

# **Euthanasie door de Levensindekliniek:**

*Is de euthanasiewet toereikend?*

**Naam:** Lianne van der Molen

**Studentnummer:** 348110

**Studiejaar:** 2012-2013

**Begeleider:** Prof. Mr. Dr. Martin Buijsen

**Meelezer:** Dr. Marleen de Mul

## Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het onderzoek naar de toereikendheid van de WTL voor het uitvoeren van euthanasie door de Levenseindekliniek. Deze scriptie heb ik geschreven ter afronding van mijn bachelor Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Mijn speciale dank gaat uit naar Steven Pleiter, de directeur van de Levenseindekliniek en mijn contactpersoon gedurende het scriptieonderzoek. Zonder zijn enthousiasme en betrokkenheid was het realiseren van mijn scriptie een stuk moeilijker geweest. Voorts dank ik de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek die betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van mijn scriptie. Door jullie openheid, eerlijkheid, flexibiliteit en enthousiasme heb ik het onderzoek voor mijn scriptie met heel veel plezier uitgevoerd.

Graag wil ik Prof. Mr. Dr. Martin Buijsen bedanken voor zijn kritische blik, interesse en betrokkenheid bij de totstandkoming van deze scriptie. Tevens bedank ik Dr. Marleen de Mul voor de tijd, aandacht en interesse die zij als mee-lezer in mijn scriptie heeft willen investeren.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn moeder, Ina van der Molen-Jager, voor iedere vorm van ondersteuning die ze mij heeft geboden. Ook op momenten dat ik zelf twijfelde aan mijn capaciteiten was zij één van de personen die het geloof in mij bleef houden. Het overlijden van mijn vader in 2011 heeft een behoorlijke impact op het verloop van mijn studie gehad. Zonder de dankbare afleiding van eenieder die veel voor mij betekent was het hele proces erg zwaar geweest. Mijn dank gaat uit naar iedereen die altijd heeft willen luisteren naar de bevindingen van mijn onderzoek en de moeilijkheden die ik tijdens het schrijven van de scriptie heb ervaren.

Lisanne van der Molen

Juni 2013

## Samenvatting

Bijna tien jaar na de invoering van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) is op 1 maart 2012 de Levenseindekliniek opgericht. De Levenseindekliniek is opgericht voor patiënten met een stervenswens die aan de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet voldoet, maar waarbij de behandelend (huis)arts geen euthanasie kan of wil uitvoeren. De oprichting en werkwijze van de Levenseindekliniek met ambulante teams leidt tot verschillende vormen van kritiek. De vraag die centraal staat is: *'In hoeverre is de huidige euthanasiewetgeving toereikend om verzoeken om euthanasie door de Levenseindekliniek uit te kunnen voeren?'*

Om de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek en diepte-interviews aan de hand van een topiclijst. De interviews zijn gehouden bij zes verpleegkundigen van de Levenseindekliniek, zes artsen van de Levenseindekliniek en een medisch ethicus.

De invoering van de WTL en de oprichting van de regionale toetsingscommissies euthanasie hebben ertoe geleid dat het beleid omtrent euthanasie beter te controleren en te toetsen is. De jurisprudentie die ten grondslag ligt aan de WTL wordt gekenmerkt door atypische en controversiële casuïstiek. Deze casuïstiek openbaart zich in de Levenseindekliniek door euthanasiewensen gekenmerkt door complexe somatische aard, complexe psychiatrische aard, dementie of 'voltooid leven'. Na beoordeling van een verzoek om euthanasie door een triage verpleegkundige, kan een casus worden toegewezen aan een ambulante team. Het ambulante team, bestaande uit een arts en verpleegkundige, voert meerdere langdurige gesprekken met de patiënt, de sociale omgeving van de patiënt en eventueel de behandelend (huis)arts van de patiënt. Gemiddeld worden er drie gesprekken van ruim een uur met de patiënt gevoerd, afhankelijk van de casuïstiek. Naar aanleiding van deze gesprekken wordt een SCEN-arts ter consultatie ingeschakeld, waarbij wordt beoordeeld of aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL is voldaan. De gemiddelde duur van aanmelding bij de Levenseindekliniek tot uitvoering van euthanasie door een arts van de Levenseindekliniek is 173 dagen.

Uit de diepte-interviews is gebleken dat in elk van de categorieën terecht verzoeken om euthanasie worden afgewezen. Een verzoek om euthanasie bij somatische ziekten en/of aandoeningen kan door de Levenseindekliniek niet gehonoreerd worden wanneer er sprake is van een lastig te diagnosticeren ziekte en/of aandoening. Hierbij kan het lijden niet

achterhaald worden en bestaat veel onduidelijkheid over een adequate behandeling. Psychiatrische casuïstiek wordt binnen de Levenseindekliniek voornamelijk afgewezen omdat er nog teveel reële behandelopties niet geprobeerd zijn door de patiënt. Psychiatrische ziektebeelden zijn lastig te duiden, waardoor het soms ook moeilijk is om de ondraaglijkheid van het lijden, de uitzichtloosheid van het lijden en de wilsbekwaamheid vast te stellen. Casuïstiek met dementie wordt door de Levenseindekliniek voornamelijk afgewezen wanneer de patiënt door dementie al wilsonbekwaam is geworden en het ambulante team geen getuige is geweest van de 'gezonde' persoon. Tot slot wordt casuïstiek met 'voltooid leven' door de Levenseindekliniek niet gehonoreerd indien er geen sprake is van een medisch classificeerbare aandoening.

De oplossing om meer verzoeken om euthanasie te kunnen honoreren is niet gelegen in een wijziging van de WTL. Om voor (huis)artsen meer mogelijk te maken ten aanzien van euthanasie moet er meer aandacht worden besteed aan kennis en scholing, het verwijzen naar collega's, eenduidig beleid van apothekers en SCEN-artsen en toetsing vooraf bij bijvoorbeeld casuïstiek met dementie. Op termijn kan dit alles er misschien toe leiden dat euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht geschrapt kan worden doordat toetsing binnen de beroepsgroep mogelijk wordt.

Ten aanzien van de centrale vraagstelling kan geconcludeerd worden dat de WTL toereikend is om euthanasieverzoeken door de Levenseindekliniek uit te laten voeren. Er zijn een aantal belangrijke aanbevelingen. Allereerst moeten normen die gehanteerd worden ten aanzien van behandelen, ondraaglijk lijden en uitzichtloos lijden binnen somatiek, psychiatrie, dementie en 'voltooid leven' beter uitgekristalliseerd worden. Ook verdient het een aanbeveling om een soortgelijk onderzoek steekproefsgewijs op grotere schaal uit te voeren onder artsen en eventueel verpleegkundigen die niet verbonden zijn aan de Levenseindekliniek.

## Summary

Almost ten years after the introduction of the Dutch euthanasia law, the Act Termination of Life on Request and Assisted Suicide, the end of life clinic (Levenseindekliniek) was established on 1 March 2012. The end of life clinic was founded for patients with a death wish that complies to the carefulness requirements of the euthanasia law, but where the attending practitioner cannot or will not perform euthanasia. The establishment and procedure of the end of life clinic with ambulant teams leads to various forms of criticism. The main question is: *'To what extent is the current euthanasia law sufficient to execute requests for euthanasia by the end of life clinic?'*

In order to answer the main question a literature review was used and in-depth interviews were held by using a topic list. The interviews were conducted with six nurses and practitioners from the end of life clinic and a medical ethicist.

The introduction of the euthanasia law and the establishment of the regional euthanasia review committees have led to a better check and control of the euthanasia policy. The law, which is based on the jurisprudence, is characterized by atypical and controversial casuistry. This casuistry is revealed in the end of life clinic by a death wish characterized by a complex somatic nature, complex psychiatric nature, dementia or 'completed life'. After assessing a request for euthanasia by a triage nurse, a case can be assigned to an ambulant team. The ambulant team consisting of a practitioner and a nurse, conducts several lengthy conversations with the patient, the patient's social environment and possibly the attending practitioner. Depending on the casuistry, there will be an average of three interviews with the patient for over an hour. Based on these interviews, a SCEN-physician will be consulted to assess whether the carefulness requirements of the euthanasia law are guaranteed. The average duration from registration at the end of life clinic until performing euthanasia by a practitioner of the end of life clinic is 173 days.

The in-depth interviews revealed that in each of the categories requests for euthanasia are rightly rejected. A request for euthanasia in case of somatic diseases cannot be honoured by the end of life clinic when the disease or disorder is difficult to diagnose. The indicator of suffering cannot be determined and there is much uncertainty about an appropriate treatment. Psychiatric casuistry is rejected by the end of life clinic mainly because too many real treatment options have not been tried by the patient. Psychiatric syndromes are difficult to interpret, which makes it very hard to determine the unbearableness and despair of

suffering and the mental competence. Casuistry with dementia is mostly rejected in case the patient has become mentally incompetent and the ambulant team has not witnessed the 'healthy' person. Finally, casuistry with 'completed life' will not be honoured when there is no medically classifiable disease or disorder.

The solution to honour more requests for euthanasia cannot be found in a modification of the euthanasia law. In order to create more options for practitioners with regard to euthanasia, more attention should be paid to knowledge and training, referring to colleagues, unambiguous policy from SCEN-physicians and pharmacists. Also another option is review in advance, for example in case of dementia casuistry. In time, all this may lead to a removal of euthanasia from the Penal Code because verification is possible within the profession.

With regard to the central question it can be concluded that the euthanasia law is sufficient to execute requests for euthanasia by the end of life clinic. A number of important recommendations can be made. First of all, standards regarding treatment, unbearable and hopeless suffering should be better crystallized within somatic, psychiatric, dementia and 'completed life'. Also, it is a recommendation to perform a random similar study on a larger scale among practitioners and nurses who are not affiliated with the end of life clinic.

# Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	8
1.1 Introductie.....	8
1.2 Aanleiding.....	9
1.3 Vraagstelling.....	9
1.4 Leeswijzer.....	10
2. Theoretisch kader.....	11
2.1 Dood en doodgaan.....	11
2.2 Morele beginselen euthanasie.....	11
2.3 Perspectieven op euthanasie.....	13
3. Onderzoeksopzet.....	14
3.1 Dataverzameling en analyse.....	14
3.2 Validiteit en betrouwbaarheid.....	15
4. Ontwikkelingen euthanasiebeleid.....	16
4.1 Het begrip euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde.....	16
4.2 Periode voor invoering van de WTL.....	17
4.2.1 Wetboek van Strafrecht.....	17
4.2.2 Oprichting NVVE.....	18
4.2.3 Initiatief wetsvoorstel en rapport Staatscommissie Euthanasie.....	18
4.2.4 Pil van Drion.....	20
4.2.5 Regionale toetsingscommissies euthanasie.....	20
4.3 Invoering WTL.....	21
4.3.1 Vrijwillig en weloverwogen verzoek.....	21
4.3.2 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden.....	22
4.3.5 Consultatie.....	23
4.4 Periode na invoering van de WTL.....	23
4.4.1 Commissie Dijkhuis.....	23
4.4.2 Evaluaties WTL.....	24
4.4.3 Opvattingen voltooid leven.....	25
4.4.4 KNMG standpunt zelfgekozen levenseinde.....	26
4.5 De Levenseindekliniek.....	27
4.5.1 Aanmelding.....	28
4.5.2 Inzetten ambulant team.....	30
4.5.3 Uitvoering.....	31
4.6 Jurisprudentie.....	31

4.6.1 Eindhovense arts.....	32
4.6.2 Postma.....	32
4.6.3 Schoonheim.....	33
4.6.4 Chabot.....	34
4.6.5 Brongersma.....	34
4.6.6 Diep demente patiënte.....	35
5. Resultaten.....	37
5.1 Afwijzing verzoeken door de Levenseindekliniek.....	37
5.1.1 Afwijzing op grond van niet wettelijke criteria.....	37
5.1.2 Afwijzing op grond van wettelijke criteria.....	37
5.1.2.1 Somatiek.....	38
5.1.2.2 Psychiatrie.....	40
5.1.2.3 Dementie.....	42
5.1.2.4 Geen medische grond.....	44
5.2 Wijziging kaders euthanasie.....	45
5.2.1 Wijzigingen ten aanzien van het wettelijke kader.....	46
5.2.1.1 Wetboek van Strafrecht.....	46
5.2.1.2 Uitvoering euthanasie.....	47
5.2.1.3 Recht versus plicht.....	47
5.2.1.4 Verwijzen.....	48
5.2.1.5 Jurisprudentie en toetsing.....	49
5.2.2 Wijzigingen buiten het wettelijke kader.....	50
5.2.2.1 Werkzaamheden in de Levenseindekliniek.....	50
5.2.2.2 Functie SCEN-arts.....	50
5.2.2.3 Functie apothekers.....	51
5.2.2.4 Opleiding en scholing.....	51
6. Conclusie.....	53
7. Discussie.....	56
7.1 Werkwijze Levenseindekliniek.....	56
7.2 Verwijzen.....	57
7.3 Zelfbeschikkingsrecht.....	58
7.4 Euthanasie bij dementie.....	59
7.5 Evaluatie onderzoek.....	60
Bronnen.....	61



# 1. Inleiding

In het inleidende hoofdstuk wordt het onderwerp van de bachelorscriptie, euthanasie en hulp bij zelfdoding door de Levenseindekliniek, kort geïntroduceerd. Verder wordt de aanleiding voor het onderzoek beschreven en wordt de vraagstelling van de bachelorscriptie weergegeven. Tot slot is een leeswijzer toegevoegd waarbij de opbouw wordt geschetst.

De term euthanasie wordt gebruikt als synoniem van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, zoals bepaald in de WTL. Wanneer gesproken wordt over euthanasie, dan moet dit benaderd worden vanuit de brede zin van het woord.

## 1.1 Introductie

Euthanasie is al jaren onderwerp van discussie. Het beëindigen van een leven door euthanasie of hulp bij zelfdoding is in Nederland strafbaar op grond van artikel 293 Wetboek van Strafrecht en artikel 294 Wetboek van Strafrecht, tenzij wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen gesteld in de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). Het aantal gemelde gevallen van euthanasie bij de regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) ligt in 2011 op 3695 gevallen. In 2011 zijn echter ongeveer 9100 verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding bij de arts gedaan (jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2011). In de praktijk blijkt er een wezenlijk verschil te zijn tussen het aantal verzoeken om euthanasie waarbij aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan en het aantal uitgevoerde verzoeken om euthanasie.

De discussie omtrent euthanasie werd nieuw leven in geblazen met het idee om de Levenseindekliniek op te richten. Petra de Jong, directeur NVVE en initiatiefneemster van de Levenseindekliniek, schetst in november 2011 in Medisch Contact de noodzaak van de oprichting van de Levenseindekliniek. De behoefte aan de Levenseindekliniek is groot omdat er sprake is van een groot aantal patiënten die geen gehoor krijgt bij de eigen arts voor euthanasie, maar wel voldoen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen (de Jong 2011). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ziet geen principiële bezwaren tegen de oprichting van de Levenseindekliniek (van Venrooij 2011).

De Levenseindekliniek krijgt echter kritiek te verduren. Allereerst is de KNMG van mening dat de oprichting van de Levenseindekliniek onwenselijk is. De Levenseindekliniek zou een onterechte verwachting van een recht op euthanasie kunnen wekken. Tevens zou de Levenseindekliniek een tunnelvisie hanteren waarin de dood de enige uitkomst is (KNMG 2011a). Door verschillende ethici en juristen wordt getwijfeld aan de oprichting van de Levenseindekliniek. De professionele standaarden en de medische zorgvuldige

besluitvorming zou in het nauw komen door een Levensindekliniek, omdat er enkel een focus is op levensbeëindiging (den Hartogh 2011).

Ook na de oprichting van de Levensindekliniek op 1 maart 2012 doet een uitzending van het televisieprogramma Nieuwsuur op 6 februari 2013 het nodige stof opwaaien. Bij het schetsen van het euthanasieproces van een MS-patiënt veronderstelt de verpleeghuisarts dat de Levensindekliniek geen band zou kunnen opbouwen met de patiënt. De arts van de Levensindekliniek stelt in de aflevering van Nieuwsuur op 6 februari 2013 dat er geen termijn gesteld kan worden voor het opbouwen van een band met de patiënt. Tevens vraagt de arts van de Levensindekliniek zich af of een behandelend arts de tijd heeft om gesprekken van ruim een uur met de patiënt te voeren, enkel ten aanzien van de euthanasiewens.

## **1.2 Aanleiding**

De motivering voor het onderwerp euthanasie wordt enerzijds gevormd door een jarenlang bestaande interesse in jurisprudentie en literatuur betreffende dit onderwerp. Euthanasie en hulp bij zelfdoding heeft raakvlakken met meerdere dynamische disciplines, waarbij voornamelijk geneeskunde, ethiek en juridisch aspecten de boventoon voeren. Anderzijds komt de motivatie voort uit de confrontatie met het onderwerp in een persoonlijke situatie. Bij deze eigen ervaring kwamen de dilemma's waar een arts voor staat duidelijk naar voren. Tijdens het vak gezondheidsrecht van de studie Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg speelde meerdere malen de vraag of het mogelijk is dat een patiënt met een reëel euthanasieverzoek geweigerd wordt door de arts, zonder dat de patiënt perspectief wordt geboden. De oprichting en werkwijze van de Levensindekliniek hebben, zo blijkt uit de introductie, geleid tot veel discussie. De interesse in het onderwerp, het opstarten van de Levensindekliniek en de uitgebreide discussies over de Levensindekliniek hebben geleid tot de vraagstelling van de bachelorscriptie.

## **1.3 Vraagstelling**

Om het onderzoek naar de toereikendheid van de WTL voor de uitvoering van euthanasie door de Levensindekliniek vorm te kunnen geven zijn een aantal vragen geformuleerd. De centrale vraagstelling van de scriptie luidt:

*'In hoeverre is de huidige euthanasiewetgeving toereikend om verzoeken om euthanasie door de Levensindekliniek uit te kunnen voeren?'*

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden zijn deelvragen geformuleerd aan de hand waarvan het onderzoek is uitgevoerd:

1. Welke ontwikkelingen zijn leidend voor het euthanasiebeleid in Nederland?
2. Hoe is de werkwijze van de Levensindekliniek?
3. Waarom worden bepaalde verzoeken om euthanasie door de Levensindekliniek afgewezen?
4. Wat zou er volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek met de wet moeten gebeuren om bepaalde verzoeken om euthanasie wel te kunnen honoreren?

#### **1.4 Leeswijzer**

Het theoretische kader van de scriptie is uitgewerkt in hoofdstuk 2. Vervolgens is in hoofdstuk 3 de onderzoeksopzet uiteengezet. Hoofdstuk 4, ontwikkelingen van het euthanasiebeleid, bevat het resultaat van het literatuuronderzoek. Hoofdstuk 5 omvat de resultaten van de diepte-interviews, uitgewerkt in paragrafen. Vervolgens bevat hoofdstuk 6 de conclusie, waarin antwoord wordt gegeven op de deelvragen en de centrale vraagstelling. Na de conclusie volgt in hoofdstuk 7 de discussie, waarin het onderzoek kritisch bekeken wordt in het licht van verschillende wetenschappelijke theorieën en waarin een evaluatie van het onderzoek wordt gegeven. Tot slot zijn de bronnen bijgevoegd.

## **2. Theoretisch kader**

In dit theoretisch kader worden relevante begrippen en theorieën omtrent euthanasie uitgewerkt. Allereerst betreft dit concepten dood en doodgaan in paragraaf 1 en de morele beginselen van euthanasie in paragraaf 2. Vervolgens zullen in paragraaf 3 verschillende perspectieven op euthanasie worden weergegeven.

### **2.1 Dood en doodgaan**

De dood is een probleem dat ieder individu onder ogen moet zien. Vanuit sociologisch perspectief zijn er twee problemen met betrekking tot de dood. Allereerst wordt de dood als bedreiging gezien voor sociale structuren. Daarnaast wordt de individuele bestaanszekerheid geschokt door de dood. Beleving van de dood wordt beïnvloed door een verandering in de levensverwachting en het ziektepatroon (Seale 2010).

De grondslag van het bewustzijn van de dood vindt zijn oorsprong bij de Grounded Theory van Glaser en Strauss, waarbij de dood bekeken wordt vanuit het hedendaags socialistisch denken met een uitgebreide theorieconstructie op basis van data. Het constructieve bewustzijn van de dood bestaat uit vier verschillende contexten: gesloten (closed), achterdocht (suspicion), 'schijn' (pretense) en open (open). Deze contexten zijn gebaseerd op verschillende waarnemingen binnen een institutionele setting waarbinnen mensen kunnen overlijden (Glaser en Strauss 2005).

Afgeleid van de contexten van Glaser en Strauss heeft Seale een viertal culturele stervensscripts benoemd. Allereerst is er het medisch script waarbij de dood medische definities volgt, zich in het ziekenhuis voltrekt en zichtbaar is op monitoren. Ten tweede is er het revivalistische script waarbij de stervende persoon als centrale actor in beeld wordt gebracht, met een leidende rol in een hospice. Het revivalistische script verzet zich tegen het medische script en veronderstelt dat een individu persoonlijke groei kan doormaken tijdens het stervensproces. Daarnaast is er het anti-revivalistische script waarbij een anti-medische opvatting wordt gebruikt: er is een grote afkeer van bemoeienis van buitenaf, waarbij een individu geen kennis wil hebben over diagnose en prognose. Tot slot is er het religieuze script waarbij eerbied voor het leven centraal staat. Het religieuze script wordt ook wel gezien als een metascript (Seale 2010).

### **2.2 Morele beginselen euthanasie**

Rechtvaardiging van euthanasie vindt voornamelijk plaats op grond van zelfbeschikking en/of barmhartigheid. Er is echter ook een rol weggelegd voor beginselen als beschermwaardigheid van het leven en (persoonlijke) waardigheid. Het uitgangspunt van

zelfbeschikking bij euthanasie betreft een individu die vrij is bij leven, maar ook vrij wil zijn om zelf te beschikken over de dood. Onder zelfbeschikking valt ook het respecteren van de wens van een wilsbekwame patiënt. Zelfbeschikking wordt in juridische zin beschouwd als een individueel vrijheidsrecht, een afweerrecht. Het komt erop neer dat een patiënt het recht heeft om iets te weigeren. Euthanasie mag alleen worden uitgevoerd als er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek door de patiënt, een uiting van zelfbeschikking. Het zelfbeschikkingsrecht kan echter niet leiden tot een plicht voor een ander om euthanasie uit te voeren (den Hartogh 2007, Pans 2006).

Een ander belangrijk vereiste voor het toepassen van euthanasie is dat er sprake moet zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, een uitvloeisel van het beginsel van barmhartigheid. Het beginsel van barmhartigheid roept de arts op een einde te maken aan het lijden van de patiënt. Hiertoe beoordeelt de arts de uitzichtloosheid van het lijden en de mate van invoelbaarheid van het ondraaglijk lijden. Bij de beoordeling van uitzichtloosheid en ondraaglijkheid lopen objectieve en subjectieve elementen door elkaar. De invoelbaarheid van de ondraaglijkheid van het lijden wordt gezien als een medisch professioneel oordeel, terwijl bij het vaststellen van de uitzichtloosheid mogelijke alternatieve behandelingen een rol spelen. De uitzichtloosheid van het lijden laat ruimte voor verschillen tussen individuele patiënten (den Hartogh 1996, Pans 2006).

Het beginsel van beschermwaardigheid van het leven staat tegenover het beginsel van barmhartigheid. Beschermwaardigheid omvat het recht op leven en de waarde van het leven. Een arts dient in de afweging twee dimensies van de beschermwaardigheid van het leven mee te nemen. Enerzijds betreft dit het belang van de individuele persoon bij het leven, anderzijds belicht de collectieve zijde de algemene notie van eerbied voor het menselijke leven. De beschermwaardigheid van het leven komt tot uiting in de zorgvuldigheidseisen in de WTL en de strafbaarstelling in het Wetboek van Strafrecht. Euthanasie geldt hierbij niet als normaal medisch handelen, maar als een uitzonderlijke daad (Pans 2006).

Een laatste beginsel betreft de persoonlijke waardigheid. De persoonlijke waardigheid is een factor bij de afweging van het ondraaglijk lijden, maar kan niet dienen als vervanging voor het ondraaglijk lijden. Het verlies van persoonlijke waardigheid op zich is geen zelfstandige grond voor euthanasie. Het begrip menselijke waardigheid laat zich niet makkelijk definiëren, maar in ieder geval heeft menselijke waardigheid in de kern betrekking op de meest basale belangen van een individu. Een cruciale factor van individuele waardigheid is afhankelijkheid. Het aanpassen aan een grote verandering hoeft echter niet te leiden tot een onwaardig leven, dit is zeer individueel bepaald (Pans 2006).

Het pleidooi van de NVVE en andere belangenorganisaties is gericht op het zelfbeschikkingsrecht van individuen, terwijl de euthanasiewetgeving gestoeld is op barmhartigheid. Bij de WTL heeft het zelfbeschikkingsrecht de rol van randvoorwaarde, maar

niet de rol van fundamenteel rechtvaardigingsgrond. De plicht van een arts om het ondraaglijk en uitzichtloos lijden te verlichten (barmhartigheid) en een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt (zelfbeschikking) moeten samen zwaarder wegen dan de plicht van de arts tot het behoud van het leven. Voor de arts bestaat hiertoe een aanzienlijk ruimte om persoonlijk factoren en individuele beleving van het ondraaglijk lijden mee te wegen. Er is geen sprake van een afdwingbaar recht op euthanasie (Pans 2006).

### **2.3 Perspectieven op euthanasie**

Beslissingen over euthanasie leiden met regelmaat tot verschillen in inzichten en perceptie tussen partijen. Het betreft hier voornamelijk verschillen tussen medici en juristen. De eensgezindheid in het classificeren van medische handelingen rond het levenseinde ontbreekt (den Hartogh 2006).

Medici laten in de besluitvorming niet alleen objectieve medische overwegingen een rol spelen, maar ook persoonlijke opvattingen over dood en sterven. Er zijn drie categorieën die de intenties van medici kunnen weergeven: een handeling met het uitdrukkelijke doel om het levenseinde te bespoedigen, een handeling mede met het doel om het levenseinde te bespoedigen en een handeling rekening houdend met de waarschijnlijkheid dat daardoor het levenseinde wordt bespoedigd. Hier worden vraagtekens bij gezet. Er kan niet of nauwelijks aangetoond worden dat de intentie van een medicus ook daadwerkelijk leidt tot een handeling. De focus moet niet zozeer alleen liggen op de intentie, maar ook op de inhoud van het medisch handelen (Legemaate 2006).

De juridische conceptualisering van uitvoering van euthanasie betreft het toedienen van een middel met direct de dood tot gevolg. De juridische grondslag is te vinden in artikel 293 en artikel 294 Wetboek van Strafrecht. Hierbij bestaat de mogelijkheid om (ongevraagde) levensbeëindiging te zien als moord, terwijl er voor medici sprake is van stervensbegeleiding (Legemaate 2006).

De spanning tussen de medische werkelijkheid en de juridische werkelijkheid is hardnekkig. Allereerst zou er een verheldering moeten komen over stervensbegeleiding en levensbeëindigend handelen. Daarnaast is het een mogelijkheid om de oplossing niet te zoeken in formele regimes die de uitvoering bewaken, maar in een accentuering van de specifieke omstandigheden van een geval met betrekking tot de straftoemeting. Tevens wordt er door bepaalde partijen gepleit voor een herziening van het Wetboek van Strafrecht, waarin een aparte bepaling moet worden opgenomen voor levensbeëindigend handelen zonder verzoek. Tot slot is er winst te behalen in de arts-patiënt relatie. Op het moment dat de patiënt nog goed aanspreekbaar is, is het voor de arts aan te raden om al duidelijk in beeld te hebben wat de patiënt wel en niet wil (Legemaate 2006).

### **3. Onderzoeksopzet**

Dit hoofdstuk beschrijft welke onderzoeksmethoden bij het onderzoek zijn gehanteerd, hoe en welke respondenten zijn benaderd, de analyse van de onderzoeksresultaten, de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

#### **3.1 Dataverzameling en analyse**

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. De eerste onderzoeksmethode die gehanteerd is om een antwoord te kunnen geven op de probleemstelling en deelvragen is literatuuronderzoek. Het literatuuronderzoek wordt gekenmerkt door een analyse van de geschiedenis ten aanzien van het euthanasiebeleid en relevante jurisprudentie, de WTL en de evaluaties van de WTL en van andere relevante wetenschappelijke literatuur. Hierbij is onder andere gebruik gemaakt van artikelen over euthanasie van 2006-2011 in Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. Enkele gebruikte artikelen zijn afkomstig uit eerdere publicaties, maar zijn omwille van de relevantie gebruikt. Tevens zijn de jaarverslagen over de periode 2007 tot en met 2011 van de regionale toetsingscommissies euthanasie bestudeerd. Met behulp van het literatuuronderzoek is getracht een beeld te schetsen over ontwikkelingen van het euthanasiebeleid.

Naast het literatuuronderzoek is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarbij diepte-interviews hebben plaatsgevonden. Voordat deze interviews konden plaatsvinden is er uitvoerig contact geweest met de contactpersoon binnen de Levensindekliniek, die uiteindelijk het onderzoek geïntroduceerd heeft bij de geïnterviewden. De geïnterviewden zijn geselecteerd op grond van ervaring met euthanasie binnen de ambulante teams van de Levensindekliniek. De semigestructureerde interviews zijn gevoerd aan de hand van een topiclijst, waar onderwerpen als afwijzing, verandering van kaders en knelpunten aan bod zijn gekomen. Binnen de Levensindekliniek zijn zes artsen geïnterviewd. Het betreft huisartsen, verpleeghuisartsen en een psychiater. De duur van de interviews varieert van ongeveer 45 minuten tot anderhalf uur. Ook zijn zes verpleegkundigen geïnterviewd, waarvan drie de rol van triage verpleegkundige vervullen. De duur van de interviews varieert van ongeveer 35 minuten tot één uur en tien minuten. Om de ethische invalshoek omtrent euthanasie te belichten is een anderhalf uur durend interview met een medisch ethicus gehouden, tevens plaatsvervangend medisch ethicus in één van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Met behulp van de diepte-interviews is getracht om antwoorden te vinden betreffende de redenen van afwijzing, knelpunten en suggesties ten aanzien van de kaders.

De interviews zijn opgenomen en na afloop getranscribeerd. De analyse is uitgevoerd aan de hand van het open coderen van fragmenten. Alle interviews zijn zorgvuldig geanalyseerd en in fragmenten verdeeld. De fragmenten hebben elk een thema gekregen in een codeerschema en zijn gekoppeld aan bruikbare informatie en citaten. Aan de hand van het codeerschema en de citaten zijn de empirische vragen beantwoord.

### **3.2 Validiteit en betrouwbaarheid**

Om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te kunnen waarborgen zijn in totaal dertien diepte-interviews gehouden. Om enige diepgang te creëren zijn de diepte-interviews gehouden met behulp van een topiclijst en is getracht zo goed mogelijk door te vragen op antwoorden van respondenten. De interne validiteit en/of de geloofwaardigheid van het onderzoek is getracht te vergroten met behulp van member checks, waarbij aan de respondenten van de Levensindekliniek de resultaten van het onderzoek zijn voorgelegd. Daarnaast vindt binnen dit onderzoek triangulatie plaats. Met behulp van triangulatie wordt onderzoek gedaan vanuit verschillende invalshoeken. Bij dit onderzoek is datatriangulatie toegepast door middel van de combinatie van literatuuronderzoek en diepte-interviews. Tevens zijn de resultaten van het onderzoek aan bod gekomen tijdens een gesprek met de contactpersoon van de Levensindekliniek (Mortelmans 2011).

Met behulp van de externe validiteit wordt getracht de resultaten te generaliseren. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van theoretische generaliseerbaarheid doordat de resultaten uit de Levensindekliniek naar bredere theoretische principes getrokken werden (Mortelmans 2011).

De interne betrouwbaarheid kan gegarandeerd worden door te werken in teams van onderzoekers of door externen toegang te geven tot het basismateriaal. Het onderzoek bij de Levensindekliniek is zelfstandig uitgevoerd en in verband met een geheimhoudingsplicht is er geen mogelijkheid geweest om het materiaal met andere onderzoekers te delen. Om de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek te kunnen garanderen zijn onderzoeksresultaten naast elkaar gelegd om overeenkomsten te vinden, zodat deze konden leiden tot bepaalde concepten die verder zijn uitgewerkt (Mortelmans 2011).

Met behulp van de externe betrouwbaarheid wordt getracht een beeld te vormen over de replicerbaarheid van het onderzoek. De externe betrouwbaarheid van het onderzoek is moeilijker te garanderen, maar met behulp van zelfreflectie is getracht om deze te waarborgen. Met behulp van zelfreflectie wordt duidelijkheid over de rol van de onderzoeker gecreëerd. Allereerst zijn hierbij de eigen visies en interpretaties uitgeschreven en gearchiveerd. Na de dataverzameling zijn de resultaten vergeleken met de eigen visies en interpretaties (Mortelmans 2011).



## 4. Ontwikkelingen euthanasiebeleid

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen weergegeven die bepalend zijn voor het euthanasiebeleid in Nederland. Voordat de ontwikkelingen in verschillende fasen worden uiteengezet, zal er een begripsverheldering omtrent euthanasie plaatsvinden. Tevens wordt er aandacht besteed aan de werkwijze van de Levenseindekliniek en wordt met behulp van jurisprudentie de ontwikkeling omtrent het euthanasiebeleid in kaart gebracht.

### 4.1 Het begrip euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde

Definities van euthanasie zijn in de loop der jaren veranderd. Het begrip euthanasie kan verschillende ladingen hebben en er komt vaak een morele beoordeling in naar voren (ten Have & van Leeuwen 2006). De Gezondheidsraad kwam in 1972 met de eerste definitie van euthanasie: 'een opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang'. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen actieve euthanasie (handelen) en passieve euthanasie (nalaten). De tweede definitie was van Sporken (1977): 'helpen een goede dood te sterven door opzettelijke verkorting van het stervensproces'. Een derde definitie was afkomstig van de Gezondheidsraad in 1982: 'handelingen die beogen opzettelijk het leven van een ander op diens verzoek of in diens belang te beëindigen of verkorten'. Hierbij was geen rol meer weggelegd voor passieve euthanasie. De laatste en meest gangbare definitie is gegeven door de Staatscommissie Euthanasie (1985): 'het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek'. De morele beoordeling in de eerste definitie berust op het feit dat het belang van de patiënt voorop moet staan. Voor de derde definitie is het verzoek van de patiënt ook van belang. Tot slot noemt de laatste definitie enkel het verzoek van de patiënt (ten Have & van Leeuwen 2006).

Er is sprake van hulp bij zelfdoding als een ander opzettelijk behulpzaam is bij zelfdoding of de middelen daartoe verschaft. Hulp bij zelfdoding valt, net als euthanasie, onder de WTL. Echter, er zijn ook beslissingen rond het levenseinde die buiten het gebied van de WTL vallen. Het betreft beslissingen als palliatieve sedatie, abstineren en auto-euthanasie. Bij palliatieve sedatie wordt het bewustzijn van de patiënt opzettelijk verlaagd om niet behandelbaar lijden te verlichten, zonder dat het handelen gericht is op levensbehoud (KNMG 2009). Onder abstineren wordt verstaan het stoppen met de behandeling (Hermans & Buijsen 2010). Ook bestaat er de mogelijkheid auto-euthanasie. Hierbij neemt een individu zelfstandig, zonder directe hulp van een arts, zelfverzamelde medicatie in of stopt met eten en drinken tot de dood volgt. Het kiezen voor stoppen met eten en drinken tot de dood volgt wordt versterven genoemd (Chabot 2007).

## **4.2 Periode voor invoering van de WTL**

De eerste ontwikkelingen op het gebied van euthanasie en hulp bij zelfdoding stammen uit 1886, bij het vaststellen van een strafrechtelijk kader. Vervolgens wordt er in de periode tot de Tweede Wereldoorlog nauwelijks gereflecteerd op euthanasie. Na de Tweede Wereldoorlog wordt de discussie gedomineerd door de verschillende betekenissen die het begrip euthanasie krijgt, waarbij voornamelijk de scheiding tussen actieve en passieve euthanasie duidelijk aanwezig is. Actieve euthanasie wordt tot die periode scherp veroordeeld door de meeste medici, ethici en juristen (Weyers 2004).

Vanaf de jaren '70 wordt actieve euthanasie aanvaardbaar door een veranderende opvatting over medische ethiek. Kenmerkend is dat levensbeëindiging nauwelijks in verband wordt gebracht met individuele zelfbeschikking, maar meer met de barmhartigheid van de arts. Naar aanleiding van de zaken Postma (1973), Schoonheim (1984) en Chabot (1994) wordt de discussie beheerst door thema's als zelfbeschikking, aanpassing van artikel 293 Wetboek van Strafrecht, euthanasie bij wilsonbekwamen en discussies over zorgvuldigheidseisen (Weyers 2004, Leenen & Gevers 2007). Naast een beschrijving van de relevante artikelen in het Wetboek van Strafrecht worden ook leidende thema's als de oprichting van de NVVE, de pil van Drion en de toetsingscommissies euthanasie behandeld.

### **4.2.1 Wetboek van Strafrecht**

De eerste vastlegging van euthanasie en hulp bij zelfdoding in het recht stamt uit 1886, toen het Wetboek van Strafrecht met artikel 293 en artikel 294 tot stand kwam. Het Wetboek van Strafrecht voorziet in de strafuitsluitingsgrond overmacht. Er worden twee vormen van overmacht onderscheiden. Allereerst is er overmacht in de zin van noodtoestand waarbij een conflict van plichten bestaat. In het geval van overmacht in de zin van noodtoestand beroept de arts zich op enerzijds de plicht tot behoud van het leven, maar anderzijds het verbod tot onmenselijke behandeling. Daarnaast bestaat overmacht in de zin van gewetensdrang. Hierbij stelt de arts dat er een dwangpositie is, waarbij niet anders dan levensbeëindigend gehandeld kan worden. Een arts kan zich ook beroepen op medische exceptie of het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid. Er is sprake van medische exceptie als het handelen van een arts niet strafbaar is, wanneer de op zich strafbare gedraging ook niet strafbaar is. Dit is het geval wanneer de gedraging medisch noodzakelijk is of vanuit medische hulpverlening dringend wenselijk is. Kenmerkend aan het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid is het feit dat een arts toegeeft een strafbaar feit te hebben gepleegd, om een door de wetgever beoogd doel te kunnen beschermen. Een bewuste gedraging wordt daarbij gezien als een correct middel om een doel te bereiken (Hermans & Buijsen 2010).

Artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht bestaat uit:

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

Artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht bestaat uit:

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

#### **4.2.2 Oprichting NVVE**

Na de rechtszaak tegen huisarts Postma wordt de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) in 1973 opgericht. De NVVE heeft als doel om euthanasie sociaal te aanvaarden en daaruit voortvloeiend te legaliseren. Het doel wordt door de NVVE getracht te bereiken door voorbereiding van de patiënt in de vorm van een vrijwillige euthanasiegedachte en formulering van een levenstestament ofwel euthanasieverklaring. Om dit mogelijk te maken wordt er voorlichting gegeven, wordt onderzoek gedaan en worden ontwikkelingen in het buitenland gevolgd (Weyers 2004).

#### **4.2.3 Initiatief wetsvoorstel en rapport Staatscommissie Euthanasie**

In april 1984 wordt door Wessel-Tuinstra, Tweede Kamerlid D66, een initiatiefwetsvoorstel ingediend. Euthanasie door een arts, uitgevoerd met zorgvuldigheidseisen afgeleid uit jurisprudentie, moet niet langer strafbaar zijn. Het verzoek van de patiënt staat voorop. De uitgangspunten voor het initiatiefwetsvoorstel zijn: beschermwaardigheid van het leven, humanisering van het sterven en zelfbeschikkingsrecht onder bepaalde omstandigheden. In het initiatiefwetsvoorstel wordt voorgesteld om zorgvuldige hulpverlening te laten gelden als het criterium voor een strafuitsluitingsgrond voor het handelen dat onder artikel 293 lid 1 en artikel 294 lid 2 Wetboek van Strafrecht valt. Zorgvuldige hulpverlening is op zich geen

strafuitsluitingsgrond, maar wel als er zorgvuldige hulpverlening plaatsvindt bij iemand die in de stervensfase zit of aan iemand die ondraaglijk lijdt. Volgens Wessel-Tuinstra kan dit aan de jurisprudentie ontleend worden (Weyers 2004).

In het voorstel wordt de strafuitsluitingsgrond geformuleerd in artikel 293 lid 2 Wetboek van Strafrecht. Vervolgens worden in artikel 293 lid 3 Wetboek van Strafrecht de zorgvuldigheidseisen opgenomen: er is een vrijwillig en weloverwogen verzoek, de arts heeft overtuiging dat de patiënt zich in de genoemde situatie bevindt, de arts voldoet aan het raadplegen van een onafhankelijke arts, de arts houdt een verslag bij en stelt een naar waarheid verklaring van overlijden op. Artikel 294 Wetboek van Strafrecht wordt zodanig aangepast dat het in overeenkomst is met artikel 293 Wetboek van Strafrecht. Vier maanden na het indienen van het initiatiefwetsvoorstel komt de Raad van State met een advies. De Raad van State heeft ernstige bezwaren tegen het voorstel, omdat het Wetboek van Strafrecht zich niet leent voor gedetailleerde regeling van feiten, omstandigheden, toezicht en controle. Daarnaast is volgens de Raad van State het onderwerp nog niet goed bestudeerd en moet het rapport van de Staatscommissie Euthanasie worden afgewacht (Weyers 2004).

In juli 1985 komt de Staatscommissie Euthanasie met een rapport en een minderheidsnota. In de meerderheidsnota wordt allereerst gepleit voor een wijziging van de terminologie in artikel 293 Wetboek van Strafrecht, waarbij 'van het leven beroven' veranderd wordt in 'het leven beëindigen'. Ook wordt de maximumstraf verminderd van 12 jaar naar 4 jaar en 6 maanden. Daarnaast wordt een rechtvaardigingsgrond toegevoegd aan artikel 293 Wetboek van Strafrecht, waarin verwerkt is dat levensbeëindiging niet strafbaar is indien een geneeskundige verantwoordelijk is voor de uitvoering in het kader van zorgvuldig medisch handelen ten aanzien van een patiënt die in een uitzichtloze situatie verkeert. Een aantal leden wil dit aangevuld zien met de opmerking dat het overlijden van de persoon onafwendbaar aanstaande is (Weyers 2004).

Volgens de Staatscommissie Euthanasie moeten in artikel 293 lid 4 Wetboek van Strafrecht zorgvuldigheidseisen worden geformuleerd: er wordt voorlichting over de situatie gegeven aan de patiënt, een verzoek om levensbeëindiging is weloverwogen en vrijwillig, levensbeëindiging is verantwoord omdat er geen andere oplossingen zijn en de arts heeft een deskundige geraadpleegd. Tevens moet er in artikel 293 lid 5 Wetboek van Strafrecht plaats zijn voor een bepaling ten aanzien van een schriftelijke wilsverklaring die door de patiënt niet meer bevestigd kan worden. In artikel 293 bis Wetboek van Strafrecht wordt vastgesteld dat het niet consulteren van een tweede arts strafbaar is. In artikel 293 ter Wetboek van Strafrecht worden de eisen ten aanzien van de verklaring van overlijden opgenomen. Tot slot wordt er voorgesteld om een paragraaf 293 quater toe te voegen,

waarin bepaald wordt wat niet onder levensbeëindiging valt. Er is geen wijziging van artikel 294 Wetboek van Strafrecht. Levensbeëindiging wegens ernstig lijden bij patiënten die niet in staat zijn de wil te uiten moet strafbaar worden gesteld in een apart artikel, artikel 292 bis Wetboek van Strafrecht (Weyers 2004).

De minderheidsnota bestaat uit het standpunt dat niet moet worden overgegaan tot legalisering van directe levensbeëindiging. De waardigheid van de mens is een werkelijkheid, zolang een mens leeft. Deze waardigheid kan op geen enkele manier teniet worden gedaan. Mensen moeten nooit tot een definitief oordeel over de zinloosheid van het leven komen en mensen moeten niet overgaan tot levensbeëindiging. Bij het overgaan op levensbeëindiging wordt getornd aan mensenrechten en vrijheden. In de minderheidsnota wordt enkel artikel 292 bis Wetboek van Strafrecht gesteund, waarin een begripsverheldering plaatsvindt (Weyers 2004).

#### **4.2.4 Pil van Drion**

Raadsheer Drion van de Hoge Raad verdedigt in 1991 het zelfbeschikkingsrecht van oude mensen, die het recht zouden moeten hebben op een zelfgekozen levenseinde. Volgens Drion maken oude mensen zich zorgen over het vooruitzicht dat er op een moment afhankelijkheid ontstaat als gevolg van lichamelijke achteruitgang of geestelijke achteruitgang. Hierbij moeten mensen naar het inzien van Drion de vrijheid hebben om zichzelf deze (soms) onontkoombare fase te besparen, een keuze die de ouderen goed kunnen maken door levenservaringen en vooruitzichten (Drion 1992).

#### **4.2.5 Regionale Toetsingscommissies euthanasie**

In Nederland zijn vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) en is één centrale toetsingscommissie euthanasie werkzaam. Sinds 1 november 1998 zijn de commissies werkzaam, sinds 1 april 2002 hebben de commissies een wettelijke basis in de WTL. De toetsingscommissies beoordelen of is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen zoals beschreven in de WTL. De toetsingscommissies zijn enkel bevoegd om te oordelen over euthanasie en hulp bij zelfdoding. Iedere toetsingscommissie bestaat uit drie leden: een arts, een jurist (tevens de voorzitter) en een ethicus of filosoof. Wanneer de toetsingscommissie oordeelt dat een arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen, wordt de zaak doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie. De oordelen van de toetsingscommissies schetsen een gedetailleerd beeld van de medische behandeling, de biografie van de patiënt, de ziektegeschiedenis, de huiselijke situatie van de patiënt, belangen en omstandigheden die een rol hebben gespeeld in de beoordeling van het euthanasieverzoek (Pans 2006).

### 4.3 Invoering WTL

Bij de invoering van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) in 2002 zijn een aantal uitgangspunten en doelstellingen vastgelegd. Allereerst betreft dit codificatie van jurisprudentie, waarbij de WTL slechts een vertaling is van eerdere beslissingen in de rechtspraak. Ten tweede betreft dit de kwaliteitsborging van opzettelijk levensbeëindigend handelen door artsen, waarbij de zorgvuldigheidseisen de wettelijke grondslag zijn. Ook is een belangrijke rol weggelegd voor de controleerbaarheid, openheid en toetsbaarheid van het levensbeëindigend handelen. Hierbij wordt de mogelijkheid geschetst tot vervolging door het OM en het toetsen door de RTe's. Een vierde aspect betreft de rechtszekerheid voor arts en patiënt, waarbij onder andere de posities van arts en patiënt worden belicht. Tot slot is gepoogd een wet op te stellen met een breed draagvlak door het facultatieve karakter, onder andere ten aanzien van internationale wetgeving, het kader van de wet en de grondslagen van de wet (Pans 2006).

Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn strafbaar op grond van artikel 293 en artikel 294 Wetboek van Strafrecht. Levensbeëindiging is niet strafbaar als de uitvoering van euthanasie is verricht door een arts, de arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen en de arts melding heeft gedaan bij de gemeentelijk lijkschouwer. Vervolgens wordt door één van de RTe's beoordeeld of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan (ZonMw 2007).

Artikel 2 lid 1 van de WTL bestaat uit de zorgvuldigheidseisen zoals bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht. De zorgvuldigheidseisen 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.'*

#### 4.3.1 Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Bij het vaststellen over er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek zijn een aantal punten van groot belang. Allereerst moet het verzoek om euthanasie door de patiënt

zijn gedaan. Daarnaast moet de patiënt wilsbekwaam zijn: de relevante informatie over de situatie en prognose wordt door de patiënt begrepen, de alternatieven worden afgewogen en een beslissing kan worden overzien. Het vaststellen van de vrijwilligheid en weloverwogenheid kan tot lastige situaties leiden wanneer er sprake is van een psychisch ziektebeeld of vergevorderde dementie, waarbij wilsbekwaamheid een punt van discussie is. Tevens moet er sprake zijn van interne vrijwilligheid en externe vrijwilligheid. Interne vrijwilligheid houdt in dat de patiënt in het bezit is van geestelijk vermogen om de wil vrij te bepalen. Externe vrijwilligheid omvat de wil van de patiënt zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen (Legemaate 2006, Pans 2006).

Het verzoek moet weloverwogen zijn: er vindt door de patiënt een afweging plaats op basis van voldoende informatie en helder ziekte-inzicht. De WTL stelt niet de eis dat de patiënt het verzoek schriftelijk moet doen, maar een dergelijke wilsverklaring kan een grote rol spelen in situaties waarbij de patiënt wilsonbekwaam is geworden. Wanneer de patiënt over een actuele wilsverklaring beschikt, opgesteld toen de patiënt wilsbekwaam was, dan kan dit verzoek dienen ter vervanging van een mondeling verzoek van de patiënt (jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2011, Legemaate 2006, Pans 2006).

De zorgvuldigheidseis gesteld in artikel 2 lid 1 sub c dient ter ondersteuning van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De patiënt moet voldoende inzicht hebben in de ziekte, diagnoses, behandelmogelijkheden en prognoses. Het is de verantwoordelijkheid van de arts dat de patiënt volledig geïnformeerd is.

#### **4.3.2 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden**

Uitzichtloosheid houdt in dat de ziekte of aandoening waardoor het lijden wordt veroorzaakt niet te genezen is en het verzachten van symptomen ook niet mogelijk is. Dit blijkt uit de gestelde diagnose en prognose. Er moet zowel rekening worden gehouden met de verbetering die kan worden bereikt, als met de belasting die een behandeling voor de patiënt met zich mee brengt. Bij uitzichtloos lijden ontbreekt een reëel behandelperspectief. Het verzoek om levensbeëindiging betreft een actuele situatie. Hierbij wordt een eventuele weigering van een behandeling in het verleden niet meegewogen. De actuele situatie kan levensbeëindigend handelen wel rechtvaardigen, terwijl de situatie waarin een reële behandeloptie wordt afgewezen geen rechtvaardiging voor levensbeëindiging is (Legemaate 2006, Pans 2006).

De ondraaglijkheid van het lijden wordt bepaald door de vele vormen van lijden. Factoren die van invloed zijn op het lijden zijn de actuele situatie, het toekomstperspectief, fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid van de patiënt. De ondraaglijkheid van het lijden moet voor een arts invoelbaar zijn. Het gaat er bij invoelbaarheid om of het lijden voor de specifieke patiënt ondraaglijk is. De arts moet zich zowel in de situatie, als in

het perspectief van de patiënt verplaatsen. Ondraaglijkheid kan bestaan uit lichamelijke symptomen als pijn, maar ook uit ervaringen als toenemende afhankelijkheid of toenemende ontluistering. Echter, enkel het vooruitzicht op lijden is geen rechtvaardiging voor euthanasie (jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2011, Pans 2006).

In het verlengde van de zorgvuldigheidseis uitzichtloos en ondraaglijk lijden, moet worden nagegaan of er geen andere oplossing meer is om het lijden van de patiënt weg te nemen (art. 2 lid 1 sub d WTL). Onder andere het bieden van een palliatieve behandeling staat centraal, maar niet iedere patiënt hoeft deze (palliatieve) behandeling te ondergaan. Het kan hierbij zijn dat de patiënt van oordeel is dat de (palliatieve) behandeling teveel bijwerkingen heeft, omdat de patiënt niet suf wil worden of het bewustzijn wil verliezen.

#### **4.3.5 Consultatie**

Een vereiste van de wet is dat een onafhankelijke arts de patiënt ziet en spreekt en een oordeel vormt over de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 sub a tot en met d, en daarover schriftelijk verslag doet. De arts is vrij in de keuze van een consulent, vaak is dit echter een SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). De consulent die geraadpleegd wordt moet onafhankelijk zijn, beschikken over goede en actuele medische kennis en een goed medische en psychologisch inzicht. Daarnaast zijn goede communicatieve vaardigheden een vereiste en moet de consulent in korte tijd een oordeel kunnen vormen. Belangrijk is dat de consulent over gepaste praktijkervaring beschikt, in staat is om uiteenlopende gevallen met nuance te benaderen, zorgvuldig kan adviseren en bevindingen nauwgezet vastleggen. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid kan ook een psycholoog of een psychiater worden ingeschakeld (Legemaate 2006, Pans 2006).

#### **4.4 Periode na invoering van de WTL**

Na de invoering van de WTL ontstaat er een brede discussie. Waar de WTL in eerste instantie diende voor terminale kankerpatiënten, vond in de loop der jaren een verschuiving plaats naar andere somatische of psychiatrische ziekten en aandoeningen. Het beeld wordt meer gedomineerd door psychiatrie, dementie en 'voltooid leven' problematiek. Publicaties kenmerken zich door verschillende aspecten van uitzichtloosheid en ondraaglijkheid (Pans 2006). Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de commissie Dijkhuis, het standpunt van de KNMG, de evaluaties van de WTL, het burgerinitiatief voltooid leven en de oprichting van de Levenseindekliniek.

##### **4.4.1 Commissie Dijkhuis**

De commissie Dijkhuis, in 2004 in het leven geroepen door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), werd opgesteld om onderzoek te



doen naar de normen voor het handelen van artsen bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven. De commissie is in het leven geroepen na onder andere de zaak Brongersma. De conclusie van de commissie is dat lijden aan het leven niet buiten het domein van de arts valt. De commissie pleit voor een ruimer, maar niet onbegrensd, medisch-professioneel domein van de arts waarbij de bron van het lijden niet bepalend is voor de mate waarin het lijden door een patiënt wordt ervaren. Daarbij lost juridische afbakening de problemen in de praktijk niet op en wordt grotendeels de complexiteit van beoordelingen van het lijden miskent. Ook is er deskundigheid aanwezig op het gebied van lijden aan het leven en die kan worden uitgebouwd. De huidige bandbreedte in opvattingen van artsen over het taakgebied en invulling van het taakgebied wordt gerespecteerd. Tot slot veronderstelt de commissie Dijkhuis dat het type hulpvraag eerder zal toenemen dan afnemen (commissie Dijkhuis 2004).

#### **4.4.2 Evaluaties WTL**

De eerste evaluatie van de WTL in 2007 laat zien dat er een positief beeld bestaat over de WTL. De doelbereiking is goed en er lijkt dan ook weinig reden voor een verandering van de wet. Er worden wel aanbevelingen gedaan om de werking van de wet in de praktijk te verbeteren. In het Wetboek van Strafrecht moet worden opgenomen dat onder levensbeëindiging niet wordt verstaan het gebruik van middelen ter verlichting van het lijden, ook al wordt daarmee het overlijden van de patiënt bespoedigd (ZonMw 2007).

Naar aanleiding van de eerste evaluatie van de WTL komen een aantal aanbevelingen naar voren. Onvoldoende medische zorgvuldigheid bij de uitvoering van euthanasie moet op andere wijze gesanctioneerd worden dan via het strafrecht. Artikel 293 lid 2 Sr moet gewijzigd worden: het voldoen aan de eis van zorgvuldigheid is niet langer nodig voor een beroep op de strafuitsluitingsgrond. Tevens moet het modelverslag van de arts uitgebreid worden met de vraag waarom er geen sprake was van een redelijke andere oplossing (indien de patiënt behandelmogelijkheden heeft afgewezen). Met de database van gemelde gevallen dient meer ervaring te worden opgedaan alvorens een conclusie wordt getrokken. Daarnaast moet er meer aandacht voor de inhoud van de WTL komen in de artsenopleiding om de kennis van de wet te vergroten. Tevens moet euthanasie worden opgenomen in de eindtermen voor het raamplan voor de artsenopleiding. Er moet betere voorlichting komen aan artsen over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen. Voorlichting over de mogelijkheden en beperkingen van schriftelijke wilsverklaringen aan artsen en publiek is gewenst. De overheid dient de introductie van SCEN-artsen in een ziekenhuis meer te bevorderen en er moet meer onderzoek uitgevoerd worden naar de gang van zaken rond afwijzing van verzoeken om euthanasie (ZonMw 2007).

Vijf jaar na de eerste evaluatie van de WTL is de wet in 2012 nogmaals geëvalueerd. De aanbevelingen uit de eerste evaluatie hebben niet per definitie geleid tot een inhoudelijk debat, maar zijn ook niet tegengesproken. Over het onderscheid tussen levensbeëindiging en het gebruik van middelen ter verlichting van het lijden bestaat nog steeds veel onduidelijkheid. Ook de aanbeveling om de wettelijke zorgvuldigheidseisen met betrekking tot het medisch zorgvuldig handelen bij levensbeëindiging op verzoek niet langer strafrechtelijk te sanctioneren geldt nog steeds. Gedurende de tweede evaluatie van de WTL zijn er een aantal ontwikkelingen geweest in het euthanasiebeleid. Ten aanzien van dementie en psychiatrie lijkt er een verschuiving te hebben plaatsgevonden van terughoudendheid naar een ruimere visie. De 'voltooid leven' problematiek komt meer op de voorgrond, waarbij er een bredere visie komt op het vereiste dat het lijden van de patiënt in overwegende mate dient samen te hangen met een medische aandoening. In overeenkomst met de eerste evaluatie kan gesteld worden dat de WTL in grote lijnen bijdraagt aan meer zorgvuldigheid en meer transparantie bij euthanasie (ZonMw 2012).

Er zijn een aantal belangrijke aanbevelingen gedaan. Allereerst dienen de RTe's de jurisprudentie op internet beter bij te houden. Er moet een manier worden gevonden om de interpretatie van kernbegrippen uit de zorgvuldigheidseisen beter te ordenen en toegankelijk te maken. Ook dienen de RTe's vaker gebruik te maken van de mogelijkheid om belangrijke uitspraken ter publicatie aan te bieden aan wetenschappelijke tijdschriften. Op deze manier wordt een actueel beeld gegeven over de strekking en interpretatie van zorgvuldigheidseisen. Tevens moet er een onafhankelijk onderzoek plaatsvinden naar de praktijk van de Levensindekliniek om vast te stellen of deze binnen de wettelijk kaders blijft. Onderwijs op het punt van medische beslissingen rond het levenseinde moet als eindterm in medische curricula worden opgenomen. Binnen het systeem van SCEN-artsen zouden artsen de mogelijkheid moeten hebben om te verzoeken om een consulent met specifieke deskundigheid. Tot slot dient het verslagmodel voor de arts die euthanasie heeft uitgevoerd aanvullende vragen op te nemen over de wijze waarop de patiënt is geïnformeerd over de toestand en mogelijk alternatieven (ZonMw 2012).

#### **4.4.3 Opvattingen voltooid leven**

Vanaf 2010 komt er vanuit de maatschappij steeds meer aandacht voor het voltooide leven. Volgens het burgerinitiatief Uit Vrije Wil is voltooid leven: 'op enig moment in het leven kunnen mensen tot de conclusie komen dat de waarde en de zin van het leven zodanig zijn afgenomen, dat de dood verkozen wordt boven het leven. De redenen daarvoor kunnen uiteenlopend zijn: alles van waarde is weg, gehele afhankelijkheid van derden, het verliezen van regie over het leven en de confrontatie met fysieke ontluistering en/of persoonlijke waardigheid' (Uit Vrije Wil 2012). Het burgerinitiatief probeert het mogelijk te maken om bij

mensen van 70 jaar en ouder, die het leven voltooid achten en waardig willen sterven, op hun uitdrukkelijke verzoek hulp mag worden geboden om te sterven. Stervenshulp aan ouderen zou niet langer strafbaar moeten zijn (jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2011). De NVVE geeft als aanvulling dat het gaat om mensen die lijden aan een complex geheel van ouderdomsverschijnselen. Deze ouderdomsverschijnselen zijn echter geen levensbedreigende aandoeningen (KNMG 2011b).

In werkelijkheid worden er termen door elkaar gebruikt. Er wordt niet alleen gesproken over voltooid leven, maar ook over klaar met leven en lijden aan het leven. Hoewel er een grote overlap is in de terminologie, tracht de KNMG een onderscheid te maken tussen de verschillende begrippen. Klaar met leven wordt omschreven als: 'de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood boven het leven verkiezen'. Door de commissie Dijkhuis werd de term lijden aan het leven gehanteerd: 'lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, terwijl de verklaring voor de afwezigheid of gebrekkigheid in kwaliteit van leven niet of niet in overwegende mate een somatische of psychische aandoening kan worden aangewezen' (KNMG 2011b).

Het KNMG standpunt 'de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde' hanteert het begrip lijden aan het leven. Volgens de KNMG is euthanasie alleen mogelijk als er aan het zogenoemde voltooide leven, factoren van lichamelijk lijden of psychisch lijden ten grondslag liggen. Factoren van lichamelijk lijden of psychisch lijden kunnen door een arts beoordeeld worden met de wet, terwijl de KNMG voor artsen geen taak ziet om te beoordelen of een leven voltooid is (KNMG 2011b).

De RTe's hebben over het jaar 2011 een aantal casus beoordeeld waarin voltooid leven problematiek naar voren kwam. De casuïstiek wordt echter gekenmerkt door aanwezigheid van lichamelijk lijden of psychisch lijden door een medisch classificeerbare ziekte of aandoening (jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2011). Wanneer er sprake is van 'voltooid leven' volgens de opvatting van Uit Vrije Wil, wordt er gesproken over de categorie 'geen medische grond'.

#### **4.4.4 KNMG standpunt zelfgekozen levenseinde**

In 2011 komt de KNMG met een standpunt ten aanzien van het zelfgekozen levenseinde van patiënten. Uit het standpunt komt naar voren dat naast somatische ziekten en/of aandoeningen, ook patiënten met chronisch psychiatrische ziektebeelden en (beginnende) dementie binnen de kaders van de WTL vallen. De KNMG is van mening dat

terughoudendheid bij dergelijke patiënten gewenst is, mede doordat de aspecten weloverwogen, uitzichtloos en ondraaglijk moeilijk vast te stellen zijn. Tevens is de KNMG van mening dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden door een opeenstapeling van ouderdomsklachten, waarbij een verdere aftakeling onvermijdelijk is. Volgens de KNMG is euthanasie alleen gerechtvaardigd in geval van een medisch classificeerbare ziekte en of aandoening (KNMG 2011b).

Er moet volgens de KNMG aandacht worden besteed aan een aantal aspecten van lijden. Het betreft lijden en tijd, lijden en persoonlijkheid (karakter), lijden en persoonlijkheid in de tijd (biografie) en omgeving. Bij het aspect lijden en tijd komt het actuele lijden en het lijden in de toekomst naar voren. Ten aanzien van het actuele lijden wordt een onderscheid gemaakt tussen synchrone aspecten (huidige klachten en symptomen en functieverlies) en diachrone aspecten (verergering van klachten en symptomen en functieverlies). Ten aanzien van toekomstig lijden moet worden ingeschat van welk lijden er sprake is, of dit reëel is en of er behandelmogelijkheden zijn. Ook het karakter en de biografie van de patiënt zijn van groot belang. Ten aanzien van de biografie wordt onder andere gekeken naar religie, beroep, ziekte ervaringen en de betekenis van het verleden. Tot slot ligt de focus voor de omgeving op de woonsituatie, mantelzorg en draagkracht gezien de ziekteduur (Kimsma 2000).

De KNMG neemt ook een standpunt in ten aanzien van het verwijzen van patiënten. Een arts die zelf niet in wil gaan op een euthanasieverzoek moet de procedure niet starten. De arts moet de patiënt echter wel in de gelegenheid stellen in contact te kunnen treden met een collega die geen bezwaren heeft tegen euthanasie. Dit is geen juridische verwijsplicht, maar een morele en professionele verantwoordelijkheid van de arts om de patiënt tijdig hulp te verlenen bij het vinden van een arts (KNMG 2011b).

#### **4.5 De Levensindekliniek**

Op 1 maart 2012 is de Levensindekliniek in Den Haag van start gegaan. In de praktijk blijkt dat verreweg de meeste verzoeken om euthanasie worden ingewilligd als het een terminale patiënt betreft met een levensverwachting van nog ongeveer drie maanden. Volgens de NVVE wordt er hierbij geen gehoor gegeven aan patiënten met een chronische somatische ziekte en/of aandoening, patiënten met een chronische psychiatrische ziekte en/of aandoening, patiënten verkerend in het beginstadium van dementie en patiënten met een 'voltooid leven'. Als reactie hierop heeft de NVVE een onderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid van een Levensindekliniek. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat hulp binnen en buiten de terminale fase door de kliniek gerealiseerd kan worden en dat er geen wettelijke belemmeringen zijn (NVVE 2010). Op 1 maart 2013 was het totale aantal hulpvragen 714. Hierbij betrof het in de helft van de gevallen patiënten met een somatische ziekte/aandoening, ruim één derde patiënten met een psychiatrische ziekte/aandoening,

ongeveer 7% dementerende patiënten en 10% van de aanmeldingen betrof 'voltooid leven' (Levenseindekliniek 2013). Met behulp van een beschrijving van de deelprocessen van de Levenseindekliniek wordt een beeld geschetst over de werkwijze. Daarnaast wordt met behulp van cijfers van de deelprocessen een beeld geschetst over de duur van de processen.

#### **4.5.1 Aanmelding**

Een arts, patiënt of iemand namens de patiënt kan contact zoeken met de Levenseindekliniek met een verzoek om informatie. De triagist zorgt ervoor dat deze informatie wordt gegeven. Tevens kan een arts een verzoek om hulp of ondersteuning doen. Een verzoek om hulp wordt beoordeeld door de triagist, terwijl een verzoek om steun wordt doorverwezen naar een SCEN-arts. De patiënt of iemand namens de patiënt beschikt over de mogelijkheid om het aanmeldingsformulier in te vullen via de website van de Levenseindekliniek of per post (de Jong et al 2012).

Na het ontvangen van het aanmeldingsformulier wordt een medisch dossier geopend door de triagist. Het betreft gegevens als naam, geslacht, geboortedatum, postcode, woonplaats en datum van aanmelding. Daarnaast vindt er een eerste beoordeling van de casus plaats door de triagist. Er wordt vastgesteld of de casus geclassificeerd kan worden als somatisch, psychiatrisch, dementie of voltooid leven. Na het verwerken van de gegevens wordt er een ontvangstbevestiging van de aanmelding verstuurd. Nadat de eerste verwerking in het medisch dossier heeft plaatsgevonden vindt een verwerking plaats van nadere gegevens als de huisarts van de patiënt, contactpersoon, aanmelding, gegeven machtiging en gegevens uit de aanmelding (de Jong et al 2012).

Vervolgens wordt door de triagist gekeken naar de volledigheid van de aanmelding, een duidelijke afwijzing van het verzoek om euthanasie door een behandelend arts en de toestemming om een machtiging af te geven. Bij onduidelijkheid wordt de hulpvrager gevraagd om een toelichting. Gedurende deze fase worden de medische gegevens opgevraagd door de triagist bij de behandelend artsen, zowel huisartsen als medisch specialisten. Met behulp van een brief en de machtiging van de patiënt wordt arts(en) verzocht om de medische gegevens toe te zenden via fax of brief. In sommige gevallen is het mogelijk dat de triagist telefonisch contact opneemt met huisarts of medisch specialist. Dit is het geval als er onduidelijkheid bestaat over de situatie of over de bereidheid van de behandelend arts over de hulp bij euthanasie. De gegevens worden nauwkeurig beoordeeld door triage, waarna de chronologie van ziektebeelden en diagnoses verder wordt uitgetekend (de Jong et al 2012).

Na beoordeling van de casus door triage kan de casus direct worden toegewezen aan een ambulante team. Echter, de casus kan ook worden voorgelegd aan de

Levenseindekliniek arts. Dit is het geval bij onduidelijkheden. De triagist overlegt met de Levenseindekliniek arts als er vragen zijn of als er wordt afgewezen op medische grond. Als het nodig is neemt de Levenseindekliniek arts contact op met de behandelaar(s) voor verdere verdieping of beantwoording van vragen. Eventueel kan er gekozen worden voor een verkennend gesprek door een arts of verpleegkundige van de Levenseindekliniek. Hierbij wordt na de aanmelding meer informatie verzameld door kennis te maken met de patiënt. Op basis van deze kennismaking wordt beoordeeld of er sprake is van een reëel verzoek. Na de beoordeling door de Levenseindekliniek arts en eventueel een verpleegkundige op verkenning of een arts op verkenning wordt de casus teruggegeven aan triage, waaruit een conclusie volgt (de Jong et al 2012).

De conclusie kan bestaan uit het afwijzen van een casus of het toewijzen van een casus aan een ambulante team. Een casus wordt toegewezen aan een ambulante team als de triagist tot het oordeel is gekomen dat de eigen huisarts weigert om in te gaan op een verzoek om levensbeëindiging. Daarnaast is de ernst van de aandoeningen vastgesteld en is geconcludeerd dat er geen behandelmogelijkheden meer zijn. Tevens is vastgesteld dat de klachten van de patiënt bepalend zijn voor het ondraaglijk lijden. Tot slot moet de triagist tot het oordeel zijn gekomen dat er sprake is van een consistent en weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging. Wanneer de beslissing wordt genomen om de casus toe te wijzen aan een team, wordt de casus ingebracht in het wekelijkse triage overleg. Tijdens dit overleg wordt door aanwezige triagisten en het management van de Levenseindekliniek besproken welke casus aan welke teams worden toegewezen. Vanaf 1 maart 2013 zijn er 17 ambulante teams werkzaam voor de Levenseindekliniek, verspreid over heel Nederland. Een ambulante team bestaat uit een arts en een verpleegkundige, beschikkende over de relevante vaardigheden en zo mogelijk in de regio van de patiënt. De keuze voor de werkwijze met ambulante teams is gebaseerd op een aantal bevindingen. Twee personen zien meer dan één persoon in een nieuwe situatie. De patiënt is nieuw, het dossier is nieuw en de omgeving is nieuw. Door te werken met ambulante teams hebben de arts en verpleegkundige een partner om te sparren (de Jong et al 2012, Levenseindekliniek 2013).

De gemiddelde duur tussen de aanmelding van een patiënt en het inzetten van een ambulante team is 112 dagen. Voornamelijk het bureauonderzoek of het wachten tot een ambulante team beschikbaar is vergt veel tijd. Tijdens het bureauonderzoek worden de medische gegevens opgevraagd en wordt beoordeeld of de hulpvraag urgent is. De wachtlijst in de Levenseindekliniek bestaat uit de duur van het bureauonderzoek en het wachten tot een team beschikbaar is. De kortste periode van aanmelding tot het starten van een ambulante team is zes dagen (Levenseindekliniek 2013).

#### 4.5.2 Inzetten ambulante team

Het ambulante team neemt de gegevens van de casus door en bespreekt onderling een plan van aanpak. De verpleegkundige neemt contact op met de patiënt om een afspraak te maken voor het eerste gesprek. Daarnaast kan er besloten worden om eerst de behandelend arts telefonisch te spreken, waarbij in ieder geval de reden voor het afwijzen van het euthanasieverzoek wordt besproken. Tijdens het eerste bezoek vindt er een gesprek plaats met de patiënt en eventueel met de naasten van de patiënt. Het gesprek is van belang om de casus uit te diepen en een aantal punten te onderzoeken. Het team moet de indruk krijgen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook moet er sprake zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden waarbij de patiënt op de hoogte is van de vooruitzichten. Het is van groot belang dat het team de indruk krijgt dat de alternatieven met de patiënt besproken zijn en dat inzichtelijk is welke behandelopties er eventueel nog zijn. Daarnaast moet het team inzichtelijk krijgen of en waarom de patiënt vindt dat de behandelopties geen redelijk alternatief zijn. Tot slot moet het team inzichtelijk krijgen waarom de behandelend arts het euthanasieverzoek heeft afgewezen (de Jong et al 2012).

Na het eerste gesprek kan een team zelf bepalen hoeveel vervolfbezoeken er nodig zijn. Gemiddeld worden er drie gesprekken gevoerd voordat een ambulante team tot de conclusie komt dat euthanasie kan worden uitgevoerd. De ambulante teams nemen ruim een uur voor deze gesprekken, waardoor patiënten diepgang ervaren. Tijdens het proces is het mogelijk dat het team contact zoekt met de behandelend arts. Daarnaast is het mogelijk dat er specialisten worden ingeroepen om bijvoorbeeld de wilsbekwaamheid van een patiënt vast te stellen. Uiteindelijk bestaat de mogelijkheid dat de arts de casus terugneemt, er ondersteuning plaatsvindt door een Levensindekliniek arts, de arts meeloopt met de Levensindekliniek arts of de Levensindekliniek arts voert euthanasie uit. In geval van weigering van de behandelend arts neemt het team enkel de hulpvraag rondom de levensbeëindiging over. Na een zorgvuldige afweging van informatie kan het team tot een conclusie komen (de Jong et al 2012, Levensindekliniek 2013).

De conclusie bestaat uit het afwijzen van een casus of op termijn uitvoeren van euthanasie. Bij het afwijzen van een casus voldoet de patiënt niet aan de criteria van de WTL. Wanneer de patiënt voldoet aan de criteria van de WTL, wordt er een SCEN-arts ingeschakeld voor consultatie en een oordeel. Nadat de SCEN-arts tot een oordeel is gekomen, wordt er binnen de Levensindekliniek een multidisciplinair overleg georganiseerd om de casus te bespreken. Bij dit overleg zijn in ieder geval aanwezig het team, een collega arts en een collega verpleegkundige. In geval van een negatief advies van de SCEN-arts wordt in het multidisciplinair overleg besloten over de vervolgstappen (de Jong et al 2012).

De gemiddelde duur tussen het inzetten van een ambulante team en het uitvoeren van euthanasie is 61 dagen. Een belangrijke uitzondering op de duur van 61 dagen wordt

gevormd door psychiatrische casussen, waarbij de intervallen tussen de gesprekken langer zijn omdat er meer uitgezocht moet worden. De kortste periode tussen het inzetten van een ambulante team en het uitvoeren van euthanasie is acht dagen (Levensindekliniek 2013).

#### **4.5.3 Uitvoering**

Gedurende de voorbereiding van de uitvoering van euthanasie moet het ambulante team contact opnemen met een apotheker om de geplande uitvoering door te spreken. Tevens is het van belang dat de arts en verpleegkundige onderling duidelijke afspraken maken over de handelingen. Vooraf wordt de forensisch arts op de hoogte gebracht van het voornemen en tijdstip van uitvoering van euthanasie (de Jong et al 2012).

Voordat op euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt overgegaan wordt gecontroleerd of de uitvoering conform de wens van de patiënt is. De arts voert de euthanasie of hulp bij zelfdoding uit terwijl de verpleegkundige de naasten ondersteunt. Er wordt met de patiënt afgesproken dat er een injectie wordt toegediend als de patiënt een uur na het nemen van het drankje niet overleden is. Na het overlijden van de patiënt wordt de niet-natuurlijke dood gemeld aan de forensisch arts en de behandelend arts (de Jong et al 2012).

De gemiddelde duur tussen aanmelding en uitvoering van euthanasie ligt binnen de Levensindekliniek op 173 dagen. Zes weken na het overlijden van de patiënt wordt de naasten een evaluatieformulier toegestuurd. De evaluatieformulieren worden beoordeeld en zo nodig vindt er een gesprek plaats tussen de naasten en het team (de Jong et al 2012).

Een jaar na de oprichting van de Levensindekliniek kan door de RTE's geconcludeerd worden dat de uitvoering van euthanasie door de Levensindekliniek in alle gevallen zorgvuldig is geweest (Levensindekliniek 2013).

#### **4.6 Jurisprudentie**

Jurisprudentie is vormend geweest voor de bepalingen opgenomen in de WTL. De wettelijke zorgvuldigheidseisen vormen een beeld van dertig jaar bestaande jurisprudentie. Kenmerkend voor de jurisprudentie omtrent euthanasie zijn grensgevallen met interpretatieproblemen. Het betreft geen relatief onproblematische standaardgevallen zoals een patiënt met een ongeneeslijke ziekte die ondraaglijk lijdt waarbij het einde van het leven in zicht is. Deze gevallen worden breed aanvaard binnen de maatschappij. De nadruk ligt in de meeste zaken op meer controversiële aspecten, zoals ontluistering en psychiatrisch lijden. Ieder atypisch en controversieel geval roept nieuwe vragen en problemen op (Pans 2006). In onderstaande subparagrafen vindt een beschrijving plaats van een aantal kernarresten ten aanzien van euthanasie: de Eindhovense arts, Postma, Schoonheim, Chabot, Brongersma en een recente zaak bij een diep demente patiënte.



#### **4.6.1 Eindhovense arts**

De invoering van de artikelen 293 en 294 Wetboek van Strafrecht heeft gedurende lange tijd niet tot rechtszaken geleid. De eerste rechtszaak deed zich voor in 1952. Deze rechtszaak betreft een tuberculosepatiënt die verblijft in een sanatorium en ernstig lijdt onder de ziekte. De patiënt heeft zijn broer, die arts was, meerdere malen verzocht om zijn leven te beëindigen. Uiteindelijk besluit de arts hieraan gehoor te geven door een opzettelijk hoge dosering medicijn en morfine toe te dienen, waarna de patiënt binnen een uur overlijdt.

De Eindhovense arts moet zich verantwoorden bij de Rechtbank Utrecht voor overtreding van artikel 293 Wetboek van Strafrecht. Er is geen sprake van een arts-patiëntrelatie. De arts beroept zich op gewetensconflicten. Volgens de Rechtbank bestaat er geen ruimte voor een buitenwettelijke strafuitsluitingsgrond die inhoudt dat een arts een patiënt mag doden door de stem van het geweten te volgen. Ook niet in het geval er sprake is van ondraaglijk lijden en de levensbeëindiging zou plaatsvinden op uitdrukkelijk verzoek. De Rechtbank onderbouwt het vonnis met de redenering dat een ontheffing van artikel 293 en artikel 294 Wetboek van Strafrecht wettelijk zou zijn vastgelegd. De arts wordt veroordeeld tot één jaar voorwaardelijke gevangenisstraf, later bekrachtigd door het Hof Amsterdam.<sup>1</sup>

#### **4.6.2 Postma**

De zaak Postma in 1973 betreft een in een verpleeghuis woonachtige patiënte die lichamelijk ernstig ziek is waardoor incontinentie, halfzijdige verlamming en achteruitgang van de zintuigen is ontstaan. De patiënte is geestelijk in goede gezondheid. Een maand voor het overlijden krijgt de patiënte een longontsteking. Het verlangen naar de dood is sterk aanwezig en patiënte dringt hier op aan bij behandelend arts en familie. De behandelend arts is overtuigd van het lijden, maar veronderstelt niet op euthanasie over te kunnen gaan op grond van het Wetboek van Strafrecht. Uiteindelijke besluit de dochter van de patiënte, die arts is, de dodelijke injectie morfine te geven.

De Rechtbank Leeuwarden onderzoekt met behulp van een geneeskundig inspecteur voor de volksgezondheid of er ruimte bestaat voor een uitzondering op het strafrechtelijk verbod op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het advies van de inspecteur vormt de leidraad voor de uitspraak van de Rechtbank. De Rechtbank spreekt een aantal gronden uit om euthanasie of hulp bij zelfdoding te rechtvaardigen. Allereerst is er sprake van een patiënt die door ziekte of ongeval ongeneeslijk ziek is. Daarnaast is het lichamelijk of geestelijk lijden voor de patiënt ondraaglijk. Tevens moet de patiënt te kennen hebben gegeven het leven te willen beëindigen. Tot slot moet de euthanasie of hulp bij zelfdoding door een arts verricht zijn. De Rechtbank verwierpt de eis van de inspecteur ten aanzien van uitvoering van

---

<sup>1</sup> Rb. Utrecht 11 maart 1952, *NJ* 1952, 275.

levensbeëindiging bij het ingaan of aankondigen van de stervensfase. Volgens de Rechtbank is artikel 293 Wetboek van Strafrecht overtreden, maar zijn de motieven van de arts volkomen zuiver. De arts wordt veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van een week.<sup>2</sup>

#### **4.6.3 Schoonheim**

De zaak Schoonheim in 1984 betreft een blijvend invalide en bedlegerige patiënte van 95 jaar, die voor verzorging volledig afhankelijk is van anderen. Patiënte is goed van geest en heeft een euthanasieverklaring opgesteld, waarbij ze dringend verzoekt om levensbeëindiging. Na een ernstige inzinking, waarbij patiënte dagenlang buiten bewustzijn is, wordt de euthanasievraag indringender. Volgens de huisarts was er sprake van ondraaglijk lijden en was elke dag dat patiënte leefde een zware taak voor haar. De huisarts besluit gehoor te geven aan het verzoek van de patiënte.

Na het uitvoeren van de euthanasie wordt de huisarts vervolgd door de Rechtbank Alkmaar, waar ontslag van rechtsvervolging plaatsvindt in verband met het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid. In hoger beroep wordt de huisarts echter schuldig bevonden zonder oplegging van straf door het Hof Amsterdam. De huisarts gaat hierop in cassatie bij de Hoge Raad. Volgens de huisarts is er onvoldoende ingegaan op de vraag of het lijden zo ondraaglijk was dat de huisarts geen andere keus had dan het lijden door euthanasie te besparen. De Hoge Raad erkent het beroep op overmacht-noodtoestand in de zin van een conflict van plichten. Volgens de Hoge Raad bestaat het conflict van plichten uit een zorgvuldige afweging van belangen volgens de normen van de medische ethiek en de medisch professionele standaard en een objectieve gerechtvaardigde keuze. De Hoge Raad verwijst de zaak terug naar het Hof Den Haag, waarbij onderzocht moet worden of naar verantwoord medisch inzicht en volgens de normen van medische ethiek sprake was van een noodtoestand. Hierbij moet volgens de Hoge Raad gekeken worden naar mogelijkheden om het lijden te verzachten, verdergaande ontluistering of een verergering van het ondraaglijk lijden en het sterven op een waardige wijze. Deze factoren op zich zijn geen zelfstandige grond voor euthanasie. Na de uitspraak van de Hoge Raad is de zaak terugverwezen naar het Hof Den Haag. Het Hof honoreert het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand en ontslaat de huisarts van alle rechtsvervolging.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, *NJ* 1973, 183.

<sup>3</sup> Rb. Alkmaar 10 mei 1983, *NJ* 1983, 407. Hof Amsterdam 17 november 1983, *NJ* 1984, 43. HR 27 november 1984, *NJ* 1985, 106. Hof Den Haag 10 juni 1985 en 11 september 1986, *NJ* 1987, 608.

#### **4.6.4 Chabot**

Het arrest Chabot (1994) betreft een 50 jarige patiënte wiens leven getekend is door een reeks traumatische gebeurtenissen. Het huwelijk van de vrouw was ongelukkig en gewelddadig en beide zoons zijn op jonge leeftijd overleden. De patiënte wil sterven, zelfs na intensieve jarenlange psychiatrische hulp. Eerder is een zelfmoordpoging gedaan en kans op herhaling is groot. De psychiater stelt na een kortdurend maar intensief onderzoek met psychotherapie uren vast dat de patiënte intens psychisch lijdt en dat het lijden duurzaam, ondraaglijk en uitzichtloos is. Volgens de psychiater komt de stervenswens niet voort uit een psychiatrische ziekte of aandoening en is er alleen sprake van depressie in engere zin, zonder psychotische kenmerken. De psychiater consulteert schriftelijk zeven deskundigen, die allemaal oordelen dat er geen reëel behandelperspectief is.

De Rechtbank van Assen en het Hof Leeuwarden honoreren het beroep van de psychiater op overmacht in de zin van noodtoestand en er vindt ontslag van rechtsvervolgning plaats. De Hoge Raad beslist anders. De psychiater wordt schuldig bevonden zonder oplegging van straf. De Hoge Raad geeft meer duidelijkheid op een aantal essentiële punten. Van groot belang is dat het niet om de oorsprong van het lijden gaat, maar om de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid ervan. Lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis kan ook een grond zijn voor euthanasie, waarbij een psychiatrische patiënt kan beschikken over een autonome en vrije wil. Het lijden bij een psychiatrische ziekte of stoornis dient behoedzaam te worden getoetst, waarbij gekeken moet worden naar de beslisvaardigheid en de moeilijkheidsgraad van het toetsen van ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij de psychiatrie. Ook een punt van groot belang is dat een consulent de patiënt zelf moet zien. Tot slot kan er geen sprake zijn van uitzichtloos lijden als de patiënt een reële behandeloptie afwijst. De Hoge Raad neemt het standpunt in dat er geen sprake hoeft te zijn van een lichamelijk ziekte of aandoening en een stervensfase.<sup>4</sup>

#### **4.6.5 Brongersma**

De zaak Brongersma in 2000 is de eerste rechtszaak waarbij geen sprake is geweest van lichamelijk of geestelijk lijden. Oud PvdA-senator Brongersma leed aan ouderdomsklachten als osteoporose, incontinentie en duizeligheid. Er waren geen ernstige somatische klachten of psychiatrische klachten. Brongersma leed aan het leven: de aftakeling, de eenzaamheid en de afhankelijkheid. De doodswens kwam voort uit de angst dat het bestaan nog jarenlang voort zou duren met een verdergaande aftakeling. De huisarts voerde meerdere gesprekken met Brongersma en kwam tot de conclusie dat de doodswens duurzaam, vrijwillig en weloverwogen was. Tevens vond de huisarts het lijden invoelbaar, afgezet tegen de biografie

---

<sup>4</sup> Rb. Assen 21 april 1993, *TvGR* 1993/42. Hof Leeuwarden 30 september 1993, *TvGR* 1993/62. HR 21 juni 1994, *NJ* 1994, 656.

van Brongersma. Ook volgens de consulent was er sprake van een niet behandelbaar uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarna de huisarts Brongersma hulp bij zelfdoding verleent.

De kernvraag in de zaak Brongersma is of 'het leven moe' zijn of 'op zijn' in combinatie met enkele somatische klachten in een uitzonderlijk geval gezien kan worden als uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daarnaast wordt de vraag gesteld welke rol een arts moet spelen bij existentieel lijden. De Rechtbank Haarlem acht de hulp bij zelfdoding niet strafbaar en de huisarts wordt van rechtsvervolging ontslagen op grond van overmacht-noodtoestand met een conflict van plichten. Volgens het Hof Amsterdam en de Hoge Raad is de rol van de arts bij existentieel lijden in de zin van een ontbrekend levensperspectief beperkt tot verlichten van het lijden. De Hoge Raad beslist dat lijden veroorzaakt door een medisch classificeerbare somatische of psychiatrische ziekte of aandoening een legitimatie is voor euthanasie. De verleende hulp bij zelfdoding valt buiten het medische domein, waarbij de huisarts schuldig wordt bevonden zonder oplegging van straf.<sup>5</sup>

#### **4.6.6 Diep demente patiënte**

Een recente casus die niet tot een rechtszaak heeft geleid, maar wel veel discussie oproept in de medische wereld, is de zaak waarbij in maart 2011 euthanasie is toegepast bij een diep demente patiënte. De patiënte kreeg in 2004 de diagnose Alzheimer. De vrouw werd behandeld met verschillende medicijnen en werd begeleid door een sociaal geriater en GGZ psycholoog. In de jaren na de diagnose spreekt en schrijft de patiënte herhaaldelijk haar euthanasiewens uit. De eerste jaren na de diagnose bleef het ziektebeeld redelijk stabiel. De patiënte vond het verschrikkelijk om haar onafhankelijkheid te verliezen en haar gezinsleden niet meer te herkennen. Plaatsing in een verpleeghuis was een nachtmerrie voor de patiënte. In 2009 kreeg was er een epileptisch insult waardoor het proces van dementering in een stroomversnelling kwam. Na de zomer van 2010 verslechterde het dementiebeeld plotseling waarbij de geestestoestand achteruitging. De wilsbekwaamheid nam af en de patiënte was nog bij vlagen goed en helder. Ze herinnerde zich delen van haar euthanasieverzoek en kon het verzoek niet meer beargumenteerd onderbouwen. De patiënte kon wel in ieder gesprek aangeven dat ze liever wilde sterven dan in een verpleeghuis opgenomen. Het lijden van de vrouw werd bepaald door geestelijke achteruitgang en afhankelijkheid waardoor opname in een verpleeghuis onvermijdelijk werd. De arts vond het lijden invoelbaar en was overtuigd van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden.

De eerste consulent, een onafhankelijk huisarts en SCEN-arts, bezocht de vrouw vier maanden voor het overlijden. De consulent was overtuigd van de uitzichtloosheid en

---

<sup>5</sup> Rb. Haarlem 25 juli 2000, parketnummer 15/035127-99. Rb. Haarlem 30 oktober 2000, parketnummer 15/035127-99. Hof Amsterdam 8 mei 2001, *ELRO* AB1474. Hof Amsterdam 6 december 2001, *LJN* AD6753. HR 24 december 2002, *NJ* 2003, 167.

ondraaglijkheid wat bleek uit de emoties van de patiënte. De eerste consulent oordeelde dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, omdat de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek niet door de patiënte duidelijk gemaakt konden worden. De tweede consulent, een onafhankelijke huisarts en SCEN-arts, bezocht de patiënte ruim twee weken voor het overlijden. De tweede consulent was overtuigd van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De tweede consulent oordeelde dat de patiënte nog wilsbekwaam was ten aanzien van haar gedachten over het verpleeghuis en euthanasie. Er bestond geen twijfel over vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, onder andere door de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring.

Volgens de regionale toetsingscommissie euthanasie is er gehandeld overeenkomstig met de zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 WTL. Allereerst acht de commissie de weloverwogenheid en vrijwilligheid aannemelijk, doordat de vrouw een actuele schriftelijke verklaring had en regelmatig gesprekken aanging met de arts. Daarnaast is ondraaglijkheid en uitzichtloosheid aannemelijk, omdat er geen behandelmogelijkheden of perspectieven op verbetering waren (jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2011).

## **5. Resultaten**

De informatie verwerkt in dit hoofdstuk is afkomstig uit de diepte-interviews met de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek en een medisch ethicus. Geuite meningen hoeven niet het standpunt van de Levensindekliniek weer te geven. Aan de hand van twee hoofdonderwerpen, afwijzing van verzoeken om euthanasie en wijziging van de kaders omtrent euthanasie, wordt inzicht gegeven in de dagelijkse praktijk omtrent euthanasie binnen de Levensindekliniek.

### **5.1 Afwijzing verzoeken door de Levensindekliniek**

Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek komen er met enige regelmaat verzoeken om euthanasie binnen die niet gehonoreerd kunnen worden. In deze paragraaf worden de redenen voor afwijzing van bepaalde verzoeken om euthanasie binnen de Levensindekliniek uiteengezet. Er is een onderscheid tussen afwijzing op grond van niet wettelijke criteria en afwijzing op grond van wettelijke criteria uit de WTL.

#### **5.1.1 Afwijzing op grond van niet wettelijke criteria**

Verzoeken om levensbeëindiging in de Levensindekliniek worden in eerste instantie beoordeeld door een triagist. Volgens de triagisten van de Levensindekliniek zijn er vier niet wettelijke redenen op grond waarvan besloten wordt om een verzoek om levensbeëindiging af te wijzen. Allereerst is het mogelijk dat de hulpvrager niet bereid is tot het afgeven van een machtiging om de medische gegevens op te vragen. Tevens kan het de triagist duidelijk worden dat de hulpvrager het verzoek om levensbeëindiging niet besproken heeft met de eigen arts. Afgezien van het verzoek om levensbeëindiging dat de hulpvrager moet bespreken met de eigen arts, moet ook de aanmelding bij de Levensindekliniek met de eigen arts worden besproken. In geval de hulpvrager hierbij in gebreke blijft, moet de hulpvrager in ieder geval de neiging of de intentie hebben om het verzoek om euthanasie alsnog met de eigen arts te bespreken. Een laatste reden tot afwijzing is een niet acuut verzoek, waarbij het verzoek van de hulpvrager een (mogelijke) toekomstige situatie betreft.

#### **5.1.2 Afwijzing op grond van wettelijke criteria**

Naast de niet wettelijke criteria voor het afwijzen van een verzoek om levensbeëindiging in de Levensindekliniek, is er een grote rol weggelegd voor hulpvragen die worden afgewezen op grond van wettelijke criteria. Enerzijds kan dit door de triagist geconstateerd worden uit de beschikbare gegevens bij het vooronderzoek. Anderzijds is het mogelijk dat een casus in eerste instantie aan een team wordt toegewezen, maar dat het team moet concluderen dat

er onvoldoende wettelijke grond is voor het verzoek om euthanasie. De afgewezen verzoeken om euthanasie zijn onder te verdelen in een aantal categorieën: somatiek, psychiatrie, dementie en geen medische grond.

*“Het is niet de ziekte of aandoening die maakt of mensen om euthanasie vragen, maar de persoonlijke manier hoe mensen met deze ziekte of aandoening omgaan. Het is altijd een subjectieve beleving” (medisch ethicus 2013).*

#### **5.1.2.1 Somatiek**

Het merendeel van de verzoeken om euthanasie komt voort uit één of meerdere somatische ziekten en/of aandoeningen. Van de in totaal 714 aanmelding betreft het over de periode maart 2012-maart 2013 in 407 gevallen somatische ziekten en/of aandoeningen (Levensindekliniek 2013). De artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek signaleren moeilijkheden bij de eigen huis(arts) op het moment dat het geen terminale somatische patiënt betreft. Deze moeilijkheden worden door de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek in veel mindere mate gesignaleerd bij terminale patiënten, de zogenoemde makkelijke en heldere casussen.

*“Een verzoek om euthanasie van een terminale kankerpatiënt is voor iedereen te volgen doordat het voor eenieder tastbaar en zichtbaar is waaruit het lijden bestaat” (verpleegkundige 3 2013).*

Er vindt echter in toenemende mate een verschuiving plaats naar een verzoek om euthanasie bij niet terminale ziekten of aandoeningen. In het jaarverslag van de RTe's van 2011 zijn 3695 gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding gemeld. Het betreft hier in 2797 gevallen patiënten met kanker, een percentage van ruim 75% (Jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2011). De cijfers van de Levensindekliniek van maart 2012 tot maart 2013 laten een heel ander beeld zien. Over deze periode is aan 34 patiënten met een somatische aandoening euthanasie of hulp bij zelfdoding verleend. Het betreft hier in 2 gevallen een patiënt met kanker, een percentage van 3,9%. De Levensindekliniek heeft in toenemende mate te maken met niet terminale aandoeningen als bijvoorbeeld CVA en MS (Levensindekliniek 2013).

De artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek begrijpen de afwijzing van niet terminale somatische aandoeningen als bijvoorbeeld CVA en MS door de eigen arts in veel gevallen niet. Als belangrijkste reden wordt door de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek aangegeven dat de niet terminale aandoening moeilijk invoelbaar is voor de eigen arts.

*“De niet terminale somatische patiënt wordt altijd verteld dat er nog zoveel anders is in het leven. Er wordt vaak gezegd dat de patiënt nog maar van andere dingen moet genieten: de zon schijnt en de vogeltjes fluiten. Het is voor bepaalde artsen heel moeilijk om zich te verplaatsen in een patiënt die in theorie nog jaren kan leven, maar dit door een bepaalde beleving van het lijden niet meer wil” (arts 5 2013).*

Mede door de complexiteit van aandoeningen als bijvoorbeeld MS en CVA, waar ook psychische aspecten als depressies bij kunnen komen kijken, worden veel verzoeken om euthanasie door de eigen arts afgewezen volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek. De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek vinden dit in veel gevallen onterecht, omdat bij alle somatische aandoeningen een psychische component te vinden is, ook bij een kankerpatiënt die het leven niet meer ziet zitten en vraagt om euthanasie.

Er zijn echter ook casussen met somatische ziekten en/of aandoeningen die worden afgewezen. In het eerste jaar van de Levenseindekliniek zijn 72 van de in totaal 407 casussen met somatiek afgewezen (Levenseindekliniek 2013). Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek betreft dit somatische ziekten en/of aandoeningen waarbij het lastig is om te verklaren waar het lijden vandaan komt.

*“Lastig of onmogelijk te diagnosticeren somatische ziekten en/of aandoeningen zijn moeilijke casus. Bijvoorbeeld fibromyalgie of zenuwpijnen, deze aandoeningen leiden tot onverklaarbare lichamelijke klachten. Er is een heel groot grijs gebied, waarin niet duidelijk is of er behandeling mogelijk is. Op die manier kan uitzichtloosheid en ondraaglijkheid moeilijk aantoonbaar worden gemaakt” (verpleegkundige 6 2013).*

Een patiënt kan volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek tegenwoordig tot het uiterste gaan met behandelingen en houdt een patiënt zich aan iedere strohalm vast, terwijl er geen kwaliteit van leven meer is. Bij psychiatrie is de psychiater de persoon die het geheel overziet. Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek ontbreekt dit overkoepelende specialisme bij somatische ziekten en/of aandoeningen.

*“De psychiater is de enige die naar het overkoepelende kijkt. Dat mist bij somatiek. Het ene specialisme kan nog wel een operatie proberen, het andere specialisme heeft nog een nieuw medicament en weer een ander specialisme heeft er ook iets over te zeggen. Er is geen arts die over alle specialismen heen kijkt en oordeelt dat*



*het voor het totaalplaatje niet mogelijk is om een adequate behandeling te hebben zonder dat er bijwerkingen of restverschijnselen optreden” (verpleegkundige 4 2013).*

### **5.1.2.2 Psychiatrie**

In 256 van de 714 aanmeldingen bij de Levenseindekliniek over de periode maart 2012-maart 2013 betrof het psychiatrie. Na een jaar kan geconcludeerd worden dat 105 van deze casussen zijn afgewezen. Er is in één casus euthanasie of hulp bij zelfdoding uitgevoerd bij een psychiatrisch patiënt. Bij een groot deel van de psychiatrische casussen vindt een uitgebreid vooronderzoek plaats (Levenseindekliniek 2013). De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geven aan dat het traject van een psychiatrische casus lang is en dat het een proces betreft waarbij het ambulante team de patiënt goed moet leren kennen.

*“Het ziektebeeld is bij psychiatrie veel lastiger te duiden dan bij somatiek. Bij psychiatrische problematiek moet het hele verhaal van een patiënt aangehoord worden. Alle details van het leven van een persoon moeten begrepen worden om inzicht te krijgen in waarom iemand doet zoals hij of zij doet. Op die manier kun je ook peilen welke invloed stemming kan hebben” (verpleegkundige 4 2013).*

Om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor toewijzing of afwijzing van een casus, wordt er twee keer per maand een psychiatrisch spreekuur gehouden in de Levenseindekliniek. De psychiater van de Levenseindekliniek geeft hierbij aan dat het op papier heel moeilijk is om een psychiatrische casus te beoordelen. Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek doet een casus op papier al snel psychiatrisch aan. Zo zijn er tien patiënten geweest waarbij in eerste instantie vermoed werd dat het om een psychiatrische casus ging, terwijl later bij acht patiënten op grond van somatische ziekten en/of aandoeningen euthanasie is verleend. Om een indruk te krijgen is het volgens de psychiater van de Levenseindekliniek van belang om mensen te ontmoeten, mede doordat op papier ook de mening van een behandelaar meegebracht wordt die nog wel een behandeloptie ziet. Na het psychiatrisch spreekuur komt niet meer dan 15% van de aangemelde patiënten in aanmerking voor toewijzing aan een ambulant team. Tevens wordt door een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek het probleem van doorbehandelen in de psychiatrie geschetst.

*“Men denkt dat je nooit uitbehandeld bent in de psychiatrie. Binnen de psychiatrie zijn discussies over behandel mogelijkheden ook nog niet goed uitgekristalliseerd. In de psychiatrie komt genezing zelden tot nooit voor omdat veel ziekten en/of*

*aandoeningen biologisch gezien veranderd moeten worden, iets wat onmogelijk is in de psychiatrie” (arts 6 2013).*

De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geven aan dat er een keer genoeg behandeld is, waarbij meer gekeken moet worden naar de kans van slagen van een behandeling en hoe de patiënt geestelijk uit de behandeling komt. Een patiënt moet volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek beargumenteerd af kunnen zien van een mogelijke behandeling omdat er al zoveel behandelingen geprobeerd zijn. Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek worden aanmeldingen van psychiatrische patiënten op dit moment voornamelijk afgewezen omdat er nog meerdere reële behandelopties zijn, waardoor de situatie nog niet voldoende uitzichtloos is.

Een ander probleem dat zich volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek voordoet bij psychiatrische casussen is het bepalen van het ondraaglijk lijden van de patiënt. De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geven aan dat er steeds vaker sprake is van ondefinieerbare psychiatrie, waarbij mensen allerlei ziekten en/of aandoeningen hebben als depressies, psychoses, angst- of paniekstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en autisme.

*“Het betreft bij psychiatrie steeds vaker complexe en ondefinieerbare problematiek die uit elkaar gerafeld moet worden. Psychische pijn is niet te meten met een pijnscore waardoor het moeilijk kan zijn om contact te maken met de kern van het lijden. Hierdoor is het in sommige gevallen ook moeilijker om de ondraaglijkheid invoelbaar te krijgen” (verpleegkundige 6 2013).*

De term invoelbaarheid en de term ondraaglijkheid roept bij een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek enige weerstand op. Invoelbaarheid en ondraaglijkheid zijn altijd subjectieve begrippen en zijn volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek onderdeel van een subjectief talenspel. Met betrekking tot de invoelbaarheid pleit een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek voor gebruik van termen als erkenning of mededogen.

*“Het ondraaglijk lijden is van de patiënt en niet van mij. Ik hoef dat niet zo te voelen, als het voor de patiënt maar ondraaglijk is. Geen patiënt is daarin hetzelfde. Het gaat er om dat de patiënt mij duidelijk kan maken waar het lijden uit bestaat en dat ik dat invoelbaar vind” (arts 4 2013).*

*“Invoelen kan alleen als ik zelf een ziekte en/of aandoening heb gehad of als ik zelf iemand verloren ben aan een ziekte en/of aandoening. Bij invoelbaarheid worden als uitgangspunt verschillende criteria gebruikt die subjectief zijn. Het zou meer moeten gaan om erkenning of mededogen dan om invoelbaarheid. Bij mededogen voelt een arts intuïtief dat een patiënt lijdt, maar dit is ook zichtbaar” (arts 6 2013).*

Een derde probleem betreft volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek de weloverwogenheid van het verzoek, waarbij consistentie en wilsbekwaamheid een grote rol spelen. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van een patiënt binnen de Levenseindekliniek wordt een psychiater ingeschakeld die de wilsbekwaamheid of wilsonbekwaamheid vaststelt.

*“De wilsbekwaamheid ligt bij psychiatrie onder vuur, en daarmee ook zelfbeschikking en autonomie van de psychiatrisch patiënt. De wilsbekwaamheid wordt in een zekere mate bepaald door bijvoorbeeld depressiviteit of impulsgedrag. Dat maakt dergelijke casus erg moeilijk” (verpleegkundige 1 2013).*

Eenzijds twijfelt een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek aan de weloverwogenheid van een patiënt als de geest ziek is. Anderzijds stelt een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek dat een psychiatrisch patiënt gepreoccupeerd kan zijn door het ziektebeeld, net als bij somatische patiënten, maar toch de weloverwogenheid naar waarheid uit kan drukken. Een verzoek om euthanasie vanuit een psychose wordt niet gehonoreerd, omdat er volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geen sprake is van weloverwogenheid. Ook patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, bijvoorbeeld borderline, worden regelmatig afgewezen omdat de consistentie van de wens om euthanasie volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek ontbreekt.

### **5.1.2.3 Dementie**

Over de periode maart 2012-maart 2013 heeft de Levenseindekliniek 56 aanmeldingen ontvangen waarbij het dementie betrof. In 10 gevallen is euthanasie toegepast, in 14 gevallen is een casus afgewezen (Levenseindekliniek 2013). Euthanasie bij dementie is één van de meest ingewikkelde ethische discussies die binnen de Levenseindekliniek gevoerd wordt. De ethische discussie wordt volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek gevoerd op basis van een groot dilemma: ga je als arts uit van de persoon die iemand gedurende het gezonde leven is geweest of ga je uit van de persoon die iemand geworden is door dementie?

Een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek is van mening dat het uitgangspunt de demente persoon is. De artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek schetsen het beeld van een blijde demente die gelukkig glimlachend op een stoel zit en totaal geen besef meer heeft van leven en dood, die patiënt ga je niet 'doodmaken'. Echter, de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek zijn wel van mening dat er ruimte voor euthanasie moet zijn voor vergevorderde demente patiënten die nog consistent aan kunnen geven niet meer te willen leven. De artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek die deze visie ondersteunen erkennen dat dementerende patiënten te vroeg moeten overlijden met behulp van euthanasie, doordat de eis gesteld wordt dat de patiënt de wens om euthanasie nog moet kunnen uitspreken.

*“Vaak het eerste wat je verliest bij dementie is het ziekte inzicht waarbij ook de grip op het leven kwijtraakt. Het gevoel van realiteit verdwijnt en een patiënt kan vaak niet meer consistent de wens aangeven. In een late fase, waarin de dementie vergevorderd is, voert bijna geen arts meer euthanasie uit. Wel of geen schriftelijke verklaring en hoezeer je ook zeker weet dat iemand het echt gewild zou hebben, er moet nog iets van de kern over zijn dat de patiënt aan kan geven dat hij niet meer wil leven. In de huidige werkelijkheid heb je te doen met de mens die er op dat moment is” (arts 5 2013).*

Een aantal andere artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek veronderstelt dat de gezonde persoon, voor het dementieproces, het uitgangspunt moet zijn. Volgens deze artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek straalt een demente patiënt misschien niet meer uit of hij of zij niet of wel wil leven, maar de gezonde persoon die het geweest is straalde wel uit wanneer hij of zij nog zou willen leven. Naar de mening van de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek is een arts daar ook getuige van geweest. Een schriftelijke wilsverklaring, opgesteld door de gezonde persoon, uitgebreid besproken met de arts moet volgens een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek voldoende grond zijn om tot euthanasie te kunnen overgaan. Deze opvatting is in overeenstemming met hetgeen vastgelegd in artikel 2 lid 2 WTL.

*“Een persoon is niet een persoon op moment X. Deze persoon brengt een hele geschiedenis met zich mee, net als wat de persoon van de toekomst verwacht. Het is raar om te zeggen: op 1 januari bestaat de demente persoon pas. Op die manier ontken je de hele geschiedenis van de persoon, terwijl juist in het licht van die geschiedenis de persoon altijd gezegd heeft dat hij niet dement wil worden. De persoon heeft niet de mogelijkheid om te voorkomen dat hij de demente persoon*

*wordt. De geschiedenis van het leven is bepalend voor wie de persoon is. Je kunt niet de eerste X aantal jaren negeren. Als een patiënt niet meer kan vertellen dat hij of zij dood wil kan een arts zich ook laten lijden door signalen als bijvoorbeeld angst, verwardheid, radeloosheid of desoriëntatie. Voorwaarde is wel dat er in ieder geval een schriftelijke verklaring ligt die besproken is met de arts” (arts 2 2013).*

Patiënten die net de diagnose dementie gekregen hebben en zich aanmelden bij de Levenseindekliniek hebben volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek een relatief grote kans op toewijzing aan een ambulant team, omdat de patiënt nog wilsbekwaam is. Afhankelijk van het grillige en snelle verloop van dementie, is het volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek mogelijk dat een ambulant team tijdens de gesprekken in staat is om een beeld te vormen van het leven van de gezonde persoon en de ondraaglijkheid van het lijden. Op het moment dat een vergevorderde wilsonbekwame dementerende wordt aangemeld bij de Levenseindekliniek wordt de casus volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek afgewezen, ook in het geval van een wilsverklaring. Het ambulante team is volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geen getuige geweest van het leven van de gezonde persoon en past hierbij geen euthanasie toe.

#### **5.1.2.4 Geen medische grond**

Zoals eerder vermeld leidt de term voltooid leven voor veel verwarring en is het ook volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek een containerbegrip geworden. Voltooid leven betreft voornamelijk ouderen die te maken hebben met een samenstel van factoren omtrent ouderdom, terwijl het vrijwel altijd gezonde personen betreft. De term voltooid leven leidt volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek tot verwarring, omdat iedere persoon die om euthanasie vraagt het leven voltooid acht. Binnen de Levenseindekliniek wordt gesproken over geen medische grond. In 75 van de 741 aanmeldingen gedurende het eerste jaar was sprake van ‘voltooid leven’ problematiek. In 22 gevallen is een casus afgewezen omdat er geen enkele medische grond was. Er zijn echter ook 10 casus geweest waarbij de problematiek zich eerst voordeed als ‘voltooid leven’, maar waarbij gedurende het onderzoeksproces bleek dat er een medisch classificeerbare aandoening ten grondslag lag aan het lijden. In 6 gevallen is euthanasie verleend aan patiënten met een opeenstapeling van ouderdomsklachten (Levenseindekliniek 2013).

De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geven aan dat een euthanasiewens met pure voltooid leven problematiek, waarbij geen enkele medische grond aanwezig is, niet gehonoreerd kunnen worden met de huidige euthanasiewetgeving. Vrijwilligheid en weloverwogenheid is bij deze categorie patiënten geen probleem volgens de

artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek. Door de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek wordt ervaren dat de arts zich vaak verschuilt achter de WTL bij 'voltooid leven'.

*“Er is bijna geen individu te vinden die een hoge leeftijd bereikt zonder dat er lichamelijke en/of psychische ziekten en/of problemen optreden. Een enkel individu die een hoge leeftijd bereikt zonder ziekten en/of problemen valt buiten de WTL als het op euthanasie aankomt. Waarom zou een persoon die altijd veel plezier beleefd aan krant lezen en tuinieren niet ondraaglijk kunnen lijden als deze persoon blind wordt en artrose krijgt? De ouderdomsklachten waarmee een patiënt te maken heeft moeten afgezet worden in het leven wat iemand heeft geleid” (arts 1 2013).*

Een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek is van mening dat de opvatting omtrent 'voltooid leven' ruimer zou mogen zijn, door ook de sociale component te belichten. De discussie die ontstaat bij een ruimere benadering van de 'voltooid leven' problematiek betreft volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek de grens die getrokken moet worden: kan iemand van 30 ook een voltooid leven hebben? Voor de meeste artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek ligt de grens rond de 70 jaar.

*“Het sociale aspect verdient ook ruimte. Een patiënt kan ook ondraaglijk en uitzichtloos lijden als er sprake is van eenzaamheid door het wegvallen van een sociaal netwerk, onthechting van de huidige maatschappij, het ontbreken van toekomstperspectief of een geïsoleerd bestaan. Er moeten alleen duidelijke grenzen gesteld worden en dat is een discussie die niet voldoende uitgekristalliseerd is” (verpleegkundige 6 2013).*

## **5.2 Wijziging kaders euthanasie**

Naar aanleiding van de interviews met de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek kwam naar voren dat er een aantal suggesties zijn ten aanzien van een wijziging van de wettelijke kaders omtrent euthanasie. Echter, er is volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek ook een belangrijke rol weggelegd voor wijzigingen buiten de wettelijke kaders. De suggesties binnen en buiten de wettelijke kaders omtrent euthanasie worden in deze paragraaf uiteengezet.

### **5.2.1 Wijzingen ten aanzien van het wettelijke kader**

Het wettelijke kader omtrent euthanasie bestaat uit de WTL en de bepalingen in het Wetboek van Strafrecht. De artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek zijn erg tevreden met de WTL en zouden deze niet willen veranderen. Afgezien van het wetboek van Strafrecht worden ook andere suggesties aansluitend op het juridische gebied uitgewerkt. De suggesties ten aanzien van het wettelijke kader zijn onder te verdelen in vijf categorieën: artikel 293 en 294 uit het Wetboek van Strafrecht, de uitvoering van euthanasie door BIG-geregistreerde individuen, het recht op euthanasie of de plicht tot euthanasie, het verwijzen van een patiënt naar een andere arts en het aanleggen van jurisprudentie door toetsing vooraf.

#### **5.2.1.1 Wetboek van Strafrecht**

De meningen van de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek ten aanzien van artikelen 293 en artikel 294 Wetboek van Strafrecht lopen sterk uiteen. Enerzijds wordt door de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek gepleit om euthanasie en hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht te halen, anderzijds moeten de bepalingen ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding in het Wetboek van Strafrecht volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek worden gehandhaafd.

Een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek is van mening dat het contrast ten opzichte van medische handelingen erg groot is. Het begaan van een medische fout wordt volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek meestal behandeld met behulp van het tuchtrecht, waarbij een doorhaling van de inschrijving in het register de hoogste straf is (art. 48 lid 1 sub f BIG). In de toekomst zou het volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek mogelijk zijn om controle van de zorgvuldigheidseisen toe te passen binnen de beroepsgroep in plaats van door de RTe's, maar dit veronderstelt wel een zorgvuldige opbouw, continuering en uitbouw van het proces omtrent euthanasie.

*“Als arts pluk je niet zomaar iemand van de straat waarbij je even euthanasie gaat uitvoeren. Een schrapping van de artikelen uit het Wetboek van Strafrecht impliceert niet dat de zorgvuldigheidseisen niet meer bestaan. Je moet je aan de zorgvuldigheidseisen houden en doe je dit niet, dan moet je uit je beroep worden gezet. Het contrast met een aantal artsen die grote medische missers hebben begaan en daarvoor vrijuit gaan of een waarschuwing krijgen vind ik groot” (arts 6 2013).*

Een andere groep artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek is van mening dat de artikelen betreffende euthanasie en hulp bij zelfdoding moeten blijven bestaan in het

Wetboek van Strafrecht. Volgens deze artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek moet de nadruk liggen op de bijzonderheid van de handelingen euthanasie, waarbij met behulp van de RTE's de procedure en uitvoering getoetst kan worden.

*“Ik denk dat het goed is dat euthanasie en hulp bij zelfdoding in het Wetboek van Strafrecht staan. Iemand ‘doodmaken’ moet strafbaar blijven, tenzij het op een manier gebeurt zoals omschreven in de zorgvuldigheidseisen. Euthanasie en hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht schrappen is bijna niet te doen, dan moeten de toetsingscommissies ook komen te vervallen. Als arts ben je bewust van het feit dat je een gevangenisstraf van 3 of 12 jaren boven het hoofd hangt bij onzorgvuldigheid. Als dit er niet meer is, verliest een arts mogelijk de scherppte op de procedure en de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding” (arts 3 2013).*

#### **5.2.1.2 Uitvoering euthanasie**

Door een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek wordt geopperd om de WTL te verbreden ten aanzien van de uitvoering van euthanasie. Op dit moment is in de WTL vastgelegd dat enkel een arts bevoegd is tot het uitvoeren van euthanasie. Volgens een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek moet de uitvoering van euthanasie ook mogelijk zijn voor speciaal opgeleide en BIG-geregistreerde personen. De artsen verpleegkundigen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek geven ook invulling aan de discussie omtrent de pil van Drion, waarbij met behulp van speciaal opgeleid personeel, patiënten de gelegenheid krijgen om tot levensbeëindiging over te gaan.

Echter, een aantal andere artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek veronderstelt dat euthanasie een handeling moet blijven die voorbehouden is aan artsen. Deze artsen en verpleegkundigen vrezen dat het exclusieve domein van euthanasie oncontroleerbaar en onzorgvuldig wordt naarmate meer mensen toegang hebben tot het domein van euthanasie. Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek is de arts de enige die speciale rechten heeft op het gebied van euthanasie.

#### **5.2.1.3 Recht versus plicht**

De artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek zijn het met elkaar eens dat er geen recht op euthanasie is en dat dit recht er ook niet moet komen. Ook bij de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek bestaat de angst dat een patiënt in een willekeurige situatie euthanasie zou kunnen afdwingen.

Een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek veronderstelt dat het zelfbeschikkingsrecht een onderbelicht aspect is bij euthanasie. De patiënt moet volgens



deze artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek goed geïnformeerd, in overeenstemming met de WTL, een weloverwogen keuze kunnen maken en de optie voor euthanasie kunnen uitspreken.

*“Een patiënt heeft het recht om beargumenteerd van een behandeling af te zien. Je mag als patiënt dus wel beslissen om behandelingen aan te gaan, maar je mag niet beslissen wanneer het leven klaar is. Door het zelfbeschikkingsrecht wordt de macht van een weigerende arts ook minder en moet een ander perspectief wel de revue passeren” (verpleegkundige 2 2013).*

Ondanks het feit dat een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek de onderbelichte positie van het zelfbeschikkingsrecht benoemt, moet dit niet leiden tot een plicht voor de arts om euthanasie of hulp bij zelfdoding uit te voeren. Een arts moet in de ogen van de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek beargumenteerd af kunnen zien van levensbeëindiging, maar de patiënt moet wel perspectief worden geboden.

#### **5.2.1.4 Verwijzen**

Het bieden van perspectief en faciliteren dat een patiënt terecht kan bij een andere arts heeft volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek betrekking op een verwijsplicht. Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek moet een verwijsplicht, in welke vorm dan ook, beter uitgekristalliseerd moet worden. De voorkeur die bestaat bij de artsen en de verpleegkundigen van de Levenseindekliniek is een verwijsplicht die onder de zorgplicht valt. De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek hopen dat, door artsen te blijven wijzen op de algemeen geldende zorgplicht, het verwijzen van patiënten met een euthanasiewens meer ingebouwd wordt in de professionele standaard.

*“Een expliciete juridische verwijsplicht is niet nodig. Je hebt een zorgplicht waarbij je als arts goede zorg moet leveren aan de patiënt. Daar hoort verwijzen naar een collega ook bij” (arts 4 2013).*

*“Iedere arts zal zeggen dat hij of zij goede zorg wil leveren aan de patiënt. Goede zorg voor een individuele patiënt betekent: wie is de patiënt, wat wil de patiënt en wat is voor de patiënt belangrijk. Vanuit het perspectief van de gezondheidszorg kijkt een arts wat hij of zij daar aan kan toevoegen. Er is een morele zorgplicht. Het afbakenen van verantwoordelijkheden en competenties is van groot belang. Als het medische dingen betreft is verwijzen geen probleem. Bij euthanasie wordt altijd verondersteld*

*dat een arts de euthanasie maar moet kunnen uitvoeren. Daar ben ik het niet mee eens. Als het voor een arts niet binnen de eigen competenties of verantwoordelijkheden valt, verwijs dan door. Vanuit de morele zorgplicht is dat hetgeen wat je toe kunt voegen aan het proces” (medische ethicus 2013).*

### **5.2.1.5 Jurisprudentie en toetsing**

Ten aanzien van een aantal hulpvragen zou er volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek jurisprudentie uitgelokt moeten worden. Een belangrijk voorbeeld hiervan betreft volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek wilsonbekwaamheid bij dementie. Een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek, bereid om op grond van alleen een schriftelijke wilsverklaring tot euthanasie over te gaan, oppert om jurisprudentie uit te lokken op dit gebied.

*“Volgens de wet mag levensbeëindiging bij de wilsonbekwame dementerende, het is alleen niet volgens de norm bij veel artsen. Naarmate artsen steeds zien dat het meer gebeurt, zal ook de mindset van andere artsen langzamerhand veranderen. In Nederland hebben we nu 10 jaar de WTL. In het begin was deze wet zo goed als alleen bedoeld voor terminale kankerpatiënten. Als je kijkt waar we nu staan, mede doordat artsen bij bepaalde casussen de nek uitsteken, is het uitlokken van jurisprudentie een goede manier om meer te kunnen realiseren” (arts 3 2013).*

De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek zijn ook van mening dat het in sommige gevallen met de heersende normen twijfelachtig is om tot levensbeëindiging over te gaan. Door een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek wordt geopperd om bij wilsonbekwaamheid en dementie toetsing vooraf te realiseren. Een andere groep artsen en verpleegkundigen is van mening dat dit wel kan helpen om artsen te laten zien waar de ruimte in de wet zit, maar dat het een soort van toestemming vragen is. Deze artsen en verpleegkundigen vinden het belangrijk om gebaseerd op het eigen oordeel tot euthanasie over te gaan en bij twijfel geen euthanasie uit te voeren.

*“Ik zou willen dat je jurisprudentie krijgt door toetsing vooraf. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door aan de rechter voor te leggen dat je bereid bent om euthanasie uit te voeren bij een patiënt, maar door de KNMG en de RTe zal veroordeling plaatsvinden terwijl het strikt genomen volgens de WTL wel kan. Hierbij zou je de rechter de vraag kunnen stellen of de euthanasie afgedwongen kan worden om vervolgens over te gaan tot euthanasie” (arts 2 2013).*

## **5.2.2 Wijzigingen buiten het wettelijke kader**

Naast de suggesties met betrekking tot het wettelijke kader omtrent levensbeëindiging, zijn ook een aantal suggesties buiten het wettelijke kader van belang. De suggesties zijn gericht op de werkzaamheden in de Levenseindekliniek, de functie van SCEN-artsen, de functie van apothekers, opleiding en scholing.

### **5.2.2.1 Werkzaamheden in de Levenseindekliniek**

De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek zijn tevreden met de huidige werkwijze. De werkwijze met ambulante teams wordt door de artsen en verpleegkundigen als zeer prettig ervaren, omdat de arts en verpleegkundige elkaar ondersteunen in het proces en er altijd ruimte is om met elkaar te sparren over de casus.

De artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geven aan het vooronderzoek door triage binnen de Levenseindekliniek verder ontwikkeld moet worden. Bij sommige casus is het volgens bepaalde artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek moeilijk om op grond van alleen een verhaal op papier tot een waarheidsgetrouw oordeel te komen. Door vaker gebruik te maken van een verkennend gesprek door een arts of verpleegkundige kan er volgens sommige artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek worden bewerkstelligd dat er in mindere mate casuïstiek wordt afgewezen die op papier buiten de wettelijke criteria lijken te vallen.

Daarnaast geven de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek aan dat, naast het multidisciplinair overleg, meerdere intervisiemomenten gewenst zijn. Waar tijdens het multidisciplinair overleg de hulpvraag en het onderzoek centraal staat, zou volgens bepaalde artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek tijdens een intervisiemoment het sparren met collega's buiten het team meer centraal moeten staan. Door de toenemende complexe hulpvraag bij de Levenseindekliniek verdient het volgens sommige artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek een aanbeveling om met collega's te praten over ervaringen op bepaalde gebieden en eventuele tips.

#### **5.2.2.2 Functie SCEN-arts**

Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek komt het in de praktijk regelmatig voor dat een SCEN-arts zich niet capabel vindt om een patiënt met bepaalde problematiek te beoordelen, waardoor het proces vertraging oploopt. Tevens zijn sommige artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek geconfronteerd met SCEN-artsen die het volledige werk opnieuw hebben gedaan of weigerden mee te werken omdat het een verzoek van de Levenseindekliniek betrof.

*“In mijn beleving kunnen SCEN-artsen twee dingen doen. Allereerst kunnen ze steun bieden bij vragen die je zelf als arts niet weet. Ten tweede kunnen ze een onafhankelijke tweede mening geven in geval een arts euthanasie wil uitvoeren. In het laatste geval vind ik dat zij zich moeten beperken tot het oordeel of de dossiervorming compleet is en of mijn werk goed gedaan is. Mede door een gesprek met de patiënt moet een SCEN-arts tot het oordeel komen of aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan. Het valt mij wel eens op dat SCEN-artsen mijn hele werk zitten over te doen door bijvoorbeeld opnieuw uitgebreid vast te stellen waaruit het ondraaglijk lijden bestaat” (arts 3 2013).*

In de praktijk blijkt volgens veel artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek de functie van SCEN-artsen vaak alleen consultatie te betreffen. Bij complexe hulpvragen als dementie en psychiatrie kan het volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek voor artsen een uitkomst bieden om steun te kunnen vragen aan een SCEN-arts. Hiertoe is een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek van mening dat de steunfunctie van de SCEN-artsen in de praktijk moet worden uitgebreid.

### **5.2.2.3 Functie apothekers**

Een groot knelpunt dat door bepaalde artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek wordt ervaren is de weigerapotheker. Het komt volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek voor dat het ambulante team een positief advies van de SCEN-arts heeft gekregen, maar dat de apotheker weigert om euthanatica te leveren. De rol van de apothekers zou volgens een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek eenduidiger en terughoudender moeten zijn.

*“Een apotheker heeft het recht en de plicht om te kijken wat er met de euthanatica gebeurt, naar welke patiënt het gaat en waar het om gaat. Het is soms alleen een toetsingscommissie. Ik hoef me niet bij de apotheker te verantwoorden. De apotheker ziet ons vaak als de vreemde arts en wil ons geen euthanatica verschaffen. Maar de apotheker kent de patiënt ook niet, hij of zij is er om het belang van de patiënt te bewaken. De rol van de apotheker is te groot en daarbij mogen ze best iets terughoudender zijn” (arts 5 2013).*

### **5.2.2.4 Opleiding en scholing**

Voortvloeiend uit de problematiek bij SCEN-artsen en apothekers is er volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek een kanttekening te plaatsen bij de kennis omtrent euthanasie. In de opleiding geneeskunde is volgens de artsen en verpleegkundigen

van de Levensidekliniek veel winst te behalen door uitgebreider stil te staan bij euthanasie en de toepassing van de WTL, in plaats van alleen bij stervensbegeleiding. Onder andere door een vroege confrontatie met de WTL wordt het volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensidekliniek in de latere loopbaan makkelijker om de WTL te gebruiken en te interpreteren. Een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensidekliniek veronderstelt dat het besteden van aandacht aan euthanasie mogelijk leidt tot minder psychologische en morele problemen.

*“In plaats van dagenlang te spenderen aan hele specialistische zorg moet het ook mogelijk zijn om euthanasie en hulp bij zelfdoding in de opleiding te verwerken. Het moet niet altijd het doel zijn om mensen eindeloos te behandelen. Als arts leg je in de eed ook af dat je mensen zult behoeden voor een ellendige lijdensweg. Het gaat om het helpen van mensen, op welke manier dan ook” (arts 4 2013).*

Alleen kennis vergroten in de opleiding is volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensidekliniek niet voldoende. Door een steeds complexere hulpvraag moet de kennis volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensidekliniek actueel en op pijl blijven door scholing. Door het grote aantal aanmeldingen van psychiatrisch patiënten en het complexe verloop van aandoeningen en ziekten in deze categorie, heeft de Levensidekliniek een studiedag voor alle artsen en verpleegkundigen georganiseerd, waarbij psychiaters vertellen over ervaringen. De artsen en verpleegkundigen van de Levensidekliniek erkennen dat het van groot belang is dat er scholing plaatsvindt met betrekking tot aspecten de invoelbaarheid van het lijden. Volgens de artsen en verpleegkundigen van de Levensidekliniek moet een arts leren om niet de eigen meetlat op iedere patiënt te leggen, het gaat er alleen om dat het voor een specifieke patiënt in een specifieke situatie ondraaglijk is. Met betrekking tot dergelijke aspecten zou de Levensidekliniek volgens een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensidekliniek als expertisecentrum kunnen optreden.

## 6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt, met behulp van antwoorden op de deelvragen, een conclusie getrokken ten aanzien van de hoofdvraag: *'In hoeverre is de huidige euthanasiewetgeving toereikend om verzoeken om euthanasie door de Levensindekliniek uit te kunnen voeren?'* Bij de beantwoording van de hoofdvraag is een belangrijke rol weggelegd voor de opvatting van de KNMG ten aanzien van het zelfgekozen levenseinde en het jaarverslag van de regionale toetsingscommissies euthanasie van 2011.

Een belangrijke leidende ontwikkeling in het euthanasiebeleid betreft de invoering van de WTL en de RTe's. Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het beleid omtrent euthanasie beter wordt gecontroleerd en getoetst. Jurisprudentie in de vorm van de kernarresten Postma, Schoonheim, Chabot en Brongersma is de basis geweest voor een vastlegging van de zorgvuldigheidseisen in de WTL. Door de jaren heen heeft een verschuiving plaatsgevonden van euthanasie bij terminale kankerpatiënten naar euthanasie bij psychiatrische patiënten, dementerende patiënten en 'voltooid leven' patiënten. Volgens de WTL is het strikt genomen mogelijk om bij deze patiëntencategorieën euthanasie toe te passen, afgezien van de 'voltooid leven' problematiek. In de WTL wordt enkel gesproken van de zorgvuldigheidseisen een weloverwogen verzoek, een vrijwillig verzoek, ondraaglijk lijden en uitzichtloos lijden. Echter, uit het haalbaarheidsonderzoek van de NVVE naar de Levensindekliniek kwam naar voren dat euthanasie bij psychiatrie, dementie en 'voltooid leven' categorieën patiënten betreft waarbij veel artsen geen euthanasie willen toepassen. Op 1 maart 2012 is de Levensindekliniek van start gegaan om patiënten met een actuele euthanasiewens, volgens de zorgvuldigheidscriteria, perspectief te kunnen bieden wanneer er geen gehoor wordt gevonden bij de eigen arts. Door de werkwijze met ambulante teams is de Levensindekliniek de meest spraakmakende ontwikkelingen ten aanzien van het euthanasiebeleid van het afgelopen jaar.

De werkwijze van de Levensindekliniek is in grote lijnen op te splitsen in drie processen: aanmelding, inzetten van een ambulant team en uitvoering van euthanasie. Gedurende de aanmelding wordt door de triagist een medisch dossier geopend, medische gegevens opgevraagd en medische gegevens beoordeeld. Na beoordeling van de gegevens en eventueel een arts op verkenning, een verpleegkundige op verkenning of raadpleging van een Levensindekliniek arts wordt een casus toegewezen aan een ambulant team of afgewezen. De gemiddelde duur tussen aanmelding en het starten van een ambulant team is 112 dagen. Wanneer een ambulant team wordt ingezet volgen er gemiddeld 3 gesprekken van ruim een uur met de patiënt, afhankelijk van de casuïstiek. Naar aanleiding van deze

gesprekken wordt een SCEN-arts ingeschakeld of volgt de conclusie dat niet aan de zorgvuldigheidseisen in de WTL is voldaan. Gemiddeld duurt het 61 dagen voordat een ambulante team besluit om euthanasie uit te voeren, afhankelijk van de casuïstiek. Wanneer het ambulante team voornemens is om euthanasie uit te voeren wordt contact gezocht met een apotheker, wordt de forensisch arts op de hoogte gebracht van het voornemen en tijdstip van de uitvoering en wordt de patiënt gevraagd of de uitvoering conform de wens is.

Bij binnenkomst van een casus in de Levensindekliniek wordt de casus onderverdeeld in één van de vier categorieën: somatiek, psychiatrie, dementie of 'voltooid leven'. Na uitvoerig bureauonderzoek door triage en/of onderzoek door het ambulante team kan geconcludeerd worden dat een casus afgewezen moet worden, omdat niet aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL wordt voldaan. Er kan geconcludeerd worden dat een somatische casus met een lastig te diagnosticeren ziekte of aandoening afgewezen wordt. Bij dergelijke ziektebeelden, bijvoorbeeld fibromyalgie of zenuwpijnen, kan niet achterhaald worden waar het lijden vandaan komt en is onduidelijkheid over een adequate behandeling mogelijk. Een psychiatrische casus wordt afgewezen wanneer er niet voldoende reële behandelopties zijn geprobeerd. Tevens zijn bepaalde psychiatrische ziektebeelden lastig te duiden, waardoor de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid moeilijk of niet in te schatten is. Tot slot worden psychiatrische patiënten afgewezen omdat er sprake is van wilsonbekwaamheid. Op het gebied van dementie wordt in veel gevallen een casus afgewezen omdat er sprake is van wilsonbekwaamheid, waarbij het ambulante team geen gesprekken heeft kunnen voeren met de 'gezonde' persoon. Met betrekking tot 'voltooid leven' is het ontbreken van een medisch classificeerbare ziekte en/of aandoening de belangrijkste reden tot afwijzing van een casus.

Een wijziging van de WTL wordt niet gezien als oplossing om meer euthanasiewensen te kunnen honoreren. Belangrijke aspecten om te zorgen dat artsen meer kunnen ten aanzien van euthanasie betreft een uitbreiding van kennis en scholing, verwijzen naar collega's, eenduidig beleid van apothekers en SCEN-artsen, toetsing vooraf bij ingewikkelde casuïstiek en op termijn eventueel een schrapping van euthanasie en hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht.

Ten aanzien van de toereikendheid van de euthanasiewetgeving met betrekking tot het uitvoeren van euthanasieverzoeken door de Levensindekliniek, kan geconcludeerd worden dat de WTL toereikend is. Deze opvatting is in overeenstemming met hetgeen bevonden door de RTE's, waarbij alle uitgevoerde casuïstiek door de Levensindekliniek over de periode maart 2012 tot maart 2013 als zorgvuldig is beoordeeld. Het standpunt van de KNMG ten aanzien van het zelfgekozen levensinde laat ook zien dat er ruimte in de WTL is ten aanzien van bepaalde patiëntencategorieën. De KNMG vindt terughoudendheid gewenst

bij psychiatrie, dementie en 'voltooid leven', maar veroordeelt euthanasie bij dergelijke casuïstiek niet.



## 7. Discussie

In de voorgaande hoofdstukken is uitgebreid stilgestaan bij leidende ontwikkelingen van het Nederlandse euthanasiebeleid en de praktijk met betrekking tot euthanasie in de Levensindekliniek. Het onderzoek heeft betrekking gehad op de reden van afwijzing van verzoeken om euthanasie en een wijziging van de kaders omtrent euthanasie. In deze discussie zal worden volstaan met een uitwerking van opvallende bevindingen van het onderzoek binnen de Levensindekliniek ten aanzien van de werkwijze van de Levensindekliniek, verwijzen, het zelfbeschikkingsrecht en euthanasie bij dementie. Tevens wordt het uitgevoerde onderzoek geëvalueerd.

### 7.1 Werkwijze Levensindekliniek

Een belangrijk kenmerk van de Levensindekliniek is de werkwijze in ambulante teams. De werkwijze wordt door verschillende partijen bekritiseerd. Deze partijen veronderstellen dat het vrijwel onmogelijk is om in korte tijd een goede band met de patiënt op te bouwen en deze te begeleiden naar euthanasie. Volgens de KNMG is het enkel mogelijk om de aspecten vrijwilligheid, weloverwogenheid, uitzichtloos en ondraaglijkheid vast te stellen in een langdurige behandelrelatie. Uit het onderzoek is gebleken dat het vanaf de aanmelding gemiddeld 173 dagen duurt voordat de arts van de Levensindekliniek euthanasie uitvoert. Tevens kwam uit het onderzoek naar voren dat er gemiddeld drie langdurige gesprekken met de patiënt worden gevoerd, alvorens wordt besloten om tot euthanasie over te gaan.

In de WTL en in de memorie van toelichting van de WTL<sup>6</sup> is niet opgenomen dat euthanasie door een behandelend arts moet worden uitgevoerd. De WTL en de memorie van toelichting van de WTL spreken van 'een' arts of 'de' arts die euthanasie uitvoert en zich aan de zorgvuldigheidseisen moet houden. Enkel op het moment dat euthanasie is uitgevoerd wordt er door de memorie van toelichting verondersteld dat de behandelend arts melding doet van een onnatuurlijke dood bij de gemeentelijk lijkschouwer. Ten aanzien van de uitvoering van euthanasie is de arts van de Levensindekliniek op dat moment de behandelend arts geworden. In de WTL en de memorie van toelichting van de WTL wordt niet voorzien in een harde eis dat de behandelend arts de euthanasie moet verrichten. Ook voorziet de WTL of de memorie van toelichting van de WTL niet in een termijn op grond waarvan een behandelrelatie ontstaat tussen arts en patiënt.

Afgezien van de bepalingen in de WTL en de memorie van toelichting van de WTL blijkt ook uit de jurisprudentie geen termijn of eis tot toepassing door een behandelend arts.

---

<sup>6</sup> *Kamerstukken II 1998/1999, 26691, nr. 3.*

In het kernarrest Chabot is de psychiater pas in de laatste maanden voor de dood van de patiënte betrokken bij het proces, nadat patiënte had gepoogd zichzelf van het leven te beroven. Chabot heeft in eerste instantie getracht patiënte te behandelen, maar kwam na een aantal therapeutische behandelingen tot de conclusie dat de dood de enige wens was. De Rechtbank, het Gerechtshof en de Hoge Raad zijn bij de uitspraken niet ingegaan op de duur van de behandelrelatie. Ook is de rol van Chabot, die als psychiater enkel de laatste maanden van het leven van de patiënte heeft meegemaakt, niet bekritiseerd.

Medisch Contact heeft in 2012 aandacht besteed aan een zogenoemd Drents model, waarbij huisartsen in de regio Hoogeveen collectieve afspraken hebben gemaakt over de uitvoering van euthanasie. Concreet houdt dit in dat de behandelend huisarts die bezwaar maakt tegen medewerking aan euthanasie, de patiënt verwijst naar een collega (Visser 2012). Tot op heden is er weinig kritiek geleverd op dit Drentse model, terwijl verwijzing naar een collega in het Drentse model ook geen lange behandelrelatie met de patiënt impliceert. Het Drentse model wordt gezien als een oplossing van de beroepsgroep, terwijl de Levensindekliniek op grotere schaal evengoed tot op dusver zorgvuldige wijze probeert om een oplossing voor de problematiek te vinden.

## **7.2 Verwijzen**

De verwijzing naar een collega is een belangrijk aspect gebleken tijdens het onderzoek. Een juridische verwijsplicht ten aanzien van euthanasie is niet vastgelegd, maar artsen zouden zich volgens de KNMG meer bewust moeten zijn van de morele zorgplicht en professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van het tijdig helpen van patiënten. Een arts die om gewetensbezwaren geen euthanasie wil toepassen heeft die ruimte vanuit de wet, maar voor de patiënt moet gefaciliteerd worden dat deze in contact kan komen met een arts die wel bereid is om tot euthanasie over te gaan. Deze visie wordt ondersteund door de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek.

In het tuchtrecht is in een aantal zaken een arts voor de tuchtrechter gedaagd voor onduidelijkheid ten aanzien van het beleid omtrent euthanasie. De tuchtrechter heeft hierbij meerdere malen uitgesproken dat een arts duidelijk moet zijn over het beleid dat ten aanzien van euthanasie gehanteerd wordt. Volgens de tuchtrechtspraak<sup>7</sup> kan een arts zich niet op het laatste moment aan toezegging van euthanasie onttrekken, omdat dit in strijd is met de manier waarop een arts met een patiënt hoort om te gaan. In uitspraken is door de tuchtcolleges ook gesteld dat vanaf het begin duidelijk moet zijn op welke wijze de arts de patiënt in de laatste levensfase kan begeleiden en wat wel of niet verwacht mag worden.

---

<sup>7</sup> Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 mei 2006, nr. 60/2005. Regionaal Tuchtcollege Groningen 20 maart 2012, nr. 50/2011, LJN YG1853. Regionaal Tuchtcollege Zwolle 6 september 2012, nr. 274/2011, LJN YG2322.

Uit de tuchtrechtspraak kan geconcludeerd worden dat een arts de wettelijke ruimte mag benutten om euthanasie te weigeren. De arts zal de patiënt echter altijd een alternatief moeten bieden. Enerzijds moet de arts faciliteren dat een patiënt keuzevrijheid heeft ten aanzien van een verzoek om euthanasie bij een andere arts. Anderzijds zou het een mogelijkheid zijn om over te gaan op bijvoorbeeld palliatieve sedatie, een handeling die onder het normale medische handelen valt.

### **7.3 Zelfbeschikkingsrecht**

Een belangrijk onderscheid dat moet worden gemaakt is het onderscheid tussen normaal medisch handelen en niet normaal medisch handelen. Op normaal medisch handelen is de WGBO van toepassing. Niet normaal medisch handelen, zoals euthanasie, valt onder de WTL. Ten aanzien van het onderscheid tussen normaal medisch handelen en niet normaal medisch handelen treedt een belangrijk conflict op ten aanzien van het zelfbeschikkingsrecht. Het uitgangspunt van de WGBO is het zelfbeschikkingsrecht, waarbij de patiënt zelf het recht heeft om te bepalen hoe het leven wordt ingericht. Zelfbeschikking komt in de WGBO tot uiting in onder andere het informed consent. De patiënt kan en mag hierbij onder andere beargumenteerd afwijken van een behandeling.

Zoals eerder is beschreven is zelfbeschikking één van de morele peilers van euthanasie, maar is dit niet de belangrijkste peiler. Verlichting van het lijden door een arts is het kernbeginsel van de WTL, voortvloeiend uit de plicht tot barmhartigheid van de arts. Zelfbeschikking komt in de WTL enkel tot uiting in het weloverwogen en vrijwillige verzoek om euthanasie van de patiënt. Echter, ook het aspect waardigheid wordt door verschillende partijen erkend als peiler van euthanasie. De waardigheid betreft voornamelijk de ontluistering die een patiënt ondergaat of moet ondergaan. Ontluistering betreft een sterk individualistische interpretatie van het lijden. Verlichting van het lijden is misschien wel het dragende beginsel van de WTL, maar de invulling van het begrip lijden vindt een bepaalde mate van aansluiting bij zelfbeschikking. De rol van zelfbeschikking wordt begrensd doordat de arts het ondraaglijk en uitzichtloos lijden invoelbaar moet vinden (Pans 2006). De ondergeschikte positie van zelfbeschikking, gesuggereerd door de artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek, is opvallend. De patiënt heeft gedurende het proces voldoende mogelijkheden om zijn of haar zelfbeschikking te uiten door te vertellen over de stervenswens en het lijden.

Echter, een vrijwillig en weloverwogen verzoek is in sommige situaties problematisch. Het is in de psychiatrie bijvoorbeeld van groot belang om een onderscheid te maken tussen een klinische depressie en een 'begrijpelijke' depressie. Een 'begrijpelijke' depressie is te verklaren vanuit bepaalde omstandigheden in het leven van een patiënt, en staat euthanasie niet in de weg. De klinische depressie is in beginsel behandelbaar, en staat euthanasie in de

weg. Bij een klinische depressie is sprake van een gestoorde wil (Pans 2006). Zelfbeschikking als belangrijkste peiler van euthanasie impliceert een claimrecht, terwijl de WTL gestoeld is op de barmhartigheidsplicht van de arts. Ook patiënten met een 'voltooid leven', maar geen medisch geïndiceerde grond om tot euthanasie over te gaan, zullen de euthanasiewens gaan claimen bij de arts. De verhouding tussen het zelfbeschikkingsrecht en de barmhartigheidsplicht zal onder druk komen te staan. Ook de zorgvuldigheidseisen zullen mogelijk in verdrukking komen doordat een patiënt de euthanasiewens kan claimen.

#### **7.4 Euthanasie bij dementie**

Naast de problematische situaties die kunnen ontstaan bij psychiatrisch patiënten en patiënten met een 'voltooid leven' ontstaan er ook problemen bij dementerende patiënten. Op dit moment moet een dementerende patiënt vroeg overlijden met behulp van euthanasie, mede doordat veel artsen willen dat de patiënt de euthanasiewens nog uit kan spreken. De WTL biedt ruimte voor enkel een schriftelijk verzoek om euthanasie. Ook de RTE's, het Openbaar Ministerie en de rechter bieden ruimte met betrekking tot euthanasie bij dementerenden. De KNMG en een groep artsen bieden deze ruimte niet.

Het probleem ontstaat bij zogenoemde transformatiegevallen. Hierbij wordt euthanasie gewenst op basis van een schriftelijke wilsverklaring, maar bestaat het vermoeden dat een dementerende patiënt niet meer lijdt. Uitgangspunt van deze schriftelijke wilsverklaring is dat de patiënt een individu is geworden die hij of zij nooit had willen worden (Pans 2006). Ethiek speelt een grote rol bij euthanasie bij dementerenden binnen de Levensindekliniek. Enerzijds stelt een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek dat de patiënt in de huidige werkelijkheid het uitgangspunt is, anderzijds wordt door een aantal andere artsen en verpleegkundigen van de Levensindekliniek gesteld dat de gezonde persoon met de levensgeschiedenis het uitgangspunt is.

Opvallend is de wijze die wordt gehanteerd voor euthanasie bij psychiatrische patiënten, waarbij getwijfeld wordt aan de vrijwilligheid, weloverwogenheid en wilsbekwaamheid van een patiënt. In hoeverre kan de gestoorde wil en/of geest van een psychiatrische patiënt beslissen over de dood? Bij psychiatrische patiënten worden verzoeken om euthanasie vanuit bijvoorbeeld een klinische depressie of psychose niet gehonoreerd. Bij een dementiepatiënt wordt aan een 'gestoorde' geest gevraagd of de patiënt nog steeds van mening is dat de euthanasiewens bestaat. Is de uiting van de demente patiënt dan wel vrijwillig, weloverwogen en wilsbekwaam? Als het bij alle andere euthanasieverzoeken van belang is dat de wil en geest van de niet gestoorde persoon worden weergegeven, waarom moet een vergevorderde demente patiënt op het einde nog mondeling de euthanasiewens uit kunnen spreken? De wilsbekwame patiënt is bij ieder

verzoek om euthanasie het uitgangspunt. Een zorgvuldige en regelmatig besproken schriftelijke wilsverklaring zou bij dementie ook het uitgangspunt moeten zijn.

Een aanbeveling die werd gedaan door een aantal artsen en verpleegkundigen van de Levenseindekliniek komt ook in de literatuur naar voren. Het betreft een toetsing vooraf, waarbij een nieuw ingestelde centrale toetsingscommissie uitspraak doet over de mogelijkheid tot euthanasie bij dementie in een individuele casus, waardoor de ethische dilemma's goed belicht worden vanuit verschillende invalshoeken. Een dergelijk team zou kunnen bestaan uit artsen, ethici en juristen (van Bommel 2013, Borst 2005).

## **7.5 Evaluatie onderzoek**

Het onderzoek uitgevoerd binnen de Levenseindekliniek toont de verschillende dilemma's waarvoor artsen staan bij verzoeken om euthanasie met somatiek, psychiatrie, dementie of voltooid leven als uitgangspunt. Tevens heeft het onderzoek aangetoond dat een wijziging van de WTL geen oplossing is om meer verzoeken om euthanasie te kunnen honoreren. Uit het onderzoek komt naar voren dat de discussie omtrent psychiatrie, dementie en voltooid leven zeer complexe problematiek betreft.

Doordat het onderzoek enkel is uitgevoerd onder artsen en verpleegkundigen binnen de Levenseindekliniek, zijn de resultaten niet te generaliseren naar andere populaties van artsen en verpleegkundigen. Zeker door de terughoudendheid van de KNMG ten aanzien van de Levenseindekliniek is het mogelijk dat eenzelfde onderzoek onder artsen en verpleegkundigen buiten de Levenseindekliniek een ander beeld laat zien. Het onderzoek voldoet niet aan de eisen van thick description, wat de repliceerbaarheid van het onderzoek lastig maakt. Voorafgaand aan het onderzoek zijn de eigen visies en interpretaties op papier geschreven, waardoor de interviewvragen neutraal en zonder waardeoordeel zijn opgesteld. Ruim een derde van de artsen en verpleegkundigen werkzaam bij de Levenseindekliniek is geïnterviewd. Meer dan de helft van de geïnterviewden heeft een reactie gestuurd naar aanleiding van het uitgewerkte interview op papier. De validiteit kan niet geheel gewaarborgd worden met de member checks, maar het doorvragen op antwoorden van respondenten heeft diepgang gecreëerd. Tevens leidt het gebruik van verschillende documenten, literatuur en informatie uit interviews tot een waarborging van de validiteit van het onderzoek.

Er zijn een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek. Normen die gehanteerd worden ten aanzien van behandelen, ondraaglijk lijden en uitzichtloos lijden moeten binnen somatiek, psychiatrie, dementie en 'voltooid leven' beter worden uitgekristalliseerd. Zoals eerder genoemd verdient het ook een aanbeveling om een soortgelijk onderzoek steekproefsgewijs op grotere schaal uit te voeren onder artsen en eventueel verpleegkundigen die niet verbonden zijn aan de Levenseindekliniek.

## **Bronnen**

### **Jurisprudentie**

#### **Hoge Raad der Nederlanden:**

HR 27 november 1984, *NJ* 1985, 106 (Schoonheim).

HR 21 juni 1994, *NJ* 1994, 656 (Chabot).

HR 24 december 2002, *NJ* 2003, 167 (Brongersma).

#### **Gerechtshof:**

Hof Amsterdam 17 november 1983, *NJ* 1984, 43 (Schoonheim).

Hof Den Haag 10 juni 1985 en 11 september 1986, *NJ* 1987, 608 (Schoonheim).

Hof Leeuwarden 30 september 1993, *TvGR* 1993/62 (Chabot).

Hof Amsterdam 8 mei 2001, *ELRO* AB1474 (Brongersma).

Hof Amsterdam 6 december 2001, *LJN* AD6753 (Brongersma).

#### **Rechtbank:**

Rb. Utrecht 11 maart 1952, *NJ* 1952, 275 (Eindhovense arts).

Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, *NJ* 1973, 183 (Postma).

Rb. Alkmaar 10 mei 1983, *NJ* 1983, 407 (Schoonheim).

Rb. Assen 21 april 1993, *TvGR* 1993/42 (Chabot).

Rb. Haarlem 25 juli 2000, parketnummer 15/035127-99 (Brongersma).

Rb. Haarlem 30 oktober 2000, parketnummer 15/035127-99 (Brongersma).

#### **Medisch Tuchtcollege:**

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 mei 2006, nr. 60/2005.

Regionaal Tuchtcollege Groningen 20 maart 2012, nr. 50/2011, *LJN* YG1853.

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 6 september 2012, nr. 274/2011, *LJN* YG2322.

#### **Regionale toetsingscommissies euthanasie**

Jaarverslag toetsingscommissie euthanasie 2011.

### **Parlementaire stukken**

*Kamerstukken II* 1998/1999, 26691, nr. A.

*Kamerstukken II* 1998/1999, 26691, nr. 3.

*Kamerstukken II* 1999/2000, 26691, nr. 5.

*Kamerstukken II* 1999/2000, 26691, nr. 5h.

*Kamerstukken II 1999/2000, 26691, nr. 6.*  
*Kamerstukken II 1999/2000, 26691, nr. 7.*  
*Kamerstukken II 2000/2001, 26691, nr. 137b.*  
*Kamerstukken II 2000/2001, 26691, nr. 137e.*

### **Internet**

2011a. *KNMG vindt Levensidekliniek onwenselijk* [Internet] KNMG. Bereikbaar op:  
<http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/KNMG-vindt-levensidekliniek-onwenselijk.html>

2013. *Burgerinitiatief voltooid leven* [Internet] Uit Vrije Wil. Bereikbaar op:  
<http://sparta.projectie.com/~uitvrije/index.php?id=1002>

2013. *Nieuwsuur over de Levensidekliniek* [Internet] Nieuwsuur. Bereikbaar op:  
<http://niewsuur.nl/onderwerp/480036-levensidekliniek-hielp-al-104-mensen-te-sterven.html>

### **Literatuur**

Bemmel, J. van. 2013. 'Respecteer het gedachtegoed van de mens zoals hij was. Een goede dood bij dementie'. *Medisch Contact* (68), 14. pp: 720-721.

Borst, E. 2005. 'Dementie: state of the art en probleemstelling. Het mag dan wel, maar kan het ook?' *Dementie en euthanasie. Er mag meer dan je denkt*. Amsterdam: NVVE.

Chabot, B.E. 2007. *Auto-euthanasie, verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

Commissie Dijkhuis. 2004. *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in het geval van lijden aan het leven*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Commissie evaluatie regelgeving. 2007. *Evaluatie Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw.

Commissie evaluatie regelgeving. 2012. *Tweede evaluatie Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw.

Drion, H. 1992. *Het zelfgewilde einde van oude mensen. Met reacties van Ch.J. Enschedé, H. Kuitert en anderen.* Amsterdam: Uitgeverij Balans.

Gezondheidsraad. 1972. *Interim-advies inzake euthanasie.* Publicatienummer 15. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Gezondheidsraad. 1982. *Euthanasie.* Publicatienummer 7. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Glaser, B.G. en A.L. Strauss. 2005. *Awareness of Dying.* New Brunswick: AldineTransaction.

Hartogh, G.A. den. 1996. 'Recht op de dood? Zelfbeschikking en barmhartigheid als rechtvaardigingsgronden voor euthanasie'. *Recht en kritiek.* pp: 148-168.

Hartogh, G.A. den. 2006. 'Moord of stervenshulp, penumbra of doubt?'. *Filosofie & Praktijk.* pp: 39-47.

Hartogh, G.A. den. 2007. 'Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg?'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (31).* pp: 137-148.

Hartogh, G.A. den. 2011. 'Levenseindekliniek binnen de grenzen van de wet?'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (35), 3.* pp: 213.

Have, H.A.J.M. ten. & E. van Leeuwen. 2006. *Medische ethiek.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hermans, H.E.G.M. & M.A.J.M. Buijsen. 2010. *Recht en gezondheidszorg.* Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

Jong, P. de. 2011. 'Levenseindekliniek is noodzaak'. *Medisch Contact (66), 45.* pp: 2783-2786.

Jong, P de., Baalen, Y van. & S. Pleiter. 2012. *Procesbeschrijving Levenseindekliniek.* Den Haag: Levenseindekliniek.

Kimsma, G.K. 2000. 'Het lijden beoordeeld. Een voorstel voor een conceptueel kader'. *Medisch Contact (55), 49.* pp: 1757-1759.



KNMG. 2009. *Richtlijn palliatieve sedatie*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

KNMG. 2011b. *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Leenen, H.J.J. & J.K.M. Gevers. 2007. *Handboek gezondheidsrecht deel 1: rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Legemaate, J. 2006. *Medisch handelen rond het levenseinde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Levensindekliniek. 2013. *Rapportage jaar 1 Levensindekliniek*. Den Haag: Levensindekliniek.

Mortelmans, D. 2011. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

NVVE. 2010. *Haalbaarheidsonderzoek Levensindekliniek*. Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensinde Amsterdam.

Pans, E. 2006. *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers (WLP).

Seale, C. 2010. *Death, Dying and the Right to Die*. In: Handbook of Medical Sociology. Vanderbilt University Press.

Sporken, P. 1977. *Ethiek en gezondheidszorg*. Baarn: Ambo.

Staatscommissie Euthanasie. 1985. *Advies deel 1*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Venrooij, T. van. 2011. 'VWS: Levensindekliniek mag'. *Medisch Contact* (66), 49. pp: 3011.

Visser, J. 2012. 'Euthanasie bij toerbeurt'. *Medisch Contact* (67), 11. pp: 637.

Weyers, H. 2004. *Euthanasie: het proces van rechtsverandering*. Amsterdam: Amsterdam University Press.