

Van belang hierbij is nog dat de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie regelmatig aangegeven hebben meer waarde te hechten aan een persoonlijk opgestelde verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, dan aan een voorgedrukt formulier.⁵ De 'betere' wilsverklaring wordt dus opgesteld door gewone mensen en in ontvangst genomen door artsen, niet door juristen. Dan kan men niet de precisie van formulering verwachten die je hoopt te zullen aantreffen (maar niet altijd aantreft) in een juridisch document. Met een zin die twee tijdsbepalingen bevat kan het dan gemakkelijk misgaan. Dat maakt die zin niet meteen onduidelijk.⁶ Ook bij de uitleg van overeenkomsten krijgt de letterlijke tekst van een contract minder gewicht als die niet het resultaat is van uitvoerige onderhandelingen met deskundige bijstand.⁷

In veel gevallen kan de arts zijn uitleg van de wilsverklaring ook nog toetsen aan andere uitspraken van de patiënt die in het medisch dossier zijn vastgelegd, en aan het getuigenis van familieleden over de bedoelingen van de patiënt. Daarvoor hebben de ministers tijdens de parlementaire behandeling uitdrukkelijk ruimte gemaakt.⁸

Nog een laatste opmerking over dit deel van de uitspraak. Het Tuchtcollege komt tot de conclusie dat aan een van de zorgvuldigheidseisen van de WTL niet is voldaan: de arts kon niet de overtuiging krijgen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Maar zoals het College de wilsverklaring leest, verzocht de patiënte daarin om euthanasie op haar toe te passen wanneer zij daar in de toekomst om zou vragen, en zij heeft er nadien nooit om gevraagd, in elk geval niet 'uitdrukkelijk en ernstig' (art. 293 Sr). Maar als er alleen een conditioneel verzoek is gedaan, en de conditie is nooit vervuld, is er nooit een actueel verzoek gedaan. Als je om een glas pure alcohol vraagt als Ajax wint, en Ajax verliest, kan niemand concluderen dat je om alcohol hebt gevraagd. De conclusie zou dan toch moeten zijn dat er in dit geval geen sprake is geweest van levensbeëindiging op verzoek.

Het College zegt dat aan de conditie nog voldaan had kunnen worden als patiënte, eenmaal wilsonbekwaam geworden, nog van een eenduidige en consequent volgehouden doodswens had getuigd. Kennelijk hadden we dan mogen concluderen, ook al hadden we ons dan toch wel schuldig gemaakt aan 'interpretatie', dat ze de tijd alsnog rijp achtte voor euthanasie. Het lijkt me voor discussie vatbaar of daarmee niet te veel gewicht zou zijn gehecht aan de wil van een wilsonbekwame patiënt. Hoe dat ook zij, van zo'n eenduidige doodswens was in dit geval geen sprake.

2. Moet het voornemen tot euthanasie aan de patiënt worden voorgelegd?

In het tweede deel van de uitspraak, korter maar uit principiële oogpunt interessanter, gaat het Tuchtcollege voornamelijk in op de klacht van de Inspectie dat de arts ten onrechte heeft nagelaten het concrete voornemen tot levensbeëindiging, met inbegrip van de geplande wijze van uitvoering, aan patiënte voor te leggen. De arts had weliswaar meer-

5 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode: de toetsingspraktijk toegelicht*, 2018, p. 37.

6 Dat neemt niet weg dat de huisarts de tekst bij ontvangst kritischer had moeten lezen.

7 Lodewijk Valk, 'Verder denken over de uitleg van rechtshandelingen: kan het eenvoudiger?', *NJB* 2018/160, afl. 27, 1950-1957, internetversie, § 8.

8 *Kamerstukken II 1999/2000*, 26691, 6, p. 84. Zie ook noot 20.

dere malen vergeefs geprobeerd het (volgens haar) in de wilsverklaring neergelegde verzoek met patiënte te bespreken, maar heeft dit niet nóg eens gedaan toen zij eenmaal besloten had op dat verzoek in te gaan. En zij heeft zonder dat de patiënte dat wist, dormicum in haar koffie gemengd om daarmee te voorkomen dat patiënte zich ertegen zou verzetten dat bij haar een infuus zou worden ingebracht om achtereenvolgens, geheel volgens de regels, een analgeticum en een spierverslapper te kunnen toedienen. Geen enkele stap in deze procedure is ooit aan patiënte voorgelegd.

Ook deze klacht acht het College gegrond.

Deze eisen zijn nieuw. Uit de wetsgeschiedenis blijkt wel dat de arts moeite moet doen, niet eenmaal maar meerdere malen, om ook met de wilsonbekwame patiënt over diens euthanasieverzoek in gesprek te raken.⁹ In de tot nu toe gerapporteerde gevallen van euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring – ik tel er 14¹⁰ – is dat ook altijd gedaan, meestal met weinig succes. Tijdens het Kamerdebat destijds heeft het CDA-kamerlid Ross-van Dorp minister van Justitie Korthals gevraagd of de arts dat niet ook nog eens zou moeten doen als hij het definitieve besluit genomen had om de euthanasie uit te voeren, maar daar is de minister niet op ingegaan.¹¹ Uit de oordelen van de toetsingscommissies in eerdere gevallen blijkt nooit of de arts dat gedaan heeft, en de commissies hebben daar nooit een punt van gemaakt.

Ook de eis dat de arts de patiënt moet inlichten over de wijze van uitvoering is nieuw. De Regionale Toetsingscommissie Euthanasie die over deze zaak oordeelde, vond wel dat de arts niet ‘heimelijk’ een slaapmiddel door de koffie had mogen mengen, omdat de arts daarmee de patiënte de mogelijkheid ontnam om door woord of gedrag verzet aan te tekenen tegen de uitvoering van de euthanasie. Vermoedelijk had de Commissie daartegen echter ook bezwaar aangetekend als de arts tijdens de toediening van het slaapmiddel had uitgelegd wat zij aan het doen was. Dan had de patiënt zich daarna immers nog steeds niet kunnen verzetten tegen een infuus. Voor het College is het echter genoeg dat de arts van tevoren probeert de patiënt in te lichten over de voorgenomen gang van zaken. Dat die patiënt die informatie wellicht alweer vergeten is als het slaapmiddel wordt toegediend, en dit in zoverre toch weer ‘heimelijk’ gebeurt, is geen probleem. Evenmin dat de patiënt zich dan niet meer tegen het infuus kan verzetten.

Terzijde merk ik op dat de term ‘heimelijk’ niet op zijn plaats is in al die gevallen waarin de patiënt de uitleg over de gang van zaken niet kan begrijpen. Wat je niet kunt openbaren kun je immers ook niet verbergen.¹² Mogelijk gold die observatie ook in dit geval.

Als argument om deze nieuwe eisen te stellen wijst het Tuchtcollege op het wettelijk uitgangspunt dat altijd eerst geprobeerd moet worden de toestemming van de patiënt te

9 *Handelingen* 2000/01, 26691, 23 november 2000, TK 27-2248.

10 Allereerst de twaalf gevallen vermeld in Govert den Hartogh, ‘Euthanasie op grond van een schriftelijke wilsverklaring: oude en nieuwe rechtsvragen’, *NJB* (92) 11 sept. 2017, 226-2233, langere versie op: njb.nl/blog/euthanasie-op-grond-van-een-schriftelijke.27241.lynkx, voetnoot 7. Sindsdien casus 2018-05 en 2018-29. In het oordeel 2018-21 verwijst de Toetsingscommissie voor het oordeel dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek niet uitdrukkelijk naar de wilsverklaring.

11 *Handelingen* 2000/01, 26691, 22 november 2000, TK 26-2115.

12 In casus 2018-29 heeft de arts de patiënt een drank met een barbituraat aangeboden, wetend dat de patiënt alles opdronk wat hem werd voorgeschoteld. De toetsingscommissie heeft de handeling van de arts daarom als ‘hulp bij zelfdoding’ geclassificeerd. Maar aangezien de patiënt geen flauw idee had wat er in het drankje zat, was er geen sprake van zelfdoding en dus ook niet van hulp daarbij. Zie over deze zaak verder noot 19.

verkrijgen. Dat uitgangspunt zou volgen uit het recht van een patiënt om over zijn eigen leven te beschikken, een recht dat de patiënt 'in beginsel' niet kwijt zou raken als hij dement wordt. Met name dit beroep op een vermeend blijvend beschikkingsrecht suggereert dat de euthanasie niet kan doorgaan zonder de actuele toestemming van de wilsonbekwame patiënt. Dat blijkt echter niet de bedoeling te zijn. Als de patiënt op de mededelingen van de arts helemaal niet reageert of alleen met onbegrip, kan de arts zijn plannen uitvoeren. Het College stemt dus niet in met de 'medisch-professionele norm' die de KNMG in 2012 afkondigde, dat euthanasie bij een wilsonbekwame patiënt niet kon plaatsvinden zonder enige vorm van voorafgaande communicatie, waarbij de patiënt verbale of non-verbale tekenen van een doodswens gaf.¹³ Zelfs aan een actuele weigering van medewerking aan de uitvoering van de euthanasie verbindt het College niet zonder meer de conclusie dat de euthanasie niet kan doorgaan. 'Afhankelijk van de aard van de reactie van de patiënt ontstaat dan een nieuwe situatie, die niet altijd maar soms wél moet leiden tot afstel van het voornemen tot levensbeëindiging.' Wanneer wel, wanneer niet? Het College had zulke boven het concrete geval uitgaande algemene regels niet hoeven formuleren, maar nu het besloten heeft dat wel te doen, is het onbevredigend dat ze zo weinig specifiek zijn. Om dat 'wettelijk uitgangspunt' aannemelijk te maken verwijst het College om te beginnen naar de WGBO, artikel 7:450 en 7:448. In artikel 7:448 gaat het echter over de wilsonbekwame patiënt, alleen artikel 7:450 lid 3 betreft de patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. Hij kan dan niet de vereiste toestemming tot de behandeling geven, maar de hulpverlener moet wel 'zijn kennelijke opvattingen volgen, geuit in schriftelijke vorm toen hij nog wel wilsbekwaam was, en inhoudende een weigering van toestemming'.

De verwijzing naar artikel 7:448 is wellicht een verschrijving. Mogelijk is artikel 7:465 lid 6 bedoeld, dat zeker als relevant beschouwd kan worden. Daar wordt bepaald dat als een patiënt die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake 'zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor zijn wettelijk vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, die verrichting slechts kan worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen'. Wat de WGBO echter nergens aangeeft, is dat de patiënt, eenmaal wilsonbekwaam geworden, zijn eigen wilsvaardering nog ongedaan zou kunnen maken.

Het College verwijst ook naar de regelgeving rond dwangbehandeling en dwangmedicatie. Volgens de Wet Bopz kan behandeling van een onvrijwillig opgenomen patiënt alleen plaatsvinden als er een behandelplan is overeengekomen met de patiënt of, als die wilsonbekwaam is, met diens vertegenwoordiger. Maar als de patiënt zich vervolgens tegen de uitvoering van dat plan verzet, kan die uitvoering alleen ter hand worden genomen om 'gevaar' voor de patiënt zelf of voor anderen af te wenden.¹⁴ Hier doet zich dus inderdaad

13 KNMG: 'Een nadere uitleg van het Standpunt Euthanasie 2003', 6 februari 2012. Door medeverantwoordelijkheid te nemen voor de *Handreiking Schriftelijk Euthanasieverzoek 2016* heeft de KNMG erkend dat die professionele norm geen juridische betekenis heeft, overigens zonder de norm terug te trekken.

14 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (1992), art. 38 lid 5. De Wet Bopz komt overigens per 1 januari 2020 te vervallen. Volgens de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (2018) die dan voor patiënten met een psychiatrische stoornis gaat gelden, is geen enkele vorm van dwang, niet alleen de onvrijwillige opname, meer mogelijk zonder voorafgaande machtiging van de rechter. Die beoordeelt daarbij of er, als de dwangmaatregel achterwege blijft, 'ernstig nadeel' zal of kan optreden voor de patiënt zelf of voor anderen. Een overeengekomen behandelplan speelt daarbij geen rol meer.

een situatie voor waarin een vroeger gedane wilsuiging voor de actuele wil van de patiënt moet wijken, ook van de wilsonbekwame patiënt.

Deze bepaling geeft aan dat verzet van de wilsonbekwame patiënt tegen een behandeling waarmee hij wilsbekwaam heeft ingestemd soms gerespecteerd moet worden. Dat dit ook geldt voor verzet tegen de uitvoering van een levensbeëindiging waarom in een schriftelijke wilsverklaring is gevraagd, is niet controversieel. (Ik kom daar verderop nog op terug.) De analogie geeft echter geen steun aan de eis dat de arts moet proberen zijn concrete voornemens met de patiënt te bespreken.

Een andere interessante analogie is te vinden in de wettelijke regeling van de zelfbindingsverklaring.¹⁵ Zo'n verklaring (in het Engels 'Ulysses contract') wordt in overleg met een psychiater opgesteld door een patiënt die perioden van wilsbekwaamheid afwisselt met perioden van wilsonbekwaamheid, bijvoorbeeld manische of psychotische episoden. De patiënt geeft aan in welke situaties behandeling nodig is, en welke behandeling dat dan moet zijn. Als zo'n situatie zich voordoet, wordt de behandeling uitgevoerd, ook als de patiënt zich daar op dat moment tegen verzet. De behandelaar hoeft dan niet te wachten tot voldaan is aan de voorwaarden die de wet stelt aan dwangbehandeling, zoals gevaar of ernstig nadeel. Het zal duidelijk zijn dat deze analogie geen enkele steun geeft aan de eisen van het Tuchtcollege. Het doel van de zelfbindingsverklaring is juist om iedere latere weigering opzij te kunnen zetten.

Uit de regeling van de zelfbindingsverklaring blijkt dat de wet geen algemeen beginsel kent dat ook de wilsonbekwaam geworden patiënt nog een overblijvende bevoegdheid zou hebben om over zijn behandeling te beslissen.¹⁶ Dat aan verzet in de Wet Bopz, in de WGBO, en in de toepassing van artikel 2 lid 2 WTL een zekere betekenis toekomt, moet dus op een andere manier verklaard worden. Mogelijk speelt daarbij een rol dat andere grondrechten in het geding zijn, met name het recht op leven en op de onaantastbaarheid van het lichaam. Het kan ook een rol spelen – het College wijst daarop – dat de beslissing om het leven van een patiënt te beëindigen onomkeerbaar is.

Zo'n overblijvend beschikkingsrecht zou ook een onding zijn. Het begrip 'wilsbekwaam' wordt op twee manieren gebruikt. In de eerste betekenis is het een gradueel begrip: je bent wilsbekwaam in meerdere of mindere mate, al naar gelang je beschikt over de cognitieve en affectieve vermogens die je nodig hebt om beslissingen te nemen. In de tweede betekenis is het een binair begrip: je bent wilsbekwaam om een bepaalde beslissing uit te voeren of je bent het niet. Je bent wilsbekwaam in de binaire zin als je in die mate wilsbekwaam in de graduele zin bent dat aan je beslissing gezag kan worden toegekend, zodat anderen die beslissing moeten respecteren, ongeacht of die in hun ogen juist is of niet. De wet zegt dan dat de patiënt 'in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake'. De beslissing van een in deze binaire zin wilsonbekwame patiënt kan per definitie geen gezag hebben.¹⁷

15 Art. 34 a t/m e Wet Bopz; hoofdstuk 4 Wvzgz.

16 Dat de wettelijke regelingen betreffende wilsonbekwaamheid daaraan zulke uiteenlopende gevolgen verbinden is opgemerkt door C.P.M. Akerboom, J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers e.a., *Thematische wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging*, Den Haag: ZonMw 2011, p. 137-138.

17 Govert den Hartogh, 'Do we need a threshold conception of competence?', *Medicine, Health Care and Philosophy* 19 (2016): 71-83.

Prof. dr. G.A. den Hartogh

Dat wil niet zeggen dat wij met zo'n beslissing geen enkele rekening hoeven te houden. Het is ook voor een wilsonbekwaam persoon frustrerend en kwetsend om gedwarsboemd te worden, dat is een van de redenen waarom dementering vaak een lijdensweg is. We hebben alle reden om dat lijden te beperken, zelfs als we daarvoor bepaalde risico's voor lief moeten nemen. Maar de reden is niet dat de betrokkene nog het recht heeft om gezaghebbend beslissingen te nemen die anderen maar moeten respecteren, ongeacht hun eigen oordeel over zijn belangen. Respect voor autonomie is een bredere notie dan erkenning van zelfbeschikkingsrechten.

Het Tuchtcollege geeft ons al met al geen reden waarom de arts die in een eerder stadium geen contra-indicaties voor de uitvoering van de euthanasie heeft geregistreerd verplicht zou zijn te proberen om het concrete voornemen om tot uitvoering van de euthanasie over te gaan nog met de patiënt te bespreken. Naar analogie van artikel 7:450 WGBO wordt de arts al volledig gelegitimeerd door de aanwezigheid van de schriftelijke wilsverklaring (voldoende bevestigd door uitlatingen van de betrokkene zolang zij nog wilsbekwaam was)¹⁸ en de afwezigheid van contra-indicaties.

Als euthanasie bij een wilsbekwame patiënt wordt uitgevoerd, zal de arts altijd op het laatste moment voor zij een analgeticum toedient, of eerst eventueel nog een slaapmiddel, de patiënt nog eens vragen of hij nog steeds achter zijn verzoek staat. Dat heeft zin omdat zo'n patiënt tot op het laatst van mening kan veranderen. Maar als een diep-demente patiënt iets zegt, weet hij zelf niet of dat aansluit bij of afwijkt van wat hij eerder zei, ook niet als hij nog enig begrip heeft van de betekenis van de woorden die hij gebruikt. Hij verandert niet van opvatting, hij heeft wisselende opvattingen, of helemaal geen opvattingen meer, alleen nog emoties. Daarom doet de volgorde waarin hij zijn 'opvattingen' uit er niet toe; er is geen reden om een uiting op het laatst mogelijke moment serieuzer te nemen dan eerdere uitingen.

3. Moet de wijze van uitvoering aan de patiënt worden voorgelegd?

De Regionale Toetsingscommissie die over deze zaak oordeelde, weersprak niet dat de uitvoering van de euthanasie als zodanig in dit stadium geen legitimatie meer nodig had, maar meende, zoals we al zagen, dat dit wel gold voor de wijze van uitvoering. De commissie was van oordeel dat 'patiënte weliswaar wilsonbekwaam was ten aanzien van de euthanasie, maar dat dit niet noodzakelijk uitsluit dat patiënte wel haar wil kon bepalen ten aanzien van handelingen zoals het inbrengen van een infuus en een injectienaald, ook als patiënte het doel van deze handelingen niet meer kon overzien'. Daarom had de arts de mogelijkheid onder ogen moeten zien dat haar gedrag als een uiting van verzet tegen het inbrengen van een infuus opgevat moest worden, en zich bij dat mogelijke verzet moeten

18 *EuthanasieCode* 2018, p. 36-37. Zoals P.A.M. Mevis, S.R. Bakker, L. Postma en J.H.J. Verbaan, *Schriftelijke wilsverklaring euthanasie bij wilsonbekwame patiënten: een jurisprudentieonderzoek*, WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie 2014, p. 51, het uitdrukken: de wilsverklaring is geen 'kluisdocument'.

neerleggen. En daarom was het ook verwijtbaar dat zij patiënte heimelijk een slaapmiddel heeft toegediend om verzet te voorkomen.¹⁹

Maar hoe zou je 'wilsbekwaam' kunnen besluiten dat je een infuus afwijst als dat infuus nodig is om een levensbeëindiging te realiseren die je niet meer kunt beoordelen? Als je wilsonbekwaam bent met betrekking tot de realisering van een doel ben je het ook met betrekking tot de keuze van de middelen.

Het Tuchtcollege stelt daarentegen alleen dat de arts in dit geval had moeten proberen de manier waarop zij de euthanasie dacht uit te voeren, en met name de toediening van een slaapmiddel, met de patiënte te bespreken. Het lijkt me op zichzelf terecht om de eis van 'informed consent' ook specifiek op de wijze van uitvoering toe te passen, ook al is dat tot nu toe niet gebeurd. Maar de wetgeving over 'informed consent' geeft geen enkele grond voor de eis dat de wijze van uitvoering *op dit moment* nog aan de wilsonbekwame patiënt voorgelegd moet worden.

Tegen die eis kan ook het volgende bezwaar worden ingebracht. Als de arts aankondigt dat hij het leven van de patiënt zal gaan beëindigen en dat hij dat zal doen door om te beginnen een slaapmiddel in de koffie te mengen, zal dat voor de patiënt vaak een heftige gebeurtenis zijn, zelfs als hij van de aankondiging weinig of niets begrijpt. Het woord 'dood' kan een onheilspellende lading hebben, ook voor hen die het concept al ontglipt is. Voor diep-demente patiënten is alles wat ongewoon is een reden tot paniek. Hulpverleners moeten zulke patiënten 'prikkelarm benaderen'.²⁰ Er is dus een gerede kans dat zelfs een patiënt die tot op heden consistent aangaf 'dood te willen' nu opeens bezwaar maakt om zijn schrik tot uitdrukking te brengen. Bovendien zal het in dat geval niet eenvoudig zijn om vast te stellen waar de patiënt zich precies tegen verzet: tegen de dood, de voorgenomen injectie of zelfs tegen een raar poeder in zijn koffie.

Hoe kan aan de eis van 'informed consent' voor de procedure (dormicum in de koffie) worden voldaan zonder de patiënt in dit stadium lastig te vallen? T.J. Matthijssen vertelt in een artikel dat hij in zijn wilsverklaring van de arts vraagt om de euthanasie uit te voeren, met slaapmiddel in de koffie en al, zonder hem daar dan nog iets over te vertellen.²¹ Voor zo'n bepaling lijkt het Tuchtcollege ruimte te maken door 'te benadrukken dat de euthanasieverklaring ook over dit aspect (de wijze van uitvoering) niets zegt en aan de arts dus geen richtsnoer biedt hoe te handelen in deze laatste fase'.

Vanuit de WGBO gedacht zou de arts nog eenvoudiger aan de behoefte aan legitimatie van de procedure kunnen voldoen door de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt te raadplegen. Het is gebruikelijk in een schriftelijke wilsverklaring een gemachtigde aan te wijzen, maar uit het oordeel van de Toetsingscommissie kan niet worden opgemaakt of dat in dit geval ook was gebeurd. Wel was de familie bij de uitvoering van de euthanasie aanwe

19 Ongetwijfeld vanwege het oordeel 2016-85 heeft de arts in 2018-29 (zie noot 12) geen slaapmiddel toegediend, hoewel deze patiënt volstrekt niet meer in staat was om een uitleg van die handeling te begrijpen. Omdat de patiënt bang was voor iedere aanraking en zich dus zeker tegen een infuus zou verzetten, heeft de arts er toen voor gekozen hem een drank met de euthanatica aan te bieden, zonder enige uitleg, die hij immers evenmin kon begrijpen. Maar als dat onproblematisch was, was 'premedicatie' met dormicum het evenzeer geweest.

20 Zoals de meldend arts het uitdrukte in casus 2018-29.

21 Theo Matthijssen, 'Euthanasie bij gevorderde dementie: een lijdensweg?', in: Laura de Vito (red.), *15 jaar euthanasiewet*, Amsterdam: NVVE 2018, p. 98-116.

Prof. dr. G.A. den Hartogh

zig. Desgewenst kun je in je wilsverklaring deze taak uitdrukkelijk aan de gemachtigde toewijzen.

Voor de opvatting dat de arts een weigering van de euthanasie moet respecteren – een standpunt dat het College zoals we zagen zelf niet ongeclausuleerd bevestigt – verwijst het College naar de wetsgeschiedenis en naar de EuthanasieCode uit 2018.

In een reactie op het eerste debat in de Tweede Kamer schreven de verantwoordelijke ministers Borst en Korthals:

‘Onze reactie op het aangehaalde standpunt [CDA], dat meer waarde moet worden gehecht aan hetgeen de demente patiënt op het moment zelf wil dan aan hetgeen hij eerder op papier heeft gezet, luidt, dat er voor de arts geen aanleiding zal bestaan het verzoek in te willigen, indien een dementerende patiënt die zijn wil nog kenbaar kan maken, aangeeft dat niet te willen. De wilsverklaring zal, zo hebben wij duidelijk gemaakt, vooral richtsnoer kunnen zijn voor de arts indien het gaat om een patiënt die reeds zo dement is, dat van het coherent kenbaar maken van een wil geen sprake meer is.’²²

Hieruit maak ik op dat als een patiënt, op welk moment dan ook, bezwaar maakt tegen het voornemen van euthanasie, het aannemelijk moet zijn dat dit bezwaar inderdaad tegen de levensbeëindiging gericht is, en dat de patiënt dus ook begrijpt wat levensbeëindiging inhoudt. Het is niet genoeg dat de patiënt zijn hoofd schudt als je hem vraagt of hij dood wil. Daarmee is niet gezegd dat de patiënt misschien toch nog wilsbekwaam is: zij hoeft geen besef van haar eigen conditie te hebben, en zij hoeft haar weigering dus ook niet adequaat toe te lichten. Ik meen dat ook de relevante passage in de EuthanasieCode (p. 39, laatste zin) in deze zin geïnterpreteerd moet worden, al had die passage wat explicieter mogen zijn. Een weigering moet duidelijk en coherent zijn. Ik kan me voorstellen dat iemand die een wilsverklaring opstelt dat nog eens onderstreept.

In dit geval maakte patiënte tijdens het inbrengen van het infuus een terugtrekkende beweging. En tijdens de toediening van het analgeticum kwam zij overeind, zodat zij door haar familie moest worden vastgehouden om de arts in staat te stellen die handeling te voltooien.²³ De Toetsingscommissie was van mening dat de arts niet kon uitsluiten dat de patiënte met dit gedrag zich tegen de gang van zaken verzette, en dat zij daarom de uitvoering van de euthanasie had moeten staken. De Inspectie sloot zich daarbij aan. Het College laat het echter aan de arts over om te bepalen of het gedrag van patiënte die betekenis kon hebben.

In een brief aan de Eerste Kamer van 28 augustus 2018 zegt de minister van VWS in stellige bewoordingen dat het in strijd is met de wettelijke regelingen met betrekking tot de toepassing van dwang om de patiënt vast te houden of te ‘fixeren’ met het doel verzet te voorkomen.²⁴ Dwang is immers niet nodig om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Ik zal me hier niet verdiepen in de juiste uitleg van de term ‘ernstig nadeel’, want de

22 Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1999/2000*, 26691, 6, p. 92.

23 Zo staat het althans in het oordeel van de Toetsingscommissie. De arts heeft op de zitting verklaard dat de familie haar alleen maar hoefde terug te leggen op haar bed.

24 Kenmerk 1403399-179816-PG.

motivering van de minister schiet ook afgezien daarvan tekort.²⁵ Hij houdt immers geen rekening met het bestaan van de wilsverklaring. Naar analogie van de zelfbindingsverklaring lijkt het me te verdedigen dat vormen van dwang te legitimeren zijn als de patiënt daarvoor in zijn schriftelijke wilsverklaring uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. De enige vorm van verzet die in dit geval dan nog steeds niet genegeerd kan worden is een duidelijke en coherente afwijzing van de euthanasie als zodanig.

In elk geval sluit ook de minister fixatie niet uit als het doel daarvan niet is om verzet te voorkomen, en weersprekt hij de opvatting van het Tuchtcollege niet dat het aan de arts is om het gedrag van de patiënt al of niet als 'verzet' te interpreteren. Een andere passage in de uitspraak zelf is met deze opvatting wel moeilijk te rijmen. Zoals ik aangaf, zei patiënte het ene moment dat zij dood wilde, het andere moment ontkende zij dat. In haar mondelinge toelichting aan de Toetsingscommissie gaf de arts daarop als commentaar dat zij deze uitspraken niet als wilsuitingen beschouwde, aangezien de patiënte volgens haar niet meer in staat was met betrekking tot de dood haar wil te bepalen, maar alleen als uitingen van haar wisselende stemming, aangevend hoe somber en angstig zij zich op bepaalde momenten voelde. Het College acht echter 'het verwijt dat verweerster ten onrechte heeft opgemerkt dat zij met de uitvoering van de levensbeëindiging zou zijn doorgegaan, ook al had de patiënte op dat moment gezegd niet te willen (omdat – aldus verweerster – aan een dergelijke wilsuiting van de demente patiënte geen betekenis meer kon worden toegekend)' gegrond.²⁶ Consistent was geweest om ook op dit punt het aan het medisch oordeel van de arts en haar collega's over te laten om te beoordelen of het verbale en non-verbale gedrag van patiënte nog als een wilsuiting kon worden beschouwd.

Dat is natuurlijk heel moeilijk te beoordelen. Om te beginnen moet men dan de conceptuele mogelijkheid onder ogen zien van een wilsuiting ('ik wil dood') die geen echte wilsuiting is. Een patiënt die naar huis wil en daaronder het huis van zijn ouders verstaat die al vijftig jaar dood zijn, weet nog wat het begrip 'thuis' betekent, maar past het verkeerd toe. Deze patiënt heeft ter zake nog een wil, al slaat die wil nergens meer op. Maar diep-demente patiënten weten op een gegeven ogenblik niet meer wat 'dood zijn' inhoudt, een complex begrip dat kinderen pas op hun zesde of zevende oppikken. Zij kunnen dan ter zake geen wil meer hebben. Misschien zeggen zij op momenten van stress nog 'ik wil dood', maar daarmee drukken zij dan inderdaad alleen nog maar hun stemming uit.²⁷

Hoe dan ook, vaststaat dat duidelijke en coherente weigeringen van een wilsonbekwame patiënt zijn wilsverklaring kunnen overrulen. Bij de wilsverklaring ex artikel 7:450 WGBO

- 25 De minister betoogt ook dat deze uitzondering voor euthanasie en hulp bij zelfdoding niet geldt omdat dit geen zorg in de zin van de Wet zorg en dwang zou zijn.
- 26 Het College voegt toe: 'Dat geldt zeker bij patiënte met haar ontoereikende wilsverklaring.' Maar als de arts de wilsverklaring als ontoereikend had beschouwd, had zij sowieso niet tot de euthanasie mogen overgaan. Dit deel van de uitspraak kan daarom alleen een hypothetisch karakter hebben ('ook als de wilsverklaring toereikend was geweest, had de arts zich nog aan de volgende eisen moeten houden'), dat het College met deze zin doorbreekt.
- 27 Volgens een verslag van Bert Keizer in *Trouw* (22 juni 2018) heeft de arts op de zitting verklaard dat zij uit het gedrag van de patiënte een wil om te sterven had kunnen opmaken, ook al miste de patiënte de cognitieve vermogens om die wil tot uiting te brengen. Ook het College acht het mogelijk dat patiënte '(ondanks haar gevorderde dementie, maar volgens verweerster nog wel functionerend op emotioneel niveau) eenduidig, consequent en vasthoudend zou zijn geweest in haar (verbale en non-verbale) uitingen tot levensbeëindiging'. (sic). Beide ideeën zijn conceptueel problematisch.

en bij de zelfbindingsverklaring kan dat niet. Wat is het verschil? Eén reden zou kunnen zijn dat we er bij een patiënt met een duidelijke en coherente levenswil nooit voldoende zeker van kunnen zijn dat hij ondraaglijk lijdt. Er is dan ook nog nooit een levensbeëindiging bij een diep-demente patiënt gerapporteerd waarin van zulke wegeringen sprake was.

4. Conclusie

Met één uitzondering heeft het Tuchtcollege geen overtuigende redenen gegeven om de bestaande normen met betrekking tot de wilsverklaring aan te vullen. De arts moet relevante uitingen van de patiënt registreren – ook essentieel om tot de overtuiging te kunnen komen dat de patiënt ondraaglijk lijdt – en op eigen initiatief herhaaldelijk het verzoek om levensbeëindiging ter sprake brengen. Als hij dat heeft gedaan, is er geen speciale reden om het nog eens te doen nadat hij het concrete voornemen heeft gevormd om de euthanasie uit te voeren.

De uitzondering betreft de wijze van uitvoering. Het is aannemelijk dat daarvoor de gewone eisen van ‘informed consent’ gelden. Maar om daaraan te voldoen is het evenmin altijd nodig een poging te doen om een actuele wilsuiting van de wilsonbekwame patiënt te verkrijgen. Als de patiënt zich daarover niet zelf in zijn wilsverklaring heeft uitgesproken kan de arts zijn wettelijk vertegenwoordiger raadplegen.

De arts is inmiddels in beroep gegaan bij het Centraal Tuchtcollege. We zullen zien of de normen die het Regionaal Tuchtcollege in Den Haag heeft geïntroduceerd daar standhouden.²⁸

Bijlage

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag, 24 juli 2018, nr. 2018-033 (M.A.F. Tan-de Sonnaville, E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, H.N. Koetsier, A.J.J.M. Keijzer-van Laarhoven en M. Bezemer), IGZ/A, specialist ouderengeneeskunde

(...; red.)

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 21 februari 2018
- het verweerschrift met bijlagen
- de brief d.d. 8 mei 2018 met bijlage van de gemachtigde van verweerster
- de brief d.d. 28 mei 2018 met bijlage van de gemachtigde van verweerster
- de brief d.d. 30 mei 2018 met bijlage van de gemachtigde van verweerster

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

²⁸ Er loopt ook nog een onderzoek van het OM naar het handelen van de arts dat mogelijk zou kunnen resulteren in een vervolgingsbeslissing.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 13 juni 2018. De partijen, bijgestaan door hun adviseurs/gemachtigden, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Beide partijen hebben pleitnotities overgelegd.

2. De feiten

2.1 Verweerster was tot haar pensioen in mei 2016 werkzaam bij het (in deze zaak bedoelde) verpleeghuis in B (hierna: het verpleeghuis), waar zorg aan mensen met dementie en ouderen met een psychiatrische achtergrond wordt geboden door middel van gespecialiseerde casemanagers, dagbehandeling en 3 BOPZ afdelingen. Verweerster heeft op deze afdelingen gewerkt en begeleidde cliënten onder andere in samenwerking met de casemanagers en een psycholoog, als leden van een multidisciplinair team. Voorts maakte zij deel uit van het interne consultatieteam dementie en gedrag. Zij is sinds 5 jaar tevens werkzaam als SCEN-arts.

2.2 De Inspectie heeft op 22 december 2016 een afschrift ontvangen van het oordeel van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie voor de regio Zuid-Holland en Zeeland (hierna: de RTE of de Toetsingscommissie) betreffende de melding van verweerster van levensbeëindiging op verzoek bij na te melden demente wilsonbekwame patiënte (hierna: patiënte). Volgens de RTE heeft verweerster niet gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen als bedoeld in artikel 2 eerste lid, aanhef en onder a (vrijwillig en weloverwogen verzoek) en f (medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging) van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl). De Inspectie heeft een onderzoek ingesteld en haar bevindingen vastgelegd in een inspectierapport van december 2017 dat zij bij het klaagschrift heeft gevoegd.

2.3 Patiënte in kwestie, destijds 74 jaar, geboren in 1941 en overleden op [...] april 2016, leed sinds 2007 aan vergeetachtigheid die in de jaren daarna toenam. Zij was bang voor dementie omdat dit bij haar moeder en drie broers (waarvan de jongste nog in leven en verblijvend in het verpleeghuis waar patiënte later is opgenomen) was vastgesteld op jongere leeftijd (respectievelijk 65 en 70 jaar). Op 7 september 2012 is patiënte onderzocht door een geriater, die heeft vastgesteld dat zij leed aan dementie, type Alzheimer, waarschijnlijk met familiale basis. De geriater heeft patiënte enige tijd behandeld met Reminyl om te trachten het ziekteproces af te remmen.

2.4 Op 20 oktober 2012 heeft patiënte een euthanasieverzoek en een behandelverbod getekend. Bij het verzoek was een handgeschreven dementieclausule gevoegd, die door patiënte was opgesteld en ondertekend. Op 28 november 2012 heeft patiënte dit verzoek aan haar huisarts gegeven en met de huisarts besproken. De inhoud van de dementieclausule luidde:

‘Op 2 oktober 2012 is na een onderzoek op de geheugenpoli vastgesteld dat ik een beginnend Alzheimer patiënt ben. Naar aanleiding van dit onderzoek verklaar ik het volgende:

Ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht om vrijwillige euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben en niet meer in staat om thuis bij mijn man te wonen.

Ik wil beslist niet geplaatst worden in een instelling voor demente bejaarden.

Ik wil een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten.

Prof. dr. G.A. den Hartogh

Mijn moeder is 12 jaar dement verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik dit van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken. Het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan. Vertrouwende dat tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven in bovengenoemde situatie is terechtgekomen ik vrijwillig geeuthaniseerd mag worden.'

2.5 Patiënte en de huisarts hebben naar aanleiding hiervan regelmatig met elkaar gesproken. De echtgenoot van patiënte was hierbij steeds aanwezig.

2.6 Tijdens een consult bij de geriater, heeft patiënte hem verteld dat zij een euthanasiewens had in het geval zij moest worden opgenomen in een verpleeghuis. Zij heeft de geriater de euthanasieverklaring met daarbij de dementieclausule en een volmacht voor haar echtgenoot inzake medische besluitvorming en beslissingen overhandigd. Bij brief van 22 januari 2013 heeft de geriater vervolgens de huisarts bericht dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens.

2.7 Op 13 januari 2015 heeft patiënte een (getypte) herziene dementieclausule ondertekend. Deze was vrijwel gelijkloidend aan de eerdere verklaring en luidde [onderstrepingen hierna door het College]:

'Op 2 oktober 2012 is na een onderzoek op de geheugenpolie in het C te D vastgesteld dat ik een beginnend Alzheimerpatient ben. Naar aanleiding van dit onderzoek verklaar ik het volgende: Ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht om euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik daar zelf de tijd voor rijp acht. Ik wil beslist niet geplaatst worden in een instelling voor demente bejaarden. Ik wil tijdig een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten. Mijn moeder is indertijd 12 jaar verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik dit proces van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken, het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan. Vertrouwende, tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven zodanig slecht is geworden, dat ik op mijn verzoek euthanasie zal worden toegepast.'

Deze wilsverklaring hebben patiënte en de huisarts op 19 januari 2015 besproken. Op dat moment was patiënte volgens de huisarts (nog) wilsbekwaam.

2.8 Vanaf juli 2015 was er sprake van toenemende nachtelijke onrust bij patiënte waardoor de echtgenoot van patiënte zwaar werd belast. Patiënte sliep slecht, belde 's nachts mensen en herkende haar echtgenoot niet altijd. Temazepam en lorazepam, voorgeschreven door de huisarts, hadden slechts beperkt effect. Vanaf oktober 2015 ging patiënte naar de dagopvang (met dagbehandeling) van het verpleeghuis. Dit werd geleidelijk uitgebreid tot 5x per week in december 2015.

Patiënte was tegen het einde van het jaar toenemend somber geworden en zij heeft thuis zeer regelmatig doodswensen geuit. Sindsdien is zij met citalopram behandeld, waardoor de somberheid enigszins leek te verminderen. In de loop van 2015 is patiënte volledig wils-onbekwaam geworden.

2.9 Verweerster is op 10 december 2015 voor de eerste keer betrokken geraakt bij patiënte tijdens een overleg over patiënte op verzoek van de casemanager dementie, die patiënte, die toen in dagbehandeling was, en haar echtgenoot begeleidde. Op 14 januari 2016 heeft

een regulier casemanagementoverleg plaatsgevonden. Afgesproken werd dat observatie zou plaatsvinden, onder meer of op basis van de voorgeschreven medicatie de stemming beter bleef en het ontremde gedrag zou verminderen.

2.10 Op 21 januari 2016 heeft de echtgenoot van patiënte de huisarts bezocht en op 28 januari 2016 hebben patiënte en haar echtgenoot samen de huisarts bezocht. De echtgenoot van patiënte heeft de huisarts verteld dat patiënte vaak onrustig was en verward. Met name aan het einde van de dag zei zij voortdurend dood te willen, maar na enkele minuten zei zij: *'Maar nu nog niet'*. Op 28 januari 2016 wist patiënte desgevraagd niet wat euthanasie betekende en na uitleg daarover zei ze dat euthanasie te ver ging. Na uitleg over opname in een verpleeghuis bij verergering van haar conditie zei patiënte: *'Ok, misschien dan'*.

2.11 Op 25 februari 2016 is in een casemanagementsoverleg besproken dat er geen sprake was van een depressie bij patiënte, maar dat zij zeer verward en onrustig bleef. Zij begreep de situatie niet meer. Opname in een verpleeghuis was niet meer te vermijden. De thuissituatie was onhoudbaar geworden. Besloten werd dat patiënte zou worden opgenomen op de (gesloten) afdeling van het verpleeghuis voor jonge(re) mensen met dementie.

2.12 Op 3 maart 2016 is patiënte opgenomen. Tijdens het intakegesprek dat verweerster met de echtgenoot en de dochter van patiënte had, hoorde verweerster voor het eerst dat patiënte een euthanasieverklaring had opgesteld, met dementieclausule en behandelverbod; voorts dat de doodswens nog steeds actueel was, aldus echtgenoot en dochter.

2.13 Vanaf de opname van patiënte heeft verweerster haar meermaals gesproken en (ook langdurig) geobserveerd. Ook zijn filmopnames gemaakt om het gedrag van patiënte vast te leggen. In deze periode heeft patiënte zowel tegen verweerster als tegen (na te noemen) consultant van de Stichting Levensende Kliniek (hierna SLK) gezegd nog niet dood te willen. Ook heeft patiënte verklaard wel dood te willen. In het *'Overzicht van Verslagen Medisch'* (hierna; het journaal) heeft verweerster hieromtrent onder meer het volgende opgenomen: *'8 maart 2016, (...) Als zij weer zegt dat zij het verschrikkelijk vindt vraag ik of zij weet dat zij dementie heeft. Dat lijkt zij te herkennen. Ik vraag of zij daarmee verder wil leven: ja dat wil zij wel, zij wil niet dood. Dit herhaalt zij meer malen. (...)'* *'10 maart 2016 (...) Dan vraag ik haar of zij liever dood zou willen zijn: ja, als ik ziek wordt dan wel, maar nu nog niet hoor! (...)'* *'29 maart 2016 (...) We [College: verweerster en de consultant van de SLK] hebben samen mw gesproken. E heeft haar rechtstreeks gevraagd of zij dood wil; dat lachte zij weg, nog niet, het is nog niet zo erg. (...) De verzorging observeert wel 20 maal per dag dat zij boos is en alles verschrikkelijk vindt en dood wil. Bij boosheid bonkt ze op de deuren en laat dan haar handen zien en zeg dat ze pijn doen. (...)'* *'2 april 2016 (...) mw. heeft lange tijd voor de camera gepraat, geklaagd en nu en dan gehuild en minimaal 2x gezegd dat zij dood wilde. (...)'* *'9 april 2016 (...) Gesprek in de hal (...) Mw. vertelt dat zij alles heel naar vindt en dat ze haar beter op kunnen knopen aan de deur (stelt vast dat die te laag is)'* *'9 april 2016 (...) F [College: verzorgende] zegt mij het volgende: (...) Mw. was aan het huilen. (...) 'ik denk dat ik binnenkort dood ga. Ik kan niet meer. Ik kan dit gewoon niet meer aan. (...)'*

2.14 Op 9 maart 2016 is patiënte door verweerster besproken in een gedragsvisite (een overleg over patiënten met complex gedrag), waarbij aanwezig waren de eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV) en een psycholoog. Er waren incidenten geweest en er was sprake van agressierisico als gevolg van het geagiteerde gedrag van patiënte. Het lijden van patiënte werd benoemd evenals de niet consistente uitingen van patiënte dood te willen (geduid als euthanasiewens). Afgesproken werd te trachten door middel van psychosociale interventies patiënte te benaderen.

2.15 Op 22 maart 2016 heeft een multidisciplinair overleg (MDO) plaatsgevonden. In dit overleg kwam het onrustgedrag van patiënte aan de orde. Een van de verzorgenden meldde dat patiënte zeker 20x per dag zei dat ze dood wilde. Dat was altijd als er sprake was van stress. Vanwege onrustgedrag, de doodsuitingen en de wetenschap van de bestaande euthanasiewens, zoals vastgelegd in de schriftelijke euthanasieverklaringen, is besloten tot een gesprek met de eerste geneeskundige van het verpleeghuis en de echtgenoot van patiënte over de mogelijkheid van euthanasie.

2.16 Op 24 maart 2016 heeft verweerster telefonisch overleg gevoerd met de eerste geneeskundige van het verpleeghuis waarbij de complexe casus van patiënte, een plan van aanpak en ook de optie euthanasie zijn besproken. Ook heeft verweerster telefonisch gesproken met een consulent van de SLK, die heeft geadviseerd om een biografie te laten schrijven door de familie van patiënte. Met de echtgenoot van patiënte is afgesproken dat verweerster patiënte mag filmen om haar lijden vast te leggen. Verweerster heeft voorts op 24 maart 2016 van de echtgenoot van patiënte de beide schriftelijke euthanasieverzoeken (van respectievelijk 22 oktober 2012 en 13 januari 2015) ontvangen en bestudeerd.

2.17 Vanaf 25 maart 2016 heeft verweerster verder overlegd met diverse betrokkenen/ deskundigen. Zij heeft gesproken met de expertisemanager specialistische doelgroepen van het verpleeghuis. Voorts heeft een gesprek plaatsgevonden met een verpleegkundige/ consulent van de SLK tijdens welk gesprek de wettelijke zorgvuldigheidseisen zijn doorgesproken. De consulent heeft met verweerster patiënte op de afdeling gezien en 'gesproken'. Beiden kwamen tot de conclusie dat er bij patiënte sprake was van gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht. Patiënte werd wilsonbekwaam geacht, ook ter zake van een doodswens. Ook is nog met de echtgenoot van patiënte gesproken. Patiënte vertoonde toenemende verwarring, onrust, agitatie, agressie en een verstoord dag- en nachtritme. Tijdens een gedragsvisite van 30 maart 2016 is besloten om patiënte een inslaapmiddel te geven zodat zij redelijk zou slapen, en om te observeren of dit hielp.

2.18 Verweerster heeft ook gesproken met de (voormalige) huisarts van patiënte over het beloop van het dementiële proces en over de gesprekken, die de huisarts met patiënte en haar echtgenoot had gevoerd. De huisarts verklaarde dat patiënte ten tijde van het ondertekenen en bespreken van beide euthanasieverklaringen wilsbekwaam was.

2.19 Tijdens een teambespreking op 5 april 2016 zijn patiënte en haar schriftelijke euthanasieverzoek aan de orde geweest. Besproken werd dat patiënte vooral in het begin van de opname had aangegeven dat opname niet was wat zij wilde en dat zij dood wilde. Later was haar gedrag chaotischer geworden. Er was sprake van verwarring, agitatie, onrust bij patiënte en daardoor stress, verdriet en boosheid bij patiënte zelf en irritatie en agressie bij andere patiënten. Patiënte ging snel achteruit en was incontinent voor urine en faeces geworden. 's Ochtends was het gedrag van patiënte nog hanteerbaar, de rest van de dag toonde patiënte zich ongelukkig. Haar grondstemming was droevig, angstig, verward en opstandig. De conclusie van het team was dat de balans was doorgeslagen naar overwegend lijden.

2.20 Op 9 april 2016 heeft G, psychiater en SCEN-arts, (optredend als psychiater) patiënte bezocht. Verweerster had haar gevraagd om een consultatie als onafhankelijke deskundige met bijzondere aandacht voor de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van patiënte alsook voor alternatieve behandelopties. De psychiater sprak met verweerster en de echtgenoot van patiënte en kreeg relevante delen van het medisch dossier voorafgaand

aan haar bezoek aan patiënte. Vervolgens heeft de psychiater samen met verweerster patiënte bezocht op de afdeling, heeft het gedrag van patiënte en haar interactie met medepatiënten en verzorgenden geobserveerd en kort onder vier ogen met patiënte 'gesproken'. Ook heeft de psychiater telefonisch contact gehad met de (voormalige) huisarts van patiënte over het euthanasieverzoek. Op 14 april 2016 heeft verweerster het consultatieverslag van de psychiater ontvangen. Deze was van mening dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek werd voldaan.

2.21 Op 15 april 2016 heeft H, internist in ruste en SCEN-arts, (hierna: SCEN-arts) patiënte bezocht. Hij heeft het relevante deel van het dossier ontvangen en heeft samen met verweerster patiënte op de afdeling geobserveerd. Vervolgens heeft de SCEN-arts met patiënte 'gesproken' in het bijzijn van een verzorgende van de afdeling, gevolgd door een gesprek met de echtgenoot en dochter van patiënte. Ook heeft hij contact gehad met de (voormalige) huisarts van patiënte. Op 19 april 2016 heeft verweerster het consultatieverslag van de SCEN-arts ontvangen, die van mening was dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging werd voldaan.

2.22 Verweerster heeft vervolgens de eerste geneeskundige en de expertisemanager van het verpleeghuis daarvan op de hoogte gesteld en overleg gevoerd met de echtgenoot en de dochter van patiënte, alsook met de afdeling om een datum vast te stellen voor uitvoering van de euthanasie. Het voornemen om de euthanasie uit te voeren is niet besproken met patiënte.

2.23 Over de wijze van uitvoering en de benodigde middelen (met name de premedicatie) heeft verweerster overleg gevoerd met de apotheker, die op haar beurt ook collegiaal overleg heeft gevoerd.

2.24 Op [...] april 2016 is de levensbeëindiging uitgevoerd in aanwezigheid van de directe familieleden van patiënte. In ieder geval waren toen aanwezig de echtgenoot, de dochter met echtgenoot en de zus van patiënte. De arts heeft 15 mg midazolam toegevoegd aan de koffie van patiënte om haar in slaap te brengen. Dit was tevoren besproken met de echtgenoot en de dochter van patiënte, maar niet met patiënte zelf. Patiënte wist ook niet van de uitvoering van de euthanasie. Toen na ongeveer $\frac{3}{4}$ uur na de inname van 15 mg midazolam patiënte nog wakker was, heeft verweerster haar 10 mg midazolam subcutaan toegediend. Nadat patiënte in een toestand van verlaagd bewustzijn was geraakt, heeft een ambulancebroeder een infuus bij patiënte ingebracht, hetgeen ongeveer 15 minuten heeft geduurd omdat patiënte moeilijk te prikken was. Patiënte heeft hierbij nauwelijks gereageerd op deze pijnprikkels, maar heeft op enig moment wel een terugtrekkende beweging gemaakt. Verweerster heeft, gelet op het ontbreken van pijnprikkels bij de inbrenging van het infuus, geen noodzaak gezien om (nog) de pijnstiller lidocaïne te geven. Vervolgens heeft verweerster 2000 mg thiopental intraveneus toegediend. Tijdens het inspuiten van de thiopental is patiënte omhoog gekomen en vervolgens door haar familie teruggelegd. Verweerster heeft toen de rest van de thiopental toegediend. Nadat verweerster had vastgesteld dat patiënte niet meer reageerde op aanspreken, niet ademde en geen wimperreflex had, heeft verweerster 150 mg Rocuronium intraveneus toegediend. Zeven minuten later heeft verweerster de dood vastgesteld door middel van pupilcontrole.

2.25 Verweerster heeft vervolgens de modelverklaring euthanasie volledig ingevuld en voorzien van bijlagen meegegeven aan de gemeentelijke lijkschouwer. Deze heeft de documenten verstuurd naar de RTE, die na onderzoek tot het in r.o. 2.2 genoemde oordeel is

gekomen. Inmiddels is op vordering van het Openbaar Ministerie een gerechtelijk vooronderzoek (GVO) ingesteld. De rechter-commissaris strafzaken heeft in het kader van dit GVO getuigen gehoord. Het opsporingsonderzoek loopt nog.

3. De klacht

De Inspectie verwijt verweerster dat zij, alles bijeengenomen, heeft gehandeld buiten de kaders van de professionele standaard en daarmee heeft gehandeld in strijd met artikel 47, lid 1 van de Wet BIG, en wel op grond van het volgende.

- a De wilsverklaring was onvoldoende duidelijk, waardoor onduidelijkheid bestaat over de wijze waarop de wilsverklaring dient te worden uitgelegd. Deze onduidelijkheid zit in de bewoordingen van de wilsverklaringen ('wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben', 'wanneer ik daar zelf de tijd rijp voor acht' en 'op mijn verzoek'). Hieruit kan onder meer worden afgeleid dat patiënte bij het opstellen ervan eruitging dat zij te zijner tijd zelf nog om euthanasie kon en zou verzoeken.
- b Patiënte heeft bij het bespreken van de schriftelijke wilsverklaringen en in de jaren erna nimmer haar eigen huisarts verzocht euthanasie uit te voeren. Ook op het moment dat de door haar in de wilsverklaring beschreven situatie zich voordeed, te weten de door haar gevreesde opname in het verpleeghuis, gaf patiënte niet aan dood te willen.
- c De arts heeft door de volledige wilsonbekwaamheid van patiënte nimmer met patiënte kunnen communiceren over de wilsverklaring, noch over een mogelijk euthanasieverzoek.
- d Patiënte gaf met haar uitingen tijdens haar opname in het verpleeghuis blijk van een zeer wisselende doodswens. Op sommige momenten gaf zij daarbij juist uitdrukkelijk aan niet dood te willen. De arts stelt dat geen conclusie meer was te verbinden aan de wisselende wilsuitingen van patiënte ten aanzien van het levensbeëindigend handelen. Patiënte werd door de arts vanaf haar opname niet meer wilsbekwaam ter zake van euthanasie geacht, omdat zij het woord niet meer begreep en het in- en overzicht niet meer had. Volgens verweerster dienden de uitingen van patiënte door de Alzheimer te worden gezien als uitingen van emoties van het moment en niet als wilsuitingen op cognitief niveau.
- e Ook bij de consultatie door de twee SCEN-artsen is niet een actuele doodswens van patiënte naar voren gekomen. f) De arts heeft vervolgens over haar voornemen euthanasie bij patiënte uit te voeren nimmer met patiënte gesproken of getracht te spreken.
- f De arts heeft met patiënte ook niet direct voorafgaand aan de euthanasie besproken dat de euthanasie zou worden uitgevoerd. Patiënte wist niet dat zij die dag zou overlijden.
- g Op de dag van de euthanasie gaf patiënte op geen enkele wijze blijk van een doodswens. Integendeel, zij maakte op dat moment zelfs nog plannen om diezelfde avond met haar familie uit eten te gaan.
- h Patiënte wist niet dat en hoe de euthanasie zou worden uitgevoerd. Zo wist zij ook niet dat, in het kader van de uitvoering van euthanasie, sederende medicatie aan haar koffie was toegevoegd toen zij die opdronk.
- i De arts heeft met haar handelwijze patiënte de gelegenheid ontnomen van haar naasten afscheid te kunnen nemen.

- j De arts heeft verklaard dat door de dementie ook geen enkele conclusie was te verbinden aan een eventuele wilsuïting van patiënte vlak voordat het euthanaticum werd toegediend. Zij heeft voorts achteraf verklaard dat indien patiënte voorafgaand aan de uitvoering had gezegd dat zij niet dood wilde, zij ook de levensbeëindiging zou hebben uitgevoerd.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft primair een beroep gedaan op de niet-ontvankelijkheid van klaagster en subsidiair de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

Het beroep op niet-ontvankelijkheid

5.1 Volgens verweerster kan de Inspectie niet in haar klacht worden ontvangen. Verweerster stelt daartoe samengevat het volgende:

- i Er is sprake van samenloop van strafrecht en tuchtrecht. Voor zover de klacht méér omvat dan de klacht over *de uitvoering van de euthanasie* dient de Inspectie niet-ontvankelijk verklaard te worden. De andere aspecten van de euthanasie, met name de in deze zaak spelende vraag of het ging om een *vrijwillig en weloverwogen verzoek* hoort in het strafrechtelijk onderzoek thuis. Dit onderzoek loopt nog. Weliswaar is strafrechtelijke vervolging na een tuchtklacht mogelijk, maar dit zou om diverse redenen zeer onwenselijk zijn. Het bevremdt dat het handelen van de Inspectie en het OM niet op elkaar afgestemd lijkt te zijn. Bovendien is verweerster inmiddels met pensioen, zodat de Inspectie geen belang meer heeft.
- ii Er is sprake van willekeur.
- iii Er is sprake van *undue delay*.

5.2 Het beroep op niet-ontvankelijkheid wordt verworpen.

- i Het tuchtrecht richt zich op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het strafrecht richt zich op de (strafrechts)handhaving. Dit zijn wezenlijk verschillende dingen. De exclusieve taakverdeling tussen OM en Inspectie die verweerster voorstaat, vindt geen steun in het recht. Op grond van artikel 65 lid 1, aanhef en onder d, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is de Inspectie gerechtigd tot het indienen van een klacht mits het een aangelegenheid betreft die de Inspectie uit hoofde van de haar toevertrouwde belangen aangaat. De onderhavige klacht gaat over handelingen van verweerster in het kader van de individuele gezondheidszorg (ex artikel 47, eerste lid aanhef en onder a van de Wet BIG) en behoort onmiskenbaar tot de aan de Inspectie toevertrouwde belangen. De omstandigheid dat verweerster inmiddels met pensioen is, betekent niet dat het belang aan de klacht is ontvallen. Niet alleen is verweerster nog ingeschreven in het BIG-register en blijft zij als SCEN-arts werken, maar bovendien is er wel degelijk een (maatschappelijk) belang dat deze zaak (met ethische aspecten) wordt beoordeeld door de tuchtrechter. Overigens voorziet artikel 47 lid 4 Wet BIG in de mogelijkheid van tuchtrechtelijke toetsing van handelen van een beroepsbeoefenaar gedurende de tijd van inschrijving in het BIG-register (ook na uitschrijving en pensionering).

Prof. dr. G.A. den Hartogh

- ii Niet valt in te zien dat van willekeur sprake is bij de klacht in deze uitzonderlijk zaak van levensbeëindiging bij een zwaar demente patiënte, welke levensbeëindiging nota bene door de RTE op onderdelen als onzorgvuldig is bestempeld en mede daarom door de Inspectie aan het College is voorgelegd.
- iii De Inspectie heeft op goede gronden zelfstandig onderzoek gedaan, zij het dat niet alle feiten opnieuw zijn onderzocht. De termijn van ruim een jaar is niet zodanig lang dat hiermee het klachtrecht van de Inspectie is vervallen.

Inhoudelijke beoordeling van de klacht

5.3 Het meest vergaande verwijt van de Inspectie (in lijn met het oordeel van de RTE) betreft het verwijt dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseis van artikel 2, lid 1, aanhef en onder a, van de Wtl, inhoudende dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat sprake was van een *vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte*. Het College zal hierna spreken van klachtonderdeel 1.

Daarnaast wordt verweerster verweten dat de levensbeëindiging niet is uitgevoerd volgens de medische standaard (als bedoeld in artikel 2, lid 1, aanhef en onder f van de Wtl). Het College zal hierna spreken van klachtonderdeel 2.

5.4 Artikel 2, lid 1 en lid 2, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) luidt als volgt:

Lid 1:

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

Lid 2:

- 2 Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Beoordeling van klachtonderdeel 1

5.5 Dit klachtonderdeel wordt bestreken door de hiervóór in r.o. 3 vermelde sub-klachten a) tot en met e), h) en k-deels). Deze sub-klachten lenen zich voor gezamenlijke behande-

ling. De sub-klachten f) tot en met j) (behoudens h) en k-deels) zullen bij klachtonderdeel 2 worden besproken.

5.6 Zoals volgt uit artikel 2, lid 2 van de Wtl kan onder omstandigheden een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, een mondelinge wilsverklaring vervangen wanneer is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2, lid 1 van de Wtl. In deze zaak is niet in geschil dat er bij patiënte sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (eis b) en dat er geen redelijke andere oplossing was (eis d).

Voorts is uitgangspunt dat patiënte ten tijde van het tekenen van beide euthanasieverzoeken (met dementieclausule) wilsbekwaam was.

5.7 Aan het College is als klacht voorgelegd het niet voldoen aan eis a). Anders gezegd: *Was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek?*

5.8 Allereerst verdient opmerking dat vaststaat dat patiënte op het moment van de levensbeëindiging volledig wilsonbekwaam was. Zij was toen dus niet langer in staat om weloverwogen haar wil te vormen en te uiten. Dit betekent dat teruggegrepen moet worden naar haar schriftelijke euthanasieverklaringen met dementieclausule, zoals geciteerd in r.o. 2.4 en r.o. 2.7.

5.9 Niet voor betwisting vatbaar is dat patiënte daarin tot uitdrukking heeft gebracht dat zij niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen. Zij had dit met haar moeder meege maakt en vreselijk gevonden. Het probleem met deze euthanasieverklaringen is echter dat deze verklaringen tegenstrijdigheden bevatten ten aanzien van het moment waarop patiënte de levensbeëindiging uitgevoerd zou willen zien. Enerzijds lijkt het moment duidelijk 'wanneer patiënte in een verpleegtehuis voor demente bejaarden moet worden opgenomen', maar daar staat tegenover dat patiënte het moment waarop zij (in de terminologie van de eerste dementieverklaring) 'nog enigszins wilsbekwaam was' voorbij heeft laten gaan en toen geen 'vrijwillig' verzoek heeft gedaan. Hier komt bij dat de (van toepassing zijnde) tweede dementieverklaring inhoudt 'wanneer ik daar zelf de tijd rijp voor acht' en 'op mijn verzoek'. Hierin wordt dus nog een tijdselement en een persoonlijke keuze ingebouwd. Niet dus het moment van opname in een verpleeghuis is bepalend, maar het eigen (nog te uiten) verzoek van patiënte. De schriftelijke euthanasieverklaring, met dementieclausule, is dus niet eenduidig en bevat onduidelijkheden. Gelet op de onomkeerbaarheid van levensbeëindiging en de ethische aspecten die verbonden zijn aan het bewust beëindigen van het leven van een medemens, dient een schriftelijke euthanasieverklaring om deze te kunnen gebruiken niet voor meer uitleg vatbaar te zijn. Er is in beginsel geen ruimte voor interpretatie ervan. Dit betekent dat de euthanasieverklaring(en) in dit geval niet voldoen aan de eisen van artikel 2, lid 2 onder a. van de Wtl. Op deze basis had verweerster niet de overtuiging mogen krijgen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte om (op dat moment) tot levensbeëindiging over te gaan.

5.10 Overigens acht het College het niet volstrekt uitgesloten dat voormelde onduidelijkheid alsnog had kunnen worden weggenomen wanneer patiënte later (ondanks haar gevorderde dementie, maar volgens verweerster nog wel functionerend op emotioneel niveau) eenduidig, consequent en vasthoudend zou zijn geweest in haar (verbale en non-verbale) uitingen tot levensbeëindiging op dat moment (kort voorafgaande aan de feitelijke levensbeëindiging). Hiervan was bij patiënte echter geen sprake. Zij uitte zich blijkens voormeld feitenrelaas verbaal wisselend over een concrete doodwens. Ook haar non-ver-

bale gedrag was in dit opzicht niet steeds helder. Bij dit alles verdient bovendien opmerking dat interpretatie van uitingen bij een zwaar demente patiënt problematisch kan zijn. Het verwijt (sub-klacht k) dat verweerster ten onrechte heeft opgemerkt dat zij met de uitvoering van de levensbeëindiging zou zijn doorgegaan, ook al had de patiënte op dat moment gezegd niet te willen (omdat – aldus verweerster – aan een dergelijke wilsuiting van de demente patiënte geen betekenis meer kon worden toegekend) is gegrond. In zijn algemeenheid is deze opmerking van verweerster onjuist. Dit geldt zeker bij patiënte met haar ontoereikende euthanasieverklaring. Ook demente patiënten houden het recht om alsnog euthanasie te weigeren. Het College wijst in dit verband ook nog op de beleidslijn van de ‘Code of Practice’ 2015 en de Euthanasiecode 2018 (4.1 onder b), waarin is benadrukt dat wilsuitingen van een wilsonbekwame patiënt niet haaks mogen staan op de inhoud van de wilsverklaring. Dit betekent dat zelfs bij een toereikende wilsverklaring levensbeëindiging niet kan plaatsvinden wanneer de gedragingen/uitingen van patiënt nadien (nadat patiënt wilsonbekwaam is geworden) niet in lijn zijn met deze wilsverklaring.

5.11 Alles afwegend had verweerster onder deze omstandigheden onvoldoende basis om de overtuiging te mogen krijgen dat er bij patiënte sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging. Zeker lezing van de euthanasieverklaringen (die verweerster blijktens het verweerschrift pas eind maart 2016 onder ogen kreeg) in combinatie met de wisselende uitingen van patiënte, had tot terughoudendheid moeten leiden. Verweerster heeft tegenover de Inspectie en ter zitting verklaard dat patiënte het recht had om te sterven nu zij ondraaglijk leed, maar hiervoor is toch tenminste nodig een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte, waaruit ook helder en eenduidig blijkt op welk moment de euthanasie moet plaatsvinden. Een dergelijk verzoek was er niet. Het College is kortom van oordeel dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 2 juncto artikel 2 lid 1, aanhef en onder a van de Wtl. Klachtonderdeel 1 is gegrond.

Beoordeling van klachtonderdeel 2

5.12 Dit klachtonderdeel betreft de uitvoering van de levensbeëindiging.

Aan de sub-klachten van de Inspectie zijn de volgende verwijten te ontleen. Sub-klachten f) en g): Verweerster heeft het voornemen tot uitvoering van euthanasie nooit met patiënte besproken of trachten te bespreken. Sub-klacht i): Niet met patiënte is besproken dat sederende medicatie in de koffie was gedaan. Sub-klacht j): Patiënte heeft geen kans gehad afscheid te nemen van haar dierbaren. Sub-klacht k), voor zover hiervóór nog niet besproken: Verweerster heeft geen consequenties willen verbinden aan de reactie van patiënte bij de toediening van de middelen ter uitvoering van de levensbeëindiging.

Beoordeling van de sub-klachten f), g) en i)

5.13 Het College onderkent dat communicatie met patiënte op cognitief niveau niet meer tot de mogelijkheden behoorde. Dit betekent echter niet dat verweerster was ontslagen van de verplichting om ten minste te proberen om met patiënte te praten over het concrete voornemen om haar leven te beëindigen en daarbij een slaapmiddel in haar koffie te doen. Niet voor niets is het wettelijk uitgangspunt in de WGBO (artikelen 7:450 en 7:448 BW) en ook in de regelgeving rond dwangbehandeling en dwangmedicatie dat eerst geprobeerd moet worden om de toestemming van patiënt (passend bij zijn bevattingsvermogen) te

krijgen. Dat niet is uit te sluiten dat een patiënt in een dergelijk geval niet wil meewerken, is inderdaad een mogelijkheid. Afhankelijk van de aard van de reactie van de patiënt ontstaat dan een nieuwe situatie, die niet altijd maar soms wél moet leiden tot afstel van het voornemen tot levensbeëindiging. Hoewel dat wellicht onwenselijk is vanuit de optiek van (in dit geval) verweerster die het ondraaglijke en uitzichtloze lijden van patiënte wilde beëindigen, staat daar tegenover dat het uiteindelijk de patiënte is die het recht heeft om over haar eigen leven te beschikken. Dit recht raakt patiënte in beginsel niet kwijt wanneer zij dement wordt. Het College hecht er aan te benadrukken dat de euthanasieverklaring ook over dit aspect (de wijze van uitvoering) niets zegt en aan de arts dus geen richtsnoer biedt hoe te handelen in deze laatste fase. De betreffende sub-klachten zijn gegrond.

Beoordeling van sub-klacht j)

5.14 Deze sub-klacht wordt verworpen en heeft naast het voorgaande geen zelfstandige betekenis. De omstandigheid dat patiënte niet meer bewust afscheid heeft kunnen nemen van haar dierbaren hangt samen met haar vergaande dementie. De levensbeëindiging van patiënte heeft overigens wel plaatsgevonden in aanwezigheid van haar dierbaren.

Beoordeling van sub-klacht k), voor zover nog niet besproken

5.15 Omtrent het resterende onderdeel; sub-klacht k) overweegt het College verder als volgt. Aan verweerster kan worden toegegeven dat de reactie van patiënte een 'schrik'reactie of een fysieke reactie geweest kan zijn op het voelen van de prik (met midazolam) en/of de ingespoten middelen (met name de thiopental). Deze reactie hoeft niet te worden uitgelegd als een weigering van de levensbeëindiging. In deze zaak, die wordt gecompliceerd door al hetgeen hiervóór aan de orde is geweest, kan het College over dit aspect geen definitief uitsluitsel geven, althans niet vaststellen dat er geen sprake is geweest van louter een fysieke- of schrikreactie. Daarom zal dit klachtonderdeel worden afgewezen.

Slotsom

5.16 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het handelen van verweerster op de meeste klachtonderdelen de toets der kritiek niet kan doorstaan. Aldus heeft verweerster in strijd gehandeld met de zorg die zij ten opzichte van patiënte behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

5.17 Het College heeft zich uitvoerig beraden over de op te leggen maatregel. Ten gunste van verweerster geldt dat zij zich open en toetsbaar heeft opgesteld, dat zij uitgebreid onderzoek heeft gedaan bij deskundigen, de zorgomgeving en de familie en dat zij het belang van patiënte voor ogen heeft gehad door een einde te willen maken aan de situatie die patiënte niet had gewild. Daar staat tegenover dat zij hierin te ver is gegaan, zoals hiervoor is toegelicht. Onder deze omstandigheden zal het College volstaan met een berisping. Een verdergaande maatregel wordt niet nodig geacht, mede gelet ook op de omstandigheid dat er ook nog een strafrechtelijk onderzoek loopt.

5.18 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bekend worden gemaakt op de hierna te vermelden wijze.

Prof. dr. G.A. den Hartogh

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:
verklaart de klacht gegrond, met uitzondering van de subonderdelen j en k (deels);
legt op de maatregel van berisping;

bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.