

**CENTRAAL TUCHTCOLLEGE**  
**voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.352 van:

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

tegen

**INSPECTIE GEZONDHEIDSZORG EN JEUGD,**  
in de persoon van C. Dekker, senior-inspecteur, en  
mr. M.E. Oosting en mr. F.D.M. ten Cate-Adema, beiden senior  
adviseur juridische zaken,  
verweerster in beroep, klaagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd – hierna IGJ – heeft op 21 februari 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen A. – hierna de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 24 juli 2018, onder nummer 2018-033, heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard, aan de arts voor het gegrond verklaarde deel de maatregel van berisping opgelegd en publicatie in geanonimiseerde vorm van de beslissing gelast. De arts is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De IGJ heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 22 januari 2019, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mrs. De Die en Van Eenennaam voornoemd en namens de IGJ de heer Dekker en mrs. Oosting en Ten Cate-Adema voornoemd.

De zaak is ter terechtzitting over en weer bepleit.

Zowel de arts en haar gemachtigden als mr. Oosting hebben hun standpunten nader toegelicht. Zij hebben dat mede gedaan aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd. Hierbij is de arts aangeduid als verweerster.

“2. *De feiten*

2.1 *Verweerster was tot haar pensioen in mei 2016 werkzaam bij het (in deze zaak bedoelde) verpleeghuis in B. (hierna: het verpleeghuis), waar zorg aan mensen met dementie en ouderen met een psychiatrische achtergrond wordt geboden door middel van gespecialiseerde casemanagers, dagbehandeling en 3 BOPZ afdelingen.*

*Verweerster heeft op deze afdelingen gewerkt en begeleidde cliënten onder andere in samenwerking met de casemanagers en een psycholoog, als leden van een multidisciplinair team. Voorts maakte zij deel uit van het interne consultatieteam dementie en gedrag. Zij is sinds 5 jaar tevens werkzaam als SCEN-arts.*

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

2.3 *Patiënte in kwestie, destijds 74 jaar, geboren 20 november 1941 en overleden op 22 april 2016, leed sinds 2007 aan vergeetachtigheid die in de jaren daarna toenam. Zij was bang voor dementie omdat dit bij haar moeder en drie broers (waarvan de jongste nog in leven en verblijvend in het verpleeghuis waar patiënte later is opgenomen) was vastgesteld op jongere leeftijd (respectievelijk 65 en 70 jaar). Op 7 september 2012 is patiënte onderzocht door een geriater, die heeft vastgesteld dat zij leed aan dementie, type Alzheimer, waarschijnlijk met familiale basis. De geriater heeft patiënte enige tijd behandeld met Reminyl om te trachten het ziekteproces af te remmen.*

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

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

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

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

Ik wil een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*2.8 Vanaf juli 2015 was er sprake van toenemende nachtelijke onrust bij patiënte*

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

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

*In de loop van 2015 is patiënte volledig wilsonbekwaam geworden.*

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

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

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

*mensen met dementie.*

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

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

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

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

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

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

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

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

”9 april 2016 (...) H. [College: verzorgende] zegt mij het volgende: (...) Mw. was aan het huilen. (...)”

“ik denk dat ik binnenkort dood ga. Ik kan niet meer. Ik kan dit gewoon niet meer aan. (...)”

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

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

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

*2.16 Op 24 maart 2016 heeft verweerster telefonisch overleg gevoerd met de eerste geneeskundige van het verpleeghuis waarbij de complexe casus van patiënte, een plan van aanpak en ook de optie euthanasie zijn besproken. Ook heeft verweerster telefonisch gesproken met een consulent van de SLK, die heeft geadviseerd om een biografie te laten schrijven door de familie van patiënte. Met de echtgenoot van patiënte is afgesproken dat verweerster patiënte mag filmen om haar lijden vast te leggen.*

*Verweerster heeft voorts op 24 maart 2016 van de echtgenoot van patiënte de beide schriftelijke euthanasieverzoeken (van respectievelijk 22 oktober 2012 en 13 januari 2015) ontvangen en bestudeerd.*

*2.17 Vanaf 25 maart 2016 heeft verweerster verder overlegd met diverse betrokkenen/deskundigen. Zij heeft gesproken met de expertisemanager specialistische doelgroepen van het verpleeghuis. Voorts heeft een gesprek plaatsgevonden met een verpleegkundige/consulent van de SLK tijdens welk gesprek de wettelijke zorgvuldigheidseisen zijn doorgesproken. De consulent heeft met verweerster patiënte op de afdeling gezien en 'gesproken'. Beiden kwamen tot de conclusie dat er bij patiënte sprake was van gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht.*

*Patiënte werd wilsonbekwaam geacht, ook ter zake van een doodswens. Ook is nog met de echtgenoot van patiënte gesproken. Patiënte vertoonde toenemende verwarring, onrust, agitatie, agressie en een verstoord dag- en nachtritme. Tijdens een gedragsvisite van 30 maart 2016 is besloten om patiënte een inslaapmiddel te geven zodat zij redelijk zou slapen, en om te observeren of dit hielp.*

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

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

*2.20 Op 9 april 2016 heeft I., psychiater en SCEN-arts, (optredend als psychiater) patiënte bezocht. Verweerster had haar gevraagd om een consultatie als onafhankelijke deskundige met bijzondere aandacht voor de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van patiënte alsook voor alternatieve behandelopties. De psychiater sprak met verweerster en de echtgenoot van patiënte en kreeg relevante delen van het medisch dossier voorafgaand aan haar bezoek aan patiënte. Vervolgens heeft de psychiater samen met verweerster patiënte bezocht op de afdeling, heeft het gedrag van patiënte en haar interactie met medepatiënten en verzorgenden geobserveerd en kort onder vier ogen met patiënte 'gesproken'. Ook heeft de*

*psychiater telefonisch contact gehad met de (voormalige) huisarts van patiënte over het euthanasieverzoek. Op 14 april 2016 heeft verweerster het consultatieverslag van de psychiater ontvangen. Deze was van mening dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek werd voldaan.*

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

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

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

*2.24 Op 22 april 2016 is de levensbeëindiging uitgevoerd in aanwezigheid van de directe familieleden van patiënte. In ieder geval waren toen aanwezig de echtgenoot, de dochter met echtgenoot en de zus van patiënte. De arts heeft 15 mg midazolam toegevoegd aan de koffie van patiënte om haar in slaap te brengen. Dit was tevoren besproken met de echtgenoot en de dochter van patiënte, maar niet met patiënte zelf. Patiënte wist ook niet van de uitvoering van de euthanasie. Toen na ongeveer  $\frac{3}{4}$  uur na de inname van 15 mg midazolam patiënte nog wakker was, heeft verweerster haar 10 mg midazolam subcutaan toegediend. Nadat patiënte in een toestand van verlaagd*

*bewustzijn was geraakt, heeft een ambulancebroeder een infuus bij patiënte ingebracht, hetgeen ongeveer 15 minuten heeft geduurd omdat patiënte moeilijk te prikken was. Patiënte heeft hierbij nauwelijks gereageerd op deze pijnprikkels, maar heeft op enig moment wel een terugtrekkende beweging gemaakt. Verweerster heeft, gelet op het ontbreken van pijnprikkels bij de inbrenging van het infuus, geen noodzaak gezien om (nog) de pijnstiller lidocaïne te geven. Vervolgens heeft verweerster 2000 mg thiopental intraveneus toegediend. Tijdens het inspuiten van de thiopental is patiënte omhoog gekomen en vervolgens door haar familie teruggelegd. Verweerster heeft toen de rest van de thiopental toegediend. Nadat verweerster had vastgesteld dat patiënte niet meer reageerde op aanspreken, niet ademde en geen wimperreflex had, heeft verweerster 150 mg Rocuronium intraveneus toegediend. Zeven minuten later heeft verweerster de dood vastgesteld door middel van pupilcontrole.*

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

### 3. *De klacht*

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

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

verzoeken.

- b) *Patiënte heeft bij het bespreken van de schriftelijke wilsverklaringen en in de jaren erna nimmer haar eigen huisarts verzocht euthanasie uit te voeren. Ook op het moment dat de door haar in de wilsverklaring beschreven situatie zich voordeed, te weten de door haar gevreesde opname in het verpleeghuis, gaf patiënte niet aan dood te willen.*
- c) *De arts heeft door de volledige wilsonbekwaamheid van patiënte nimmer met patiënte kunnen communiceren over de wilsverklaring, noch over een mogelijk euthanasieverzoek.*
- d) *Patiënte gaf met haar uitingen tijdens haar opname in het verpleeghuis blijk van een zeer wisselende doodswens. Op sommige momenten gaf zij daarbij juist uitdrukkelijk aan niet dood te willen. De arts stelt dat geen conclusie meer was te verbinden aan de wisselende wilsuitingen van patiënte ten aanzien van het levensbeëindigend handelen. Patiënte werd door de arts vanaf haar opname niet meer wilsbekwaam ter zake van euthanasie geacht, omdat zij het woord niet meer begreep en het in- en overzicht niet meer had. Volgens verweerster dienden de uitingen van patiënte door de Alzheimer te worden gezien als uitingen van emoties van het moment en niet als wilsuitingen op cognitief niveau.*
- e) *Ook bij de consultatie door de twee SCEN-artsen is niet een actuele doodswens van patiënte naar voren gekomen.*
- f) *De arts heeft vervolgens over haar voornemen euthanasie bij patiënte uit te voeren nimmer met patiënte gesproken of getracht te spreken.*
- g) *De arts heeft met patiënte ook niet direct voorafgaand aan de euthanasie besproken dat de euthanasie zou worden uitgevoerd. Patiënte wist niet dat zij die dag zou overlijden.*
- h) *Op de dag van de euthanasie gaf patiënte op geen enkele wijze blijk van een doodswens. Integendeel, zij maakte op dat moment zelfs nog plannen om diezelfde avond met haar familie uit eten te gaan.*
- i) *Patiënte wist niet dat en hoe de euthanasie zou worden uitgevoerd. Zo wist zij ook niet dat, in het kader van de uitvoering van euthanasie, sederende medicatie aan haar koffie was toegevoegd toen zij die opdrank.*

- j) *De arts heeft met haar handelwijze patiënte de gelegenheid ontnomen van haar naasten afscheid te kunnen nemen.*
- k) *De arts heeft verklaard dat door de dementie ook geen enkele conclusie was te verbinden aan een eventuele wilsuïting van patiënte vlak voordat het euthanaticum werd toegediend. Zij heeft voorts achteraf verklaard dat indien patiënte voorafgaand aan de uitvoering had gezegd dat zij niet dood wilde, zij ook de levensbeëindiging zou hebben uitgevoerd.*

#### 4. *Het standpunt van verweerster*

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

#### 5. *De beoordeling*

*Het beroep op niet-ontvankelijkheid*

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

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

*5.2 Het beroep op niet-ontvankelijkheid wordt verworpen.*

- (i) *Het tuchtrecht richt zich op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het strafrecht richt zich op de (strafrechts)handhaving. Dit zijn wezenlijk verschillende dingen. De exclusieve taakverdeling tussen OM en Inspectie die verweerster*

*voorstaat, vindt geen steun in het recht.*

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

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

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

#### Inhoudelijke beoordeling van de klacht

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

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

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

*Lid 1:*

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

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

Lid 2:

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

#### Beoordeling van klachtonderdeel 1

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

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

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

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

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

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

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

5.10 *Overigens acht het College het niet volstrekt uitgesloten dat voormelde*

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

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

*5.11 Alles afwegend had verweerster onder deze omstandigheden onvoldoende basis om de overtuiging te mogen krijgen dat er bij patiënte sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging. Zeker lezing van de euthanasieverklaringen (die verweerster blijkens het verweerschrift pas eind maart 2016 onder ogen kreeg) in combinatie met de wisselende uitingen van patiënte, had tot terughoudendheid moeten leiden. Verweerster heeft tegenover de Inspectie en ter zitting verklaard dat patiënte het recht had om te sterven nu zij ondraaglijk leed, maar hiervoor is toch tenminste nodig een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte, waaruit ook helder en eenduidig blijkt op welk moment de euthanasie moet*

*plaatsvinden. Een dergelijk verzoek was er niet. Het College is kortom van oordeel dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 2 juncto artikel 2 lid 1, aanhef en onder a van de Wtl. Klachtonderdeel 1 is gegrond.*

#### Beoordeling van klachtonderdeel 2

*5.12 Dit klachtonderdeel betreft de uitvoering van de levensbeëindiging.*

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

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

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

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

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

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

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

wanneer zij dement wordt. Het College hecht er aan te benadrukken dat de euthanasieverklaring ook over dit aspect (de wijze van uitvoering) niets zegt en aan de arts dus geen richtsnoer biedt hoe te handelen in deze laatste fase. De betreffende sub-klachten zijn gegrond.

Beoordeling van sub-klacht j)

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

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

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

Slotsom

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

5.17 Het College heeft zich uitvoerig beraden over de op te leggen maatregel. Ten gunste van verweerster geldt dat zij zich open en toetsbaar heeft opgesteld, dat zij

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

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

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat voor de beoordeling van het beroep uit van de feiten en omstandigheden zoals die zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hierboven onder “2. De feiten” staan weergegeven en voegt daaraan het volgende toe. Het opsporingsverzoek waarnaar onder 2.25 wordt verwezen is inmiddels afgerond en het Openbaar Ministerie heeft besloten tot vervolging van de arts over te zullen gaan. Waar de arts ter terechtzitting in beroep de feiten nader heeft aan- en ingevuld zal hierop in het onderstaande, voor zover dit voor de behandeling van het beroep van belang zal zijn, door het Centraal Tuchtcollege worden teruggekomen.

### 4. Beoordeling van het beroep

4.1 In de procedure in eerste aanleg heeft de IGJ elf verwijten (subonderdelen) geformuleerd, stellende dat de arts daarmee in strijd met artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg heeft gehandeld. Het Regionaal Tuchtcollege heeft deze verwijten samengevoegd tot twee klachtonderdelen, die het verwijt betreffen (1) dat door de arts niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseis van artikel 2 lid 1 aanhef en onder a van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna Wtl), inhoudende dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte, en (2) dat de

levensbeëindiging niet is uitgevoerd volgens de medische standaard als bedoeld in artikel 2 lid 1, aanhef en onder f van de Wtl. Het Regionaal Tuchtcollege heeft deze twee klachtonderdelen gegrond verklaard, wat neerkomt op gegrondverklaring van negen door de IGJ geformuleerde verwijten, tot gedeeltelijke gegrondverklaring van één verwijt en tot ongegrondverklaring van één verwijt. Aan de arts is de maatregel van berisping opgelegd en het Regionaal Tuchtcollege heeft – geanonimiseerde – publicatie van de beslissing gelast.

4.2 De arts heeft onder aanvoering van veertien gronden beroep ingesteld tegen deze beslissing. Met de eerste twee gronden komt de arts op tegen het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de IGJ in de klacht kan worden ontvangen. De overige gronden richten zich tegen de (gedeeltelijke) gegrondverklaring door het Regionaal Tuchtcollege van de klacht. Het beroep van de arts strekt primair tot niet-ontvankelijk verklaring van de IGJ, subsidiair tot afwijzing van de klacht en meer subsidiair tot de oplegging van een lichtere maatregel bij (gedeeltelijke) gegrondverklaring van de klacht. Bij gelegenheid van de behandeling van het beroep is namens de arts het meer subsidiaire standpunt aangevuld: een gegrondverklaring van de klacht doch zonder oplegging van een maatregel.

4.3 De IGJ heeft in beroep verweer gevoerd, geconcludeerd tot verwerping van het beroep en om publicatie van de beslissing in beroep verzocht.

#### *Ontvankelijkheid*

4.4 De arts heeft ook in beroep primair gesteld dat de IGJ niet-ontvankelijk dient te worden verklaard in haar klacht. Zij stelt dat – na een oordeel van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (verder RTE) over een uitgevoerde euthanasie dat deze onzorgvuldig was – het Openbaar Ministerie (verder OM) bij uitsluiting gerechtigd is tot een volgende procedure, met uitzondering van een onzorgvuldig-oordeel over consultatie en/of de medische uitvoering van de euthanasie.

Het Centraal Tuchtcollege volgt de arts niet in die redenering. Dit oordeel stoelt op de wetsgeschiedenis, waar de minister in K II 2000/01, 26691, nr. 137b heeft gesteld dat

als de RTE tot het oordeel “onzorgvuldig” komt, zij dit meldt aan het College van procureurs-generaal (hierna: PG’s) en de IGJ, die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja welke, stappen moeten worden ondernomen richting de arts. Een amendement, K II, 2000/01, 26691, nr. 30, om melding te laten doen aan òf het College van PG’s òf de IGJ heeft het niet gehaald. Het samenwerkingsprotocol Gezondheidszorg tussen de IGJ en het OM sluit hierbij aan.

Ook overigens is in de Wtl of de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek geen argument te vinden voor de opvatting dat sprake is van elkaar uitsluitende bevoegdheden. De enkele opmerking van de minister in haar brief van 12 juni 2014, K II, 2013/14, 32647, nr. 27, door de arts weergegeven onder randnummer 6 van het aanvullend beroepschrift, doet daar niet aan af. Het beroep van de arts faalt op dit punt.

4.5 Datzelfde geldt voor de stelling van de arts dat er sprake is van willekeur. Het Centraal Tuchtcollege sluit zich aan bij hetgeen het Regionaal Tuchtcollege onder 5.2 heeft overwogen. De IGJ is derhalve door het Regionaal Tuchtcollege terecht in de klacht ontvangen.

4.6 Het voorgaande impliceert niet dat in een geval als het onderhavige, waarin twee colleges met behoud van eigen verantwoordelijkheid over dezelfde casus oordelen, daarmee ook de wenselijkheid daarvan zonder meer is gegeven. Immers, ook wanneer wordt onderkend dat de insteek van het OM (is sprake van strafrechtelijke normoverschrijding?) een andere is dan die van de IGJ (de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg) is het in beginsel onwenselijk als verschillende colleges over dezelfde casus mogelijk uiteenlopend oordelen. Dit belang van eenheid van oordelen is door de betrokken ministers tijdens het wetgevingsproces dan ook met zoveel woorden onderschreven (Nota naar aanleiding van het nader verslag, KII, 1999-2000, 26 691, nr. 9, blz. 30). Door die ministers is bovendien gewezen op het belang van bezinning op en overleg over de in het concrete geval te bewandelen weg, te weten een strafrechtelijke of een tuchtrechtelijke reactie op het handelen van de arts, dan wel de keuze voor samenloop van tuchtrecht en strafrecht. Er wordt met

zoveel woorden vertrouwd op het door de IGJ en het College van procureurs-generaal gevoerde overleg over de te verkiezen weg (Nota naar aanleiding van het verslag, KII, 1999-2000, 26 691, nr.6, blz. 55). In de onderhavige zaak is door de IGJ, ook niet in reactie op het in beroep gehandhaafde ontvankelijkheidsverweer, geen nader inzicht gegeven in de afweging van belangen en het te dezen gevoerde overleg, dat aan de (beslissing tot) samenloop van procedures vooraf is gegaan. Dat het uitblijven van dat inzicht door en namens de arts in het bestek van (de opportuniteit van) deze tuchtrechtelijke procedure wordt betreurd, wekt dan ook geen verbazing, doch het doet aan de ontvankelijkheid van de IGJ in haar klacht niet af.

#### *Inhoudelijke beoordeling*

4.7 Het Centraal Tuchtcollege stelt het volgende voorop. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het professionele handelen gaat het om het geven van een antwoord op de vraag of de arts bij haar beroepsmatig handelen vanuit tuchtrechtelijk standpunt gezien is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. De onderhavige zaak onderscheidt zich in zoverre van veel andere zaken die aan de tuchtrechter worden voorgelegd, dat een door de beroepsgroep geaccordeerde norm of standaard niet in het bijzonder is vastgesteld en vastgelegd. Bij de huidige stand van zaken valt, waar het de bepaling van de inhoud van deze norm of standaard betreft, deze norm/standaard samen met de door de RTE's gehanteerde toetsingskaders. Daarbij komt, dat de wetgever het primaat voor de beoordeling van de vraag of een arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen zoals vastgelegd in artikel 2 Wtl bij de RTE's heeft gelegd. Deze wettelijke toedeling van taken brengt mee dat het Centraal Tuchtcollege, in het bijzonder wanneer het de vraag naar een rechtsgeldig verzoek tot euthanasie krijgt voorgelegd, het oordeel van de RTE als uitgangspunt neemt. Daarbij zij opgemerkt dat het uiteraard in het algemeen denkbaar is dat de tuchtrechter en de RTE tot uiteenlopende oordelen kunnen komen, in het bijzonder waar het gaat om de beantwoording van die even-vermelde vraag, doch in de regel mag worden aangenomen dat de tuchtrechtelijke normering in beginsel samenvalt met, zo niet

opgaat in, wat de RTE in het bestek van die vraag heeft overwogen en geoordeeld. In het onderhavige geval leidt dit tot het volgende oordeel.

4.8 Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel, het al dan niet aanwezig zijn van een rechtsgeldig verzoek tot euthanasie bij de, in het onderhavige geval, volledig wilsonbekwame patiënte, komt het Centraal Tuchtcollege tot hetzelfde oordeel als het Regionaal Tuchtcollege, welk oordeel ook in lijn is met de beslissing van het RTE. De verklaringen van patiënte, opgesteld toen zij nog wilsbekwaam was, zijn onvoldoende duidelijk ten aanzien van het moment waarop zij het toepassen van euthanasie wenste. Bezien in het licht van wat tegen dit onderdeel van de klacht is ingebracht en met inachtneming van wat hierboven is overwogen met betrekking tot het op dit punt door de tuchtrechter te hanteren toetsingskader, kan niet met vrucht worden gesteld dat de tuchtrechtelijke beoordeling van de gang van zaken tot een andere uitkomst dient te leiden dan eerder door de RTE is geoordeeld.

Op grond daarvan voldoen de euthanasieverklaringen niet aan de eisen van artikel 2, lid 1, aanhef en onder a van de Wtl. Het beroep van de arts faalt op dit punt.

4.9 Het tweede klachtonderdeel betreft de uitvoering van de levensbeëindiging en met name dat de arts nooit met patiënte over het voornemen tot uitvoering van euthanasie heeft gesproken en ook niet over de wijze waarop dit zou gebeuren. Wat betreft het tweede klachtonderdeel onderschrijft het Centraal Tuchtcollege hetgeen door het Regionaal Tuchtcollege onder 5.13 tot en met 5.15 is overwogen. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt daarmee ook op dit punt in lijn met de RTE. De wilsonbekwaamheid van patiënte had de arts er niet van mogen weerhouden op zijn minst te proberen met patiënte te praten over het concrete voornemen haar leven te beëindigen en over het voornemen voorafgaand aan de uitvoering een slaapmiddel in haar koffie te doen. Het beroep van de arts faalt ook hier.

#### *Verwijtbaarheid*

4.10 De conclusie van het voorgaande is dat het Centraal Tuchtcollege, gelijk het college in eerste aanleg en de RTE, oordeelt dat de arts op onderdelen onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld en dat de klacht gegrond is. Voor de mate waarin het

Centraal Tuchtcollege een en ander tuchtrechtelijk verwijtbaar acht en wat dat betekent voor de op te leggen maatregel, neemt het Centraal Tuchtcollege het volgende in aanmerking.

4.11 In de stukken en ter terechtzitting in beroep heeft de arts (nogmaals) uitgebreid en onbetwist door de IGJ verslag gedaan van de feitelijke gang van zaken in de periode van 10 maart 2016 tot aan het overlijden van patiënte op 22 april 2016. Zo heeft de arts patiënte in die periode uitvoerig geobserveerd en bij de verzorging inlichtingen ingewonnen omtrent het gedrag van patiënte. Dit deed de arts mede om te kunnen beoordelen of er bij patiënte sprake zou kunnen zijn van (het begin van) een gewenningsproces waardoor zij zich bij haar situatie, te weten verblijf in een verpleeghuis, neer kon leggen. Dit bleek niet het geval. Patiënte maakte, zo heeft de arts ter terechtzitting verklaard, een diep ongelukkige indruk en de observatie van het team dat betrokken was bij de verzorging van patiënte was, zonder uitzondering, dat er bij patiënte sprake was van ernstig lijden. Tevens heeft de arts verklaard dat er diverse niet-medicamenteuze interventies hebben plaatsgevonden zonder het gewenste resultaat. Ter terechtzitting in hoger beroep heeft de arts benadrukt dat zij en haar team beschikten over specifieke expertise op het terrein van gedragsstoornissen bij dementie. In 99% van de gevallen lukte het haar en haar team om een acceptabel bestaan op de afdeling te realiseren. In de casus van deze patiënte bleek dit helaas niet mogelijk. Het Centraal Tuchtcollege heeft geen reden te twijfelen aan deze bevindingen.

4.12 Op 24 maart 2016 heeft de arts de beide schriftelijke euthanasieverzoeken ontvangen en bestudeerd en nadien, op 5 april 2016, met het team besproken. Op 9 april 2016 heeft I., psychiater (tevens SCEN-arts), patiënte bezocht. De arts heeft haar nadrukkelijk geconsulteerd als onafhankelijk deskundige en niet als SCEN-arts. De arts heeft verklaard dat haar voornaamste vraag voor deze deskundige was of er naar haar indruk sprake was van ondraaglijk lijden en of er geen andere behandelmogelijkheden waren. I. beantwoordde beide vragen bevestigend en was daarnaast van mening dat er in het onderhavige geval aan alle zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek werd voldaan. I. was weliswaar louter

geconsulteerd als onafhankelijk deskundige, maar heeft blijkens haar verslag de situatie tevens beoordeeld als SCEN-arts.

Tot datzelfde oordeel met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen kwam de op 15 april 2016 door de arts geraadpleegde SCEN-arts, J.. Beide (SCEN-)artsen hebben over het euthanasieverzoek telefonisch contact gehad met de huisarts van patiënte. Desgevraagd heeft de arts ter terechtzitting in beroep verklaard dat geen van deze beide (SCEN-)artsen enige bedenking tegen de voorgenomen euthanasie heeft geuit. Datzelfde geldt voor de eerder door de arts over (de situatie van) patiënte geraadpleegde eerste geneeskundige van het verpleeghuis, de consulent van de SLK, de expertisemanager specialistische doelgroepen van het verpleeghuis, de huisarts en, als hiervoor onder 4.11 aangegeven, het voltallige team dat bij de verzorging van patiënte betrokken was.

4.13 Namens de arts is (ook) in beroep betoogd dat de wilsverklaringen van patiënte op zichzelf beschouwd op twee manieren kunnen worden uitgelegd. De arts heeft de schriftelijke wilsverklaringen zo uitgelegd dat patiënte daarmee bedoeld heeft te bewerkstellingen dat bij haar euthanasie verricht zou worden op het moment dat zij opgenomen moest worden in een verpleeghuis en dat zij niet bedoeld heeft te bepalen dat zij er op dat moment nog daadwerkelijk om moest vragen.

4.14 De uitleg van de arts is niet onbegrijpelijk te noemen en het is ook niet onwaarschijnlijk te achten dat met deze uitleg de wens van patiënte tot uitdrukking is gebracht. Voorts is het, gelet op het feit dat schriftelijke wilsverklaringen door patiënten zelf, zonder juridische bijstand worden opgesteld, onontkoombaar dat er in het concrete geval bij de uitleg van een schriftelijke wilsverklaring sprake zal (kunnen en moeten) zijn van enige interpretatie waarbij de relevante omstandigheden van dat geval, zoals het gedrag van de patiënt, de overtuiging van familieleden en andere naasten van de patiënt en andere geraadpleegde professionals, een rol kunnen en ook moeten spelen. Op dit punt valt de arts naar het oordeel van het college niets te verwijten: zij heeft haar afweging op zorgvuldige wijze en met inachtneming van de relevante omstandigheden gemaakt. Feit blijft echter dat de beide schriftelijke wilsverklaringen van patiënte, ook met inachtneming van de relevante

omstandigheden, voor tweeërlei uitleg vatbaar waren en objectief bezien onvoldoende duidelijkheid boden ten aanzien van het moment waarop patiënte het toepassen van euthanasie wenste. Onder die omstandigheden oordeelt ook het Centraal Tuchtcollege dat zodanige twijfel bestaat over de inhoud van de beide wilsverklaringen dat euthanasie niet mocht worden toegepast. Gelet echter op hetgeen de arts over de periode vanaf 10 maart 2016 tot aan het overlijden van patiënte heeft verklaard over haar eigen onderzoeken en bevindingen daarbij en de inbreng van de door haar in ruime mate ingeschakelde professionals oordeelt het Centraal Tuchtcollege dat de arts ten aanzien van het vereiste van artikel 2, lid 1 aanhef en onder a van de Wtl slechts in beperkte mate tuchtrechtelijk tekort is geschoten.

4.15 Datzelfde oordeel treft de uitvoering van de levensbeëindiging. Het ligt in de rede dat een arts vanuit het oogpunt van goed hulpverlenerschap de premedicatie zodanig toedient dat daardoor geen onrust bij de patiënt ontstaat, zoals thans ook beschreven in de EuthanasieCode 2018. Op zichzelf lijkt het voorts weinig zinvol en geen redelijk doel te dienen met een volledig wilsonbekwame patiënt het voornemen tot uitvoering van euthanasie en het moment en de wijze waarop dit gaat gebeuren te bespreken. Niettemin betekent het bespreken, althans een poging daartoe, van zowel het voornemen tot als het moment en de wijze waarop de euthanasie zal worden uitgevoerd onmiskenbaar een toevoeging aan de vereiste zorgvuldigheid van die uitvoering en om die reden mag dit, ook bij een volledig wilsonbekwame patiënt, in beginsel niet achterwege blijven.

#### *Maatregel*

4.16 Voor wat betreft de op te leggen maatregel oordeelt het Centraal Tuchtcollege als volgt. De arts heeft niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 aanhef en onder a en f van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Tegelijkertijd is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat de arts in de gegeven context laakbaar heeft gehandeld. Het Centraal Tuchtcollege acht daarom de oplegging van een waarschuwing passend en toereikend.

4.17 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de geanonimiseerde publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep doch uitsluitend voor zover daarin de maatregel van berisping is opgelegd;

legt aan de arts de maatregel van waarschuwing op;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Medisch Contact en het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter, Y.A.J.M. Kuijck en R. Veldhuisen, leden-juristen en C. de Graaf en P.J. Schimmel, leden-beroepsgenoten en M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 19 maart 2019.

Voorzitter

Secretaris