

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-033

Datum uitspraak: 24 juli 2018

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (in oprichting),
kantoorhoudend te Utrecht,
in de persoon van:
C. Dekker, senior-inspecteur,
bijgestaan door:
mr. M.E. Oosting, senior adviseur juridische zaken en
mr. F.D.M. ten Cate-Adema, senior adviseur juridische zaken
klaagster, dan wel de Inspectie,

tegen:

A, specialist ouderengeneeskunde,
destijds werkzaam te B,
verweerster,
gemachtigden: mr. A.C. de Die, werkzaam te Amsterdam en mr. R.J. van Eenennaam,
werkzaam te Den Haag.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

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

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

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

2. De feiten

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

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

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

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

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

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

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

Ik wil een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten.

Mijn moeder is 12 jaar dement verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik dit van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken. Het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan.

Vertrouwende dat tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven in bovengenoemde situatie is terechtgekomen ik vrijwillig geeuthaniseerd mag worden.”

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

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

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

“Op 2 oktober 2012 is na een onderzoek op de geheugenpolie in het C te D vastgesteld dat ik een beginnend Alzheimerpatient ben. Naar aanleiding van dit onderzoek verklaar ik het volgende:

Ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht om euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik daar zelf de tijd voor rijp acht.

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

Ik wil tijdig een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten.

Mijn moeder is indertijd 12 jaar verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik dit proces van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken, het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan.

Vertrouwende, tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven zodanig slecht is geworden, dat ik op mijn verzoek euthanasie zal worden toegepast.”

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

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

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

In de loop van 2015 is patiënte volledig wilsonbekwaam geworden.

2.9 Verweerster is op 10 december 2015 voor de eerste keer betrokken geraakt bij patiënte tijdens een overleg over patiënte op verzoek van de casemanager dementie, die patiënte, die toen in dagbehandeling was, en haar echtgenoot begeleidde. Op 14 januari 2016 heeft een regulier casemanagementoverleg plaatsgevonden. Afgesproken werd dat observatie zou plaatsvinden, onder meer op basis van de voorgeschreven medicatie de stemming beter bleef en het ontremde gedrag zou verminderen.

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

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

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

2.13 Vanaf de opname van patiënte heeft verweerster haar meermaals gesproken en (ook langdurig) geobserveerd. Ook zijn filmopnames gemaakt om het gedrag van patiënte vast te leggen. In deze periode heeft patiënte zowel tegen verweerster als tegen (na te noemen) consulent van de Stichting Levensende Kliniek (hierna SLK) gezegd nog niet dood te willen.

Ook heeft patiënte verklaard wel dood te willen. In het ‘Overzicht van Verslagen Medisch’ (hierna; het journaal) heeft verweerster hieromtrent onder meer het volgende opgenomen:

“8 maart 2016, (...) Als zij weer zegt dat zij het verschrikkelijk vindt vraag ik of zij weet dat zij dementie heeft. Dat lijkt zij te herkennen. Ik vraag of zij daarmee verder wil leven: ja dat wil zij wel, zij wil niet dood. Dit herhaalt zij meer malen. (...)”

“10 maart 2016 (...) Dan vraag ik haar of zij liever dood zou willen zijn: ja, als ik ziek wordt dan wel, maar nu nog niet hoor! (...)”

“29 maart 2016 (...) We [College: verweerster en de consulent van de SLK] hebben samen mw gesproken. E heeft haar rechtstreeks gevraagd of zij dood wil; dat lachte zij weg, nog niet, het is nog niet zo erg. (...) De verzorging observeert wel 20 maal per dag dat zij boos is en alles verschrikkelijk vindt en dood wil. Bij boosheid bonkt ze op de deuren en laat dan haar handen zien en zeg dat ze pijn doen. (...)”

“2 april 2016 (...) mw. heeft lange tijd voor de camera gepraat, geklaagd en nu en dan gehuild en minimaal 2x gezegd dat zij dood wilde. (...)”

“9 april 2016 (...) Gesprek in de hal (...)Mw. vertelt dat zij alles heel naar vindt en dat ze haar beter op kunnen knopen aan de deur (stelt vast dat die te laag is)”

“9 april 2016 (...) F [College: verzorgende] zegt mij het volgende: (...) Mw. was aan het huilen. (...) “ik denk dat ik binnenkort dood ga. Ik kan niet meer. Ik kan dit gewoon niet meer aan. (...)”

2.14 Op 9 maart 2016 is patiënte door verweerster besproken in een gedragsvisite (een overleg over patiënten met complex gedrag), waarbij aanwezig waren de eerst

verantwoordelijke verzorgende (EVV) en een psycholoog. Er waren incidenten geweest en er was sprake van agressierisico als gevolg van het geagiteerde gedrag van patiënte. Het lijden van patiënte werd benoemd evenals de niet consistente uitingen van patiënte dood te willen (geduid als euthanasiewens). Afgesproken werd te trachten door middel van psychosociale interventies patiënte te benaderen.

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

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

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

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

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

droevig, angstig, verward en opstandig. De conclusie van het team was dat de balans was doorgeslagen naar overwegend lijden.

2.20 Op 9 april 2016 heeft G, psychiater en SCEN-arts, (optredend als psychiater) patiënte bezocht. Verweerster had haar gevraagd om een consultatie als onafhankelijke deskundige met bijzondere aandacht voor de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van patiënte alsook voor alternatieve behandelopties. De psychiater sprak met verweerster en de echtgenoot van patiënte en kreeg relevante delen van het medisch dossier voorafgaand aan haar bezoek aan patiënte. Vervolgens heeft de psychiater samen met verweerster patiënte bezocht op de afdeling, heeft het gedrag van patiënte en haar interactie met medepatiënten en verzorgenden geobserveerd en kort onder vier ogen met patiënte 'gesproken'. Ook heeft de psychiater telefonisch contact gehad met de (voormalige) huisarts van patiënte over het euthanasieverzoek. Op 14 april 2016 heeft verweerster het consultatieverslag van de psychiater ontvangen. Deze was van mening dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek werd voldaan.

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

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

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

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

omhoog gekomen en vervolgens door haar familie teruggelegd. Verweerster heeft toen de rest van de thiopental toegediend. Nadat verweerster had vastgesteld dat patiënte niet meer reageerde op aanspreken, niet ademde en geen wimperreflex had, heeft verweerster 150 mg Rocuronium intraveneus toegediend. Zeven minuten later heeft verweerster de dood vastgesteld door middel van pupilcontrole.

2.25 Verweerster heeft vervolgens de modelverklaring euthanasie volledig ingevuld en voorzien van bijlagen meegegeven aan de gemeentelijke lijkschouwer. Deze heeft de documenten verstuurd naar de RTE, die na onderzoek tot het in r.o. 2.2 genoemde oordeel is gekomen. Inmiddels is op vordering van het Openbaar Ministerie een gerechtelijk vooronderzoek (GVO) ingesteld. De rechter-commissaris strafzaken heeft in het kader van dit GVO getuigen gehoord. Het opsporingsonderzoek loopt nog.

3. De klacht

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

a) De wilsverklaring was onvoldoende duidelijk, waardoor onduidelijkheid bestaat over de wijze waarop de wilsverklaring dient te worden uitgelegd. Deze onduidelijkheid zit in de bewoordingen van de wilsverklaringen (“wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben”, “wanneer ik daar zelf de tijd rijp voor acht” en “op mijn verzoek”). Hieruit kan onder meer worden afgeleid dat patiënte bij het opstellen ervan eruitging dat zij te zijner tijd zelf nog om euthanasie kon en zou verzoeken.

b) Patiënte heeft bij het bespreken van de schriftelijke wilsverklaringen en in de jaren erna nimmer haar eigen huisarts verzocht euthanasie uit te voeren. Ook op het moment dat de door haar in de wilsverklaring beschreven situatie zich voordeed, te weten de door haar gevreesde opname in het verpleeghuis, gaf patiënte niet aan dood te willen.

c) De arts heeft door de volledige wilsonbekwaamheid van patiënte nimmer met patiënte kunnen communiceren over de wilsverklaring, noch over een mogelijk euthanasieverzoek.

d) Patiënte gaf met haar uitingen tijdens haar opname in het verpleeghuis blijk van een zeer wisselende doodswens. Op sommige momenten gaf zij daarbij juist uitdrukkelijk aan niet dood te willen. De arts stelt dat geen conclusie meer was te verbinden aan de wisselende wilsuitingen van patiënte ten aanzien van het levensbeëindigend handelen. Patiënte werd door de arts vanaf haar opname niet meer wilsbekwaam ter zake van euthanasie geacht, omdat zij het woord niet meer begreep en het in- en overzicht niet meer had. Volgens verweerster dienden de uitingen van patiënte door de Alzheimer te worden gezien als uitingen van emoties van het moment en niet als wilsuitingen op cognitief niveau.

e) Ook bij de consultatie door de twee SCEN-artsen is niet een actuele doodswens van patiënte naar voren gekomen.

f) De arts heeft vervolgens over haar voornemen euthanasie bij patiënte uit te voeren

nimmer met patiënte gesproken of getracht te spreken.

g) De arts heeft met patiënte ook niet direct voorafgaand aan de euthanasie besproken dat de euthanasie zou worden uitgevoerd. Patiënte wist niet dat zij die dag zou overlijden.

- h) Op de dag van de euthanasie gaf patiënte op geen enkele wijze blijk van een doodswens. Integendeel, zij maakte op dat moment zelfs nog plannen om diezelfde avond met haar familie uit eten te gaan.
- i) Patiënte wist niet dat en hoe de euthanasie zou worden uitgevoerd. Zo wist zij ook niet dat, in het kader van de uitvoering van euthanasie, sederende medicatie aan haar koffie was toegevoegd toen zij die opdrank.
- j) De arts heeft met haar handelwijze patiënte de gelegenheid ontnomen van haar naasten afscheid te kunnen nemen.
- k) De arts heeft verklaard dat door de dementie ook geen enkele conclusie was te verbinden aan een eventuele wilsuiking van patiënte vlak voordat het euthanaticum werd toegediend. Zij heeft voorts achteraf verklaard dat indien patiënte voorafgaand aan de uitvoering had gezegd dat zij niet dood wilde, zij ook de levensbeëindiging zou hebben uitgevoerd.

4. Het standpunt van verweerster

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

5. De beoordeling

Het beroep op niet-ontvankelijkheid

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

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

(ii) Er is sprake van willekeur.

(iii) Er is sprake van *undue delay*.

5.2 Het beroep op niet-ontvankelijkheid wordt verworpen.

(i) Het tuchtrecht richt zich op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het strafrecht richt zich op de (strafrechts)handhaving. Dit zijn wezenlijk verschillende dingen. De exclusieve taakverdeling tussen OM en Inspectie die verweerster voorstaat, vindt geen steun in het recht.

Op grond van artikel 65 lid 1, aanhef en onder d, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is de Inspectie gerechtigd tot het indienen van een klacht mits het een aangelegenheid betreft die de Inspectie uit hoofde van de haar toevertrouwde belangen aangaat. De onderhavige klacht gaat over handelingen van verweerster in het kader van de individuele gezondheidszorg (ex artikel 47, eerste lid aanhef en onder a van de Wet BIG) en behoort onmiskenbaar tot de aan de Inspectie toevertrouwde belangen. De omstandigheid dat verweerster inmiddels met pensioen is, betekent niet dat het belang aan de klacht is ontvallen. Niet alleen is verweerster nog ingeschreven in het BIG-register en blijft zij als SCEN-arts werken, maar bovendien

is er wel degelijk een (maatschappelijk) belang dat deze zaak (met ethische aspecten) wordt beoordeeld door de tuchtrechter. Overigens voorziet artikel 47 lid 4 Wet BIG in de mogelijkheid van tuchtrechtelijke toetsing van handelen van een beroepsbeoefenaar gedurende de tijd van inschrijving in het BIG-register (ook na uitschrijving en pensioenering).

(ii) Niet valt in te zien dat van willekeur sprake is bij de klacht in deze uitzonderlijk zaak van levensbeëindiging bij een zwaar demente patiënte, welke levensbeëindiging nota bene door de RTE op onderdelen als onzorgvuldig is bestempeld en mede daarom door de Inspectie aan het College is voorgelegd.

(iii) De Inspectie heeft op goede gronden zelfstandig onderzoek gedaan, zij het dat niet alle feiten opnieuw zijn onderzocht. De termijn van ruim een jaar is niet zodanig lang dat hiermee het klachtrecht van de Inspectie is vervallen.

Inhoudelijke beoordeling van de klacht

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

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

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

Lid 1:

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:

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

Lid 2:

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

Beoordeling van klachtonderdeel 1

5.5 Dit klachtonderdeel wordt bestreken door de hiervóór in r.o. 3 vermelde sub-klachten a) tot en met e), h) en k-deels). Deze sub-klachten lenen zich voor gezamenlijke behandeling. De sub-klachten f) tot en met j) (behoudens h) en k-deels) zullen bij klachtonderdeel 2 worden besproken.

5.6 Zoals volgt uit artikel 2, lid 2 van de Wtl kan onder omstandigheden een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, een mondelinge wilsverklaring vervangen wanneer is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2, lid 1 van de Wtl.

In deze zaak is niet in geschil dat er bij patiënte sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (eis b) en dat er geen redelijke andere oplossing was (eis d).

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

5.7 Aan het College is als klacht voorgelegd het niet voldoen aan eis a). Anders gezegd:

Was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek?

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

5.9 Niet voor betwisting vatbaar is dat patiënte daarin tot uitdrukking heeft gebracht dat zij niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen. Zij had dit met haar moeder meegemaakt en vreselijk gevonden. Het probleem met deze euthanasieverklaringen is echter dat deze verklaringen tegenstrijdigheden bevatten ten aanzien van het moment waarop patiënte de levensbeëindiging uitgevoerd zou willen zien. Enerzijds lijkt het moment duidelijk 'wanneer patiënte in een verpleegtehuis voor demente bejaarden moet worden opgenomen', maar daar staat tegenover dat patiënte het moment waarop zij (in de terminologie van de eerste dementieverklaring) '*nog enigszins wilsbekwaam was*' voorbij heeft laten gaan en toen geen '*vrijwillig*' verzoek heeft gedaan. Hier komt bij dat de (van toepassing zijnde) tweede dementieverklaring inhoudt '*wanneer ik daar zelf de tijd rijp voor acht*' en '*op mijn verzoek*'. Hierin wordt dus nog een tijdselement en een persoonlijke keuze ingebouwd. Niet dus het moment van opname in een verpleeghuis is bepalend, maar het eigen (nog te uiten) verzoek van patiënte. De schriftelijke euthanasieverklaring, met dementieclausule, is dus niet eenduidig en bevat onduidelijkheden.

Gelet op de onomkeerbaarheid van levensbeëindiging en de ethische aspecten die verbonden zijn aan het bewust beëindigen van het leven van een medemens, dient een schriftelijke euthanasieverklaring om deze te kunnen gebruiken niet voor meer uitleg vatbaar te zijn. Er is in beginsel geen ruimte voor interpretatie ervan. Dit betekent dat de euthanasieverklaring(en) in dit geval niet voldoen aan de eisen van artikel 2, lid 2 onder a. van de Wtl. Op deze basis had verweerster niet de overtuiging mogen krijgen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte om (op dat moment) tot levensbeëindiging over te gaan.

5.10 Overigens acht het College het niet volstrekt uitgesloten dat voormelde onduidelijkheid alsnog had kunnen worden weggelaten wanneer patiënte later (ondanks haar gevorderde dementie, maar volgens verweerster nog wel functionerend op emotioneel niveau) eenduidig, consequent en vasthoudend zou zijn geweest in haar (verbale en non-verbale) uitingen tot levensbeëindiging op dat moment (kort voorafgaande aan de feitelijke levensbeëindiging). Hiervan was bij patiënte echter geen sprake. Zij uitte zich blijkens voormeld feitenrelaas verbaal wisselend over een concrete doodwens. Ook haar non-verbale gedrag was in dit opzicht niet steeds helder. Bij dit alles verdient bovendien opmerking dat interpretatie van uitingen bij een zwaar demente patiënt problematisch kan zijn.

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

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

Beoordeling van klachtonderdeel 2

5.12 Dit klachtonderdeel betreft de uitvoering van de levensbeëindiging.

Aan de sub-klachten van de Inspectie zijn de volgende verwijten te ontleen.

Sub-klachten f) en g): Verweerster heeft het voornemen tot uitvoering van euthanasie nooit met patiënte besproken of trachten te bespreken.

Sub-klacht i): Niet met patiënte is besproken dat sederende medicatie in de koffie was gedaan.

Sub-klacht j): Patiënte heeft geen kans gehad afscheid te nemen van haar dierbaren.

Sub-klacht k), voor zover hiervoor nog niet besproken: Verweerster heeft geen consequenties willen verbinden aan de reactie van patiënte bij de toediening van de middelen ter uitvoering van de levensbeëindiging.

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

5.13 Het College onderkent dat communicatie met patiënte op cognitief niveau niet meer tot de mogelijkheden behoorde. Dit betekent echter niet dat verweerster was ontslagen van de verplichting om ten minste te proberen om met patiënte te praten over het concrete voornemen om haar leven te beëindigen en daarbij een slaapmiddel in haar koffie te doen. Niet voor niets is het wettelijk uitgangspunt in de WGBO (artikelen 7:450 en 7:448 BW) en ook in de regelgeving rond dwangbehandeling en dwangmedicatie dat eerst geprobeerd moet worden om de toestemming van patiënt (passend bij zijn bevattingvermogen) te krijgen. Dat niet is uit te sluiten dat een patiënt in een dergelijk geval niet wil meewerken, is inderdaad een mogelijkheid. Afhankelijk van de aard van de reactie van de patiënt ontstaat dan een nieuwe situatie, die niet altijd maar soms wél moet leiden tot afstel van het voornemen tot levensbeëindiging. Hoewel dat wellicht onwenselijk is vanuit de optiek van (in dit geval) verweerster die het ondraaglijke en uitzichtloze lijden van patiënte wilde beëindigen, staat daar tegenover dat het uiteindelijk

de patiënte is die het recht heeft om over haar eigen leven te beschikken. Dit recht raakt patiënte in beginsel niet kwijt wanneer zij dement wordt. Het College hecht er aan te benadrukken dat de euthanasieverklaring ook over dit aspect (de wijze van uitvoering) niets zegt en aan de arts dus geen richtsnoer biedt hoe te handelen in deze laatste fase. De betreffende sub-klachten zijn gegrond.

Beoordeling van sub-klacht j)

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

De levensbeëindiging van patiënte heeft overigens wel plaatsgevonden in aanwezigheid van haar dierbaren.

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

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

Slotsom

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

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

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

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

verklaart de klacht gegrond, met uitzondering van de subonderdelen j en k (deels);

legt op de maatregel van berisping;

bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden

bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door door M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, H.N. Koetsier, A.J.J.M. Keijzer-van Laarhoven en M. Bezemer, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door I.C.M. Spitters-Vermeulen, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 24 juli 2018.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.