

## De betekenis van medische normen in het euthanasierecht. Botsing tussen strafrecht en tuchtrecht

*Wilsbekwaamheid en consultatie:*

*De Handreiking Beslisvaardigheid en Wilsbekwaamheid (SKILZ, december 2023)*

*De NVvP-richtlijn van 2018: het consultatievereiste (art. 2 lid 1 onder e Wtl)*

Theo Matthijssen<sup>1</sup>

[8 mei 2024]

[NB: lange citaten geef ik weer in blauw]

### Inhoud

1. Inleiding
2. De 'medische professionele normering'
3. De Wtl is een bijzondere strafwet en tevens een 'lex specialis' binnen het gezondheidsrecht
4. De Handreiking Beslisvaardigheid en Wilsbekwaamheid
5. De NVvP-richtlijn van 2018; de standpunten van de IGJ, de KNMG en het OM
6. 'Bovenwettelijke' of 'buitenwettelijke' eisen
7. Conflict tussen de NVvP-richtlijn en de Euthanasiewet
8. Het Chabot-arrest over het consultatievereiste
9. De totstandkomingsgeschiedenis van de Wtl over het consultatievereiste (een selectie)
10. Hoeveel artsen met specifieke deskundigheid moeten de patiënt zien?
11. Een concreet voorbeeld van een rechtsvraag over het wettelijke consultatievereiste
12. Slotopmerking

### Bijlage

1. Neeltje Vermunt & Jacco de Lange, 'IGJ gidst langs het drijfzand van de euthanasiepraktijk', *Medisch Contact* 23 november 2023. [met 24 reacties]
2. Sieke Kruyt, 'Verschillen tussen richtlijnen en codes veroorzaken verwarring: hoe lossen we dat op?', *ThaNet* 19 april 2024.
3. Thomas Gächter (2024), 'Standesrecht und die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»', *Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ)*, 2024;105(1-2):26-28.
4. Twee oordelen van het Openbaar Ministerie (OM-oordeel 2022-17 en OM-oordeel 2022-068)

### 1. Inleiding

1.1 Artsen die overwegen euthanasie te verlenen in complexe gevallen, zoals bij dementie en bij psychiatrische aandoeningen, hebben te maken met botsende normen – vanuit de Hoge Raad, de medische tuchtcolleges, de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie [RTE], de medische beroepsgroep, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Openbaar Ministerie (OM) – en weten daardoor in bepaalde situaties niet waar ze aan toe zijn. Welke hiërarchie geldt hier of zijn het verschillende rechtsgangen met verschillende normen (toetsingsprocedure, tuchtrecht en strafrecht) en is het onvermijdelijk dat daar verschillen tussen zitten?

1.2 De Hoge Raad heeft op 21 april 2020 twee arresten gewezen in een euthanasiezaak.<sup>2</sup> Daarmee leken een aantal rechtsvragen op dit terrein (eindelijk) beslist. Het OM en de IGJ denken daar echter anders over en hebben de strijdbijl nog niet definitief begraven. Het gaat daarbij om de vraag of de uitleg die de strafrechter aan de Euthanasiewet (hierna: Wtl)<sup>3</sup> geeft door de medische tuchtrechter moet worden gevolgd. Volgens het OM kan de tuchtrechter ex art. 47 lid 1 Wet BIG<sup>4</sup> strengere maatstaven voor de euthanasieverlening aanleggen dan de strafrechter op grond van de Wtl. De IGJ volgt het OM in deze opvatting. Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) Amsterdam lijkt dat ook te doen. Doordat euthanasiezaken zelden tot het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) doordringen kunnen de resterende en nieuw gerezen rechtsvragen echter niet eenvoudig door middel van een cassatieberoep ex art. 75 Wet BIG aan de Hoge Raad worden voorgelegd. De euthanasiepraktijk blijft daardoor voorlopig met tal van onzekerheden zitten.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Mr. T.J. Matthijssen is oud-rechter. Hij was van 1983 tot zijn pensionering in 2006 verbonden aan het Gerechtshof Arnhem (nu: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden). De schrijver dankt prof. dr. G.A. den Hartogh en prof. mr. F.H.J. Mijnsen voor hun opmerkingen. Voor de in dit artikel verwoorde standpunten is uitsluitend de auteur verantwoordelijk.

<sup>2</sup> HR 21 april 2020, zaaknummer 19/04910, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak-Arends), met conclusie P-G Silvis, *TvGR* 2020/4 m.nt. Pans en m.nt. Tak alsmede *NJ* 2020/428 m.nt. Mevis.

HR 21 april 2020, zaaknummer 19/04910 (bijlage wetsgeschiedenis), ECLI:NL:HR:2020:768.

HR 21 april 2020, zaaknummer 19/05016, ECLI:NL:HR:2020:713 (tuchtzaak-Arends), met conclusie P-G Silvis, *GJ* 2020/71 m.nt. Hubben alsmede *NJ* 2020/429 m.nt. Mevis.

<sup>3</sup> Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding), Stb. 2001, 194. Deze wet is in werking getreden op 1 april 2002.

<sup>4</sup> Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

<sup>5</sup> Zie voor de vindplaatsen de volgende paragrafen van dit artikel alsmede mijn in voetnoot 6 genoemde artikel.

1.3 Aan dit onderwerp heb ik eerder een artikel gewijd dat is te vinden op de website van de NVVE.<sup>6</sup> Daarin komen onder meer de rol van de IGJ en het OM bij het toezicht op de euthanasieverlening ter sprake. In het onderhavige artikel bespreek ik deze materie aan de hand van twee richtlijnen die een rol spelen in de euthanasiepraktijk: de nieuwe handreiking van verschillende artsorganisaties over *Beslisvaardigheid en Wilsbekwaamheid* die in december 2023 is uitgebracht ten behoeve van de behandeling en verzorging van mensen met beperkingen in de beslisvaardigheid (zie paragraaf 4 van dit artikel) en de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* van 2018; er bestaat een discrepantie inzake het wettelijke consultatievereiste (art. 2 lid 1 onder e Wtl) tussen de *EuthanasieCode 2022* van de RTE enerzijds en de NVvP-richtlijn anderzijds (zie de paragrafen 5-11). In de paragrafen 2 en 3 maak ik enkele algemene opmerkingen over de betekenis van medische normen in het euthanasierecht.

## 2. De ‘medische professionele normering’

2.1 Het gaat in het bijzonder om de betekenis van de ‘medische professionele normering’, ook wel genoemd de ‘medisch-professionele standaard’, voor het euthanasierecht. Dat begrip speelt blijkens de wetsgeschiedenis een belangrijke rol bij de uitleg van de Wtl. Minister Korthals zei hierover:

‘Er is geen sprake van dat de commissie [RTE] bij de beoordeling of aan de verschillende zorgvuldigheidseisen is voldaan, naar eigen goeddunken en dus maar willekeurig te werk kan gaan. Zij dient zich daarbij te houden aan de betekenis die aan een bepaalde zorgvuldigheidseis wordt toegekend in de jurisprudentie en binnen de medische professionele normering.’<sup>7</sup>

2.2 Dat de ‘medische professionele normering’ een belangrijke rol speelt, ook binnen het strafrechtelijke kader van het euthanasierecht, is duidelijk. Een voorbeeld is de uitleg van het begrip ‘uitzichtloos’ in art. 2 lid 1 onder b Wtl.<sup>8</sup> Een ander voorbeeld is de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt. Ook daarbij zijn medische normen voor de strafrechter belangrijk.<sup>9</sup> In deze (en andere) gevallen laat de Wtl ruimte om ‘medische professionele normen’ te betrekken in de strafrechtelijke beoordeling. Het gaat daarbij steeds om ‘open’ normen die in de Wtl door de wetgever bewust niet strak zijn gedefinieerd.

2.3 Hierbij dient te worden bedacht dat euthanasie door de wetgever niet als normaal medisch handelen wordt gezien maar als buitengewoon medisch handelen waarvoor niet louter medische normen gelden maar meer algemene, maatschappelijke, normen. Voor het toezicht op de naleving van die normen zijn in de Wtl multidisciplinaire toetsingscommissies in het leven geroepen die zijn samengesteld uit juristen, artsen en ethici. De normstelling ten aanzien van euthanasie is dus niet louter medisch van aard maar meer gelaagd dan voor de invoering van de Wtl het geval was. Een goed voorbeeld is de beoordeling of het lijden ondraaglijk is: daarbij gaat het niet om een louter medisch (objectief) oordeel maar speelt, blijkens de wetsgeschiedenis, de subjectieve beleving door de patiënt zelf een belangrijke rol. Iets dergelijks geldt voor de beoordeling of er een redelijke andere oplossing is voor de situatie van de patiënt. Ik verwijs in dit verband naar mijn in voetnoot 8 genoemde artikel. Om deze redenen komt, bij de euthanasieverlening, aan medische normen een ander gewicht toe dan voor de invoering van de Wtl het geval was.

2.4 Maar hoe belangrijk medische normen ook zijn binnen het euthanasierecht, zij bieden de RTE en de andere toezichthoudende instanties geen rechtsgrond om zorgvuldigheidseisen die in de Wtl en de wetsgeschiedenis wel duidelijk zijn omlind aan te scherpen of om aanvullende zorgvuldigheidseisen voor het verlenen van euthanasie te introduceren. Daaraan heeft de Hoge Raad in zijn arresten paal en perk gesteld. Artikel 1 van het Wetboek van Strafrecht bepaalt de grenzen. Zie paragraaf 3.

---

<sup>6</sup> ‘De rol van de verschillende instanties bij het toezicht op de euthanasieverlening’ d.d. 17 augustus 2023: [https://www.nvve.nl/download\\_file/2453/](https://www.nvve.nl/download_file/2453/)

<sup>7</sup> *Handelingen II* 2000/01, 23 november 2000, TK 27-2250.

<sup>8</sup> T.J. Matthijssen, ‘De begrippen ‘uitzichtloos’ en ‘redelijke andere oplossing’ in de EuthanasieCode 2022 van de RTE, bezien in het licht van de wetsgeschiedenis’, *TvGR* 2023 (47) 3.

<sup>9</sup> Zie echter paragraaf 4 hierna.

2.5 Het standpunt van het OM dat zulks voor het tuchtrecht anders zou liggen dan voor het strafrecht acht ik ongerijmd.<sup>10</sup> Het was absoluut niet de bedoeling van de wetgever dat de in de Wtl uitdrukkelijk aan artsen gegeven bevoegdheid om onder bepaalde omstandigheden euthanasie te verlenen door het tuchtrecht weer zou worden uitgehold of zelfs teruggedronken. Het lijdt daarom voor mij geen twijfel dat de tuchtrechter zich moet conformeren aan de uitleg die de strafrechter aan de Wtl geeft. 'Medische professionele normen' of de 'medisch professionele standaard' kunnen daaraan niets veranderen. Wel is het zo dat artsenorganisaties, doordat de wetgever de bevoegdheid om euthanasie te verlenen exclusief aan artsen heeft toebedeeld, in de praktijk in de gelegenheid zijn hun eigen regels voor het verlenen van euthanasie te stellen. Dat neemt niet weg dat leden van die organisaties die besluiten hun eigen weg te gaan de wettelijke norm mogen aanhouden. Daarop kunnen zij niet tuchtrechtelijk worden aangesproken.<sup>11</sup>

### 3. De Wtl is een bijzondere strafwet en tevens een 'lex specialis' binnen het gezondheidsrecht

3.1 De Wtl is een bijzondere strafwet.<sup>12</sup> De toezichthoudende instanties hebben in de tot dusverre door hen behandelde euthanasiezaken verschillende malen uit het oog verloren welke de consequenties zijn van de keuze die de wetgever destijds heeft gemaakt om het euthanasierecht in het strafrecht onder te brengen en niet, langs de weg van de medische exceptie, in het reguliere gezondheidsrecht. Anders dan in het tuchtrecht in gewone gezondheidszaken met zijn open normen ('de redelijk bekwame beroepsuitoefening' ex artikel 47 lid 1 Wet BIG) geldt in het strafrecht dat de rechter gebonden is aan datgene wat de wetgever uitdrukkelijk strafbaar heeft gesteld. En omdat de strafrechter het primaat heeft voor wat betreft de uitleg van een bijzondere strafwet als de Wtl moeten de RTE en de tuchtrechter zich bij diens uitleg van de wet aansluiten.

3.2 De IGJ en de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg hebben verder miskend dat de Wtl, als bijzondere strafwet, een 'lex specialis' is binnen het gezondheidsrecht. Een rechter kan niet (tenzij de tekst van de Wtl en/of de geschiedenis van de totstandkoming van de Wtl tot een ander oordeel nopen) door middel van extensieve interpretatie van de zorgvuldigheidseisen, die onderdeel zijn van strafbepalingen, elementen uit andere rechtsgebieden, zoals het reguliere gezondheidsrecht, medebepalend laten zijn voor de strekking en de reikwijdte van die eisen, laat staan dat de rechter aanvullende, buitenwettelijke, zorgvuldigheidseisen zou kunnen stellen.

3.3 De Wtl geeft de arts in bepaalde situaties dus meer speelruimte dan het reguliere gezondheidsrecht. In dergelijke gevallen gaat de Wtl als 'bijzondere strafwet' boven de normale regels omtrent de 'redelijk bekwame beroepsuitoefening' ex art. 47, lid 1 BIG. Een ander gevolg van deze hiërarchie is dat de toezichthoudende instanties bepaalde beslissingen van de arts die verband houden met de toepassing van artikel 2, lid 1 Wtl alleen marginaal mogen toetsen.

3.4 Het bijzondere van de onderhavige problematiek is dat bij een conflict tussen strafrecht en tuchtrecht in het euthanasierecht de Hoge Raad in beide rechtsgangen de hoogste rechter is en daardoor in de gelegenheid voor rechtseenheid te zorgen.

---

<sup>10</sup> Zie voor een voorbeeld par. 13.11 van mijn in voetnoot 6 genoemde artikel.

<sup>11</sup> J. Legemaate, 'Levensbeëindiging op verzoek: wie stelt de norm?', *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013;157:A6372.

Procureur-generaal bij de Hoge Raad J. Silvis, vordering tot cassatie in het belang der wet d.d. 17 december 2019, ECLI:NL:PHR:2019:1338, inzake Rb Den Haag 11 september 2019, nr. 09/837356-18, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506. Zie i.h.b. par. 13.16 (rechtsvraag xi) van de conclusie van de P-G.

J. Legemaate, 'Het gebruik van richtlijnen in de tuchtrechtspraak', *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2022;166:D6972.

C.O. Hoekstra, 'Medische richtlijnen als uitdrukking van de medisch-professionele standaard. Een systematisch jurisprudentieonderzoek', *TvGR* 2024 (48) 1.

*Vierde evaluatie, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.* ZonMw, mei 2023, o.m. de par. 2.2.3 en 2.4.3. De KNMG reageert op dit rapport in een brief van 14 september 2023 aan de minister van VWS: 'Reactie artsenfederatie KNMG op vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.' De KNMG miskent in par. 2 van deze brief de in de Wtl verankerde onafhankelijke positie van de RTE.

<https://www.knmg.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/reactie-knmg-op-evaluatie-euthanasiewet>

Instructief, ook voor de Nederlandse verhoudingen: Thomas Gächter (2024), Standesrecht und die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod». *Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ)*:26-28. Zie de Bijlage, par. 3.

<sup>12</sup> P.A.M. Mevis, 'Over de randen van de euthanasiewetgeving', *Delikt en Delinkwent*, 2016(35), 373-385, par. 2.

#### 4. De Handreiking Beslisvaardigheid en Wilsbekwaamheid

4.1 Een samenwerkingsverband (SKILZ)<sup>13</sup> van verschillende artsorganisaties heeft op 19 december 2023 een nieuwe handreiking (richtlijn) uitgebracht ten behoeve van de behandeling en verzorging van mensen met beperkingen in de beslisvaardigheid.<sup>14</sup> Deze handreiking is mijns inziens, voor zover deze betrekking heeft op de schriftelijke euthanasieverklaring, in strijd met de uitleg die de Hoge Raad in zijn arrest in de strafzaak-Arends aan de WtI geeft en daarom in zoverre voor artsen niet verbindend.<sup>15</sup> Ik doel in het bijzonder op de pagina's 33 en 34 van de *Handreiking*:

'De hier geschetste gedragslijn is naar het oordeel van de werkgroep passend voor de (negatieve) wilsverklaring (het 'behandelverbod') in het kader van de WGBO. De WtI hanteert een ander criterium waarbij de wilsverklaring, in dit geval dus de euthanasieverklaring, in de plaats kan komen van een mondeling euthanasieverzoek, als de persoon niet langer in staat is zijn wil te uiten. Mensen met dementie kunnen echter nog zeer lang in staat zijn hun wil te uiten. Uit de praktijk van de persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie en uit wetenschappelijk onderzoek naar hun belevingsperspectief, is bekend dat de meeste mensen met dementie actief bij hun situatie betrokken blijven. Dit blijven zij ongeacht het stadium van de ziekte en ondanks het optreden van veranderingen in de beleving van wat hun overkomt 52 53 54. Als een persoon met dementie een mondeling euthanasieverzoek doet of een wens tot sterven uit, kan de wilsverklaring behulpzaam zijn om zijn wil en voorkeuren te verduidelijken en te ondersteunen.

Omgekeerd is de werkgroep van oordeel dat als uit actuele uitlatingen of gedragingen, hoe ongearticuleerd ook, een wens tot leven spreekt, zulke uitingen laagdrempelig als wilsbekwaam moeten worden beschouwd, met een opschortend effect op de wilsverklaring. Een dergelijke gedragslijn is in overeenstemming met het boven gestelde inzake het risicoafhankelijke en asymmetrische karakter van wilsbekwaamheid. Ook onderstreept deze gedragslijn volgens de werkgroep het belang van een mensenrechtelijke bescherming in de zin van artikel 12 lid 4 van het VN-gehandicaptenverdrag 3. Daarin wordt immers benadrukt dat actuele wilsuitingen nooit genegeerd mogen worden ten gunste van vervangende besluitvorming op basis van een wilsverklaring. Ook de Hoge Raad in haar eerder genoemde uitspraak erkent, dat als gedrag of verbale uitingen niet overeenkomen met de situatie zoals beschreven in de wilsverklaring, geen gevolg gegeven kan worden aan het euthanasieverzoek 51.'

4.2 De *Handreiking* geeft in de eerste door mij aangehaalde alinea een uitleg aan de term 'uiten' in art. 2 lid 2 WtI die eerder door Vink is bepleit.<sup>16</sup> Die uitleg, die berust op een vorm van close reading van de wettekst, vindt echter geen steun in de wetsgeschiedenis en is niet door de Hoge Raad gevolgd in de zaak-Arends. Blijkens de wetsgeschiedenis had de wetgever bij art. 2 lid 2 WtI het oog op een patiënt die niet meer tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat wordt geacht (niet meer wilsbekwaam is terzake van zijn schriftelijke euthanasieverzoek). Die lijn wordt ook door de Hoge Raad gevolgd.

---

<sup>13</sup> SKILZ = Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg.

<sup>14</sup> *Handreiking Beslisvaardigheid en Wilsbekwaamheid* van 19 december 2023. De handreiking is geautoriseerd door: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten, Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen, Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. [https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/uploads/pdf/project/project\\_1c34bc31-15f6-4334-b416-f1ecd39536fb\\_beslisvaardigheid-en-wilsbekwaamheid\\_authorized-at\\_19-12-2023.pdf](https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/uploads/pdf/project/project_1c34bc31-15f6-4334-b416-f1ecd39536fb_beslisvaardigheid-en-wilsbekwaamheid_authorized-at_19-12-2023.pdf)

<sup>15</sup> NB: ik beperk mij in dit artikel tot het euthanasierecht; de vraag hoe de SKILZ-handreiking zich verhoudt tot art. 450 WGBO in gevallen van een behandelverbod, in combinatie met een besluit van de patiënt om te stoppen met eten en drinken, verdient een afzonderlijk artikel.

<https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/levenseinde-2/zelfbeschikking/bewust-stoppen-met-eten-en-drinken-1>

<sup>16</sup> T. Vink, 'Wil, wilsverklaring & verantwoordelijkheid. Pleidooi voor een nieuwe lezing van art. 2.2 van de euthanasiewet', *Filosofie & Praktijk* 38 (2018) 3, 58-69.

4.3 Wilsverklaringen in het gezondheidsrecht moeten worden beoordeeld naar de gewone maatstaven die in het burgerlijk recht voor wilsverklaringen gelden.<sup>17</sup> Dat geldt zowel voor mondelinge als voor schriftelijke wilsverklaringen. Bij een dementiepatiënt, met geleidelijk afnemende verstandelijke vermogens, moet steeds de vraag worden gesteld met betrekking tot welke onderwerpen hij nog als wilsbekwaam kan worden beschouwd. Begrippen als ‘dementie’, ‘euthanasie’ en ‘schriftelijke euthanasieverklaring’ zijn tamelijk gecompliceerd. Er kan al spoedig een moment komen waarop een patiënt zijn wilsbekwaamheid (in privaatrechtelijke zin) ten aanzien van deze materie verliest. In die toestand kan hij echter mogelijk nog ‘laagdrempelig’ of ‘partieel’ wilsbekwaam zijn ten aanzien van relatief minder gecompliceerde onderwerpen als ‘leven’, ‘dood’ en ‘lijden’, en daarover allerlei uitingen doen c.q. gedragingen tentoonspreiden waaraan, in het kader van de beoordeling van een schriftelijk euthanasieverzoek, conclusies kunnen/moeten worden verbonden.<sup>18</sup> Zodanige uitingen en gedragingen kunnen onder omstandigheden ‘contra-indicaties’ vormen die aan het verlenen van euthanasie in de weg staan.

4.4 In de tweede door mij aangehaalde alinea wijkt de *Handreiking* af van de zorgvuldig door de Hoge Raad geformuleerde tekst over contra-indicaties:

[...] Ook contra-indicaties afkomstig uit de periode na het moment waarop de patiënt door voortgeschreden dementie niet meer in staat is zijn wil te vormen en te uiten, kunnen in dit verband van belang zijn.<sup>10</sup> In deze situatie kunnen zij niet meer rechtstreeks worden opgevat als een wilsuiting expliciet gericht op het intrekken of aanpassen van het eerdere verzoek, maar wel als een indicatie die, in samenhang met het hele ziektebeeld en gedrag van de patiënt, relevant is voor de beoordeling van de actuele lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt. Die gesteldheid kan - in het bijzonder indien duidelijke verbale uitingen of consequent gedrag van de patiënt niet met de strekking van het verzoek overeenstemmen - zodanig zijn dat de arts tot de conclusie moet komen dat zich niet voordoet de door de patiënt ten tijde van de formulering van zijn verzoek voorziene situatie waarin hij zijn leven beëindigd wil zien. Het onderzoek van de arts van omstandigheden waaronder eventuele verbale uitingen van de patiënt - die op contra-indicaties in de hier bedoelde zin kunnen duiden, betreft veelal omstandigheden die ook relevant kunnen zijn in verband met de hierna aan de orde komende beantwoording van de vraag of sprake is van ondraaglijk lijden.<sup>19</sup>

4.5 Het is een goede zaak dat artsorganisaties in richtlijnen een voor hun leden begrijpelijke uitleg geven aan juridische begrippen maar een uitleg die afwijkt van de wet of van jurisprudentie van de Hoge Raad is voor de leden van die organisaties niet verbindend.

4.6 De hierboven door mij aangehaalde passages uit de SKILZ-Handreiking zijn niet alleen in strijd met de wet maar ook met het KNMG-standpunt over dat onderwerp.<sup>20</sup> Dat standpunt blijft voor artsen maatgevend met dien verstande dat ook de KNMG afwijkt van de in paragraaf 4.4 door mij aangehaalde rechtsoverweging van de Hoge Raad. Volgens de KNMG kunnen duidelijke en consistente uitingen van een terzake wilsonbekwame patiënt zijn in de wilsverklaring uitgesproken wil niet herroepen, maar leveren ze wel altijd contra-indicaties tegen de uitvoering van die wil op, terwijl dat volgens de HR alleen het geval *kán* zijn.<sup>21</sup> De toetsingscommissies hebben zich in de *Euthanasiecode 2022*, p. 42, op dit punt bij de KNMG aangesloten door aan de in 2020 aangepaste tekst van de code van 2018 een zin toe te voegen.

4.7 In een eerder artikel heb ik erop gewezen dat de strekking van art. 2 lid 2 Wtl volledig spoort met art. 12 van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH)<sup>22</sup> in de interpretatie die in de door mij in dat artikel genoemde literatuur aan het VRPH wordt gegeven. Aan dat verdrag kunnen dan ook naar mijn mening geen argumenten worden ontleend die afdoen aan de reikwijdte van de Wtl. Ik citeer uit mijn eerdere artikel:

---

<sup>17</sup> Vergelijk in dit verband de Brief van de Minister van Justitie d.d. 5 november 1999 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, met een notitie inzake ‘Juridische status van wilsverklaringen in de gezondheidszorg’, *Kamerstukken II* 1999/2000, 26885, 1. Zie over deze materie ook: Theo Matthijssen, ‘Cassatie in het belang der wet in euthanasiezaak: het leerstuk van de zogenoemde contra-indicaties’, *NJB*, 7 februari 2020, afl. 5, par. 2.

<sup>18</sup> Zie over het begrip partiële wilsonbekwaamheid onder meer minister Borst tijdens het wetgevingsoverleg op 30 oktober 2000, *Kamerstukken II* 2000/2001, 26 691, 22, p. 69, derde kolom.

Zie voor de destijds gebruikelijke terminologie pagina 10 van de *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener)*. Werkgroep ingesteld door de minister van Justitie en staatssecretaris WVC, licht gewijzigde versie januari 2007:

‘Partiële wilsonbekwaamheid: Bekwaamheid kan partieel zijn, dat wil zeggen dat de patiënt ten aanzien van bepaalde beslissingen bekwaam is en ten aanzien van bepaalde andere beslissingen niet. De constatering dat de patiënt ten aanzien van een bepaalde beslissing onbekwaam moet worden geacht, betekent dus niet dat hij zonder meer onbekwaam is ten aanzien van andere beslissingen. Mede daarom dient de bekwaamheid van een patiënt zoveel mogelijk per concrete beslissing te worden beoordeeld.

Tijdelijke wilsonbekwaamheid: Er kan sprake zijn van een tijdelijke wilsonbekwaamheid. Bij psychiatrische patiënten bij voorbeeld kan de bekwaamheid sterk fluctueren. (...)’

<sup>19</sup> R.o. 4.5.3 in HR 21 april 2020, zaaknummer 19/04910, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak-Arends).

<sup>20</sup> KNMG Standpunt Beslissingen rond het levenseinde, vastgesteld door het Federatiebestuur van de KNMG op 18 november 2021. <https://knmg-standpunt.maglr.com/knmg-standpunt-levenseinde/standpunt-levenseinde>

<sup>21</sup> Zie ook Hoekstra (2024), p. 57-58.

<sup>22</sup> Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, 13 december 2006. Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBO004045/2016-07-14>

‘Wat de internationale verdragen betreft waarbij Nederland zich na 2002 heeft aangesloten: kennelijk was de wetgever van mening dat de Nederlandse euthanasiewetgeving niet in strijd is met die verdragen, waaronder het VRPH. Dat is ook mijn mening. De strekking van artikel 12 VRPH is onder meer om zoveel mogelijk te vermijden dat buiten de wilsonbekwame patiënt om over hem wordt beslist en om de wilsonbekwame patiënt zoveel als in zijn omstandigheden mogelijk is bij de besluitvorming over zijn aangelegenheden te betrekken.<sup>27</sup> Dat is ook de, destijds door minister Korthals geformuleerde en door de Hoge Raad in zijn rechtsoverwegingen tot uitdrukking gebrachte, strekking van de Wtl die immers enerzijds betekenis toekent aan de schriftelijk vastgelegde wensen van de patiënt en anderzijds verlangt dat actuele wensen van de inmiddels wilsonbekwame patiënt, voor zover die nog bestaan en, zo nodig met behulp van diens vertegenwoordiger, kunnen worden achterhaald, worden geëerbiedigd.<sup>28</sup><sup>23</sup>

## 5. De NVvP-richtlijn van 2018; de standpunten van de IGJ, de KNMG en het OM

5.1 De NVvP-richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*<sup>24</sup> is in strijd met de *EuthanasieCode 2022* van de RTE.<sup>25</sup> In een artikel in *Medisch Contact* van 23 november 2023 schrijven Neeltje Vermunt en Jacco de Lange namens de IGJ onder meer over deze richtlijn:

‘De IGJ toetst het handelen van de uitvoerend arts aan de professionele standaard die op de arts van toepassing is en waar richtlijnen onderdeel van zijn.<sup>10</sup> De IGJ adviseert uitvoerend artsen conform het KNMG-standpunt, de NVvP-richtlijn te volgen als een psychische stoornis de grondslag vormt voor een verzoek.’<sup>26</sup>

5.2 René Héman (voorzitter Artsenfederatie KNMG) & Karianne Jonkers (projectleider SCEN, Utrecht) reageren op 29 november 2023 als volgt op Vermunt & De Lange:

‘[...] Ten tweede stelt de IGJ dat volgens de NVvP-richtlijn bij een psychische stoornis er altijd twee psychiaters moeten worden geraadpleegd, terwijl de EuthanasieCode er slechts één zou vereisen. Dit geldt volgens de NVvP-richtlijn echter alleen als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is. Door het tekort aan psychiaters dat beschikbaar is voor de euthanasiepraktijk, is het volgen van de NVvP-richtlijn niet altijd mogelijk, met name als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is. De KNMG heeft al meerdere malen aangedrongen op aanpassing van de richtlijn bij NVvP. Het herzien van een richtlijn neemt echter veel tijd in beslag, zeker bij dit specifieke onderwerp waarbij zorgvuldigheid voorop staat. Het SCEN-bureau werkt aan een tussentijdse werkwijze voor SCEN-artsen en uitvoerend artsen tot deze richtlijn herzien is.’

5.3 Op 30 november 2023 voegt de IGJ aan het artikel van Vermunt & De Lange, naar aanleiding van enkele reacties op de site van *Medisch Contact*, onder meer het volgende toe:

‘Dan de discrepantie tussen NVvP-richtlijn en Euthanasiecode: Het is duidelijk dat er een brede wens is om de normstelling in deze zorgvuldigheidsvereisten met elkaar in overeenstemming te brengen. Wij horen al jaren dat hieraan gewerkt wordt, en ook nu wordt weer aangegeven dat dit nog jaren kan duren. Alleen, zolang de normen niet zijn gewijzigd, kan het niet anders dan dat de IGJ toetst aan de strengere richtlijn. Dat volgt zo uit de wet, de Euthanasiecode is immers van de RTE, niet van KNMG. Het veld staat dus zelf aan de lat om hun collega’s te behoeden voor vervelende situaties waarin onduidelijkheid is over hoe aan de beroepsnormen moet worden voldaan. De beroepsgroep heeft in de NVvP-richtlijn neergelegd wat als goede zorg wordt gezien. Ook vanuit patiëntperspectief is het onwenselijk dat de richtlijn in het ene geval wel, en in het andere geval niet wordt gevolgd. Wij hopen dat deze discussie hieraan bijdraagt.’

5.4 Saskia Bolte steunt namens het Openbaar Ministerie het standpunt van Vermunt & De Lange. Een citaat uit haar reactie van 30 november 2023:

‘De wetgever beoogde in 2002 dat jurisprudentie over euthanasie zou worden gecodificeerd. Belangrijk terugkerende overwegingen in al die jurisprudentie is het "heersend medisch inzicht". Dat wordt opgenomen in richtlijnen en standpunten. Dat maakt dat die richtlijnen doorwerken in de praktijk. Vanuit dat perspectief is de

<sup>23</sup> T.J. Matthijssen, ‘Euthanasie bij comateuze en diep-demente patiënten. Het voorstel-Postma voor een nieuwe wettelijke regeling van art. 2 lid 2 Euthanasiewet’, *NJB* 2023, 38, p. 3317-3324, 1 december 2023. (paragraaf 5.6, met literatuurverwijzingen inzake het VRPH)

<sup>24</sup> *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*. Richtlijn van september 2018. Deze richtlijn van de Federatie van Medisch Specialisten is tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

[https://richtlijnen database.nl/richtlijn/levensbeëindiging\\_op\\_verzoek\\_psychiatrie/startpagina\\_-\\_levensbe\\_indiging\\_op\\_verzoek.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html)

<sup>25</sup> Zie p. 47 van de Code.

<sup>26</sup> Neeltje Vermunt & Jacco de Lange, ‘IGJ gidt langs het drijfzand van de euthanasiepraktijk’, *Medisch Contact* 23 november 2023. Zie de Bijlage bij dit artikel voor het complete artikel van Vermunt & De Lange, met de 24 reacties op dat artikel. Het artikel en de reacties zijn ook te vinden via de volgende link: <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/igj-gidst-langs-het-drijfzand-van-de-euthanasiepraktijk>

kwalificatie "bovenwettelijke eisen" wat mij betreft een onterecht negatief frame. Zeker bij "open normen" van de Wtl is de beroepsgroep aan zet die normen in te vullen. Ik lees in het artikel vooral een oproep dat goed te doen en te komen tot heldere eenduidige eisen.'

Voor zover het gaat om 'open normen' zit ik op dezelfde lijn als Bolte. Zie paragraaf 2 van dit artikel. Voor het overige acht ik haar reactie echter niet juist.

## 6. 'Bovenwettelijke' of 'buitenwettelijke' eisen

De bijdragen van Vermunt en De Lange<sup>27</sup> alsmede de reactie van Bolte getuigen mijns inziens van een onjuiste rechtsopvatting omtrent het euthanasierecht in het algemeen en het wettelijke consultatievereiste in het bijzonder. Het is aan de Hoge Raad om invulling te geven aan wettelijke strafbepalingen. Als artsorganisaties van mening zijn dat een in de Wtl verankerde regeling (zoals in dit geval het wettelijke consultatievereiste) niet (meer) bij de tijd is kunnen zij aandringen op wetswijziging maar een eenzijdig door hen in een richtlijn opgenomen norm die verder gaat dan de Wtl heeft geen strafrechtelijke of tuchtrechtelijke consequenties. De IGJ en de medische tuchtcolleges kunnen evenmin op eigen houtje normen opleggen die verder gaan dan de Wtl. Als deze instanties toch met nieuwe zorgvuldigheidseisen komen is de uitdrukking 'bovenwettelijk' of 'buitenwettelijk' mijns inziens, anders dan Bolte betoogt, op haar plaats. De term 'bovenwettelijk' is voor zover mij bekend in dit verband voor het eerst gebruikt door Asscher en Van de Vathorst<sup>28</sup> in hun commentaar op de uitspraak van RTG Amsterdam van 17 augustus 2020.<sup>29</sup> In die uitspraak lijkt RTG Amsterdam zwaardere eisen aan de euthanasieverlening te stellen dan de Wtl doet. Dat lijkt RTG Amsterdam ook te doen in zijn uitspraak van 25 juli 2023 waarin het, evenals de IGJ, de NVvP-richtlijn boven de wet stelt.<sup>30</sup>

## 7. Conflict tussen de NVvP-richtlijn en de Euthanasiewet

7.1 Volgens de RTE, die in de *EuthanasieCode 2022* op p. 47 expliciet afwijken van de NVvP-richtlijn van 2018, bestaat er een discrepantie tussen de wet en de richtlijn. Het gevolg is dat in de euthanasiepraktijk onduidelijkheid is ontstaan over de vraag hoeveel psychiaters en/of andere artsen, al dan niet met specifieke deskundigheid, bij het verlenen van euthanasie in bepaalde situaties van patiënten met psychische stoornissen moeten worden betrokken.<sup>31</sup> Blijkens de wetsgeschiedenis heeft de wetgever in de Wtl geen zwaardere eisen aan de consultatie willen stellen dan de Hoge Raad destijds in zijn Chabot-arrest<sup>32</sup> heeft gedaan.<sup>33</sup>

7.2 De NVvP-richtlijn van 2018, die verder gaat dan die van 2009, lijkt op de onderdelen 'second opinion' en 'consultatie' zwaardere eisen aan de euthanasieverlening te stellen dan de tekst van art. 2 lid 1 onder e Wtl en de geschiedenis van de totstandkoming van deze bepaling rechtvaardigen. Dat is het goed recht van de NVvP, maar het is niet zo dat de richtlijn, voor zover die verder gaat dan de wet, betekenis heeft voor de toepassing van de Wtl. Anders gezegd: de NVvP mag wel een richtlijn vaststellen die verder gaat dan de Wtl en bepalen dat de leden zich daaraan in beginsel dienen te houden, maar zij kan niet de eisen van de Wtl verzwaren.

7.3 Blijkens verschillende reacties op de bijdragen van Vermunt & De Lange<sup>34</sup> op de website van *Medisch Contact* zorgt de NVvP-richtlijn van 2018 voor onrust onder artsen. Het verdient daarom aanbeveling dat de Hoge Raad in de gelegenheid wordt gesteld voor eens en voor altijd duidelijk te maken welke regeling voorrang heeft in het euthanasieverkeer: de wet of de richtlijn. Ook zouden een aantal concrete voorbeelden van consultatie bij psychische stoornissen in de vorm van rechtsvragen aan de Hoge Raad kunnen worden voorgelegd. Een voorbeeld van zo'n rechtsvraag geef ik in paragraaf 11.

---

<sup>27</sup> Hoewel ik kritiek heb op enkele stellingen van Vermunt & De Lange acht ik het op zich een goede zaak dat de IGJ zich nu zelfstandig mengt in het debat over het euthanasierecht. Daaraan heeft het lang ontbroken. Zie over de rol van de IGJ hoofdstuk 8 van mijn hierboven genoemde artikel op de site van de NVVE. In dat artikel gebruik ik de term 'buitenwettelijk' i.p.v. 'bovenwettelijk': [https://www.nvve.nl/download\\_file/2453/](https://www.nvve.nl/download_file/2453/)

<sup>28</sup> Eva Asscher & Suzanne van de Vathorst, 'Uitspraak regionaal tuchtcollege zorgt voor onduidelijkheid', *Medisch Contact*, 27 oktober 2020. Zie ook de *Vierde evaluatie, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. ZonMw, mei 2023, p. 59.

<sup>29</sup> RTG Amsterdam, 17 augustus 2020, zaaknummer 2020/064, ECLI:NL:TGZRAMS:2020:93.

<sup>30</sup> RTG Amsterdam, 25 juli 2023, zaaknummer A2023/5421, ECLI:NL:TGZRAMS:2023:183.

<sup>31</sup> Het Expertisecentrum Euthanasie (EE) betreft tegenwoordig twee psychiaters bij een euthanasie op grond van psychisch lijden, zie o.m. de *RTE-oordelen 2023-110 en 2023-122* alsmede S. van der Meer, arts verbonden aan het EE, *Medisch Contact* 16 januari 2024.

<https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/column/uitzichtloosheid-een-hellend-vlak>

<sup>32</sup> HR 21 juni 1994, ECLI:NL:PHR:1994:AD2122, met conclusie A-G Meijers, *NJ* 1994, 656, m.nt. T.M. Schalken. Zie ook paragraaf 8 van dit artikel.

<sup>33</sup> Zie o.m. memorie van toelichting, *Kamerstukken II* 1998/99, 26691, nr. 3, p. 10; nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II* 1999/2000, 26691, nr. 6, p. 7, 73-74 en 75; nota naar aanleiding van het nader verslag, *Kamerstukken II* 2000/01, 26691, nr. 9, p. 5-6 en 24; wetgevingsoverleg van 30 oktober 2020, *Kamerstukken II* 2000/01, 26 691, nr. 22, p. 5-6, 28, 57, 64, 67 en 71; brief van de Ministers van Justitie en V.W.S. van 15 november 2000, n.a.v. het wetgevingsoverleg van 30 oktober 2000, *Kamerstukken II* 2000/01, 26691, nr. 24, p. 3-4 en 7; *Handelingen II* 2000/01, 22 november 2000, TK 26-2121; *Handelingen II* 2000/01, 23 november 2000, TK 27-2252 (l.k.). In dit verband zijn de overwegingen 6.2-6.4 van de Hoge Raad in het Chabot-arrest van belang. HR 21 juni 1994, ECLI:NL:PHR:1994:AD2122, met conclusie A-G Meijers, *NJ* 1994, 656, m.nt. T.M. Schalken. Paragraaf 9 van dit artikel bevat uitgebreide uittreksels uit de wetsgeschiedenis.

<sup>34</sup> Zie voetnoot 26.

## 8. Het Chabot-arrest over het consultatievereiste (ik houd de nummering van de HR aan):<sup>35</sup>

Het derde middel komt op tegen het oordeel van het Hof dat het achterwege blijven van een onderzoek van mevrouw B. door een tweede psychiater aan de gegrondheid van het door de verdachte gedane beroep op noodtoestand niet in de weg kan staan.

6.2. De in de primaire klacht van het tweede middel vervatte stelling is in zijn algemeenheid onjuist. In de rechtsoverwegingen 9.4 en 9.5 van het bestreden arrest ligt het oordeel besloten dat aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. Dat oordeel geeft op zichzelf niet blijk van een onjuiste rechtsopvatting. De subsidiaire klacht van het tweede middel is echter gegrond, zulks mede tegen de achtergrond van de in het derde middel opgeworpen klachten.

6.3.1. Zoals hiervoren onder 5.2 is overwogen dient, **in gevallen waarbij het lijden van een patiënt niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening**, de beoordeling door de rechter of hulp bij zelfdoding in de omstandigheden van het geval door noodtoestand is gerechtvaardigd, **met uitzonderlijk grote behoedzaamheid** te geschieden.

6.3.2. Indien een arts, die zijn patiënt hulp bij zelfdoding verleent, heeft nagelaten zijn inzicht omtrent de zich voordoende situatie tevoren te toetsen aan het al dan niet op eigen onderzoek steunend oordeel van een onafhankelijke collega, behoeft zulks niet uit te sluiten dat later de rechter, door zijn onderzoek naar de omstandigheden van het geval, niettemin tot het oordeel komt dat die arts heeft gehandeld in noodtoestand en deswege niet strafbaar is te achten. Dit is evenwel anders in een geval als het onderhavige.

6.3.3. **In een geval als het onderhavige, dat kan worden gekenmerkt als te behoren tot de in 6.3.1 omschreven gevallen, behoort de rechter aan zijn onderzoek naar de gegrondheid van het beroep op noodtoestand, gelet op de uitzonderlijk grote behoedzaamheid waarmee hij zijn oordeel te dien aanzien dient te vormen, ook ten grondslag te leggen het oordeel van een onafhankelijke deskundige zoals bedoeld in 6.3.2 die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht.** In verband met 's rechters oordeelsvorming ten aanzien van de vraag of aanvaarding van noodtoestand strookt met maatstaven van proportionaliteit en subsidiariteit behoort een mede op eigen onderzoek van de patiënt steunend oordeel van een onafhankelijke collega van de verdachte arts zich uit te strekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot andere mogelijkheden voor hulpverlening. Bij de beoordeling of sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is immers van belang dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Verder zal deze deskundige in zijn onderzoek moeten betrekken de beantwoording van de vraag, of er bij de patiënt sprake is van een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming zonder dat diens besluisvaardigheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening.

6.3.4. **Bij gebreke van een zodanig oordeel van een deskundige die mevrouw B. heeft gezien en onderzocht had het Hof niet tot het oordeel kunnen komen, dat de verdachte als behandelend psychiater voor een onontkoombaar conflict van plichten stond en in die situatie een gerechtvaardigde keuze heeft gedaan.** Bij die stand van zaken had het Hof het beroep op noodtoestand moeten verwerpen.

6.4. Het derde middel en in verband daarmee ook de motiveringsklacht van het tweede middel zijn derhalve gegrond.<sup>36</sup>

## 9. De totstandkomingsgeschiedenis van de Wtl over het consultatievereiste (een selectie):

9.1 De weergave door deze leden van de conclusies die uit het arrest-Chabot getrokken kunnen worden tenslotte, onderschrijven wij. Wij menen dat aan de door de Hoge Raad in dat arrest opgenomen overwegingen in alle opzichten recht wordt gedaan in dit wetsvoorstel. Dit geldt naar ons oordeel ook wat betreft het uit het arrest-Chabot af te leiden voorschrift betreffende consultatie. Een vereiste van dubbele, of in de bewoordingen van deze leden, versterkte consultatie, inhoudende de consultatie door meer dan één arts of door een arts die de hoedanigheid van psychiater bezit, kan evenwel uit het arrest-Chabot, noch uit enige andere jurisprudentie worden afgeleid. Wij wijzen erop dat de Hoge Raad de consultatie van een onafhankelijke deskundige die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht (rechtsoverweging 6.3.3), in elk geval aangewezen acht in een geval zoals aan de orde was in het arrest-Chabot, namelijk een geval waarin sprake was van een verzoek om levensbeëindiging van een patiënte wier lijden niet aantoonbaar voortvloeide uit een somatische aandoening en niet enkel bestond uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (rechtsoverweging 5.2). Aangezien wij in het wetsvoorstel als zorgvuldigheidseis hebben opgenomen de consultatie, te allen tijde, van een tweede onafhankelijke arts die de patiënt bovendien zelf moet hebben gezien, wordt naar ons oordeel aan deze overweging van de Hoge Raad in het wetsvoorstel voldoende recht gedaan.<sup>37</sup>

<sup>35</sup> Enkele passages in deze en de volgende paragraaf zijn door schrijver dezes vet gemaakt.

<sup>36</sup> HR 21 juni 1994, ECLI:NL:PHR:1994:AD2122, met conclusie A-G Meijers, NJ 1994, 656, m.nt. T.M. Schalken.

<sup>37</sup> Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II* 1999–2000, 26 691, nr. 6, p. 7.



9.2 De functie van de consultatie is die van een waarborg voor een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces met betrekking tot de toepassing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In de eerste plaats helpt de consultatie de arts na te gaan of aan de zorgvuldigheidseisen (al) is voldaan en te reflecteren op zijn eigen afwegingen, alvorens hij besluit tot inwilliging van het verzoek. **In de tweede plaats biedt de consultatie als second opinion ondersteuning voor de behandelend arts bij de verantwoording van zijn handelen achteraf.** De behandelend arts is niet verplicht de mening van de consulent te volgen. Ook de consulent hoeft het met de behandelend arts niet eens te zijn. De behandelend arts is verantwoordelijk voor de beslissing om het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding al dan niet in te willigen. De consulent geeft zijn eigen oordeel, hij geeft geen toestemming voor levensbeëindiging. Beide artsen hebben hun eigen verantwoordelijkheid. De vraag van de leden van de fracties van de RPF en het GPV of de behandelend arts een persoonlijk bezoek van de consulent aan de patiënt kan eisen en of de consulent kan weigeren zijn oordeel te geven wanneer hij de patiënt niet kan bezoeken, kan dan ook bevestigend worden beantwoord.

Indien de consulent negatief adviseert en de behandelend arts is van oordeel dat het verzoek van patiënt kan worden ingewilligd, dan ligt het in de rede nog een andere onafhankelijke arts te consulteren. Het is evenwel niet de bedoeling dat de arts, indien hij weer een negatief oordeel krijgt, vervolgens een derde en vierde consulent gaat raadplegen, net zolang totdat hij een positief oordeel heeft. De consultatie zou aldus ten onrechte het karakter van een toestemming krijgen. Een negatief oordeel van de consulent zal ertoe leiden dat de arts zich ernstig bezint op zijn voornemen het verzoek van de patiënt in te willigen. Een negatief oordeel van een consulent zal, indien de arts besluit het verzoek niettemin in te willigen, tot extra aandacht leiden bij de toetsing achteraf. Het nut van de consultatie, zo beantwoorden wij een vraag van de SP-fractie, is enerzijds kwaliteitsborging van het medisch handelen en anderzijds een extra waarborg tot maatschappelijke controle van de praktijk betreffende levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.<sup>38</sup>

9.3 De leden van de CDA-fractie verwezen in verband met lijden voortkomend uit een psychische stoornis voorts naar een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 29 maart 1990. Ook de VVD-fractie verzocht om een nadere toelichting op het vereiste van consultatie bij psychisch lijden in verband met het arrest-Chabot. De D66-fractie stelde vragen betreffende de eisen die aan de deskundigheid van de consulent gesteld moeten worden indien sprake is van een verzoek van een psychiatrische of een geriatrische patiënt. In antwoord op deze vragen merken wij nogmaals op, dat er op het moment van de beslissing om tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding over te gaan, duidelijkheid moet zijn over de vraag of de patiënt als wilsbekwaam kan worden aangemerkt. De Hoge Raad heeft aangegeven dat de consultatie van een onafhankelijke deskundige die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht (rechtsoverweging 6.3.3), in elk geval aangewezen is in een geval zoals aan de orde was in het arrest-Chabot, namelijk een geval waarin sprake was van een verzoek om levensbeëindiging van een patiënte wier lijden niet aantoonbaar voortvloeide uit een somatische aandoening en niet enkel bestond uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (rechtsoverweging 5.2). Aangezien wij in het wetsvoorstel als zorgvuldigheidseis hebben opgenomen de consultatie, te allen tijde, van een tweede onafhankelijke arts die de patiënt bovendien zelf moet hebben gezien, wordt naar ons oordeel aan deze overweging van de Hoge Raad in het wetsvoorstel voldoende recht gedaan.<sup>39</sup>

9.4 Op de vraag van deze leden, of bij levensbeëindiging van een patiënt wiens lijden niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies de geconsulteerde arts een psychiater moet zijn, antwoorden wij, dat dit niet móét, maar uit de aard der zaak wél in de rede ligt. Aldus wordt de behandelend arts het beste ondersteund bij de beantwoording in dat geval van de essentiële vragen, of sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en of sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Op het moment van de beslissing om tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding over te gaan, moet er duidelijkheid zijn over de vraag of de patiënt als wilsbekwaam kan worden aangemerkt. De eis die de Hoge Raad stelde aan de consultatie in een geval zoals aan de orde was in het arrest-Chabot, namelijk een geval waarin sprake was van een verzoek om levensbeëindiging van een patiënte wier lijden niet aantoonbaar voortvloeide uit een somatische aandoening en niet enkel bestond uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (rechtsoverweging 5.2), was de consultatie van een onafhankelijke deskundige die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht (rechtsoverweging 6.3.3). Aangezien wij in dit wetsvoorstel als zorgvuldigheidseis hebben opgenomen de consultatie, te allen tijde, van een tweede onafhankelijke arts die de patiënt bovendien zelf moet hebben gezien, wordt aan deze overweging van de Hoge Raad in het wetsvoorstel ten volle voldaan.<sup>40</sup>

9.5 De heer Rouvoet zette vraagtekens bij het nut van consultatie indien de arts na een negatief advies van de consulent toch kan besluiten het verzoek van de patiënt in te willigen.

De functie van de consultatie is die van een waarborg voor een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces met betrekking tot de toepassing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In de eerste plaats helpt de consultatie de arts na te gaan of aan de zorgvuldigheidseisen (al) is voldaan en te reflecteren op zijn eigen

<sup>38</sup> Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1999–2000*, 26 691, nr. 6, p. 73–74.

<sup>39</sup> Nota naar aanleiding van het verslag, *Tweede Kamer, Kamerstukken II 1999–2000*, 26 691, nr. 6, p. 75.

<sup>40</sup> Nota naar aanleiding van het nader verslag, *Kamerstukken II 2000/01*, 26 691, nr. 9, p. 5–6.

afwegingen, alvorens hij besluit tot inwilliging van het verzoek. In de tweede plaats biedt de consultatie als second opinion ondersteuning voor de behandelend arts bij de verantwoording van zijn handelen achteraf. De behandelend arts is niet verplicht de mening van de consulent te volgen. Ook de consulent hoeft het met de behandelend arts niet eens te zijn. De behandelend arts is verantwoordelijk voor de beslissing om het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding al dan niet in te willigen. De consulent geeft zijn eigen oordeel, hij geeft geen toestemming voor levensbeëindiging.

Een negatief oordeel van de consulent zal ertoe leiden dat de arts zich ernstig bezint op zijn voornemen het verzoek van de patiënt in te willigen. Een negatief oordeel van een consulent zal, indien de arts besluit het verzoek niettemin in te willigen, tot extra aandacht leiden bij de toetsing achteraf.<sup>41</sup>

9.6 Minister Korthals: Het antwoord op deze vraag is: ja.

Voorzitter! De heer Rouvoet stond stil bij het nut van de consultatie, indien de arts ook bij een negatief advies van de consulent toch kan besluiten, het verzoek van de patiënt in te willigen. Kennelijk vond hij ons antwoord op deze vraag, zoals gegeven in onze brief van 15 november jl., niet bevredigend. Toch kan ik slechts herhalen dat het de behandelend arts is die verantwoordelijk is voor de beslissing om het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding al dan niet in te willigen. De consulent geeft zijn eigen oordeel. Hij geeft geen toestemming voor de levensbeëindiging. Een negatief oordeel van de consulent zal ertoe leiden dat de arts zich ernstig bezint op het voornemen, het verzoek van de patiënt in te willigen. Een negatief oordeel van een consulent zal, indien de arts besluit het verzoek niettemin in te willigen, tot extra aandacht leiden bij de toetsing achteraf. Het ligt voor de hand dat de commissie dan kritische vragen zal stellen aan de behandelend arts en voorts de consulent om nadere inlichtingen zal verzoeken.

De heer Rouvoet (RPF/GPV): Dat begrijp ik, maar dat is een zekerheid achteraf, als de levensbeëindiging heeft plaatsgevonden. Uit hetgeen tot nu toe door de regering is geschreven, begrijp ik dat de arts toch nog tot levensbeëindiging kan overgaan, ook als een behandelend arts een tweede consulent inschakelt en als ook die arts negatief oordeelt. Er kan dan naderhand strenger getoetst worden. Als een behandelend arts een of twee keer een negatief advies krijgt van een consulent, ligt het dan niet voor de hand dat het eigenlijk niet mogelijk moet zijn dat alsnog tot levensbeëindiging wordt overgegaan. Immers, dan is kennelijk naar het oordeel van ten minste twee deskundigen niet voldaan aan de zorgvuldigheidseis.

Minister Korthals: Wij hebben heel duidelijk de beslissing in handen gelegd van de behandelend arts. De anderen zijn louter adviserend. Het lijkt mij niet of nauwelijks voor te komen dat twee deskundige consulenterende artsen negatief adviseren, maar dat betrokkene niettemin doorgaat. In theorie is echter alles mogelijk. Ik heb al aangegeven dat de arts dan heel wat uit te leggen heeft.

De heer Rouvoet (RPF/GPV): Ja, maar dat is achteraf. Waarom in de wet niet een voorziening opgenomen dat een arts dan zelf ook tot de conclusie moet komen dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan? Je moet het toch voor zijn dat de arts zich achteraf moet verantwoorden voor iets wat niet had mogen gebeuren?

Minister Korthals: Nogmaals, ik kan mij dat bijna niet voorstellen. Het is in theorie mogelijk, maar ik ken de gevallen niet. Er zullen ongetwijfeld enkele gevallen zijn, maar ik kan mij dat nauwelijks voorstellen.<sup>42</sup>

## 10. Hoeveel artsen met specifieke deskundigheid moeten de patiënt zien?

10.1 Het gaat hier over euthanasie bij patiënten met psychische aandoeningen. De vraag is hoe de Hoge Raad het consultatievereiste invult, in het bijzonder met betrekking tot de vereiste 'specifieke deskundigheid' van de geconsulteerde arts en of aan de consultatie bijzondere eisen moeten worden gesteld als de uitvoerende arts zelf niet over specifieke deskundigheid beschikt.<sup>43</sup>

10.2 Oosterhoff schrijft o.m.: 'Dat bij mensen met een psychische aandoening al een extra second opinion is vereist gaat verder dan de wet en ook dan de wetgever destijds bedoelde. De altijd weer aangehaalde grote behoedzaamheid van het Chabot-arrest was in het wetsvoorstel al verwerkt door de 5de zorgvuldigheidseis van een onafhankelijk arts. Ik vind er desondanks wel iets voor te zeggen dat als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is dan ter overweging te geven wel een second opinion door een psychiater te laten doen, hoewel dat ook het oordeel van de eigen psychiater zou kunnen zijn.'<sup>44</sup>

10.3 Psychiater en SCEN-artsen Kruijdt wijdt een beschouwing aan deze problematiek op de website van ThaNet (Netwerk Persisterende Doodswens en Euthanasieverzoek op Psychische grondslag)<sup>45</sup>. Zij doet een aantal concrete voorstellen. Ik neem haar stuk intergraal over in de Bijlage, paragraaf 2.

<sup>41</sup> De brief van de Ministers van Justitie en V.W.S. van 15 november 2000, n.a.v. het wetgevingsoverleg van 30 oktober 2000, *Kamerstukken II 2000/01*, 26 691, nr. 24, p. 3-4.

<sup>42</sup> *Handelingen II 2000/01*, 22 november 2000, TK 26-2121.

<sup>43</sup> Vergelijk het recente *RTE-oordeel 2024-015*. Zie ook *RTE-oordeel 2024-032*.

<sup>44</sup> Menno Oosterhoff, reactie dd 25 november 2023, opgenomen in Bijlage 3, par. 1.

<sup>45</sup> Sieke Kruijdt, 'Verschillen tussen richtlijnen en codes veroorzaken verwarring: hoe lossen we dat op?', *ThaNet* 19 april 2024. <https://thanet.nl/algemeen/ruimte-tussen-richtlijnen-en-codes-veroorzaakt-verwarring-hoe-lossen-we-dat-op/>

10.4 De Hoge Raad overwoog in zijn arrest in de strafzaak-Arends:

'Indien de aan voortgeschreden dementie lijdende patiënt niet meer in staat is zelf een wil over de voorgenomen levensbeëindiging te vormen en te uiten, zal dat doorgaans aanleiding geven een tweede onafhankelijke arts, met specifieke deskundigheid ter zake, te raadplegen en daarbij aandacht te besteden aan de hiervoor besproken bijzonderheden met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen.'<sup>46</sup>

alsmede:

'Zoals nu al gebruikelijk is in de praktijk, is er aanleiding in gevallen waarin het gaat om levensbeëindiging van een patiënt met voortgeschreden dementie, tevoren niet één maar twee onafhankelijke artsen te raadplegen over de vraag of aan het verzoek gevolg kan worden gegeven.'<sup>47</sup>

10.5 Van den Ende en Asscher leggen dit arrest van de Hoge Raad als volgt uit:

'In the case of PAD in patients with advanced dementia based on an AED, a doctor must consult at least two other doctors, including one with specialist knowledge of dementia as an additional requirement. Unlike with psychiatry there are no reports that this expertise is difficult to arrange.'<sup>48</sup>

10.6 De Hoge Raad zal, zowel voor het strafrecht als voor het tuchtrecht, moeten aangeven hoe het wettelijke consultatievereiste in concrete situaties moet worden ingevuld (zoals de Hoge Raad ook heeft gedaan in zijn arrest in de strafzaak-Arends: zie zijn rechtsoverwegingen 4.9 en 6.1<sup>49</sup> die ik aanhaal in paragraaf 10.4). De Hoge Raad zal onder meer moeten uitmaken wat de strekking is van de woorden 'ten minste' en 'onafhankelijk'<sup>50</sup> in art. 2 lid 1 onder e WtI, mede gezien de in voetnoot 33 door mij genoemde wetsgeschiedenis.

## 11. Een concreet voorbeeld van een rechtsvraag over het wettelijke consultatievereiste

11.1 Casus: Een patiënt die lijdt aan een psychische stoornis verzoekt om euthanasie. Zijn psychiater (A), bij wie hij al jaren onder behandeling is, is niet bereid euthanasie te verlenen. De huisarts (B) van de patiënt neemt contact op met psychiater (C). C komt na onderzoek van de patiënt en na contact met A en B tot de conclusie dat aan de voorwaarden voor euthanasie wordt voldaan.

11.2 Variant a: psychiater C verklaart zich bereid de euthanasie uit te voeren mits aan het wettelijke consultatievereiste kan worden voldaan. Een SCEN-arts (D, geen psychiater) legt zijn bevindingen over het euthanasieverzoek schriftelijk vast. Vraag: is hiermee aan het wettelijke consultatievereiste voldaan of moet nog een tweede psychiater worden geconsulteerd (al dan niet in de persoon van een SCEN-arts)?

11.3 Variant b: psychiater C verklaart zich bereid de euthanasie uit te voeren. A en een SCEN-arts (D, geen psychiater) leggen hun bevindingen over het euthanasieverzoek schriftelijk vast. Vraag: is hiermee aan het wettelijke consultatievereiste voldaan of moet nog een derde psychiater worden geconsulteerd (al dan niet in de persoon van een SCEN-arts)?

11.4 Variant c: huisarts B is bereid de euthanasie uit te voeren. Vraag: is in dat geval aan het consultatievereiste voldaan als A en/of C hun bevindingen over het euthanasieverzoek schriftelijk vastleggen?

11.5 Variant d: psychiater A is alsnog bereid de euthanasie uit te voeren. Vraag: is in dat geval aan het consultatievereiste voldaan als C en/of D hun bevindingen over het euthanasieverzoek schriftelijk vastleggen?

## 12. Slotopmerking

Verschillende bij het toezicht op de euthanasieverlening betrokken instanties geven een eigen invulling aan het euthanasierecht. Deze omstandigheid leidt tot onzekerheid en onrust onder artsen. Het is daarom belangrijk dat de Hoge Raad met enige regelmaat in de gelegenheid wordt gesteld rechtsvragen te beantwoorden en rechtseenheid te bewerkstelligen. Daarvoor is wel nodig dat euthanasiezaken doordringen tot het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Alleen dan is volgens art. 75 Wet BIG cassatie in het belang der wet mogelijk.

---

<sup>46</sup> HR 21 april 2020, nr. 19/04910, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak-Arends), r.o. 4.9.

<sup>47</sup> HR 21 april 2020, nr. 19/04910, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak-Arends), r.o. 6.1.

<sup>48</sup> Van den Ende C, Asscher ECA. No (true) right to die: barriers in access to physician-assisted death in case of psychiatric disease, advanced dementia or multiple geriatric syndromes in the Netherlands. *Med Health Care Philos.* 2024 Feb 20.

<sup>49</sup> Vergelijk de RTE-oordeel 2023-107.

<sup>50</sup> Zie in dit verband ook de recente RTE-oordelen 2024-001, 2024-015 en 2024-037.

## Bijlage

### Inhoud

1. Neeltje Vermunt & Jacco de Lange, 'IGJ gidst langs het drijfzand van de euthanasiepraktijk', *Medisch Contact* 23 november 2023. [met 24 reacties]
2. Sieke Kruyt, 'Verschillen tussen richtlijnen en codes veroorzaken verwarring: hoe lossen we dat op?', *ThaNet* 19 april 2024.
3. Thomas Gächter, 'Standesrecht und die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»', Gächter, Thomas (2024). Standesrecht und die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», *Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ)*, 2024;105(1-2):26-28.
4. Twee oordelen van het Openbaar Ministerie (2022-17 en 2022-068)

**1. In deze paragraaf neem ik het in mijn artikel besproken artikel van Vermunt & De Lange integraal over, inclusief de 24 reacties op de site van *Medisch Contact*.<sup>51</sup>**

Medisch Contact, 23 november 2023

Neeltje Vermunt & Jacco de Lange

### IGJ gidst langs het drijfzand van de euthanasiepraktijk

Aanbevelingen van de IGJ die de kans op een 'onzorgvuldige' euthanasie beperken

[met 24 hierna opgenomen reacties]

**De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzocht euthanasie casussen die door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie waren beoordeeld als 'onzorgvuldig'. En dat levert een paar nuttige aanbevelingen op.**

Voor artsen is het belastend en uiterst onplezierig als ze hebben meegewerkt aan euthanasie en vervolgens van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) te horen krijgen dat ze 'onzorgvuldig' hebben gehandeld. Soms is dat echter te voorkomen.

Dat concluderen wij, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), na het bestuderen van veertien meldingen die we in 2022 ontvingen van de RTE. Als de RTE een casus als onzorgvuldig beoordeelt, nemen wij die zaak altijd onder de loep. (1) Het Openbaar Ministerie (OM) doet eigen onderzoek.

We doen in dit artikel namens de IGJ drie aanbevelingen om het risico op het oordeel 'onzorgvuldig' te verkleinen.

Het aantal uitgevoerde levensbeëindigingen op verzoek stijgt. Ook het aantal meldingen van de RTE bij de inspectie is de afgelopen drie jaar gestegen. (2) Uitvoerend artsen zijn vaak heel betrokken en zij ervaren het hele traject tot aan de daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie als intensief. Zowel het oordeel 'onzorgvuldig' als het onderzoek door de IGJ (en het OM) heeft dan ook veel impact op de arts.

We signaleren op basis van de veertien meldingen uit 2022 een aantal knelpunten in de euthanasiepraktijk. Meestal geeft de uitvoerend arts blijk van inzicht en adequate reflectie en oordelen we als inspectie na onderzoek dat er geen sprake is van een ernstig risico voor de patiëntveiligheid. Sporadisch leggen we het handelen van de arts voor aan de tuchtrechter.

### ***Het oordeel 'onzorgvuldig' heeft veel impact op de arts***

#### **Aanbeveling 1**

Spiegel bij psychisch lijden en/of psychische stoornis primair aan de NVvP-richtlijn

Bij de meeste meldingen die de inspectie ontvangt, speelt psychisch lijden een rol. Tegelijkertijd laten cijfers over 2022 zien dat levensbeëindigingen door een arts op grond van een of meer psychische stoornissen, slechts in 1,3 procent van de gevallen voorkomt.

Het KNMG-standpunt 'Beslissingen rond het levenseinde' verwijst voor euthanasie of hulp bij zelfdoding aan patiënten met een psychische stoornis naar de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) Levensbeëindiging op

---

<sup>51</sup> Neeltje Vermunt & Jacco de Lange, 'IGJ gidst langs het drijfzand van de euthanasiepraktijk', *Medisch Contact* 23 november 2023. Zie voor het complete artikel en de in deze paragraaf aangehaalde reacties op dat artikel: <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/igj-gidst-langs-het-drijfzand-van-de-euthanasiepraktijk>

verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. (4) (5) De NVvP stelt dat deze richtlijn opgaat als een vastgestelde psychische stoornis de grondslag vormt voor het euthanasieverzoek.

Uit onze onderzoeken blijkt dat een deel van de artsen uitgaat van de EuthanasieCode van de RTE en niet van de NVvP-richtlijn. De NVvP-richtlijn en de RTE-Code verschillen op een cruciaal punt: de invulling van de nodige extra behoedzaamheid bij het beoordelen van een euthanasieverzoek van mensen met een psychische stoornis. (6)

Volgens de NVvP-richtlijn moeten dan twee psychiaters worden geraadpleegd, volgens de RTE-Code één. De RTE signaleert dit onderscheid. Hoe artsen daarmee dienen om te gaan, blijft onduidelijk. (7) Voor de RTE zijn medisch-professionele standpunten en richtlijnen van belang als zij passen binnen het eigen wettelijk kader van de RTE. (8) Voor de RTE zijn niet de professionele standaard voor artsen het uitgangspunt, maar de wet, de rechtspraak en de uitvoeringspraktijk. Dat laat dus ruimte tussen de beoordeling door een RTE en richtlijnen waar artsen op grond van hun professie aan moeten voldoen.

Tegelijkertijd kunnen in een richtlijn aspecten aan de orde komen waar een arts vanwege zijn professionele verantwoordelijkheid wel rekening mee moet houden, maar die voor de beoordeling door de RTE niet van belang zijn. Zo kan de RTE oordelen dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, terwijl hij niet volledig conform de professionele normen van zijn beroepsgroep heeft gehandeld. (9) Er kan dus een verschil bestaan tussen een richtlijn en de wet of de rechtspraak. Bijvoorbeeld als de richtlijn strengere eisen stelt. Dat is het geval bij het vereiste twee psychiaters te raadplegen.

De IGJ toetst het handelen van de uitvoerend arts aan de professionele standaard die op de arts van toepassing is en waar richtlijnen onderdeel van zijn. (10) De IGJ adviseert uitvoerend artsen conform het KNMG-standpunt, de NVvP-richtlijn te volgen als een psychische stoornis de grondslag vormt voor een verzoek.

### **Aanbeveling 2**

Leg uw afwegingen over het beoordelen van bijkomend psychisch lijden of stoornis expliciet vast en baseer deze op de NVvP-richtlijn.

Bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding op basis van somatisch lijden komt het regelmatig voor dat er sprake is van psychiatrische comorbiditeit of een psychische stoornis in het verleden. De uitvoerend arts dient dan te beoordelen in hoeverre dit gegeven een rol speelt bij het verzoek, en of hierbij extra psychiatrische expertise moet worden ingeroepen. (11)

Is er een vermoeden dat een bijkomende psychische stoornis de wilsbekwaamheid (vrijwillig en weloverwogen) mogelijk beïnvloedt of het lijden (ondraaglijk en uitzichtloos) in hoge mate bepaalt? Dan beveelt de NVvP-richtlijn aan om een psychiatrische beoordeling te laten doen. (12) Ook het bestaan van eventuele behandelopties kan onderdeel zijn van deze beoordeling. De NVvP-richtlijn is daarmee niet alleen relevant bij een verzoek op basis van een psychische stoornis, maar ook bij een verzoek op basis van een somatische aandoening en psychiatrische comorbiditeit of een psychische stoornis in het verleden.

De uitvoerend arts beoordeelt of een psychiatrisch advies of consult noodzakelijk is; de SCEN-arts kan hierbij adviseren. Die zal zich net als de arts moeten afvragen of hij (zelf) over de expertise beschikt om dat goed te beoordelen. Op grond van de EuthanasieCode van de RTE moeten beide artsen in ieder geval nadrukkelijk overwegen of de psychische stoornis de vrijwilligheid en/of de weloverwogenheid van het verzoek in de weg staat.

De RTE bekijkt deze afwegingen kritisch. Zo zagen wij in een casus dat de vraag of een psychiatrisch advies gevraagd had moeten worden, volgens de RTE alleen door een psychiater beantwoord kon worden. De RTE lijkt in geval van comorbiditeit of psychisch lijden in de biografie, uit te gaan van het vereiste van de extra behoedzaamheid en dus een psychiatrisch consult.

Het risico op een RTE-oordeel 'onzorgvuldig' is groter als de arts en de consultant hun afwegingen hieromtrent niet expliciet maken. De IGJ adviseert de betrokken artsen dan ook zo nodig de NVvP-richtlijn te gebruiken en hun afwegingen over de relevantie van een psychiatrische beoordeling expliciet te maken en vast te leggen. Bij twijfel is het goed om te overleggen met een SCEN-psychiater.

### **Aanbeveling 3**

De uitvoerend arts is primair verantwoordelijk – ook voor de kwaliteit van het SCEN-consult.

Bij de beoordeling van een verzoek tot euthanasie dient de arts een onafhankelijk consultant (SCEN-arts) te raadplegen. De SCEN-arts oordeelt onafhankelijk over de vraag of aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen is voldaan en doet daarvan schriftelijk verslag aan de arts. Doel van deze consultatie is dat de uitvoerend arts reflecteert op het eigen oordeel. Het helpt de uitvoerend arts om al vóór de uitvoering na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en om te

reflecteren op zijn eigen overtuigingen over het euthanasieverzoek. (13) We zien dat uitvoerend artsen vaak sterk varen op de adviezen van de SCEN-arts, terwijl zij zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van het hele proces. (14)

We stellen ook vast dat SCEN-artsen niet goed op de hoogte zijn van vigerende richtlijnen of van de vereisten voor de SCEN-consultatie. Meerdere keren bleek bijvoorbeeld dat een SCEN-arts stond ingeschreven als patiënt in de praktijk van de uitvoerend arts. De Euthanasie Code sluit deze situatie expliciet uit en dit leidt tot het RTE-oordeel 'onzorgvuldig'. (15)

Een ander voorbeeld is het achterwege laten van een psychiatrische consultatie bij een verzoek mede op basis van aanhoudende lichamelijke klachten (ALK). De uitvoerend arts was zich niet bewust van de eventuele noodzaak om psychiatrische consultatie te overwegen en de SCEN-arts vond het niet nodig maar maakte dit niet expliciet. Dit leidde tot een oordeel 'onzorgvuldig'.

Een heldere rolverdeling en transparante verslaglegging zijn van groot belang voor de zorgvuldige euthanasiepraktijk in Nederland. De IGJ roept SCEN-artsen op zich steeds te blijven informeren over vigerende richtlijnen en wettelijke kaders, en hiernaar te handelen ter ondersteuning van de zorgvuldigheid en de reflectie.

### ***SCEN-artsen zijn niet goed op de hoogte van vigerende richtlijnen***

Hoe verder?

We hebben drie aanbevelingen gedaan aan uitvoerend artsen en SCEN-artsen om een RTE-oordeel 'onzorgvuldig' waar mogelijk te voorkomen. We roepen de KNMG op om onze bevindingen mee te nemen bij het verder ontwikkelen van werkprocessen en scholing. Denk bijvoorbeeld aan het bevorderen van expliciete verslaglegging van de overwegingen over consultatie bij psychisch lijden. Ook verdient het aanbeveling om alle beroepsrichtlijnen over dit onderwerp te integreren en in samenhang toegankelijk te maken. Ten slotte roepen we de RTE's en beroepsorganisaties op om de EuthanasieCode en beroepsrichtlijnen inhoudelijk te harmoniseren.

auteurs

dr. Neeltje Vermunt, huisarts niet-praktiserend, inspecteur Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
mr. Jacco de Lange, inspecteur Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

contact

euthanasie@igj.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

### BRONNEN

1. [www.igj.nl/onderwerpen/euthanasie](http://www.igj.nl/onderwerpen/euthanasie)
2. In 2020 ontving IGJ 2 meldingen, in 2021 7 en in 2022 14.
3. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Jaarverslag 2022. Pagina 11.
4. KNMG-standpunt pagina 34.
5. Federatie Medisch Specialisten, Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Richtlijn tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2018. Aangehaald als NVvP-richtlijn.
6. KNMG-standpunt, Beslissingen rond het levenseinde. 2021. Aangehaald als KNMG-standpunt. Pagina 34; NVvP-richtlijn pagina 3; EuthanasieCode pagina 46.
7. EuthanasieCode pagina 47.
8. EuthanasieCode pagina 18.
9. Artikel 2, eerste lid Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
10. Artikel 2, tweede lid onder b Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
11. KNMG-standpunt pagina 34; NVvP-richtlijn pagina 66; EuthanasieCode pagina 48.
12. In de EuthanasieCode, pagina 34 staat beschreven dat het nodig kan zijn psychiatrisch advies te vragen.
13. Zie bijvoorbeeld EuthanasieCode pagina 30.
14. Kneepkens E. Huisarts is verantwoordelijk voor onafhankelijkheid SCEN-arts. Uitspraak onzorgvuldig. Medisch Contact, 16 februari 2023.
15. EuthanasieCode pagina 32. Zie ook Kneepkens E. Huisarts is verantwoordelijk voor onafhankelijkheid SCEN-arts. Oordeel onzorgvuldig. Medisch Contact, 16 februari 2023.

## Reacties:

### Uitgelichte reactie

René Héman, voorzitter Artsenfederatie KNMG & Karianne Jonkers, projectleider SCEN  
, Utrecht 29 november 2023

De conclusie van de IGJ 'dat SCEN-artsen niet goed op de hoogte zijn van vigerende richtlijnen of van de vereisten voor de SCEN-consultatie' doet geen recht aan de zorgvuldigheid waarmee SCEN-artsen te werk gaan. Het percentage onzorgvuldige oordelen (0.1%) is niet voor niets zeer laag. SCEN-artsen zijn speciaal opgeleide artsen, die vier keer per jaar bijscholing volgen.

Het overgrote deel van de oordelen van de SCEN-artsen is zorgvuldig opgesteld met inachtneming van alle geldende richtlijnen.

Daarnaast staan er twee feitelijke onjuistheden in het artikel. Ten eerste suggereert de IGJ dat bij een combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen altijd een psychiater geraadpleegd moet worden, wat feitelijk onjuist is. Bij psychiatrische comorbiditeit is een psychiatrische consultatie alleen noodzakelijk als de psychische stoornis de vrijwilligheid of weloverwogenheid van het verzoek mogelijk in de weg staat, of in belangrijke mate bijdraagt aan het lijden. De beoordeling hiervan is voorbehouden aan de uitvoerend arts, eventueel in overleg met deskundigen.

Ten tweede stelt de IGJ dat volgens de NVvP-richtlijn bij een psychische stoornis er altijd twee psychiaters moeten worden geraadpleegd, terwijl de EuthanasieCode er slechts één zou vereisen. Dit geldt volgens de NvvP-richtlijn echter alleen als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is.

Door het tekort aan psychiaters dat beschikbaar is voor de euthanasiepraktijk, is het volgen van de NVvP-richtlijn niet altijd mogelijk, met name als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is. De KNMG heeft al meerdere malen aangedrongen op aanpassing van de richtlijn bij NVvP. Het herzien van een richtlijn neemt echter veel tijd in beslag, zeker bij dit specifieke onderwerp waarbij zorgvuldigheid voorop staat. Het SCEN-bureau werkt aan een tussentijdse werkwijze voor SCEN-artsen en uitvoerend artsen tot deze richtlijn herzien is.

P.J.E. van Rijn  
Huisarts n.p., Rheden 02 december 2023

Instituten als IGZ en MTC hebben zeker hun betekenis. Dat zagen we bijvoorbeeld bij de z.g.n.'koffie-euthanasie. Want hoe kun je bij gebrek aan een actueel en weloverwogen verzoek vaststellen of deze persoon nú dood wil? Er moet toch echt hiervoor enige communicatie zijn, verbaal of non-verbaal, om te kunnen inschatten of er op het huidige moment wel sprake is van uitzichtloos en ondragelijk lijden. Want als de wilsonbekwame patiënt dit zelf niet meer kan aangeven of als daar geen duidelijke tekenen van zijn kan de arts onvoldoende vaststellen of er wel is voldaan aan deze zorgvuldigheidseisen. Na het vonnis van de Hoge Raad is het oordeel van het Medisch Tucht College overeind gebleven dat een demente patiënt het recht om over diens leven te beschikken niet kwijtraakt. Deze uitspraak betekent dat de arts dat op het moment van de euthanasie aan de patiënt duidelijk moet maken en deze niet heimelijk mag uitvoeren. Als extra administratie hier een belemmering vormt zal dat natuurlijk kunnen lijden tot een 'in dubio abstinence', maar dat is 'all in the game'  
.. Peter van Rijn Minder lezen

M.D. Oosterhoff  
Psychiater, Thesinge 01 december 2023

Ik heb het al eerder gezegd, maar wil het nogmaals herhalen. Het advies om bij mensen met een psychische aandoening de richtlijn te volgen en niet de code zal niet leiden tot enige vermindering van het oordeel onzorgvuldig, want de RTE-toetst volgens de code.

De IGJ zegt te toetsen aan de richtlijn, maar de IGJ toetst pas, als de RTE onzorgvuldig heeft geoordeeld en dat doet de RTE dus niet als wel aan de code is voldaan maar niet aan de richtlijn.

Dus waar heeft IGJ het over? Minder lezen

In het artikel stelt de IGJ dat SCEN-artsen niet goed op de hoogte zijn van vigerende richtlijnen. Deze mening staat ook vetgedrukt als een soort conclusie aan het eind van het artikel. Naast deze mening willen we graag naar de feiten kijken: in 2022 kreeg de RTE in totaal 8720 meldingen. Hiervan zijn 14 meldingen als onzorgvuldig beoordeeld. Het gaat dus om een zeer klein aantal (1,6 promille) ten opzichte van het totaal aantal meldingen. Bij analyse van deze 14 onzorgvuldig beoordeelde meldingen blijkt dat de meeste van deze meldingen berusten op psychisch lijden. Hierbij speelt het zeer onwenselijke verschil tussen de RTE-code en de richtlijn van de NVvP een belangrijke rol. Dit leidt bij zowel uitvoerders als SCEN-artsen tot onduidelijkheid en onzekerheid. Dit heeft niets met onvoldoende kennis van de richtlijnen te maken, maar alles met de verschillende visies van RTE en NVvP, hetgeen niet op het conto van uitvoerend artsen of SCEN-artsen geschreven kan worden. Resteren nog een aantal op de vingers van één hand te tellen als onzorgvuldig beoordeelde gevallen, waarbij de SCEN-arts ingeschreven stond in de praktijk van de uitvoerende arts of vice versa. Dat is inderdaad als niet wenselijk beschreven in de euthanasiecode (schijn van gebrek aan onafhankelijkheid) maar is in het licht van de patiëntveiligheid en het totaal van de zorgvuldigheidscriteria een minor detail.

Gezien het bovenstaande is het volgens ons onhoudbaar en volkomen onterecht te stellen dat SCEN-artsen niet op de hoogte zijn van de vigerende richtlijnen. Eerder zou op basis van de geringe aantal onzorgvuldige beoordelingen en de aard daarvan gesteld moeten worden dat uitvoerend artsen en SCEN-artsen hun werk uitstekend doen, goed op de hoogte zijn van de regelgeving en in meer dan 99,8 procent van de gevallen de uitvoerend arts en de patiënt voor onzorgvuldigheid behoeden.

Voor wat betreft aanbeveling 2 waarin gesteld wordt dat ook bij psychisch lijden in de biografie een psychiatrisch consult moet volgen: dit doet een groot beroep op de psychiaters, het is nu al moeilijk een consult te regelen bij actuele problematiek resulterend in een wachttijd die nu al kan oplopen tot 3 jaar. Veel mensen met een euthanasieverzoek hebben een niet actuele episode met psychische problematiek in hun biografie. Wij zijn van mening dat SCEN-artsen en de meeste uitvoerende artsen goed in staat zijn te beoordelen of er actuele psychiatrische problematiek bestaat die mogelijk de wilsbekwaamheid beïnvloedt of dat er een episode in het verleden geweest is die geen invloed meer heeft op een actuele euthanasiewens i.v.m. een andere aandoening of situatie. Het is beter om te vertrouwen op het oordeel van ervaren artsen en alleen een psychiater te consulteren wanneer er twijfels zijn over de wilsbekwaamheid.

De term “drijfzand” stoort ons in het licht van een juist zeer zorgvuldige uitvoering in de euthanasiepraktijk.

Het zou de IGJ sieren meer verbinding te tonen met de complexiteit van de dagelijkse euthanasiepraktijk en zich te onthouden van onjuiste en tendentieuze uitspraken.

Wellicht kan de IGJ ook aanbevelen dat de NVvP haar richtlijn nogmaals tegen het licht houdt

SCEN-groep Zuid-Kennemerland [Minder lezen](#)



Als IGJ waarderen we de vele reacties onder ons artikel. Het geeft aan hoe betrokken artsen zijn bij het onderwerp euthanasie. We zien dit als een kans om met het veld in gesprek te gaan om de euthanasiepraktijk te verbeteren.

Een van de reacties die daarbij opvalt is dat het overgrote deel van de euthanasie goed wordt uitgevoerd en slechts een klein deel fout. Onze bevinding dat sommige artsen te weinig kennis zouden hebben viel daarbij verkeerd. Tegelijkertijd vinden wij dat iedere onzorgvuldige uitvoering er één te veel is. Als IGJ komen we daarbij het verdriet en de spanning tegen bij artsen die ons onderzoek moeten ondergaan. Zij geven achteraf vaak aan dat hun gebrek aan kennis deze omissies had kunnen voorkomen.

In de meldingen van de RTE's én in de gesprekken van de IGJ met de betrokken artsen, kwam meer dan eens naar voren dat de kwaliteit van de SCEN-adviezen beter had gekund. Dit hebben we ook met de betrokken artsen besproken. Belangrijker, de nieuwe SCEN-richtlijn erkent dat en tijdens de presentatie van die richtlijn op 7 september 2023 was kennisverbetering over psychisch lijden en een euthanasieverzoek, niet voor niets een onderwerp. De auteurs van dit artikel hebben voor publicatie contact gezocht met de redactie van Medisch Contact met als doel het artikel op dit punt te actualiseren. Daar is de redactie niet op ingegaan.

Dan de discrepantie tussen NVvP-richtlijn en Euthanasiecode: Het is duidelijk dat er een brede wens is om de normstelling in deze zorgvuldigheidsvereisten met elkaar in overeenstemming te brengen. Wij horen al jaren dat hieraan gewerkt wordt, en ook nu wordt weer aangegeven dat dit nog jaren kan duren. Alleen, zolang de normen niet zijn gewijzigd, kan het niet anders dan dat de IGJ toetst aan de strengere richtlijn. Dat volgt zo uit de wet, de Euthanasiecode is immers van de RTE, niet van KNMG. Het veld staat dus zelf aan de lat om hun collega's te behoeden voor vervelende situaties waarin onduidelijkheid is over hoe aan de beroepsnormen moet worden voldaan. De beroepsgroep heeft in de NVvP-richtlijn neergelegd wat als goede zorg wordt gezien.

Ook vanuit patiëntperspectief is het onwenselijk dat de richtlijn in het ene geval wel, en in het andere geval niet wordt gevolgd. Wij hopen dat deze discussie hieraan bijdraagt.

Ook de IGJ realiseert zich dat er een tekort is aan psychiaters. In onze beoordeling nemen wij dit ook steeds mee. En omdat de RTE's een lichtere toets hebben, is het niet volgen van de NVvP-richtlijn geen enkele keer op dit punt aanleiding geweest om hierin een mogelijk ernstig risico voor de patiëntenzorg te zien (artikel 25 Wkkgz). Laat staan dat de IGJ hierin aanleiding heeft gezien om het voor te leggen aan een tuchtcollege. Tegelijkertijd kan het niet zijn dat een tekort aan psychiaters ervoor zorgt dat de vigerende richtlijn niet gevolgd wordt en de beoordeling van een euthanasieverzoek op verschillende manieren wordt uitgevoerd. Dat is onwenselijk voor patiënt en arts.

Tot slot wordt er in de reacties gesproken over feitelijke onjuistheden:

- over de NVvP-richtlijn: dat is een kwestie van tellen. Is de uitvoerend arts een psychiater, dan vereist die richtlijn een tweede psychiater, dat kan ook een SCEN-psychiater zijn. Is de uitvoerend arts geen psychiater, dan vereist de richtlijn betrokkenheid van twee psychiaters.

- over de comorbiditeit: deze aanbeveling gaat over de onderbouwing van het niet betrekken van een psychiater. Uiteraard heeft de uitvoerend arts een eigenstandige beoordelingsbevoegdheid.

Maar uit de meldingen blijkt dat sommige uitvoerend artsen, niet eens overwogen hebben of een psychiater in consult zou moeten komen. Ook een SCEN-arts wees de uitvoerend arts daar niet op, terwijl de RTE's veel gewicht aan de onderbouwing geven. De IGJ ziet dat een betere onderbouwing een oordeel 'onzorgvuldig' mogelijk had kunnen voorkomen. Dat gunnen wij de betrokken artsen.

Minder lezen

[Reactie gewijzigd door redactie op 30-11-2023 15:52]

Saskia Bolte (OM) 30 november 2023

Op het artikel met aanbevelingen volgen nu veel reacties die zinvol zijn voor een goed debat over zorgvuldigheidseisen bij euthanasie in geval van psychisch lijden. Het is alleen jammer dat met het zoeken naar fouten de boodschap verloren lijkt te gaan. Want zo heel gek is de oproep van deze inspecteurs - die aanbevelingen doen om artsen een onderzoek te besparen - niet eens. Twee dingen die ik wil bijdragen aan het debat.

De wetgever beoogde in 2002 dat jurisprudentie over euthanasie zou worden gecodificeerd. Belangrijk terugkerende overwegingen in al die jurisprudentie is het 'heersend medisch inzicht'. Dat wordt opgenomen in richtlijnen en standpunten. Dat maakt dat die richtlijnen doorwerken in de praktijk. Vanuit dat perspectief is de kwalificatie "bovenwettelijke eisen" wat mij betreft een onterecht negatief frame. Zeker bij "open normen" van de Wtl is de beroepsgroep aan zet die normen in te vullen. Ik lees in het artikel vooral een oproep dat goed te doen en te komen tot heldere eenduidige eisen.

Dan het punt over de SCEN-artsen. Het klopt dat veel oordelen "zorgvuldig" zijn en dus op het totaal is er geen zorg over "de" scen-arts. Maar in dat relatief kleine aantal "onzorgvuldig" zitten er veel die te wijten zijn aan onjuiste adviezen van SCEN-artsen. Dan heb ik het niet over heel complexe zaken maar SCEN-artsen die de Code niet hebben gelezen. Dan worden vermijdbare fouten gemaakt waar de euthanaserend arts over ter verantwoording wordt geroepen. De IGJ wijst daar terecht op. Het enkele feit dat het OM niet vervolgt betekent niet dat het OM die zorg niet zou delen.

Vanuit dat perspectief bezien is sommige kritiek op het artikel jammer. Want het leidt af waar het om zou moeten gaan en waar we toch over eens zouden moeten kunnen worden: extra behoedzaamheid bij euthanasie. Dat is denk ik de insteek geweest van de auteurs die - zo las ik het - deze aanbevelingen aan euthanaserend artsen deden. Saskia Bolte (Openbaar Ministerie)

Minder lezen

M.D. Oosterhoff

Psychiater, Thesinge 30 november 2023

Behoedzaamheid heeft ook zijn prijs. Behoedzaamheid is prima, als het optimaal is. Maximale behoedzaamheid heeft meer nadelen dan voordelen. Dit is wat er ook altijd speelt bij grote bevolkingsonderzoeken. Levert het netto wel iets op.

M.D. Oosterhoff

Psychiater, Thesinge 30 november 2023

Duidelijk is in elk geval dat het niet duidelijk is. En dat de uitvoerend arts en in mindere mate de consulterend arts daar de dupe van zijn, want zij lopen het risico, niet de controlerende instanties. Een oneerlijkheid waar ik me slecht bij kan neerleggen. Minder lezen

F. Schreuder

Huisarts, SCEN-arts, Delft 30 november 2023

Bij het artikel in MC, waarin 3 aanbevelingen gedaan worden door de IGJ (om het risico op oordeel "onzorgvuldig" te verkleinen) lees ik in aanbeveling 3 dat bij een verzoek mede op basis van "Aanhoudend Lichamelijke Klachten" psychiatrische consultatie vereist (door de RTE?) zou zijn.

Ik lees dat in de NVvP richtlijn overigens niet.

Ik vind dat om twee redenen problematisch:

1. Impliciet lijkt de IGJ ervanuit te gaan dat psychiaters deskundiger zijn op dit vlak dan huisartsen. Ik denk dat het omgekeerd is.
2. "Aanhoudend lichamelijke klachten" is een veel wijder begrip dan SOLK en zijn aanwezig bij het overgrote deel van de mensen die euthanasie vragen. Als SOLK bedoeld wordt, moet bedacht worden dat voor die diagnose een psychiatrische stoornis als oorzaak van de klachten moet zijn uitgesloten en blijft opmerking 1 staan. (NB In de NHG-standaard hierover wordt verwijzing naar een psychiater ook niet aanbevolen)

Het valt op dat voor dit voorbeeld om dit 3-e advies toe te lichten ook geen referentie gegeven wordt in tegenstelling tot de andere voorbeelden.

Mijn voorstel is dat de IGJ dit voorbeeld voor aanbeveling 3 herroept.

Ferdinand Schreuder, huisarts, SCEN-arts

Minder lezen

René Héman, voorzitter Artsenfederatie KNMG & Karianne Jonkers, projectleider SCEN  
, Utrecht 29 november 2023

De conclusie van de IGJ 'dat SCEN-artsen niet goed op de hoogte zijn van vigerende richtlijnen of van de vereisten voor de SCEN-consultatie' doet geen recht aan de zorgvuldigheid waarmee SCEN-artsen te werk gaan. Het percentage onzorgvuldige oordelen (0.1%) is niet voor niets zeer laag. SCEN-artsen zijn speciaal opgeleide artsen, die vier keer per jaar bijscholing volgen. Het overgrote deel van de oordelen van de SCEN-artsen is zorgvuldig opgesteld met inachtneming van alle geldende richtlijnen.

Daarnaast staan er twee feitelijke onjuistheden in het artikel. Ten eerste suggereert de IGJ dat bij een combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen altijd een psychiater geraadpleegd moet worden, wat feitelijk onjuist is. Bij psychiatrische comorbiditeit is een psychiatrische consultatie alleen noodzakelijk als de psychische stoornis de vrijwilligheid of weloverwogenheid van het verzoek mogelijk in de weg staat, of in belangrijke mate bijdraagt aan het lijden. De beoordeling hiervan is voorbehouden aan de uitvoerend arts, eventueel in overleg met deskundigen.

Ten tweede stelt de IGJ dat volgens de NVvP-richtlijn bij een psychische stoornis er altijd twee psychiaters moeten worden geraadpleegd, terwijl de EuthanasieCode er slechts één zou vereisen. Dit geldt volgens de Nvvp-richtlijn echter alleen als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is.

Door het tekort aan psychiaters dat beschikbaar is voor de euthanasiepraktijk, is het volgen van de NVvP-richtlijn niet altijd mogelijk, met name als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is. De KNMG heeft al meerdere malen aangedrongen op aanpassing van de richtlijn bij NVvP. Het herzien van een richtlijn neemt echter veel tijd in beslag, zeker bij dit specifieke onderwerp waarbij zorgvuldigheid voorop staat. Het SCEN-bureau werkt aan een tussentijdse werkwijze voor SCEN-artsen en uitvoerend artsen tot deze richtlijn herzien is.

[Minder lezen](#)

[Reactie gewijzigd door redactie op 29-11-2023 16:16]

[D.F.R. Boswijk](#)

Scen-arts, Stegeren 29 november 2023

Een heldere reactie van onze voorzitter, waarvoor hulde en dank!

En om even back to basics te gaan: in de wettelijke zorgvuldigheidseisen wordt nergens het inschakelen van een onafhankelijke psychiater genoemd...

De scen-arts wordt verondersteld te kunnen oordelen. En dus ook bij twijfel een onafhankelijke expertise in te schakelen. Vertrouwen in de scen-arts en in de wet is cruciaal.

Alle extra toeters en bellen vanuit de code en de richtlijnen hebben we zelf bedacht en doen we ons zelf en onze patiënten aan.

[Minder lezen](#)

[M.D. Oosterhoff](#)

Psychiater, Thesinge 29 november 2023

Sterker nog. Bij de behandeling van de wet heeft de minister destijds gezegd dat met de vereiste van een onafhankelijke arts voldaan was aan de grote behoedzaamheid van het Chabotarrest en dat niet de bedoeling was, dat er voor mensen met een psychische aandoening een dubbele consultatie zou komen. Dat is er toch ingeslopen. Het is me nog steeds niet duidelijk of dat juridisch houdbaar is. Juristen vertellen me daar verschillende dingen over. In elk geval heeft het OM nooit aanleiding gezien over te gaan tot vervolging ook niet als er geen second opinion had plaats gevonden. Ik hoop van harte dat er duidelijkheid komt en eenvoud. Voor de betrokken artsen maar meer nog voor de patiënten die de dubbele consultatie ervaren als een extra examen.

[Minder lezen](#)

[M.D. Oosterhoff](#)

Psychiater, Thesinge 29 november 2023

De reactie van de KNMG juich ik toe. Laat de richtlijn zich aanpassen aan de euthanasiecode. En als het aanpassen zoveel tijd kost: Schaf hem dan af. De code voldoet uitstekend. Verder wil ik nog opmerken dat de RTE weliswaar heel af en toe een euthanasie als onzorgvuldig beoordeeld, maar dat dat voor het OM slechts één keer reden geweest is om tot vervolging over te gaan. En daar oordeelde de rechter dat het wel zorgvuldig was. Dus de betrokken artsen gedragen zich voorbeeldig. Mijn persoonlijke ervaringen met SCEN-artsen zijn ook uitstekend.

[Minder lezen](#)

L.P. van Bavel

Huisarts, SCEN-arts, voormalig lid RTE, Tilburg 29 november 2023

Vermunt en De Lange, beiden inspecteur bij de IGJ, proberen artsen te gidsen langs 'het drijfzand van de euthanasiepraktijk'. Ze wijzen er terecht op dat het ongewenst is dat de Toetsingscommissies (RTE's) andere richtlijnen hanteren dan de beroepsvereniging van psychiaters (de NVvP), als psychisch lijden de grondslag is van euthanasie. De NVvP stelt dat er twee onafhankelijke psychiaters een oordeel moeten vormen; de RTE's vinden één voldoende. Uitvoerend artsen hebben er alle recht op te weten aan welke richtlijnen ze zich dienen te houden.

Verderop in het artikel wordt gesteld dat SCEN-artsen niet goed op de hoogte zijn van vigerende richtlijnen. Dat is wel erg kort door de bocht. Door de jaren heen wordt grofweg een op de duizend meldingen door de RTE's als onzorgvuldig beoordeeld. Deze gevallen komen bij de IGJ (en het Openbaar Ministerie) terecht. De inspecteurs zien dus maar een minimale selectie van wat er gemeld wordt. Mijn ervaring is dat in de overige 999 gevallen de SCEN-artsen er in het algemeen blij van geven uitstekend te weten waaraan een toetsing moet voldoen.

Minder lezen

Bart Bruijn

Huisarts, Streefkerk 27 november 2023

De eis dat ik als huisarts zou moeten voldoen aan de richtlijnen van een andere beroepsvereniging lijkt mij niet een heel houdbare. Het zou ook idioot zijn. Bij iemand die lijdt aan een nierziekte een nefroloog raadplegen (of 2 of 3, al naar gelang die beroepsgroep dat in de code wenst te zetten), bij iemand die ook verkouden is een KNO-arts (of 2 of 3 etc.) enzovoort, enzovoort.

Het argument dat deze beroepsgroepen die code niet hebben, laat de "nog" weg. Het laat onverlet dat de richtlijnen van mijn beroepsgroep gelden voor mijn beroepsgroep en die van de psychiaters voor de psychiaters en die van de dermatologen voor de dermatologen. Niet alle strengste eisen uit het hele veld gelden dus voor de huisarts en m.m. voor alle beroepsgroepen.

Eigen richtlijn eerst, om maar eens een ongepaste slogan te maken. Minder lezen

M.D. Oosterhoff

Psychiater, Thesinge 27 november 2023

Beste Bart

De richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij mensen met een psychische aandoening is gemaakt samen met huisartsen en dus ? ook voor huisartsen geldig. De RTE zal je er echter niet op afrekenen, want die volgen de code. Maar in theorie zou de tuchtrechter je er wel om kunnen veroordelen.

Ik vind het een absurde situatie dat deze onduidelijkheid bestaat en het is beslist niet in het belang van patiënten. De huisarts, die handelt vanuit dit belang loopt dus geen groot risico, maar dat hij überhaupt een risico loopt is al volkomen onterecht. Ik ga proberen of EE, NVVE, Thanet, SCEN, RTE en politiek willen helpen ervoor te zorgen dat de regels van de code leidend blijven. Minder lezen

B.J.C.J. Terstegge

Huisarts n.p, Rotterdam 26 november 2023

Met name aanbeveling 2 is alleen maar goed voor veel onzekerheid en angst.

Moet iedereen die ooit in het verre verleden een psychische aandoening heeft gehad en euthanasie vraagt vanwege somatische redenen nu door een psychiater gaan worden beoordeeld alvorens aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan? Eens gestolen, altijd een dief dus?

De uitvoerend arts moet beoordelen of hij wel voldoende deskundig is, maar de RTE en de IGJ kunnen daar plotseling heel anders over denken. Dus toch maar indekken en de patiënt en de psychiatrie nodeloos belasten? Het wantrouwen blijft ook in de juridische wereld overheersen...

Minder lezen

H. van der Linde  
Huisarts/SCEN-arts, Burgh-Haamstede 26 november 2023

Van Bert Keizer, publicist en SCEN-arts, ontving ik de volgende reactie die ik met zijn toestemming onderstaand weergeef.

Dag Hans,  
Ik zeg altijd aan de patiënt aan het einde van het scen-consult dat het OK is, of juist niet.  
Het is geen examen. Nee, maar wat jij zegt; elke patiënt ervaart het wel als een examen.  
Vaak roep ik bij het maken van de telefonische afspraak al: dit wordt geen moeilijk gesprek hoor, u bent al geslaagd!  
Maar ja je hebt van die kaartjesknippers die pas bij het Allerlaatste Vinkje durven zeggen: ik ga het met uw huisarts bespreken.  
Hartelijke groet  
Bert

Dit lijkt mij Bert op zijn best. Door uitvergroten laten zien hoe absurd iets is. Dit speciaal voor hen die de wenkbrauwen optrokken bij het lezen van zijn reactie.

[Minder lezen](#)

H. van der Linde  
Huisarts / SCEN-arts , Burgh-Haamstede 25 november 2023

'We hebben inmiddels honderden bladzijden regelgeving over euthanasie. Die regelgeving verandert van tijd tot tijd. Dat maakt dat artsen, die sporadisch euthanasie verlenen, niet over voldoende kennis en ervaring beschikken om dat zonder kans op vervolging te doen.' Dat schreef ik in MC14/15 van dit jaar in mijn artikel 'Laat euthanaserende artsen niet bungelen'. Ook de inspectie constateert nu dat gebrek aan kennis, ook bij SCEN-artsen.  
Als remedie beveelt de IGJ nascholing aan en harmonisatie van richtlijnen. Dat laatste is geen remedie voor een woud aan richtlijnen, het blijft een woud. Nascholing is evenmin een remedie bij gebrek aan verplichte onderwerpen. Andere kennislacunes hebben prioriteit.  
Harmoniseren van richtlijnen is om andere redenen wel dringend gewenst, slechts één voorbeeld. De KNMG-richtlijn zegt dat de SCEN-arts zijn oordeel kan mededelen aan patiënt als dat is afgesproken met de consultvragend arts. Die afspraak wordt natuurlijk niet gemaakt als de consultvrager nog aarzelt over de zorgvuldigheidseisen of zijn bereidheid euthanasie te verlenen. Die afspraak wordt wel heel vaak gemaakt als de consultvrager al heeft toegezegd levensbeëindiging te zullen verlenen. De KNMG-formulering is daarom goed gekozen. Het is onmenselijk om een ondraaglijk lijdende patiënt die de SCEN-consultatie als een examen ervaart en uitblijven van verlossing vreest, niet meteen uitsluitel te geven als niets dat in de weg staat. De RTE denken daar anders over. In de EuthanasieCode staat "Het SCEN-consult helpt de arts na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op het euthanasieverzoek alvorens hij een definitief besluit neemt." De RTE maken daarvan dat mededelen van de conclusie aan de patiënt verboden is. Dus ook als de consultvragend arts al een besluit heeft genomen. Ik kreeg hiervoor recent een telefonische waarschuwing van de RTE. Schriftelijke formulering van de waarschuwing om mij te kunnen verweren, werd geweigerd. Een klachtprocedure daarover volgt. We moeten dus nadenken over werkzame remedies. Mijn artikel in MC geeft die.

[Minder lezen](#)

M.D. Oosterhoff  
Psychiater, Thesinge 26 november 2023

De RTE toetst niet wat de SCEN-arts doet. Ik kan overigens niet in de euthanasiecode vinden dat ze zeggen dat de SCEN-arts zijn conclusie niet mag mededelen

M.D. Oosterhoff  
Psychiater, Thesinge 25 november 2023

Er zit een denkfout in deze hele aanbeveling. Als de RTE een euthanasie als onzorgvuldig beoordeeld dan doet ze dat op grond van de euthanasiecode. Om dan als oplossing aan te dragen om de strengere richtlijn te volgen is helemaal nergens voor nodig. Het is voldoende om de euthanasiecode te volgen. Het erbij halen van de richtlijn is nergens voor nodig. [Minder lezen](#)

M.D. Oosterhoff  
Psychiater, Thesinge 25 november 2023

Ik hoop dat de NVVE, EE, Thanet en RTE ook reageren. Als deze aanbevelingen worden opgevolgd gaat de wachttijd voor mensen met een psychische aandoening nog veel verder omhoog.

M.D. Oosterhoff  
Psychiater, Thesinge 25 november 2023

Waar ik het wel mee eens ben is de oproep om de richtlijn en de euthanasiecode met elkaar in overeenstemming te brengen. Wat mij betreft kan de richtlijn van de NVvP worden afgeschaft. Oncologen of kinderartsen hebben ook geen eigen richtlijn bij mijn weten. Waarom is er dan wel een eigen richtlijn voor mensen met een psychische aandoening? Die ook nog eens nooit aan de praktijk wordt getoetst op de uitzonderlijke gevallen na, dat de inspectie een onzorgvuldig voor de tuchtrechter brengt. De euthanasiecode wordt wel veelvoudig gebruikt en ook aangepast aan de ontwikkelingen. Minder lezen

M.D. Oosterhoff  
Psychiater, Thesinge 25 november 2023

Ik ben het hier mordicus mee oneens. De euthanasiecode is uitstekend. De richtlijn maakt het veel te ingewikkeld. Zorgvuldigheid moet optimaal zijn, niet maximaal. De vereiste van twee psychiaters vergroot de betrouwbaarheid niet. Integendeel: De kans op fout negatieve oordelen neemt meer toe dan de afname van fout positieve oordelen. Dat bij mensen met een psychische aandoening al een extra second opinion is vereist gaat verder dan de wet en ook dan de wetgever destijds bedoelde. De altijd weer aangehaalde grote behoedzaamheid van het Chabot-arrest was in het wetsvoorstel al verwerkt door de 5de zorgvuldigheidseis van een onafhankelijk arts. Ik vind er desondanks wel iets voor te zeggen dat als de uitvoerend arts zelf geen psychiater is dan ter overweging te geven wel een second opinion door een psychiater te laten doen, hoewel dat ook het oordeel van de eigen psychiater zou kunnen zijn. De in de richtlijn vereiste twee psychiaters maken de procedure helemaal nodeloos ingewikkeld en tijdrovend. Bovendien legt het een druk op de schaarse capaciteit van psychiaters die een second opinion willen doen. Het gevolg is nog langere wachttijden. Die zijn nu al vaak 3!!! jaar. Als behoedzaamheid daartoe leidt dan kan ik het geen zorgvuldigheid meer noemen. Er wordt in het hele denken over zorgvuldigheid altijd alleen maar gekeken of de verlening van euthanasie maximaal zorgvuldig is maar totaal niet of afwijzing of de soms eindeloze procedure wel zorgvuldig zijn. Dat is niet in het belang van de patiënt. Minder lezen

F. Broere  
Huisarts 24 november 2023

Ik vind aanbeveling 3 onwerkbaar: de uitvoerend arts is verantwoordelijk voor het gehele proces, dus ook voor het oordeel en de verslaglegging door de SCEN-arts. Als de uitvoerend arts commentaar geeft op het verslag van de SCEN-arts, is deze niet onafhankelijk meer volgens mij. Minder lezen

2. Sieke Kruyt, 'Verschillen tussen richtlijnen en codes veroorzaken verwarring: hoe lossen we dat op?', *ThaNet* 19 april 2024.

### **Verschillen tussen richtlijnen en codes veroorzaken verwarring: hoe lossen we dat op?**

Sieke Kruyt

Psychiater en SCEN arts

Gepubliceerd op ThaNet 19 april 2024

<https://thanet.nl/algemeen/ruimte-tussen-richtlijnen-en-codes-veroorzaakt-verwarring-hoe-lossen-we-dat-op/>

Bij het beoordelen en uitvoeren van een euthanasieverzoek op psychiatrische gronden zijn verschillende standaarden en richtlijn van belang. Centraal staan de RTE Euthanasiecode uit 2022 en de NVvP richtlijn uit 2018. Dan heb je ook nog de KNMG richtlijn voor SCEN die integraal verwijst naar de NVvP richtlijn. Deze standaarden sluiten op bepaalde punten niet op elkaar aan wat momenteel ruis oplevert. Onderstaand leg ik uit wat het probleem is en welke stappen worden genomen om deze te verhelpen.

#### **Extra behoedzaamheid**

Sinds de invoering van de WTL in '02 zijn alle betrokkenen ervan doordrongen dat er bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden extra behoedzaamheid noodzakelijk is. Om daarin te voorzien is het al meteen gewoonte geworden dat er – anders dan bij iedere andere euthanasievraag – een second opinion moet worden gedaan door een onafhankelijk, niet bij de behandeling betrokken, psychiater, die deskundig is op het gebied van de psychische stoornis waar de patiënt aan lijdt. In deze second opinion moet schriftelijk een oordeel worden vastgelegd over de wilsbekwaamheid ten aanzien van het euthanasieverzoek en of er nog proportionele behandelopties zijn, dus of er al of niet sprake is van uitzichtloosheid.

#### **De NVvP richtlijn**

De KNMG richtlijn over euthanasie uit 2023 verwijst integraal naar de NVvP richtlijn van 2018. Deze NVvP richtlijn heeft twee belangrijke uitgangspunten: de wilsbekwaamheid van iemand met een euthanasieverzoek op grond van psychische lijden kan alleen door een psychiater worden beoordeeld en er moeten altijd tenminste twee psychiaters bij het euthanasietraject betrokken zijn.

En in deze richtlijn wordt, anders dan in de vorige richtlijnen van de NVvP over dit onderwerp, een nieuwe functionaris geïntroduceerd, een SCEN-arts, tevens psychiater. Deze heeft in (tenminste) 2 situaties een taak toebedeeld gekregen:

1. In deze richtlijn wordt de mogelijkheid opengelaten dat de psychiater, die de second opinion doet, zich alleen uitspreekt over de resterende behandelopties. In dat geval zou de SCEN arts -psychiater de wilsbekwaamheid moeten beoordelen.
2. Als de aanvragende arts zelf psychiater is, dan is met de second opinion door een psychiater voorzien in de betrokkenheid van twee psychiaters bij het euthanasietraject. Als de aanvragende arts dat niet is, dan zou de SCEN-arts ook psychiater moeten zijn.

#### **De RTE Euthanasiecode**

Sinds de nieuwe versie van de Euthanasiecode uit 2022 vinden de RTE het raadplegen van één onafhankelijke psychiater voldoende. Als er maar een onafhankelijke en ter zake deskundige psychiater is geraadpleegd, die schriftelijk zijn mening heeft vastgelegd over de wilsbekwaamheid, en of er nog proportionele behandelopties zijn dus of er al of niet sprake is van uitzichtloosheid. De RTE laat de keus aan de aanvragende arts of dat gebeurt door een psychiater die een second opinion doet of door een SCEN-arts /psychiater.

#### **De ontstane ruis**

Met de introductie van de SCEN arts/psychiater in de NVvP richtlijn zijn er problemen ontstaan op zowel inhoudelijk als praktisch en logistiek gebied.

**Inhoudelijk:** voor deze introductie bestonden er alleen SCEN artsen. Er is geen andere medische discipline die een speciale rol toebedeelt aan SCEN-artsen van de eigen discipline. SCEN artsen worden geacht breed te zijn opgeleid en in principe ieder consult te kunnen doen, met alle specialistische informatie die ze van de aanvragende arts krijgen. En natuurlijk met de mogelijkheid om zo nodig te overleggen met specialisten of collega SCEN artsen wanneer ze zich over een bepaald onderdeel onvoldoende deskundig weten voor de uitvoering van hun taak. De introductie van een SCEN arts/psychiater in de NVvP richtlijn levert problemen op in de logistiek, want een aanvragende arts wordt doorverwezen naar de dienstdoende SCEN arts in zijn regio (33 regio's in NL).

**Praktisch:** sinds 2018 kan het zijn dat de aanvragende arts om een SCEN arts/psychiater vraagt. In verreweg de meeste gevallen heeft er geen SCEN arts /psychiater dienst: onder de ongeveer 700 SCEN artsen in NL zijn er ongeveer 30 psychiaters en deze werken vooral in de regio's in de randstad. Deze situatie is voor alle betrokkenen frustrerend. Voor de aanvragende arts, die volgens de richtlijnen wil werken en vreest voor een oordeel "onzorgvuldig" van de RTE als er geen SCEN arts psychiater wordt ingeschakeld. Voor de SCEN arts, die niet kan bieden hetgeen wordt gevraagd. Voor de SCEN arts /psychiater ten eerste al dat die daarvoor benaderd wordt als hij geen dienst heeft. Daarbij kan de vraag dus tegelijkertijd SCEN consult en second opinion zijn, twee duidelijk verschillende rollen. Het doen van een second opinion vraagt veel meer tijd dan een SCEN consult en je moet de beschikking hebben over alle relevante correspondentie over eerdere behandelingen. Als SCEN arts krijg je die niet. En bij een second opinion moet je wanneer dat relevant is behandelingsuggesties doen, terwijl je je als SCEN arts daarvan moet onthouden.

### **Werken aan een oplossing**

Er gaan dan ook veel stemmen op om aan deze verschillen tussen RTE en KNMG/NVvP een einde te maken, zodat aanvragende artsen weten wat nodig is om zorgvuldig te werken en dat SCEN artsen hun werk kunnen doen. Er zijn kamervragen over gesteld en de IGJ schreef er een stuk over in Medisch Contact. De KNMG heeft de NVvP gevraagd om de richtlijn op dit punt aan te passen en de NVvP heeft dat toegezegd. Daarvoor worden door de NVvP nu 2 parallelle trajecten gestart: een snelle vorm middels een addendum en een traject dat meer tijd behoeft, een beperkte revisie van de richtlijn.

### **Het addendum**

Voor de snelle vorm, het addendum, stelt de KNMG een werkwijze voor die zowel recht doet aan beide uitgangspunten van de NVvP richtlijn – wilsbekwaamheid beoordeeld door psychiater + tenminste twee psychiaters betrokken- als aan de KNMG/SCEN werkwijze, dat iedere dienstdoende SCEN arts ieder consult kan doen.

### **De werkwijze ziet er dan als volgt uit**

De dienstdoende SCEN arts kijkt of er een second opinion is gedaan die op alle vereiste vragen antwoord geeft. Zo niet, dan adviseert hij de aanvragende arts om dat alsnog door de second opinion psychiater te laten aanvullen of desnoods een tweede second opinion te laten doen. Pas daarna kan een SCEN consult plaatsvinden.

De dienstdoende SCEN arts doet zelf het consult, maar doet dat in samenspraak met een collega SCEN arts/ psychiater, die wel alle stukken leest en meedenkt met de SCEN-arts. ( in een aantal regio's wordt al een paar jaar zo gewerkt. De RTE heeft op grond daarvan nooit een onzorgvuldig uitgesproken. )

Om dat voor alle SCEN artsen in NL toegankelijk te maken zal er een apart dienstrooster gemaakt worden voor dit doel, waarin alleen SCEN-arts psychiaters dienst doen.

### **De beperkte herziening**

In de beperkte herziening zullen, naar alle waarschijnlijkheid, de mogelijkheid van een niet volledige second opinion en de functionaris SCEN arts/psychiater verdwijnen.

Er zal, is mijn verwachting, 1) zeker vastgehouden worden aan de verplichte second opinion door een onafhankelijk en ter zake deskundige psychiater, die dus over alle relevante vragen schriftelijk zijn oordeel geeft en 2) vastgehouden worden dat het altijd een psychiater moet zijn die de wilsbekwaamheid in zake het euthanasieverzoek beoordeeld. Het zou goed kunnen dat er 3) ook vastgehouden wordt aan tenminste twee betrokken psychiaters. In dat geval zal er gezocht worden naar manieren om dat te integreren in de beoordelings-fase. Zodat dat standaard al is gebeurd vóór de consultatie-fase, waarin de SCEN arts wordt geconsulteerd. Dan kan ook het aparte landelijke dienstrooster voor SCEN arts /psychiaters weer verdwijnen. Dan zitten KNMG en NVvP inhoudelijk en logistiek op één lijn.

En dan is er nog wel een verschil tussen de RTE – meer juridisch – en de KNMG – medisch – over of er 1 of 2 psychiaters betrokken moeten zijn. Dit zal onderdeel blijven van discussie, maar het is niet voor het eerst dat de KNMG meer eisen stelt dan de RTE.



3. Gächter, Thomas (2024). Standesrecht und die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», *Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ)*, 2024;105(1-2):26-28.

### **Standesrecht und die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»**

Prof. Dr. iur. Thomas Gächter  
Lehrstuhl für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht an der Universität Zürich (UZH) und Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der UZH.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-254709>

Journal Article

#### **Einordnung**

Im Mai 2022 hat die Ärztekammer die Aufnahme der medizin-ethischen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» (2018, angepasst 2021) in die FMH-Standesordnung beschlossen. Ein Unterkapitel betrifft die Suizidhilfe und nennt die vier notwendigen Voraussetzungen, um ärztliche Suizidhilfe im Einzelfall als ethisch verantwortbar einstufen zu können.

#### **Interview: FMH Kommunikation**

Die medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), insbesondere die Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» und deren Aufnahme in die Standesordnung der FMH führt zu kontroversen juristischen Diskussionen. Im Zentrum stehen dabei insbesondere die Legitimation von Standesrecht und von medizin-ethischen Richtlinien, deren Verhältnis zum staatlichen Recht, das Selbstbestimmungsrecht der Sterbewilligen und der persönlichen Freiheit von Ärztinnen und Ärzte. Zur Klarstellung dieser aktuell juristisch divergierenden Diskussion bat die FMH Herrn Prof. Dr. iur. Gächter, Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich, in einem schriftlichen Interview um seine wissenschaftlich-juristische Einschätzung.

#### **Wie beurteilen Sie diese Aussage: «Was durch das Gesetz nicht verboten ist, kann auch durch die SAMW resp. die FMH-Standesordnung nicht verboten werden»?**

Staatliche Gesetzgebung und Standesrecht und Medizinethik stehen in einem komplexen Verhältnis, das differenziert betrachtet werden muss. Richtig ist an der Aussage, dass staatliches Recht dem Standesrecht vorgeht, soweit das staatliche Recht eine zwingende Vorschrift enthält oder keinen Gestaltungsspielraum lässt. Es trifft aber nicht zu, dass Standesrecht – auch bei bestehendem Gesetzesrecht – keine Bedeutung mehr haben kann. Eine solche kann und soll es immer dort haben, wo das Gesetzesrecht unbestimmte Rechtsbegriffe enthält, die beispielsweise medizinethisch oder standesrechtlich konkretisiert werden können. Schliesslich muss man sich auch vor Augen führen, dass sich Standesrecht an die Angehörigen des Standes, das heisst rechtlich betrachtet an die Mitglieder des entsprechenden Vereins, richtet. Es hat keine direkt bindende Wirkung über diesen Kreis hinaus, auch wenn sich Handlungen, die sich auf das Standesrecht stützen, letztlich auch auf Patientinnen und Patienten und andere Partner des Standes auswirken.

#### **Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller, ZEK Mitglied, bezeichnete in ihrem Artikel im SAMW-Bulletin 3/2022 die SAMW-Richtlinien und die Standesordnung der FMH als «soft law» und die Richtlinien als «unabdingbarer Bestandteil des Medizinrechts», welche eine «Lücke» füllen respektive eine «wichtige Vermittlungs- und Übersetzungsfunktion» wahrnehmen. Teilen Sie diese Meinung?**

Seit jeher besteht eine Art Wechselspiel zwischen staatlichem Recht und Standesrecht. Letzteres nimmt häufig aktuelle Entwicklungen auf, die der Gesetzgeber noch nicht geregelt hat. Es stellt den Ärztinnen und Ärzten, die hier und heute handeln müssen und nicht auf den Gesetzgeber warten können, ethisch und fachlich fundierte Massstäbe zur Verfügung, um ihre Tätigkeit sorgfältig und gewissenhaft ausüben zu können. Häufig nimmt der Gesetzgeber solche Entwicklungen dann auf und schafft Regelungen, die das bisherige Standesrecht übernehmen oder eine andere Abwägung treffen. Je nachdem, wie offen eine nachfolgende gesetzliche Regelung ausfällt, verbleibt noch Raum für Standesrecht.

Das Zitat von Frau Kollegin Aebi-Müller beschreibt dieses Wechselspiel treffend, namentlich die Aspekte der Lückenfüllung sowie die Vermittlungs- und Übersetzungsfunktion. Letztere besteht vor allem darin, die im Medizinrecht besonders häufigen unbestimmten Rechtsbegriffe und Verweise auf ausserrechtliche Massstäbe praktikabel und verständlich zu konkretisieren. Die unbestimmten Rechtsbegriffe mögen in der Juristerei genügen, um Verantwortlichkeiten zuzuweisen und Abgrenzungen vorzunehmen. In der medizinischen Praxis sind sie jedoch zu unbestimmt. Insofern sind sie, wie Kollegin Aebi-Müller ebenfalls schreibt, «unabdingbarer Bestandteil des Medizinrechts».

Die Schweiz befindet sich denn auch mit der Überlagerung von staatlichen Normen durch standesrechtliche Vorgaben in bester Gesellschaft der meisten Staaten. Mir ist kein Staat bekannt, in welchem ausschliesslich detaillierte staatliche Regelungen das ärztliche Handeln regulieren, ohne dass den Standes- und Fachorganisationen nicht auch noch eine bedeutsame Rolle bei der praktischen Konkretisierung zukommt.

**Und wie schätzen Sie vor diesem Hintergrund die Bedeutung der SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» ein, die von der FMH übernommen worden sind?**

Besonders differenziert und für Verkürzungen wenig geeignet ist das Verhältnis zwischen staatlichem Recht und Standesrecht in diesem Bereich. Gerade dann, wenn es im Vorfeld eines begleiteten Suizids um die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital (NaP) geht, zeigt sich ein mehrpoliges Spannungsverhältnis.

Einerseits besteht die grundrechtliche geschützte Freiheit aller Menschen, ihrem Leben selbstbestimmt ein Ende setzen zu dürfen, sofern sie den entsprechenden Entscheid im urteilsfähigen Zustand gefällt haben. Andererseits trifft den Staat die Pflicht, zum Schutz der Allgemeinheit den Umgang mit tödlichen Substanzen wie NaP zu regulieren. Hier kommt dann die Ärzteschaft ins Spiel, weil NaP nach der geltenden gesetzlichen Regelung zwingend verschreibungspflichtig ist. Für die Verschreibung wiederum sind sowohl im Betäubungsmittelrecht, dem NaP untersteht, als auch im Heilmittelrecht die «anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften» massgeblich.

Was sind nun aber die «anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft», wenn es um die Verschreibung von NaP in letaler Dosis geht? Gibt es überhaupt anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft, wie ein Mensch mit NaP korrekt zu Tode gebracht werden kann? Mir sind mindestens keine solchen Richtlinien bekannt – was vor allem daran liegt, dass sich die medizinische Wissenschaft nicht mit der Frage beschäftigt, wie jemand wirkungsvoll getötet werden kann, sondern vielmehr mit der Heilung und Linderung von Krankheiten.

Gleichwohl sehen sich Ärztinnen und Ärzte immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass sie von sterbewilligen Patientinnen und Patienten etwa um die Verschreibung von NaP gebeten werden. Die Richtlinien «Sterben und Tod» stellen ihnen für diese Situationen Handreichungen zur Verfügung, in welchen Situationen und unter welchen Voraussetzungen eine solche Unterstützung nach anerkannten medizinethischen Grundsätzen zulässig ist. Dabei handelt es sich wohlgerne um standesrechtliche Vorgaben mit ethischem Gehalt, nicht um «anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft», wie sie vom Heilmittel- und vom Betäubungsmittelrecht gefordert werden. Gleichwohl bilden die Richtlinien zurzeit die klarste und wohl auch transparenteste Grundlage, damit Ärztinnen und Ärzte in diesen Situationen sorgfältig und gewissenhaft handeln können. Ärztinnen und Ärzte sind somit gut beraten, sich an die Richtlinien zu halten.

Und hier nun liegt ein entscheidender Punkt: Die Richtlinien modifizieren nicht etwa das staatliche Recht, sondern geben den Mitgliedern der FMH sichere Leitplanken, wie sie sich auf jeden Fall korrekt verhalten. Dass das staatliche Recht allenfalls weiter gefasst ist, das heisst eine Verletzung der Richtlinien nicht automatisch auch eine Verletzung staatlichen Rechts bedeutet, liegt in der Natur der Sache. Die FMH kann denn auch nicht mehr als die in der Standesordnung vorgesehenen Sanktionen ergreifen.

Wer nun allerdings nur vom Pol der sterbewilligen Patientinnen und Patienten aus denkt und die Verschreibung von NaP an alle fordert, die davon Gebrauch machen wollen, wird in der wohlwogeneren, aber vorsichtigeren Regelung in den Richtlinien eine faktische Einschränkung dieser Möglichkeit erblicken. Einer solchen Sichtweise ist entgegenzuhalten, dass die Standesordnung nur das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte regeln möchte, die der FMH angehören. Der Freiheit der Einzelnen, den Freitod wählen zu dürfen, steht keine Pflicht der Ärzteschaft gegenüber, entsprechende Hilfestellungen zu leisten. Das staatliche Recht bleibt dadurch unberührt, denn auch dieses verpflichtet die Ärzteschaft nicht zu solchen Handlungen.

**Werden nach Ihrer Einschätzung demnach durch die Aufnahme der SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» in das Standesrecht der FMH die Grundrechte der Patientinnen und Patienten nicht gefährdet oder verletzt?**

Mir ist natürlich bekannt, dass gerade auch in jüngerer Zeit die Behauptung erhoben wird, dass die Richtlinien einerseits im Widerspruch zum staatlichen Recht stehen und andererseits den Zugang zu Substanzen verunmöglichen, die zur Umsetzung des Rechts auf den eigenen Tod erforderlich sind.

Zum ersten Punkt habe ich bereits ausgeführt, dass aus meiner Sicht ein Widerspruch nur konstruiert werden kann, wenn man die Regelungsgehalte des staatlichen Rechts und der Richtlinien verkürzt betrachtet.

Zum zweiten Punkt ist anzumerken, dass der nach wie vor bestehenden Rechtsunsicherheit, unter welchen Voraussetzungen einer Person eine letale Substanz nach den «anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft» verschrieben werden darf, seitens der FMH mit Vorsicht begegnet wird und anerkannte ethischen Massstäbe übernommen werden, um das Handeln ihrer Mitglieder anzuleiten. Eine Einschränkung von Grundrechten wäre darin nur zu erblicken, wenn ein grundrechtlicher Anspruch auf eine bestimmte Art des Suizids oder auf eine bestimmte Substanz bestünde, was nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aber nicht der Fall ist.

Wer allerdings einen entsprechenden Anspruch auf Verschreibung einer Substanz wie NaP schaffen will, sollte seine Kritik weniger an das Standesrecht der FMH richten, sondern an den staatlichen Gesetzgeber, der für die Abgabe auf «anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft» verweist, statt beispielsweise klare Regeln und Leitplanken für die Abgabe tödlicher Substanzen an Sterbewillige zu formulieren. Damit würde deutlich mehr Rechtssicherheit geschaffen und die entsprechenden Regeln hätten somit auch die erforderliche demokratische Legitimation.

**Mit Urteil 6B\_646/2020 vom 9. Dezember 2021 hat das Bundesgericht folgende Feststellung zur SAMW-Richtlinie und der FMH-Standesordnung im Zusammenhang mit der Sterbehilfe getätigt, «[...] règles émanant de l'ASSM et de la FMH, à savoir des règles non contraignantes et d'origine privée [...]». Welche Verbindlichkeit haben die SAMW-Richtlinien zur Suizidhilfe durch ihre Aufnahme in die Standesordnung der FMH für die FMH-Ärztinnen und -Ärzte? Erachten Sie diese Verbindlichkeit als rechtmässig mit Bezug zur Rechtsprechung des Bundesgerichtes? Welche Lehren kann man aus diesem Urteil mit Bezug zur Sterbehilfe ziehen?**

Der sehr sorgfältig redigierte und dicht belegte Entscheid vom 9. Dezember 2021 hat die SAMW-Richtlinien und die FMH-Standesordnung als das bezeichnet, was sie sind, nämlich als nicht-zwingende Regeln privaten Ursprungs. Allerdings spricht diese Qualifikation in keiner Art und Weise gegen den differenzierten Gehalt und die Überzeugungskraft dieser Dokumente, sondern bestätigt, wie eingangs dargelegt, dass diese privatrechtlich gesetzten Normen neben und ergänzend zum staatlichen Recht bestehen können. Soweit der staatliche Gesetzgeber Handlungsbedarf erkennt, kann er Regeln schaffen, die sodann diese privaten Rechtsquellen verdrängen.

Für die Mitglieder der FMH sind die Richtlinien, die übernommen werden, allerdings bindend, auch wenn sie kein staatliches Recht darstellen und Nichtmitglieder nicht direkt verpflichtet werden. Ihre Nichteinhaltung kann nur, aber immerhin, vereinsrechtlich nach den Regeln der Standesordnung sanktioniert werden. Der genannte Entscheid bestätigt diesen längst bekannten Grundsatz und stellt in keiner Weise in Frage, dass die FMH-Richtlinien der SAMW übernehmen und für ihre Mitglieder bindend erklären kann.

#### **Gut zu wissen**

*Die Leistung von Suizidbeihilfe im medizinischen Umfeld wirft zahlreiche ethische Fragen auf. Diese befinden sich im Spannungsfeld zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten einerseits, andererseits auch der Erfordernis, vulnerable Personen zu schützen. Diesen Herausforderungen gerecht zu werden unter der Wahrung der Würde der Patienten erfordert eine grosse ethische Verantwortung seitens der Ärzte und Ärztinnen sowie auch der Pflegenden.*

*Die SAMW und ihre Zentrale Ethikkommission erstellen Richtlinien, die als «medizinisch-ethischer Kompass» für die medizinische Praxis und die biomedizinische Forschung dient.*

*Im Jahre 1976 fokussierten die ethischen Richtlinien der SAMW sich vorerst auf den Behandlungsabbruch und das Verbot der aktiven Sterbehilfe. 2004 wurde dann auch die Möglichkeit der Suizidhilfe für Personen am Lebensende in die ethischen Richtlinien der SAMW aufgenommen. Diese Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» wurden 2005 in die FMH-Standesordnung aufgenommen.*

*2018 erfuhren die Richtlinien eine umfassende Revision und sind nun unter dem Titel «Umgang mit Sterben und Tod» zusammengefasst. In ihrer ersten Version hatte die Ärztekammer die Übernahme dieser Richtlinien in das ärztliche Standesrecht zunächst abgelehnt, weil ihr die Bestimmung zur ärztlich assistierten Suizidhilfe zu unbestimmt war. Das Kapitel über die Suizidbeihilfe wurde 2021 überarbeitet. Diese letzte Version wurde 2022 in die Standesordnung der FMH aufgenommen und gilt somit unmittelbar für alle Mitglieder der FMH.*

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission.

## 4. Twee oordelen van het Openbaar Ministerie

### 4.1 OM-oordeel [2022-17]

#### Samenvatting

In april 2022 seponeerde het Openbaar Ministerie de onderhavige zaak waarin de RTE, een maand eerder, tot het oordeel was gekomen dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig één van de zorgvuldigheidseisen genoemd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek (Wtl). In het kort komt het erop neer dat de RTE de arts, een psychiater van het Expertisecentrum Euthanasie, verweet dat zij onvoldoende gemotiveerd was afgeweken van het oordeel van een aantal andere psychiaters die de patiënt niet (voldoende) wilsbekwaam vonden. Hierdoor had de arts volgens de RTE niet voldoende behoedzaam gehandeld bij de inwilliging van een euthanasieverzoek van een patiënt met psychisch lijden. Daarmee was niet voldaan aan de in artikel 2 lid 1 onder a Wtl genoemde eis (de eis dat sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek).

#### Oordeel RTE 2022-017<sup>52</sup>

De patiënt die om euthanasie had verzocht was een man van middelbare leeftijd die leed aan een schizo-affectieve stoornis. Hij leed aan een chronische depressie met een paranoïde psychotisch waansysteem. Het lijden van de patiënt bestond onder meer uit slapeloosheid, somberheid, energieverlies, concentratieproblemen, paniekaanvallen en doodsgedachten. Daarnaast had de patiënt ook verschillende fysieke problemen zoals diabetes en ademhalingsproblemen. Ook leed de man zeer onder een schuldgevoel rondom een incident met zijn ex-partner. De man, die gedetineerd was geweest, werd na zijn detentie gedwongen opgenomen in een klinische woonvoorziening omdat hij zich buiten de kliniek niet kon handhaven.

Bij haar oordeel heeft de RTE vooral acht geslagen op het (negatieve) oordeel van de door de arts geraadpleegde onafhankelijk psychiater. Die had enkele weken voor de uitvoering van de euthanasie nog bij de arts te kennen gegeven dat zij nog steeds achter haar eerdere standpunt stond dat de patiënt niet wilsbekwaam was. Gelet hierop kon de RTE zich niet aan de indruk onttrekken dat de arts vanaf het begin van het euthanasietraject de overtuiging had dat de euthanasie uitgevoerd zou moeten worden. Daarmee heeft de arts niet de grote behoedzaamheid betracht die van een arts mag worden verwacht bij de uitvoering van euthanasie bij patiënten met psychisch lijden. Hieraan deed naar oordeel van de RTE niet af dat de SCEN-arts positief had geadviseerd. Deze arts was geen psychiater en kon het door de RTE geconstateerde gebrek dan ook niet ondervangen.

#### Beoordeling Openbaar Ministerie

Wanneer het gaat om euthanasie bij psychiatrische patiënten, wordt van de arts extra grote behoedzaamheid verwacht. Die behoedzaamheid brengt met zich mee dat wanneer in de voorfase verschillende geraadpleegde psychiaters aangeven de patiënt niet wilsbekwaam te achten, dit een extra motivering vergt als de arts de euthanasie desondanks wil laten doorgaan. Het Openbaar Ministerie onderschrijft dan ook dit standpunt van de RTE in deze zaak.

Het Openbaar Ministerie heeft geconstateerd dat de arts, zelf psychiater, in de onderhavige zaak met de andere psychiaters verschilde van oordeel over de wilsbekwaamheid van de patiënt. Volgens de arts leed de patiënt weliswaar aan een onwrikbare en niet te behandelen sterke waan, maar deze waan was niet van invloed op de stervenswens van de patiënt. In de ogen van de arts was de waan van de patiënt 'geïsoleerd'. Om die reden hoefde de psychiatrische aandoening van de patiënt, en diens waan, geen belemmering te zijn in de uitvoering van het verzoek.

Het Openbaar Ministerie vindt het navolgbaar dat de RTE niet tot het oordeel kon komen dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Dit oordeel brengt echter niet automatisch met zich mee dat er een verdenking rees van een strafrechtelijk verwijt. Het louter bestaan van een verschil van inzicht tussen artsen onderling, is daarvoor niet voldoende. Om die reden werd de zaak geseponneerd.

#### Beslissing

Het College heeft de zaak geseponneerd.

### 4.2 OM-oordeel [2022-068]

#### Samenvatting

In februari 2023 seponeerde het Openbaar Ministerie de onderhavige zaak waarin de RTE, in september 2022, tot het oordeel was gekomen dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig een aantal zorgvuldigheidseisen genoemd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek (Wtl). In het kort komt het erop neer dat de RTE de arts, een psychiater verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie, verweet dat zij geen onafhankelijk psychiater had ingeschakeld. Hierdoor had de arts volgens de RTE niet voldoende behoedzaam gehandeld bij de inwilliging van een euthanasieverzoek van een patiënte met psychisch lijden. Daarmee was volgens de RTE niet voldaan aan de eisen die zijn neergelegd in artikel 2 lid 1 onder a, b (partieel) en d van de Wtl, te weten de voorwaarde dat sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, het

---

<sup>52</sup> Zie ook: 'RTE 30 maart 2022 (maatstaf voor wilsbekwaamheid), m.nt. prof. dr. G.A. den Hartogh', *TvGR* 2022/4.

lijden uitzichtloos moet zijn (volgens de RTE was wel sprake van ondraaglijk lijden) en de eis dat redelijke alternatieven ontbreken.

### **Oordeel RTE 2022-068**

De patiënt die om euthanasie had verzocht was een vrouw in de leeftijd tussen de 60 en 70 jaar. Zij leed aan een ernstige vorm van OCD, een obsessieve compulsieve stoornis. Daarnaast was bij haar een borderline persoonlijkheidsstoornis en een chronische depressie vastgesteld. In haar dagelijks leven werd de patiënte ernstig beperkt door haar extreme controledwang. Haar sociale leven was daardoor volkomen ontwricht. Zo kon zij niet meer naar buiten en had nog amper sociale contacten. De vrouw voelde zich hierdoor zeer eenzaam, voortdurend somber en angstig. Vanwege haar aandoeningen lukte het haar niet om een normaal leven te leiden. Daarbij speelde een rol dat patiëntes partner, aan wie zij altijd zoveel steun had gehad, enkele jaren eerder was overleden. Zij ervoer haar leven als ondraaglijk en vroeg om die reden om euthanasie.

Omdat haar eigen huisarts de euthanasie niet wilde uitvoeren, wendde de patiënte zich tot het Expertisecentrum Euthanasie. De arts van dit centrum was bereid de euthanasie uit te voeren omdat zij van oordeel was dat aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. Daarbij baseerde de arts zich onder meer op het oordeel van een psychiater die de patiënte ongeveer twee jaar voor de levensbeëindiging had onderzocht. Dit onderzoek vond echter niet plaats in het kader van het euthanasieverzoek, maar in het kader van de vraag of er nog behandelopties waren. De psychiater adviseerde destijds te investeren in rouwverwerking. De arts ging, anders dan de EuthanasieCode voorschrijft, tot euthanasie over zonder nog een andere (onafhankelijk) psychiater te raadplegen. Met de psychiater die twee jaar eerder zijn verslag had opgesteld, had de arts geen contact opgenomen. Hierdoor had de arts, aldus de RTE, onvoldoende kritisch kunnen reflecteren op haar eigen overtuigingen

### **Beoordeling Openbaar Ministerie**

Het College deelde in deze zaak het oordeel van de RTE dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de professionele standaard. Deze standaard is volgens het Openbaar Ministerie neergelegd in de richtlijn van de Federatie Medisch Specialisten<sup>53</sup> en is ook vastgelegd in de EuthanasieCode van de RTE. Die standaard schrijft voor dat wanneer een arts een euthanasieverzoek van een patiënt met psychisch lijden wil uitvoeren, eerst een onafhankelijk psychiater moet worden geconsulteerd. Deze eis vloeit voort uit het breed gedragen, uit de jurisprudentie voortvloeiend, standpunt dat een euthanasieverzoek dat afkomstig is van een patiënt met psychisch lijden, met extra behoedzaamheid moet worden behandeld. Door gebruik te maken van een twee jaar eerder opgesteld verslag door een psychiater die de patiënte niet onderzocht in het kader van het euthanasieverzoek, heeft de arts ook volgens het Openbaar Ministerie niet voldoende behoedzaam gehandeld. Het College kon zich in de onderhavige zaak niet aan de indruk onttrekken dat bij de arts de verleiding groot was om - vanuit haar eigen overtuiging en gegeven de lange wachtlijsten – enkele 'bochten af te snijden' in een proces dat juist bedoeld is om een zorgvuldige beoordeling van het verzoek te waarborgen. Dit acht het Openbaar Ministerie zeer risicovol en gevaarzettend.

De vraag die echter voorlag was of dit standpunt ook moest leiden tot het oordeel dat de arts een strafrechtelijk relevant verwijt viel te maken in de onderhavige zaak. Van belang hierbij was dat overeenkomstig het beleid van het Openbaar Ministerie (neergelegd in de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek) de schending van de a en b-eis worden aangemerkt als substantiële zorgvuldigheidseisen. Dit betekent concreet dat als het Openbaar Ministerie met de RTE van oordeel is dat de arts niet overtuigd kon zijn dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en/of uitzichtloos en ondraaglijk lijden aanwezig was, strafrechtelijke vervolging in beginsel is aangewezen. Op grond van de uitkomst van een oriënterend feitenonderzoek, beantwoordde het College deze vraag, of sprake is van een bewijsbaar strafrechtelijk feit, uiteindelijk ontkennend. Dit betekent dat volgens het Openbaar Ministerie, in dit geval het wettig en overtuigend bewijs ontbreekt dat de arts behalve de professionele richtlijn ook de onderliggende door het strafrecht beschermde norm heeft overtreden. Aan dit oordeel lag onder meer ten grondslag dat uit het oriënterend onderzoek niet was gebleken dat de patiënte wilsonbekwaam was en evenmin dat was gebleken dat er nog reële behandelopties waren. Dit terwijl er in het dossier tegelijkertijd voldoende aanwijzingen waren dat de patiënte zeer leed onder haar situatie.

Om die reden heeft het College besloten de zaak te seponeren. Van belang bij deze sepotbeslissing was ook dat de arts zich tijdens het oriënterend feitenonderzoek toetsbaar heeft opgesteld, zij haar standpunt nader had onderbouwd en inzicht in haar handelen heeft getoond. Ook heeft het College meegewogen dat op initiatief van zowel de arts als het Expertisecentrum Euthanasie, een aantal verbetermaatregelen zijn genomen en dit betekent dat het RTE-oordeel serieus genomen is.

### **Beslissing**

Het College heeft de zaak geseponeerd.

---

<sup>53</sup> Richtlijn van de FMS, op initiatief van de NVvP, getiteld 'Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis'. [= de NVvP-richtlijn van 2018]