



Euthanasie

Zorgvuldig van begin tot einde

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de praktijk

Euthanasie

Zorgvuldig van begin tot einde

Inhoud

Inleiding 4

1 Wat is euthanasie? 6

- 1.1 Het verschil met andere beslissingen rondom het levenseinde 6
- 1.2 Euthanasie: geen gewoon medisch handelen 7

2 Euthanasie: geen plicht voor de arts, geen recht van de patiënt 8

3 Palliatieve zorg 10

4 De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding; inhoud op hoofdlijnen 12

- 4.1 De zes zorgvuldigheidseisen 12
- 4.2 De meldingsprocedure 16

5 Samenstelling, werkwijze en rol van de toetsingscommissies 18

- 5.1 De werkwijze van de toetsingscommissies 18
- 5.2 Veranderde rol van de toetsingscommissies 19

6 De wilsverklaring 20

7 Euthanasie bij minderjarigen 21

8 Situaties die niet onder de wet vallen 22

9 De uitvoering 23

- 9.1 De tijd nemen 23
- 9.2 Overleg met de apotheker 23
- 9.3 Nazorg en rouwverwerking 24

10 SCEN 25

- 10.1 Wat biedt SCEN? 25
- 10.2 Hoe kan een SCEN-arts worden ingeschakeld? 26

Bijlagen

Bijlage 1: Checklist Consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding 28

Bijlage 2: Schema van de meldingsprocedure 30

Bijlage 3: Modelverslag voor behandelende arts 32

Model formulier arts 39

Model formulier lijkschouwer 41

Bijlage 4: Relevante adressen 42

Inleiding

Artsen krijgen wel eens met een verzoek om euthanasie te maken. Dit kan het begin zijn van een ingrijpend proces, zowel voor de arts als voor de patiënt. In deze brochure vinden artsen een helder kader zodat zij met een verzoek om euthanasie kunnen omgaan op een professionele, weloverwogen manier, waarbij ook ruimte is voor hun persoonlijke overwegingen.

De invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding per 1 april 2002 is een mijlpaal in de maatschappelijke acceptatie van euthanasie. Deze wet maakt immers een einde aan de als onduidelijk ervaren juridische situatie rond euthanasie en hulp bij zelfdoding en vormt het sluitstuk van het Nederlandse beleid van de afgelopen jaren. Met de wet wil de overheid arts en patiënt helderheid geven over hun wettelijke rechten en plichten.

De wet houdt in dat artsen die euthanasie¹ verricht hebben, een beroep kunnen doen op een bijzondere strafuitsluitingsgrond. Dat is alleen mogelijk wanneer ze zich bij het uitvoeren van de euthanasie hebben gehouden aan de zorgvuldigheidseisen zoals die zijn geformuleerd in de wet en wanneer ze over hun handelen een verslag hebben uitgebracht aan de gemeentelijk lijkschouwer.

Overigens blijven andere vormen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding – bijvoorbeeld niet door een arts of niet volgens de zorgvuldigheidseisen uitgevoerd – net als voorheen strafbaar.

Met het in werking treden van de wet houdt de discussie over levensbeëindigend handelen niet op. Het blijft gaan om handelen dat niet als normaal medisch handelen wordt beschouwd. Het afwegingsproces rond euthanasie en het uitvoeren ervan blijft een van de moeilijkste vraagstukken waarmee een arts kan worden geconfronteerd. Deze brochure is bedoeld als helder en praktisch richtsnoer daarbij.

De inhoud van deze brochure

In hoofdstuk 1 is aangegeven wat onder euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt verstaan. Ook komt aan de orde welke medische beslissingen rond het levenseinde niet als euthanasie worden aangemerkt. In hoofdstuk 2 vinden artsen handvatten voor het zorgvuldig omgaan met een verzoek om euthanasie¹ en de ruimte die er is voor eigen overwegingen en eventuele bezwaren. Euthanasie is per slot van rekening geen plicht van de arts. Een belangrijk aspect van de zorg rond het levenseinde is palliatieve zorg. Daaraan wordt in hoofdstuk 3 aandacht besteed.

De inhoud van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is uitgebreid uitgewerkt in hoofdstuk 4. Daarbij komen onder meer aspecten aan de orde zoals de vrijwilligheid van een verzoek en overwegingen rond uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Een belangrijk onderdeel van de wet is de veranderde rol van de regionale toetsingscommissies. De samenstelling, werkwijze en de nieuwe rol van deze toetsingscommissies zijn beschreven in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 6 en 7 gaan respectievelijk in op de wilsverklaring en euthanasie bij minderjarigen, omdat de wet enige aanpassingen kent voor beide onderwerpen. In hoofdstuk 8 zijn vervolgens situaties beschreven die niet onder de wet vallen. Aspecten die van belang zijn voor de daadwerkelijke uitvoering van euthanasie, komen in hoofdstuk 9 aan de orde. Hoofdstuk 10 ten slotte is gewijd aan de werkwijze van Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN), het initiatief van KNMG en LHV. Artsen die geconfronteerd zijn met een verzoek om euthanasie, kunnen bij SCEN terecht voor een deskundige en onafhankelijke consultatie.

¹ Omwille van de leesbaarheid staat in de brochure verder alleen euthanasie. Daarmee wordt echter ook hulp bij zelfdoding bedoeld.

1

Wat is euthanasie?

Euthanasie is in het Wetboek van Strafrecht omschreven als handelen dat het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigt. Van euthanasie is sprake als een arts de dodelijke middelen toedient aan de patiënt. Daarnaast komt in de praktijk ook hulp bij zelfdoding door artsen voor. Bij hulp bij zelfdoding verstrekt de arts de dodelijke middelen, maar neemt de patiënt die zelf in. In het Nederlandse debat en in de rechtsontwikkeling wordt tussen beide vormen van levensbeëindigend handelen geen principiële onderscheid gemaakt. Artsen moeten dezelfde zorgvuldigheidseisen in acht nemen. In strafrechtelijke zin is er wel een verschil in de strafmaat tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Euthanasie kan leiden tot een straf van ten hoogste twaalf jaar, terwijl hulp bij zelfdoding kan leiden tot een gevangenisstraf van maximaal drie jaar. De KNMG heeft in beginsel een voorkeur uitgesproken voor het verlenen van hulp bij zelfdoding in plaats van het verrichten van euthanasie, als dat gegeven de situatie van de patiënt een reële mogelijkheid is. Daarmee kan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt optimaal tot uitdrukking worden gebracht.

1.1 Het verschil met andere beslissingen rondom het levenseinde

Euthanasie en hulp bij zelfdoding moeten worden onderscheiden van diverse andere beslissingen rondom het levenseinde die wel onder normaal medisch handelen vallen, namelijk:

- het behandelverbod; daarvan is sprake als een wilsbekwame patiënt geen toestemming geeft voor het inzetten of voortzetten van een medische behandeling. Een arts moet dat respecteren, ook als die weigering het overlijden van de patiënt tot gevolg heeft of bespoedigt;
- het staken of nalaten van een medisch zinloze behandeling; het gaat daarbij primair om een medisch oordeel over de zin van een verdere behandeling. Voor de arts is in zo'n situatie overleg met collega's van belang om het oordeel zo veel mogelijk te objectiveren;
- de pijnbestrijding met als neveneffect een bespoediging van het overlijden; het doel is dan primair een adequate en proportionele pijnbestrijding, waarvoor de patiënt toestemming heeft gegeven. De levens-

bekorting is een (onbedoeld) neveneffect dat als risico aanvaardbaar wordt geacht.

In al deze situaties is sprake van een ‘natuurlijke doodsoorzaak’. Bij euthanasie en hulp bij zelfdoding is echter sprake van een niet-natuurlijke doodsoorzaak. Die moet een arts als zodanig melden bij de gemeentelijk lijkschouwer.

1.2 Euthanasie: geen gewoon medisch handelen

Euthanasie is geen gewoon medisch handelen. Het verrichten ervan druist immers in tegen de primaire plicht van een arts om het leven te behouden. Euthanasie moet dan ook worden gezien als een ultimum remedium. Het is een uiterst middel in die gevallen waarin patiënt en arts voor hun gevoel met hun rug tegen de muur staan en het lijden van de patiënt op geen enkele andere aanvaardbare wijze kan worden verholpen of verlicht. Overigens kunnen de toenemende mogelijkheden op het gebied van pijnbestrijding en palliatieve zorg wel een deel van de vraag wegnemen.

2

Euthanasie: geen plicht voor de arts, geen recht van de patiënt

In de samenleving lijkt de indruk te bestaan dat patiënten die om euthanasie vragen ook automatisch recht op inwilliging van dat verzoek hebben. Dat is echter beslist niet zo. Artsen zijn niet verplicht om euthanasie uit te voeren en patiënten hebben geen recht op euthanasie. Het besluit om euthanasie uiteindelijk te verrichten is een gezamenlijk besluit van arts en patiënt. Beiden moeten tijd en ruimte krijgen om hun visie te ontwikkelen en verwoorden, mits de omstandigheden dat toelaten. Besluiten tot euthanasie is een proces, geen momentopname.

Een arts heeft dus de ruimte om zich te beroepen op gewetensbezwaren tegen het uitvoeren van euthanasie. Hij moet die gewetensbezwaren dan wel tijdig kenbaar maken aan zijn patiënten. Wijst een arts euthanasie op principiële gronden af, dan mag van hem worden verwacht dat hij de patiënt informatie geeft over andere artsen of instellingen waar de patiënt alsnog met zijn verzoek terecht kan. Strikt genomen is er geen sprake van een verwijsplicht.

De arts moet bij een verzoek om euthanasie een eigen taxatie maken van de situatie van de patiënt, waarbij de zorgvuldigheidseisen richtinggevend zijn. Als een arts van oordeel is dat de situatie van de patiënt niet of nog niet voldoet aan die vereisten, dan moet hij op dat moment het verzoek afwijzen.

De zorgvuldigheidseisen, zoals in de wet beschreven, maken duidelijk dat euthanasie een laatste middel is voor situaties waarin de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt en waarin er geen reële alternatieven meer zijn om dat lijden te verlichten. Zo wordt het morele dilemma erkend waarmee een arts te maken krijgt als hij zijn plicht om het leven te behouden niet meer in overeenstemming kan brengen met de plicht al het mogelijke te doen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt te verlichten. In zulke situaties mag de arts de laatste plicht zwaarder laten wegen en besluiten tot het uitvoeren van euthanasie. De arts die een verzoek tot euthanasie inwilligt, heeft een professionele plicht om op zorg-

vuldige en zo volledig mogelijke wijze verslag te doen van zijn overwegingen en de besluitvorming.

Soms oefent een patiënt of bijvoorbeeld zijn directe familie zware druk uit op een arts om euthanasie te verrichten. De arts moet als professional kunnen omgaan met die druk. Ook in zulke belastende omstandigheden moet een arts zelf zijn gedragslijn bepalen op grond van een professionele afweging.

3

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is de actieve algehele zorg voor patiënten voor wie geen curatieve behandeling meer mogelijk is. Het behandelen van pijn en van andere symptomen, het voorkomen en/of oplossen van psychologische en sociale problemen en aandacht voor zingevingaspecten staan in die zorg centraal. Het doel van palliatieve zorg is dan ook het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn naasten.

De laatste jaren is er veel aandacht voor palliatieve zorg: de kennis ervan wordt vergroot en er komen steeds meer mogelijkheden. Zo zijn er allerlei vormen van pijnverlichting ontwikkeld en zijn er speciale locaties waar patiënten tot het laatst toe goede en persoonlijke zorg krijgen. Daarnaast hebben zes academische ziekenhuizen elk een centrum voor de ontwikkeling van palliatieve zorg. Sommige centra hebben bovendien een consultatieteam van deskundigen dat zorgverleners ondersteunt bij het verlenen van palliatieve zorg.

Palliatieve zorg kan thuis en in een instelling worden gegeven. Bij palliatieve zorg thuis zijn hulpverleners betrokken zoals de huisarts, de wijkverpleegkundige en de gezinsverzorgende. Daarnaast kunnen vrijwilligers van de terminale zorg worden ingeschakeld voor extra ondersteuning. Diverse ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen hebben speciale units voor palliatieve zorg. Bovendien zijn er hospices en bijna thuis-huizen.

Een arts zal altijd met de patiënt bespreken welke mogelijkheden er zijn om het lijden van de patiënt te verlichten en de kwaliteit van het leven zo lang mogelijk draaglijk te maken. Het uiteindelijk inwilligen van een verzoek om euthanasie is immers altijd een ultimum remedium. Een arts moet dan ook alle mogelijkheden voor palliatieve zorg onderzoeken en aanbieden. Dat wil overigens niet zeggen dat een patiënt elke mogelijkheid moet benutten of proberen. Een patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, kan bijvoorbeeld het ophogen van de dosis morfine afwijzen omdat hij helder bij bewustzijn wil blijven.

Palliatieve zorg sluit euthanasie niet uit want palliatieve zorg is niet altijd een reëel alternatief. Het omgekeerde is evenmin het geval: ook wanneer een patiënt kiest voor euthanasie heeft hij recht op goede palliatieve zorg tot het moment van de euthanasie daar is. Palliatieve zorg en euthanasie liggen vaak in elkaars verlengde. Ook de beste palliatieve zorg kan namelijk de ondraaglijkheid van het lijden niet altijd opheffen. Euthanasie kan dan het waardig einde zijn van een ziekteproces waarin palliatieve zorg een belangrijke plaats heeft ingenomen.

4

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding; inhoud op hoofdlijnen

In de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn de zorgvuldigheidsvereisten en de gewijzigde toetsingsprocedure verankerd. De strafbaarstelling van euthanasie (artikel 293) en hulp bij zelfdoding (artikel 294) in het Wetboek van Strafrecht blijft gehandhaafd. Nieuw is dat de strafbaarheid vervalt als de arts voldoet aan de omschreven zorgvuldigheidseisen en de euthanasie meldt aan de gemeentelijk lijkschouwer.

Een belangrijk element in de wet is ook de nieuwe procedure voor het toetsen van meldingen door artsen. Volgens de wet zijn namelijk de taak en de positie van de regionale toetsingscommissies ten opzichte van het openbaar ministerie veranderd. Oordeelt een toetsingscommissie nu dat een arts conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld en de euthanasie correct heeft gemeld, dan doet zij de zaak af. Het openbaar ministerie wordt dan niet meer ingeschakeld. De samenstelling en werkwijze van de toetsingscommissies staan in hoofdstuk 5. Daarin is ook de nieuwe rol van de commissies verder uitgewerkt.

4.1 De zes zorgvuldigheidseisen

In de wet zijn zes zorgvuldigheidseisen geformuleerd:

- de arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- de arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- de arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
- de arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- de arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen;

- de arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Vrijwillig, weloverwogen verzoek

Een patiënt moet een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding zelf én vrijwillig hebben geuit. Herhaling van het verzoek is geen stringente eis; soms is de situatie van de patiënt zodanig verslechterd dat herhaling niet meer mogelijk is. Wel moet de arts ervan overtuigd zijn dat de patiënt op de momenten dat hij dat verzoek uitte, wilsbekwaam was.

Voor een goede beoordeling van een verzoek moet een arts een redelijk betrouwbaar beeld van de vrijwilligheid van het verzoek proberen te krijgen. Zo moet duidelijk zijn dat het verzoek van de patiënt niet wordt ingegeven door druk van anderen of van de omstandigheden. Ook moet de arts nagaan of het verzoek niet in een opwelling is gedaan of bijvoorbeeld op een (tijdelijke) depressie berust. Goede exploratie van het verzoek is dus geboden. Weloverwogenheid vereist bovendien dat de patiënt een goed beeld heeft van zijn ziekte, zijn medische situatie, de prognose en de eventuele alternatieve mogelijkheden.

Een arts doet er goed aan het verzoek van een patiënt meerdere malen in gesprekken aan de orde te stellen, zodat arts en patiënt een goed beeld hebben van elkaars visie en positie. Als de omstandigheden dat toelaten, is het goed om het verzoek al te bespreken als er nog geen sprake is van een ziekte of als de ziekte nog in een vroeg stadium is.

Het verdient de voorkeur om een mondeling verzoek van een patiënt schriftelijk vast te leggen. Dat kan een belangrijk hulpmiddel zijn bij de toetsing. Soms kan een patiënt een verzoek echter niet meer schriftelijk vastleggen. Dan kan bijvoorbeeld een opname op audio of video een alternatief zijn. Is er geen schriftelijk maar wel een mondeling verzoek, dan moet duidelijk zijn wanneer de patiënt dat verzoek gedaan heeft en ten overstaan van wie. Het is van belang alle gesprekken, ook met eventuele naasten, goed te documenteren.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De arts zal beide aspecten tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. Maar bij de taxatie van het lijden is een zekere mate van subjectiviteit onvermijdelijk. Er is sprake van uitzichtloos lijden als het behandel- en zorgperspectief van de patiënt niet meer verbetert en er slechts verdergaande verslechtering in het vooruitzicht ligt. Dit is veelal naar heersend medisch inzicht objectief te beoordelen. Bij de taxatie van ondraaglijk lijden legt de subjectieve ervaring van de patiënt vanzelfsprekend veel gewicht in de schaal. Maar doordat de ondraaglijkheid van het lijden voor de arts ten minste invoelbaar moet zijn, is ook hierbij sprake van enig objectief oordeel. De arts neemt hierbij immers zijn kennis over de persoonlijkheid en voorgeschiedenis van de patiënt mee. Bij het beoordelen van het lijden van de patiënt steunt de arts dus enerzijds op de medische diagnose en prognose en anderzijds op de beleving van het (actuele) lijden door de patiënt zelf. Bij het inschatten van de aard en intensiteit van toekomstig lijden is terughoudendheid geboden.

Het huidig medisch-professionele beoordelingskader van artsen schiet te kort voor situaties waarin het lijden niet in overwegende mate samenhangt met een somatische of psychiatrische aandoening, bijvoorbeeld omdat de patiënt lijdt aan een ontbrekend levensperspectief. De arts kan in dergelijke situaties niet voldoen aan het vereiste van een medisch-professionele beoordeling van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Geen redelijke andere oplossing

In het criterium van de uitzichtloosheid van het lijden ligt al gedeeltelijk besloten dat er voor de patiënt geen reële behandelingsopties meer zijn. Aan de andere kant is de patiënt niet verplicht om elke behandelingsoptie te ondergaan. Zijn recht om een behandeling te weigeren blijft bestaan. Wel kan de weigering van een behandeloptie met een reëel perspectief tot gevolg hebben dat de arts het lijden van de patiënt niet als uitzichtloos en ondraaglijk kan aanmerken. Een reëel perspectief is een behandelingsoptie die naar huidig medisch inzicht uitzicht geeft op het verbeteren van de situatie van de patiënt, binnen een afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen het resultaat en de belasting voor de patiënt.

Palliatieve zorg zal niet altijd aan dit criterium kunnen voldoen. Een voorbeeld is dat een patiënt pijnbestrijding onacceptabel vindt omdat een hogere dosis morfine kan lijden tot versuffing dan wel verlies van bewustzijn.

Consultatie

Van consultatie is wettelijk gezien sprake als een arts formeel een andere arts raadpleegt. De consulent toetst alle zorgvuldigheidseisen. De consulterende arts heeft gerichte vragen en de consultatie heeft duidelijk een toetsend karakter. Consultatie is dus iets anders dan een informeel overleg tussen een arts en collega's. De consulent maakt een eigen beoordeling van het verzoek en de situatie van de patiënt aan de hand van alle zorgvuldigheidsvereisten. Vervolgens toetst hij of de behandelend arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Ook kan de consulent de behandelend arts adviseren over belangrijke praktische aspecten rondom het inwilligen van een euthanasieverzoek. Een deskundige en onafhankelijke consultatie is noodzakelijk voor het zorgvuldig verrichten van euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Bij de consultatie van een andere arts moet de onafhankelijkheid en deskundigheid van de tweede arts zo veel mogelijk gewaarborgd zijn. Dat moet dus een onafhankelijke collega zijn en geen praktijkgenoot, familielid, maatschapslid of arts-assistent of een arts die in een andere ondergeschikte verhouding tot de consulterende arts staat. De consulent zal de patiënt zelf moeten zien en zich op de hoogte stellen van de aanpak om een goed beeld van de situatie te krijgen. De consulent moet een beredeneerd schriftelijk verslag maken van zijn bevindingen, met een conclusie. Ook de behandelend arts maakt een verslag. De behandelend arts is niet verplicht om de mening van de consulent te volgen. De behandelaar behoudt zijn eigen professionele verantwoordelijkheid.

Het is belangrijk om tijdig in contact te treden met de consulent. Dit maakt het voor alle betrokken partijen mogelijk in alle rust zo nodig afspraken te maken. Het is belangrijk dat de behandelaar de patiënt nog geen toezegging heeft gedaan en de datum en het tijdstip van de euthanasie nog niet zijn afgesproken. De behandelend arts moet bovendien aan de patiënt uitleggen dat er een andere – tweede – arts komt en waarom deze arts is ingeschakeld. De tweede arts komt om te toetsen of de behande-

lend arts zorgvuldig heeft gehandeld. Het schriftelijk verslag van de bevindingen van de consulent wordt aan de behandelend arts uitgebracht, niet aan de patiënt. De behandelend arts informeert vervolgens de patiënt over het verslag.

Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN), een initiatief van de KNMG, biedt artsen de mogelijkheid een onafhankelijk en deskundige collega in te schakelen. De SCEN-artsen zijn speciaal opgeleid tot consulent voor collega's die met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding te maken krijgen. Meer informatie over SCEN staat in hoofdstuk 10.

Het kan voorkomen dat een persoonlijke visitatie onmogelijk is, bijvoorbeeld wanneer een ziekteproces onverwacht snel verergert. Zo'n situatie ontslaat de arts niet van de plicht om wél een tweede, onafhankelijke arts te consulteren. Hij zal dan in zijn verslag helder moeten motiveren waarom de consulent de patiënt niet heeft bezocht. Een checklist voor dat verslag is opgenomen als bijlage 1.

4.2 De meldingsprocedure

Het melden van de euthanasie of hulp bij zelfdoding is een cruciaal aspect van de wet. Melden moet om een formele reden; anders kan de arts niet met succes een beroep doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond. Maar melden is met name ook van belang voor het afleggen van verantwoording over het handelen door artsen. De arts meldt de euthanasie of hulp bij zelfdoding bij de gemeentelijk lijkschouwer.

Nadat de arts de gemeentelijk lijkschouwer op de hoogte heeft gesteld van een niet-natuurlijk overlijden in de vorm van levensbeëindiging op verzoek komt de gemeentelijk lijkschouwer de schouw uitvoeren. Hij controleert of de benodigde stukken aanwezig zijn en neemt ze met de arts door. De gemeentelijk lijkschouwer heeft vervolgens contact met de Officier van Justitie. Als er geen onregelmatigheden zijn, zal deze instemmen om het verlot tot begraven af te geven. Vervolgens stuurt de gemeentelijke lijkschouwer de stukken door naar de betreffende regionale toetsingscommissie euthanasie. Het gaat dan om de schriftelijke wilsverklaring, het verslag van de behandelaar, het verslag van de consulent en mogelijk journaals en/of specialistenbrieven.

Zorgvuldig handelen bij het verrichten van een euthanasie impliceert het melden van de niet-natuurlijke doodsoorzaak. Anders kan een arts geen beroep doen op de strafuitsluitingsgrond. Maar de inhoudelijke redenen om te melden zijn minstens zo belangrijk. Het maakt de besluitvorming van artsen toetsbaar en transparant.

Door te melden hoeven de arts en de nabestaanden geen geheim te bewaren. Het hebben van een geheim kan namelijk de rouwverwerking verstoren en de arts kan door niet te melden in een chantabele positie komen.

Omdat euthanasie erg ingrijpend is en onomkeerbaar vergt de verslaglegging meer dan gewoonlijk van de arts. Hij zal beargumenteerd moeten aangeven welke besluiten zijn genomen en waarom. Deze verslaglegging kan ook voor de arts een belangrijke rol spelen bij het verwerken van de euthanasie. Ten slotte levert een melding rust en duidelijkheid op als na gemiddeld 28 dagen een definitieve afdoening door de toetsingscommissies volgt.

In bijlage 2 is de meldingsprocedure schematisch weergegeven.

5

Samenstelling, werkwijze en rol van de toetsingscommissies

De toetsingscommissies bestaan sinds 1 november 1998. Er zijn er vijf, elk verantwoordelijk voor een eigen regio. De adressen staan achter in deze brochure. Een commissie bestaat uit een jurist (eveneens voorzitter), een arts en een ethicus. Door deze samenstelling kunnen alle facetten van euthanasie worden getoetst: de medisch-inhoudelijke, de juridisch-procedurele en de ethische. Dat is noodzakelijk omdat bij euthanasie een breed maatschappelijk belang in het geding is. De commissie stelt een oordeel vast bij meerderheid van stemmen. De secretaris van de regionale toetsingscommissie heeft tijdens de vergadering een raadgevende stem. De commissie moet binnen zes weken een oordeel over de zaak geven. De ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport benoemen de leden van de commissie voor een periode van zes jaar.

5.1 De werkwijze van de toetsingscommissies

De werkwijze van een toetsingscommissie is als volgt. De commissie uit de betreffende regio ontvangt van de gemeentelijk lijkschouwer de verslagen, formulieren en eventuele bijlagen. Dat zijn:

- het modelverslag van de arts;
- het verslag van de consultatie;
- (indien aanwezig) de wilsverklaring;
- het formulier ex. art. 10 Wet op de lijkbezorging;
- eventueel relevante andere bescheiden zoals patiëntjournals en specialistenbrieven.

De secretaris stuurt de meldend arts binnen enkele dagen na het ontvangen van de verslagen en formulieren een ontvangstbevestiging.

De secretaris van de commissie voert alle gegevens in een speciaal voor de commissies ontwikkelde database in. Vervolgens stelt hij een conceptoordeel op. De commissieleden ontvangen allemaal een kopie van het dossier. Tijdens de vergadering bespreekt de commissie de zaak en gaat ze alle zorgvuldigheidseisen na. Zijn er onvolkomenheden, dan bespreekt de commissie of dat betekent dat aan een van de zes zorgvuldigheidseisen

niet is voldaan. Dat hoeft niet bij elke fout of nalatigheid het geval te zijn. De commissie houdt zich daarbij aan de betekenis die een zorgvuldigheidseis heeft gekregen in de jurisprudentie en de medisch-professionele normering.

In een enkel geval besluit de commissie nadere gegevens te vragen aan de arts, de consulent of de gemeentelijk lijkschouwer. De commissie vraagt met name meer informatie aan de arts wanneer de medische en persoonlijke situatie van de patiënt vragen oproept. Een telefoongesprek tussen de meldend arts en de arts uit de commissie werkt dan vaak al erg verhelderend. Bij het vragen van schriftelijke informatie gaat het vaak om de objectivering van de ondraaglijkheid van het lijden, het verzoek, de wilsbekwaamheid van de patiënt en de uitvoering van de euthanasie. Eventueel wordt de arts uitgenodigd voor een gesprek. Dan mag de termijn met eenmaal zes weken worden verlengd.

5.2 Veranderde rol van de toetsingscommissies

In de oude regeling (tot 1 april 2002) stuurde een toetsingscommissie alle meldingen na het behandelen ervan door naar het OM. Het OM bezag de zaak dan nader en ging eventueel over tot vervolging. In de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding krijgen de toetsingscommissies een zwaardere taak. Zij beoordelen de procedures die een arts gevolgd heeft bij het verrichten van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Concludeert de commissie dat een arts heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen en dat hij de euthanasie correct heeft gemeld, dan doet de commissie de zaak af. Zij informeert het OM dan niet meer. De betreffende arts ontvangt het oordeel van de toetsingscommissie. In de praktijk blijken de meeste zaken binnen 28 werkdagen te zijn afgedaan.

Alleen als blijkt dat een arts niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan of de euthanasie niet correct heeft gemeld, geeft de commissie de melding door aan het Openbaar Ministerie en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het OM kijkt dan of strafvervolging geïndiceerd is. Overigens nemen de toetsingscommissies nadrukkelijk niet de taak van het OM over; wanneer bij het OM een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit bestaat, kan het OM nog altijd een opsporingsonderzoek instellen.

6

De wilsverklaring

Een patiënt doet er goed aan zijn mondelinge verzoek om hulp bij levensbeëindiging schriftelijk vast te leggen. Een schriftelijk vastgelegd verzoek kan door de arts bij diens melding aan de gemeentelijk lijk-schouwer worden gevoegd. Als zo'n schriftelijke verklaring ontbreekt, zal de arts zelf het verzoek van de patiënt moeten omschrijven en zo inzichtelijk maken aan de toetsingscommissie. Bij wilsonbekwame patiënten kan de schriftelijke wilsverklaring ook een andere functie hebben. Het kan namelijk een vervanging zijn van het mondelinge, actuele verzoek, waartoe de patiënt dan niet meer in staat is. Zo'n vooraf opgestelde schriftelijke wilsverklaring is geldig als de patiënt niet meer wilsonbekwaam is, mits de wilsverklaring is opgesteld in de periode dat de patiënt nog wilsonbekwaam was. In de wet is erkend dat de arts zo'n vooraf opgestelde, schriftelijke wilsverklaring van de patiënt mag beschouwen als een geldig verzoek en dus als richtsnoer en aanknopingspunt voor het verdere handelen. Om zo'n verzoek te mogen honoreren moet de arts wel nagaan of de wilsverklaring betrekking heeft op de huidige situatie van de patiënt en of de situatie van de patiënt ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldoet.

Het zal duidelijk zijn dat aan het honoreren van een schriftelijke wilsverklaring in de praktijk tal van problemen kunnen kleven. Hoe concreter de verklaring is, des te meer zal zij aanknopingspunten bieden voor de besluitvorming van de arts. Al snel kunnen echter vragen rijzen over wat de patiënt nu precies voor ogen had, of de patiënt wel een reëel beeld had van de situatie en de nog openstaande behandelmogelijkheden, of de patiënt vooraf de aard en intensiteit van het lijden wel genoeg overzien et cetera. Daarom is het van belang dat patiënt en arts tijdig over de inhoud en strekking van de wilsverklaring overleggen. Maar zelfs als aan die voorwaarde is voldaan, is de arts niet verplicht om gevolg te geven aan het schriftelijke verzoek van de patiënt. Ook dan blijft er de noodzaak en de ruimte voor een eigen inschatting van de situatie waarin de – dan wilsonbekwame – patiënt verkeert.

Euthanasie bij minderjarigen

Alleen een wilsbekwame patiënt zelf kan vragen om euthanasie. Er is dus geen ruimte voor een plaatsvervangend verzoek van ouders of wettelijk vertegenwoordigers van de patiënt. In verband daarmee is in de wet de ruimte geopend voor de arts om een verzoek om levensbeëindiging al vanaf de leeftijd van 12 jaar te honoreren.

Die minderjarige moet dan wel zijn belangen redelijk kunnen inschatten. Voor jongeren van 12 tot 16 jaar geldt bovendien dat de ouders of voogd met het verzoek moeten kunnen instemmen. Als het gaat om jongeren tussen de 16 en 17 jaar, dan is de instemming van de ouders niet meer vereist. Wel moeten zij bij de besluitvorming worden betrokken.

In de praktijk hebben de betrokken arts, een minderjarige en zijn ouders of voogd praktisch altijd consensus bereikt als het gaat om euthanasie.

Levensbeëindigend handelen bij minderjarigen onder de leeftijd van 12 jaar wordt gezien als levensbeëindiging zonder verzoek. Het valt dus buiten het bereik van de huidige wet (en de daarin opgenomen meldingsprocedure). De gemeentelijk lijkschouwer zal dergelijke meldingen rechtstreeks doorsturen naar het Openbaar Ministerie.

8

Situaties die niet onder de wet vallen

De wet betreft alleen die situaties waarin een verzoek van een wilsbekwame patiënt (of een door hem vooraf opgestelde schriftelijke wilsverklaring) de basis is voor euthanasie of hulp bij zelfdoding door de arts. In die gevallen beoordeelt de toetsingscommissie of de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. In alle gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek of op verzoek van wilsonbekwamen (bijvoorbeeld bij neonaten of minderjarigen onder de 12 jaar) is de toetsingscommissie niet bevoegd. Dat geldt ook voor gevallen waarin de wilsbepaling door de patiënt gestoord kan zijn geweest als gevolg van een psychische of psychiatrische stoornis. Meldingen daarvan stuurt de gemeentelijk lijkschouwer rechtstreeks aan het Openbaar Ministerie.

Een andere categorie vormen de gevallen van 'lijden aan het leven', waarbij een probleem is dat de arts hiervoor geen medisch-professionele diagnose kan stellen of de situatie op grond van een medisch-professionele standaard kan beoordelen. Bij dementie zal het vooruitzicht om dement te worden niet snel aangemerkt worden als actueel, ondraaglijk lijden. En als de patiënt al dement is (geworden), is het discutabel op welk moment een eventuele schriftelijke wilsverklaring mag worden geëffectueerd. Communicatie met de patiënt hierover is niet meer mogelijk en ook anderszins valt veelal niet goed vast te stellen of er sprake is van ondraaglijk lijden van de patiënt.

De uitvoering

De uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding moet medisch zorgvuldig gebeuren. Het verschil tussen beide vormen van levensbeëindigend handelen is de actief handelende persoon, respectievelijk de arts of de patiënt, maar in beide gevallen zijn de zorgvuldigheidseisen hetzelfde. Soms bestaat er een keuzemogelijkheid, namelijk in die situaties waarin de patiënt het middel zelf kan innemen. Dan kan de arts een voorkeur hebben voor hulp bij zelfdoding boven euthanasie omdat de eerste vorm voor hem minder belastend is of omdat hulp bij zelfdoding veel duidelijker de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt accentueert. Ook de patiënt zelf kan bepaalde wensen hebben. Arts en patiënt zullen hierover moeten spreken, evenals over het hoe en wanneer van de euthanasie of hulp bij zelfdoding en over de te maken keuzes bij complicaties. Het is belangrijk dat de patiënt en zijn directe omgeving goed geïnformeerd zijn over hoe de levensbeëindiging zal gaan verlopen, inclusief de praktische gang van zaken.

9.1 De tijd nemen

Juist bij een handeling die een arts zo zelden verricht en die zo ingrijpend en onomkeerbaar is, moeten alle voorbereidingen in rust worden gedaan. Een arts doet er dan ook goed aan om met de patiënt en zijn directe omgeving een duidelijke afspraak te maken over de datum en het tijdstip van de euthanasie en wie daarbij aanwezig zijn. Dat kan pas wanneer de arts een collega heeft geconsulteerd. Ook is het verstandig om de gemeentelijk lijkschouwer die op het gekozen moment dienst heeft alvast in te lichten over de aanstaande euthanasie. Hij kan dan al rekenen op een telefoontje van de arts en kan aangeven waar en hoe hij te bereiken is. Dit kan de procedure na de euthanasie aanmerkelijk bekorten.

9.2 Overleg met de apotheker

Om een euthanaticum te verkrijgen, moet een arts van tevoren rechtstreeks met de apotheker overleggen. De apotheker kan om hem moveerende redenen afzien van het afleveren van euthanatica.

Een apotheker moet de middelen rechtstreeks aan de arts afleveren en eventueel niet-gebruikte middelen moet de arts weer naar de apotheker terugbrengen. Het is raadzaam eerder te veel dan te weinig van het benodigde euthanaticum te hebben, om te voorkomen dat tijdens de uitvoering alsnog een beroep op de apotheker moet worden gedaan. Het komt bijvoorbeeld voor dat ter plekke toch gekozen moet worden voor intraveneuze toediening in plaats van de geplande orale toediening.

Het is verstandig een dag van tevoren een naaldje met plastic canule en bijspuitventiel in te brengen en de spuiten al op de praktijk te vullen. Ook doet een arts er goed aan reservesets bij zich te hebben.

De KNMP heeft richtlijnen uitgegeven voor het toepassen en bereiden van euthanatica. Die staan in het rapport Toepassing en bereiding van euthanatica, van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAP). Artsen kunnen het rapport opvragen bij het WINAP; het adres daarvan staat achter in deze brochure. Met vragen waarop het antwoord niet in het rapport terug te vinden is, kan een arts terecht bij de apotheker van de patiënt of bij de SCEN-arts. De apotheker kan vervolgens eventueel de vragen voorleggen aan de helpdesk van het WINAP Geneesmiddel-informatie. Artsen kunnen deze helpdesk niet zelf raadplegen.

Een arts moet de patiënt vlak voor de levensbeëindigende handeling altijd vragen hoe hij zich voelt en of hij dit echt wil. Het is van belang voor een goede rouwverwerking van de aanwezigen dat zij de laatste woorden van de patiënt goed hebben verstaan.

9.3 Nazorg en rouwverwerking

Hoewel de nazorg en de rouwverwerking in principe niet anders zijn dan bij een natuurlijk overlijden is het raadzaam om bij de rouwvisites extra aandacht te besteden aan de specifieke vragen over de uitgevoerde euthanasie. De nabestaanden vragen zich bijvoorbeeld vaak af of de overledene er echt niets van gemerkt heeft. Een goed recapituleren van het gebeuren samen met de nabestaanden is dan ook erg belangrijk.

SCEN

Het is erg belangrijk dat een arts die met een verzoek om levensbeëindiging geconfronteerd wordt hierover overleg pleegt met een ervaren collega. Samen kunnen zij beter en meer onderbouwd de zorgvuldigheidseisen in acht nemen en de individuele factoren afwegen. Er zijn daarbij twee vormen van consultatie mogelijk. De eerste is een informele consultatie. De ingeschakelde collega dient dan vooral als klankbord. Bij de tweede consultatievorm gaat het om een formele consultatie. Een behandelend arts vraagt dan om een deskundig en onafhankelijk oordeel van de geconsulteerde arts. Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN), een initiatief van de KNMG, voorziet hierin.

10.1 Wat biedt SCEN?

SCEN biedt collegiale steun en consultatie voorafgaande aan de daadwerkelijke uitvoering van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. SCEN-artsen zijn speciaal getraind in vraagstukken omtrent euthanasie en werken volgens richtlijnen. De SCEN-consultaties zijn een waarborg voor kwaliteit. De KNMG beoogt met SCEN-artsen:

- het bieden van deskundige adviezen; inclusief (de toegang tot) palliatieve zorg;
- het bieden van onafhankelijke en deskundige consultaties in het kader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding;
- het verbeteren van de kwaliteit van de adviezen en de consultaties;
- het verbeteren van de kwaliteit van het handelen van artsen die een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding krijgen.

SCEN wordt gefaseerd opgebouwd. De eerste fase, het ontwikkelen van goede consultaties voor huisartsen, wordt halverwege 2002 afgerond. Er bestaat dan een nagenoeg landelijk dekkend netwerk waardoor onafhankelijke en deskundige consulents bereikbaar en beschikbaar zijn voor zo'n achtduizend huisartsen. De tweede fase betreft het betrekken van ziekenhuizen en verpleeghuizen bij SCEN. Deze uitbreiding zal plaatsvinden tussen 2003 en 2006.

10.2 Hoe kan een SCEN-arts worden ingeschakeld?

Per huisartsendistrict kan een arts via een telefoonnummer in contact komen met een speciaal opgeleide collega, de SCEN-arts. Het telefoonnummer is niet bedoeld voor patiënten of familieleden van patiënten.

De arts kan met alle soorten vragen bij een SCEN-arts terecht: juridisch getinte vragen over de te volgen procedure, medisch-technische kwesties, ethische vragen en communicatieve problemen.

Daarnaast kan een arts contact leggen met een SCEN-arts voor de uitvoering van het verplichte consult door een onafhankelijke en deskundige collega. Het is belangrijk om bijtijds in contact te treden met de SCEN-consulent. Dit maakt het voor alle betrokken partijen mogelijk de dagen erna in alle rust zo nodig afspraken te maken. Het is niet mogelijk via het telefoonnummer een SCEN-arts in te schakelen die het verrichten van euthanasie overneemt.

Bijlagen



Checklist Consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding

Toelichting

De consultatie wordt uitgevoerd in het kader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Het maken van een schriftelijk verslag maakt onderdeel uit van consultatiewerkzaamheden.

Het consultatieverslag is een open verslag c.q. brief waarbij de onderstaande checklist als leidraad kan dienen. De punten in het consultatieverslag moeten op beredeneerde wijze beschreven worden met een eindconclusie.

Het verslag moet aan de consultvragende arts worden gegeven. Deze checklist is ontwikkeld in het kader van Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN).

Consulent

- Naam, geslacht, functie (huisarts, verpleeghuisarts, specialist, specialisme, instellingsnaam)
- Werkadres, postcode en woonplaats
- Verhouding tot de behandelend arts en de patiënt

Behandelend arts

- Naam, geslacht, functie (huisarts, verpleeghuisarts, specialist, specialisme, instellingsnaam)
- Werkadres, postcode en woonplaats

Patiënt

- Naam, geslacht
- Geboortedatum

Werkzaamheden van de consulent

- Noodzakelijk: gesprek met behandelend arts, bestudering van dossier van patiënt, gesprek met patiënt (onder vier ogen), de reden dat een patiënt niet is gesproken of onderzocht

- Wenselijk: observatie van de patiënt, gesprek met naasten van de patiënt, gesprek met andere behandelaar (specialist, huisarts)

Huidige toestand van de patiënt

- Wat heeft geleid tot de huidige situatie van de patiënt (voorgeschiedenis)?
- Wat is de huidige situatie van de patiënt?
- Waaruit bestaat, gezien vanuit de dokter, het lijden van de patiënt (symptomen en benodigde zorg)?
- Zijn er nog alternatieven voor behandeling (inclusief palliatie) om het lijden van de patiënt te verlichten?
- Zijn de voor- en nadelen van de alternatieven met de patiënt besproken?
- Hoe staat de patiënt tegenover deze alternatieven?

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden, vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek

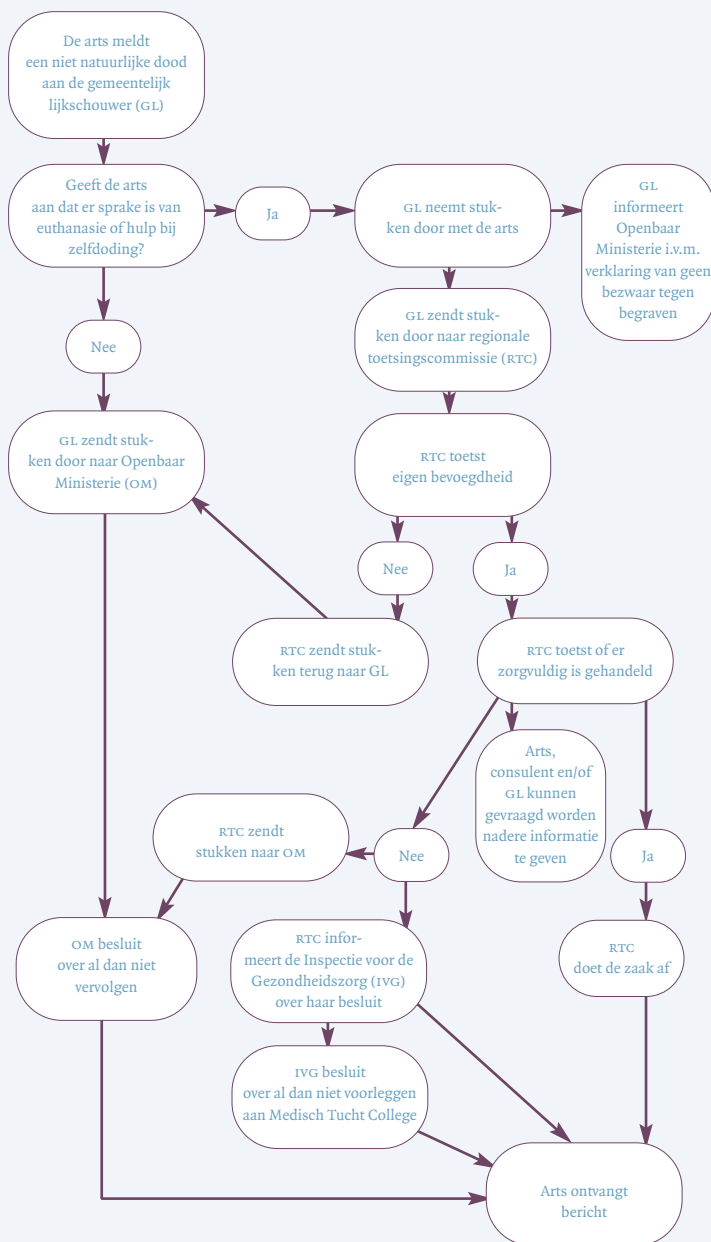
- Waaruit bestaat volgens de patiënt het ondraaglijk lijden en wat maakt dat lijden ondraaglijk?
- Is er sprake van uitzichtloos lijden?
- Is het verzoek van de patiënt vrijwillig? Zijn er aanwijzingen dat het verzoek is geuit onder druk van anderen?
- Is het verzoek van de patiënt weloverwogen?
- Zijn er omstandigheden die de wilsbekwaamheid beïnvloeden?
- Hoe is het besluitvormingsproces verlopen tussen arts, patiënt en familie of anderen? Waaruit blijkt de duurzaamheid?
- Is een schriftelijke wilsverklaring aanwezig?

Concluderend

- Hier komt de mening van de consulent: 'Ik vind dat ...' (eendoordeel met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen)

Bijlage 2

Schema van de meldingsprocedure



Bijlage 3

- *Modelverslag voor behandelende arts*
- *Model formulier arts*
- *Model formulier lijkschouwer*

MODEL verslag

voor de behandelende arts in verband met een melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van het overlijden als gevolg van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, bedoeld in artikel 7, tweede lid.

Bij melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van een niet-natuurlijke dood als gevolg van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding verstrekt de behandelende arts aan de gemeentelijke lijkschouwer een beredeneerd verslag dat is opgesteld volgens onderstaand model.

NOTA BENE: Opdat de toetsingscommissies een goed oordeel kunnen geven, wordt u verzocht de antwoorden op de gestelde vragen te *motiveren*. Daarbij kan nadere informatie in bijlagen een waardevolle bijdrage leveren. Indien de ruimte voor beantwoording van een vraag tekortschiet maakt u dan ook gebruik van een bijlage. *Vergeet niet op de bijlage duidelijk aan te geven op welke vraag of vragen deze betrekking heeft.*

GEGEVENS BETREFFENDE DE ARTS

Achternaam:	
Voorletters:	Geslacht: M / V
Functie:	<input type="radio"/> huisarts <input type="radio"/> verpleeghuisarts <input type="radio"/> specialist, (naam specialisme): <input type="radio"/> andere arts, namelijk
Instellingsnaam (voorzover van toepassing):	
Werkadres:	
Postcode / Plaats:	

GEGEVENS BETREFFENDE DE OVERLEDENE

Achternaam:	
Voorletters:	Geslacht: M / V
Datum van overlijden:	
Leeftijd op moment van overlijden:	
Gemeente waarin overleden:	
Waar heeft het overlijden plaatsgevonden?	<input type="radio"/> thuis <input type="radio"/> ziekenhuis <input type="radio"/> verpleeghuis <input type="radio"/> verzorgingshuis <input type="radio"/> anders, namelijk

I De ziektegeschiedenis

1. Aan welke aandoening(en) leed de patiënt¹ en sinds wanneer?

2. Welke medische therapieën zijn beproefd?

3. Was genezing van de patiënt nog mogelijk?

4. Waarin bestond het lijden van de patiënt?

- 4a. Kan het lijden van de patiënt als ondraaglijk worden aangemerkt? (a.u.b. uw antwoord motiveren.)

- 4b. Kan het lijden van de patiënt als uitzichtloos worden aangemerkt? (a.u.b. uw antwoord motiveren.)

- 5a. Wat is er op het gebied van palliatie gedaan?

- 5b. En wat was daarvan het resultaat?

- 5c. Waren er nog (andere) mogelijkheden om het lijden van de patiënt te verlichten?

¹ De term 'patiënt' in dit modelverslag kan betrekking hebben op een man zowel als een vrouw

5d. Zo ja, hoe stond de patiënt tegenover deze alternatieven?

[Redacted area]

6. Op welke termijn werd naar schatting het overlijden verwacht indien niet tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding was overgegaan?

[Redacted area]

7. Op welke wijze is de patiënt voorgelicht over het ziekteproces (huidige situatie, verloop, de prognose enz.)?

[Redacted area]

II Verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding

7a. Wanneer heeft de patiënt voor het eerst concreet om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding verzocht?

[Redacted area]

7b. Wanneer is dit verzoek herhaald?

[Redacted area]

7c. Ten overstaan van wie werd dit verzoek geuit?

[Redacted area]

7d. In het bijzijn van wie werd dit verzoek geuit?

[Redacted area]

8. Is al eerder over levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gesproken? Zo ja, in welk verband?

[Redacted area]

9a. Is een schriftelijke wilsverklaring aanwezig?

[Redacted area]

9b. Zo ja, van welke datum? (svp. deze verklaring bij het verslag voegen)

[Redacted area]

9c. Weet u of de patiënt al eerder een wilsverklaring heeft opgesteld? Zo ja, hoe vaak en van welke datum?

[Redacted area]

9d. Indien er geen schriftelijke wilsverklaring is, wat is daarvan de reden?

[Redacted area]

10. Zijn er aanwijzingen dat het verzoek door de patiënt is geuit onder druk of invloed van anderen?

[Redacted area]

11. Was de patiënt zich ten tijde van het verzoek ten volle bewust van de strekking van zijn/haar verzoek en van zijn/haar lichamelijke situatie?

[Redacted area]

11a. Uit welke omstandigheden kan dat worden opgemaakt?

[Redacted area]

NB: Levensbeëindigend handelen ten aanzien van patiënten wier lijden van psychische oorsprong is en niet in een medische context geplaatst kan worden, alsmede patiënten wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord geweest kan zijn, bijvoorbeeld als gevolg van een depressie of dementie, behoort te worden gemeld volgens de procedure voor gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Volgens die procedure behoort ook de melding van levensbeëindigend handelen ten aanzien van minderjarige patiënten die jonger zijn dan twaalf jaar plaats te vinden.

12a. Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met verplegend of verzorgend personeel?

[Redacted area]

12b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?

[Redacted area]

12c. Zo nee, waarom niet?

[Redacted area]

13a. Heeft u over de levensbeëindiging overleg gehad met naasten?

[Redacted area]

13b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?

[Redacted area]

13c. Zo nee, waarom niet?

[Redacted area]

III Consultatie

14. Welke arts(en) is/zijn geraadpleegd?

15a. Wat is zijn/hun hoedanighe(i)d(en)?

- huisarts
- SCEN-arts
- specialist (naam specialisme):
- andere arts, namelijk

15b. Was/waren deze medebehandelaar?

15c. Wat is zijn/hun verhouding tot u?

15d. Heeft de geraadpleegde arts een familieband met de patiënt?

16. Wanneer heeft/hebben de geraadpleegde arts(en) de patiënt gezien?

17. NB: U wordt verzocht het schriftelijk verslag van de geconsulteerde arts(en) betreffende zijn/hun oordeel met betrekking tot

- de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt;
- de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt;
- de voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten;
- de overtuiging dat geen redelijke andere oplossing meer aanwezig was;
- zijn/hun relatie met de patiënt en de arts,
bij dit verslag te voegen.

MODEL formulier

van de mededeling van de behandelende arts aan de gemeentelijke lijkschouwer betreffende het overlijden ten gevolge van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, luidt als volgt:

Aan de gemeentelijke lijkschouwer der gemeente

De ondergetekende

arts te

- verklaart te zijn behandelend arts van

naam

voornamen (voluit)

geboren op te

gewoond hebbende te overleden op

- verklaart het lijk persoonlijk te hebben geschouwd;
- verklaart geen verklaring van overlijden af te geven;
- verklaart dat de dood van de overledene is ingetreden ten gevolge van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek/het verlenen van hulp bij zelfdoding*;
- verklaart in verband met dit overlijden wel/geen* schriftelijke wilsverklaring van de overledene te hebben ontvangen;
- verklaart in verband met dit overlijden wel/geen* schriftelijke verklaring van een geconsulteerde arts te hebben ontvangen;
- verklaart bij dit formulier te hebben overgelegd een verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, volgens het model in de Bijlage bij besluit houdende vaststelling van de formulieren, bedoeld in artikel 9, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van een niet-natuurlijke oorzaak, niet zijnde levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek;
- verklaart, indien ontvangen, de schriftelijke wilsverklaring van de overledene en de schriftelijke verklaring van de geconsulteerde arts te hebben overgelegd.

datum

ondertekening

Krachtens artikel 6, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging is het de behandelende arts niet toegestaan als lijkschouwer op te treden, indien tussen hem en de overledene bloed- of aanverwantschap tot in de derde graad of huwelijk bestond of bestaat.

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

MODEL formulier

van het verslag van de gemeentelijke lijkschouwer aan de regionale toetsingscommissie, bedoeld in artikel 10, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, betreffende het overlijden ten gevolge van de toepassing door een arts van levensbeëindiging op verzoek of het verlenen van hulp bij zelfdoding, luidt als volgt:

Aan de toetsingscommissie in de regio

De ondergetekende

lijkschouwer der gemeente

verklaart gedurende de laatste twee jaar geen handelingen op het gebied van de geneeskunst te hebben verricht ten aanzien van:

naam

voornamen (voluit)

geboren op te

gewoond hebbende te overleden op

- verklaart het lijk persoonlijk te hebben geschouwd;
- verklaart dat de behandelend arts van de overledene hem heeft medegedeeld dat de dood is ingetreden ten gevolge van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek/het verlenen van hulp bij zelfdoding*;
- verklaart te hebben geverifieerd hoe en met welke middelen het leven is beëindigd;
- verklaart van de behandelend arts te hebben ontvangen een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, volgens het model in de Bijlage, die een onderdeel vormt van dit besluit;
- verklaart in dit verband van de behandelend arts met dit overlijden wel/geen* schriftelijke wilsverklaring van de overledene te hebben ontvangen;
- verklaart in dit verband van de behandelend arts met dit overlijden wel/geen* schriftelijke verklaring van een geconsulteerde arts te hebben ontvangen;
- verklaart bij dit formulier te hebben overgelegd een verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, en, indien ontvangen, de schriftelijke wilsverklaring van de overledene, en de schriftelijke verklaring van de geconsulteerde arts;
- verklaart er niet van overtuigd te zijn, dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden; in verband waarmee hij de in artikel 14 van de Wet op de lijkbezorging bedoelde ambtenaar van de burgerlijke stand heeft gewaarschuwd.

Bijzonderheden

datum ondertekening

Krachtens artikel 6, eerste lid, van de Wet op de lijkbezorging is het de gemeentelijke lijkschouwer niet toegestaan als zodanig op te treden, indien hij gedurende de laatste twee jaar ten aanzien van de overledene handelingen op het gebied van de geneeskunst heeft verricht en indien tussen deze en hem bloed- of aanverwantschap tot in de derde graad of huwelijk bestond of bestaat.

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Bijlage 4

Relevante adressen

Met vragen over de meldingsprocedure kunt u terecht bij de secretaris van de toetsingscommissie in uw regio:

**Toetsingscommissie euthanasie
voor het district Groningen, Friesland en Drenthe**

Postbus 571
9700 AN Groningen
Telefoon (050) 311 52 99
Fax (050) 311 53 01

**Toetsingscommissie euthanasie
voor het district Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland**

Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon (026) 370 47 45
Fax (026) 370 47 46

**Toetsingscommissie euthanasie
voor het district Noord-Holland**

Postbus 3186
2001 DD Haarlem
Telefoon (023) 532 84 54
Fax (023) 532 85 04

**Toetsingscommissie euthanasie
voor het district Zuid-Holland en Zeeland**

Postbus 1173
2280 CD Rijswijk
Telefoon (070) 396 43 19
Fax (070) 396 59 08

**Toetsingscommissie euthanasie
voor het district Noord-Brabant en Limburg**

Postbus 9013
6800 Arnhem
Telefoon (026) 383 19 23
Fax (026) 383 19 17

De modelverslagen voor een melding van euthanasie of hulp bij zelfdoding kunt u bij uw GGD opvragen of downloaden via www.minvws.nl of www.knmg.nl.

Met vragen over levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding kunt u ook terecht bij:

KNMG
Postbus 20051
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 282 33 22
www.knmg.nl
artseninfolijn@fed.knmg.nl

SCEN
Telefoon (030) 282 32 11
Fax (030) 282 33 26
www.scen.nl
scen@fed.knmg.nl

WINAP Geneesmiddelinformatie
Postbus 30460
2500 GL Den Haag
Fax (070) 361 76 37
gic@winap.nl

NVVE
Postbus 75331
1070 AH Amsterdam
(0900) 60 60 606
www.nvve.nl
euthanasie@nvve.nl

Voor vragen over het overheidsbeleid inzake euthanasie kunt u terecht bij:

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Voorlichting en Communicatie
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
Telefoon (070) 340 78 90, maandag t/m vrijdag 10.00 - 16.00 uur
www.minvws.nl

Het Ministerie van Justitie

Directie Voorlichting, afdeling In- en Externe Communicatie
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
Telefoon (070) 370 68 50, maandag t/m vrijdag 9.00 - 17.00 uur
www.justitie.nl

Deze brochure geeft informatie over de herziene wettelijke regeling rond euthanasie die vanaf 1 april 2002 van kracht is. De regeling heeft betrekking op de rechten en plichten van de arts die aan een verzoek om euthanasie tegemoet wil komen. De belangrijkste vernieuwing is dat een arts die een euthanasieverzoek inwilt niet langer strafbaar is, mits hij zich houdt aan de in de wet gestelde zorgvuldigheidseisen en de euthanasie meldt. De wet voorziet ook in regels om te toetsen of de arts zich daadwerkelijk aan deze eisen houdt.

De informatie is bedoeld voor degenen die in de uitoefening van hun beroep bij de regeling zijn betrokken, zoals artsen, lijkschouwers en medewerkers van het Openbaar Ministerie.

De brochure is opgezet als een handleiding die antwoord geeft op de vragen wie wat wanneer moet doen nadat een patiënt een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft gedaan.

De brochure bevat verder nog onder andere het modelverslag voor de arts, het modelformulier voor de lijkschouwer en adressen van belangrijke organisaties.



knmg
Artsenfederatie
Opleiding en registratie
Domus medica